



MARCELO FERREIRA VIANA

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO:
UMA ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES**

LAVRAS – MG

2011

MARCELO FERREIRA VIANA

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO:
UMA ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração e Economia, área de concentração em Organizações, Estratégias e Gestão, para a obtenção do título de Mestre.

Orientador

Dr. Ricardo de Souza Sette

LAVRAS – MG

2011

**Ficha Catalográfica Preparada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca da UFLA**

Viana, Marcelo Ferreira.

Processo de acreditação : uma análise de organizações
hospitais / Marcelo Ferreira Viana. – Lavras : UFLA, 2011.
101 p. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Lavras, 2011.
Orientador: Ricardo de Souza Sette.
Bibliografia.

1. Acreditação hospitalar. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3.
Serviços de saúde. 4. Administração hospitalar. I. Universidade
Federal de Lavras. II. Título.

CDD – 658.9136211

MARCELO FERREIRA VIANA

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO:
UMA ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração e Economia, área de concentração em Organizações, Estratégias e Gestão, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 04 de fevereiro de 2011.

Dr. Daniel Carvalho de Rezende	UFLA
Dr. Delane Botelho	FGV
Dra. Kátia Poles	UNILAVRAS

Dr. Ricardo de Souza Sette
Orientador

LAVRAS – MG

2011

A Deus, por suas bênçãos divinas.

Aos tios Fausto e Darci (in memoriam), pessoas de fibra, divertidas e, com simplicidade, me ensinaram que precisamos de pouco para a nossa trajetória terrena.

Aos meus avós, Ernesto, Zezé, Waldemar (in memoriam) e Chiquinha, pelo carinho, ensinamentos e admiração.

Aos meus pais, Antônio Carlos e Neusa, pelo incentivo, compreensão e amor em seu pleno significado.

Aos meus irmãos, pela amizade e carinho.

Aos meus sobrinhos, pela alegria e continuidade.

Aos amigos, pela companhia e o compartilhar de momentos inesquecíveis.

DEDICO

AGREDECIMENTOS

À Universidade Federal de Lavras (UFLA) e ao Departamento de Administração e Economia (DAE), pela oportunidade concedida para realização do Mestrado.

Aos professores do Departamento de Administração e Economia da UFLA, pelos ensinamentos transmitidos e saudável convivência.

Ao professor Dr. Ricardo de Souza Sette, pela orientação, apoio, amizade, dedicação e ensinamentos que contribuíram de forma considerável para realização deste trabalho e crescimento profissional.

Aos funcionários do DAE/UFLA que sempre estiveram dispostos a ajudar.

Aos inúmeros colegas e amigos conquistados durante o período de mestrado, que compartilharam momentos de alegria, de sofrimento e de crescimento pessoal e profissional.

A amiga Myrienne, pela amizade, compreensão e incentivo para o alcance dos meus objetivos.

Ao UNILAVRAS, meu segundo lar, pela receptividade, confiança e compreensão em momentos tão intensos.

*“Aprender é a única coisa de que a mente
nunca se cansa, nunca tem medo e nunca
se arrepende”.*

Leonardo da Vinci

RESUMO

As novas exigências de um mercado cada vez mais globalizado e competitivo têm levado os gestores de serviços de saúde a assumirem novas posturas que valorizam o incremento do nível de qualidade, buscando alcançar uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e científica. Diante da complexa definição de qualidade nos serviços de saúde, surge um novo conceito: acreditação hospitalar. Nesse contexto, o sistema brasileiro de acreditação (SBA), operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da assistência. Objetivou-se com este trabalho verificar como certas organizações hospitalares do sul de Minas Gerais estão implantando ou aprimorando o processo de acreditação hospitalar. Para tanto, foi realizado um estudo multicaso qualitativo, sendo os dados coletados por meio de entrevistas com diferentes profissionais de instituições hospitalares que se encontram em momentos distintos em relação ao processo de acreditação. As entrevistas foram tratadas por meio de análise de conteúdo e, juntamente com os dados literários norteadores do trabalho, foram estabelecidos os seguintes temas: entendendo a acreditação hospitalar; o processo de acreditação para as instituições hospitalares; aspectos facilitadores e dificultadores da acreditação hospitalar; a participação de diferentes profissionais no processo de acreditação; influências do processo de acreditação para as instituições hospitalares; utilização e compreensão de métodos e ferramentas de gestão da qualidade; pesquisa de satisfação de clientes. Ao fim deste trabalho verifica-se que existem divergências e semelhanças marcantes entre as instituições hospitalares no processo de busca e aprimoramento da acreditação. Apesar disso, a maioria das organizações hospitalares está sendo incentivada e condicionada para o alcance da certificação. Pelo o que se observa do programa nacional de acreditação, os hospitais que não alcançarem em breve esse diferencial, irão se tornar obsoletos e incapazes de sobreviverem em um mundo altamente exigente quanto à prestação de serviços de qualidade, que reflete diretamente na satisfação de seus clientes.

Palavras-chave: Acreditação. Qualidade da Assistência à Saúde. Serviços de Saúde. Administração Hospitalar.

ABSTRACT

The new demands of a market increasingly global and competitive has lead health service managers towards assuming new positions that value quality improvements, with the purpose to achieve a balanced integration between the medical, technological, administrative, economic, scientific and health care areas. In view of the complex definition of health service quality, a new concept emerges: hospital accreditation. In this context, the Brazilian system of accreditation (SBA, acronym for *sistema brasileiro de acreditação*), coordinated by the National Accreditation Organization (ONA, acronym for *Organização Nacional de Acreditação*), aims at promoting the development and implementation of a permanent process of health service quality evaluation and certification, thus permitting a continuous improvement of health care. The objective of the present study is to verify how these hospital organizations in Southern Minas Gerais State are implementing or improving their process of hospital accreditation. To do this, a qualitative multiple case study was performed, in which data was collected through interviews with different hospital professionals who were experiencing different phases of the accreditation process. The interviews were treated using content analysis and, in addition to literary data that guided the study, the following themes were established: understanding hospital accreditation; the process of accreditation in hospitals; aspects that facilitate or hinder hospital accreditation; the participation of different professionals in the accreditation process; influences that the accreditation process have on hospitals; using and understanding quality management tools and methods; client satisfaction survey. The study showed that the hospitals have strong differences and similarities in the process of achieving and improving their accreditation. Nonetheless, most hospitals are encouraged and conditioned to achieve certification. According to the national accreditation program, hospitals that do not obtain that differential soon enough will become obsolete and incapable of enduring in a world that is highly demanding in terms of delivering quality service, which has a direct reflection on the satisfaction of their clients.

Keywords: Accreditation. Quality of Health Care. Health Services. Hospital Administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Variação de pacotes de valor entregues ao cliente	21
Quadro 2	Definições de serviços.....	22
Quadro 3	Principais características dos serviços.....	26
Quadro 4	Partes envolvidas e suas expectativas em relação ao serviço.....	30
Quadro 5	Níveis de certificação da acreditação	40
Quadro 6	Relação das Seções e Subseções do Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2010 (Consulta Pública)	41
Quadro 7	Caracterização das instituições hospitalares.....	48
Quadro 8	Caracterização dos entrevistados.....	50

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	American College of Surgeons
BSC	Balanced Scorecard
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CME	Central de Material Estéril
CQH	Controle de Qualidade de Atendimento Médico-Hospitalar
D-OLHO	Descarte, organização, limpeza, higiene, ordem mantida
ENAC	Entidad Nacional de Acreditación
FLH	Federação Latino-Americana de Hospitais
IAHCS	Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão de Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão de Industriários
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	International Organization for Standardization
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PACQS	Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PDCA	Plan; Do; Check; Act
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
POP's	Procedimentos Operacionais Padrão
PRO HOSPI	Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais
RECLAR	Relatório de Classificação Hospitalar
RH	Recursos Humanos
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
5S	Seiri, Seiton, Seisō, Suketsu, Shitsuke
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
5W1H	What?; When?; Where?; Why?; Who?; How?

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	15
1.1.1	Objetivo geral	16
1.1.2	Objetivos específicos	16
1.2	Justificativa e finalidade	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Contextualização das Organizações Hospitalares	18
2.2	Prestação de Serviços	20
2.3	Características dos Serviços	23
2.4	Qualidade em Serviços de Saúde	27
2.5	Métodos avaliativos em serviços de saúde	29
2.6	Acreditação Hospitalar	31
2.6.1	História Mundial	31
2.6.2	História Brasileira	34
2.7	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)	36
2.8	Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar	39
3	METODOLOGIA	43
3.1	Estratégias de Pesquisa	44
3.2	Cenários do Estudo	45
3.2.1	Caracterização das instituições hospitalares selecionada	47
3.3	Instrumento e procedimentos para a coleta de dados	49
3.4	Tratamento e análise dos dados	51
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
4.1	Entendendo a acreditação hospitalar	55
4.2	O processo de acreditação para as instituições hospitalares	59
4.3	Aspectos facilitadores e dificultadores da Acreditação Hospitalar	63
4.4	A participação de diferentes profissionais no processo de acreditação	68
4.5	Influências do processo de acreditação para as instituições hospitalares	72
4.6	Utilização e compreensão de métodos e ferramentas de gestão da qualidade	76
4.7	Pesquisa de satisfação de clientes	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	84
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

As instituições públicas e privadas vêm, nas últimas décadas, buscando e aprimorando a qualidade em serviços e produtos em decorrência do crescente nível de exigência e conhecimento dos clientes. A sociedade se mostra cada vez mais consciente em relação aos seus direitos e atenta às constantes mudanças de mercado. Dessa forma, os sistemas de gestão organizacional com foco na qualidade são hoje expressamente utilizados, almejando potencial competitivo e êxito institucional.

De acordo com Novaes (1999), a qualidade depende do desempenho das pessoas, estruturas, sistemas, processos e dos recursos disponíveis. Assim como outros setores de serviços, o setor de saúde também se mostra preocupado com as novas exigências de um mercado cada vez mais globalizado e competitivo. Frente a esse cenário, os gestores de serviços de saúde têm adotado novas posturas que valorizam o incremento do nível de qualidade, buscando alcançar uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e científica.

O sistema de gestão de qualidade no serviço de saúde ganhou importância nos Estados Unidos na década de 50, com a atuação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), e no Brasil na década de 90. O Brasil desenvolve, já há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação de desempenho das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da Qualidade Total (QUINTO NETO; GASTAL, 2000). Nos hospitais de rede privada observa-se o uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional, fenômeno que confere diferencial de mercado para essas instituições.

Diante da complexa definição de qualidade nos serviços de saúde, surge um novo conceito: acreditação hospitalar. Na perspectiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas que culminam em novas exigências, tais como competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização gerencial, inovações estruturais e tecnológicas, além da melhoria permanente e contínua do atendimento.

Nesse contexto, o sistema brasileiro de acreditação (SBA), operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da assistência, bem como o cuidado humanizado.

Segundo a Organização Nacional de Acreditação - ONA (2010), a acreditação é um método para avaliar a qualidade da assistência médico-hospitalar, conforme padrões pré-estabelecidos, em todos os setores, inclusive os terceirizados, em uma organização hospitalar. O programa de acreditação hospitalar contempla níveis de complexidade crescentes, com exigências específicas, que causam efeitos diferentes no ambiente organizacional.

A acreditação hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, constituídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumento que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados. A solicitação da acreditação pela instituição é um ato voluntário, periódico, espontâneo, reservado e sigiloso em que se pretende obter a condição de acreditada de acordo com padrões previamente aceitos, na qual é escolhida a instituição acreditadora que desenvolverá o processo de acreditação (BRASIL, 2004).

Segundo Quintino Neto e Bittar (2004), a acreditação hospitalar deve ser entendida como um processo educacional, levando as instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde a adquirirem a cultura de qualidade e a gestão pela excelência. Além desse aspecto, a acreditação, também, deve ser compreendida como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos.

Diante do exposto, nota-se a importância da participação efetiva e democrática de todos os profissionais no processo de acreditação hospitalar. Fatores como comunicação, orientação e conhecimento, tipo de gestão, cultura organizacional, relações interpessoais, forma de liderança, relações de poder, condições de trabalho podem contribuir satisfatoriamente ou não para o envolvimento coerente da equipe. Conforme dados da ONA (2010), a adoção de programas de qualidade, mais especificamente o programa de acreditação hospitalar, tem sido uma preocupação emergente e um objetivo marcante da maioria das organizações hospitalares.

Com isso, a problemática do estudo está presente no seguinte questionamento: *Como instituições hospitalares do sul de Minas Gerais estão trabalhando com o processo de acreditação hospitalar proposto pela ONA?*

1.1 Objetivos

Levando-se em consideração o problema de pesquisa definido, foram estabelecidos os objetivos de pesquisa apresentados a seguir.

1.1.1 Objetivo geral

Analisar como certas organizações hospitalares do sul de Minas Gerais estão implantando ou aprimorando o processo de acreditação hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos

Relacionados ao objetivo geral, foram estabelecidos objetivos específicos:

- a) Identificar fatores que auxiliam e que dificultam a implantação ou o aprimoramento do processo de acreditação hospitalar em instituições hospitalares do sul de Minas Gerais;
- b) Analisar como os atores envolvidos na gestão hospitalar percebem a acreditação hospitalar;
- c) Identificar o uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade nas instituições hospitalares analisadas;
- d) Descrever as influências do processo de acreditação para as instituições hospitalares participantes.

1.2 Justificativa e finalidade

O presente trabalho justifica-se pela importância da realização de estudos que compreendam a realidade das instituições hospitalares do sul de Minas Gerais em relação ao processo de acreditação proposto pela ONA. Hospitais acreditados com selo de qualidade ONA promovem assistência à saúde com qualidade, segurança e eficiência. A acreditação, também, confere

aos hospitais benefícios econômicos e contratuais, que irão refletir diretamente no sucesso e satisfação de seus clientes internos e externos.

Além dos aspectos mencionados, evidencia-se um número insignificante de organizações hospitalares na referida região que possuem o selo de acreditação hospitalar. Segundo a ONA (2010), das 47 certificações concedidas a hospitais de Minas Gerais apenas uma foi alcançada por instituição hospitalar localizada no sul do estado. Somado a isso, notou-se a inexistência de trabalhos acadêmicos que retratem a temática em questão na região sul mineira, sendo este estudo um contribuinte de informações para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Espera-se, portanto, que este estudo contribua para a compreensão de aspectos que caracterizam a acreditação vivenciada de forma única por cada instituição participante. Desse modo, torna-se possível retratar de forma clara a experiência de um processo contemporâneo e necessário para as instituições hospitalares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção está composta por uma revisão literária que irá embasar teoricamente o estudo sobre a perspectiva do processo de acreditação hospitalar para certas instituições hospitalares do sul de Minas Gerais.

2.1 Contextualização das Organizações Hospitalares

Evidencia-se o crescimento das organizações no último século em decorrência das diversas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que ocorreram na sociedade. Um dos principais pontos de sustentação e estruturação corporativa são as organizações formais, tornando-se objetos de estudo, pesquisa e reflexão (CHANLAT, 1993). As organizações são caracterizadas como coletividades coordenadas para o alcance de objetivos específicos que possuem uma estrutura formal e sofrem influência do meio em que estão inseridas (BASTOS et al., 2004).

A organização hospitalar teve origem nos primeiros séculos do cristianismo e até o século XVIII, o hospital era considerado um local de assistência aos pobres doentes. A partir daí, passou a ser visto como uma instituição de assistência terapêutica ao doente, com vistas à cura (PORTO, 1999).

De acordo com a ONA (2010), hospital é todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos. No Brasil, de acordo com a origem do hospital, *hospitium* que, em latim, significa local no qual as pessoas se hospedam, essas instituições seguiram a filosofia e a forma de assistência típica das Santas Casas de Misericórdia de Portugal. Até 1930, a assistência hospitalar era prestada mediante pagamento, cenário modificado a partir do advento dos

institutos de previdência. Com a reforma da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a população brasileira passou a ter direito à assistência hospitalar, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade (CHERUBIN; SANTOS, 1997).

De acordo com Drucker (2002), as organizações de saúde estão entre as organizações mais complexas, congregando médicos, equipe de enfermagem e pessoal técnico cada vez mais especializado, com favorecimento de ocorrência de situações de conflito. Existe, também, uma diversidade na prestação de serviços e situações simultâneas como os de hotelaria, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor, dentre outros.

O hospital, por seu caráter complexo, deve elevar o nível da saúde da comunidade com base em aspectos éticos e legais. Dessa forma, a administração hospitalar se responsabiliza pelo adequado respeito à vida e à dignidade da pessoa, bem como compreensão das necessidades espirituais do enfermo, dos familiares e da sociedade (MEZOMO, 1991).

A Organização Mundial de Saúde (OMS); como outras organizações internacionais, tem reconhecido a necessidade de se utilizar processos mais rigorosos que assegurem cuidados de saúde recomendados pelas melhores evidências científicas. Este é o primeiro de uma série de 16 comentários que têm sido preparados pelo Comitê Consultivo da OMS sobre pesquisas em saúde (SCHUNEMANN; FRETHEIM; OXMAN, 2006).

A partir da contextualização histórica e conceitual das instituições hospitalares, percebe-se que o objetivo primordial dessas organizações é a prestação de serviços para uma clientela que possui necessidades singulares. Dessa forma, torna-se fundamental o entendimento do processo de prestação de serviços.

2.2 Prestação de Serviços

Os serviços, por fazerem parte da vida do cidadão, tornaram-se uma das tendências mais importantes do mundo empresarial moderno, retratando a transição da economia baseada na produção para uma economia baseada em serviços. Estes são amplamente experimentáveis e exploráveis, e as necessidades serão sempre ilimitadas.

Uma definição conceitual precisa de serviços tem sido apontada como de difícil formulação por diversos autores. Lovelock e Wright (2002), por exemplo, afirmam que, devido à sua diversidade, tradicionalmente tem sido difícil definir os serviços. Não obstante essas dificuldades, os autores propõem duas definições para serviços.

Na primeira, eles afirmam que “serviço é um ato ou um desempenho oferecido por uma parte à outra.” Em seu entendimento, embora por vezes os serviços estejam ligados a um produto físico, “o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção” (LOVELOCK; WRIGHT, 2002, p. 5).

Em sua segunda definição, os autores definem os serviços como sendo:

[...] atividades econômicas que criam valor e fornecem **benefícios** para clientes em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada no – ou em nome do – destinatário do serviço (LOVELOCK; WRIGHT, 2002, p. 5).

Outro aspecto dificultador de uma correta compreensão conceitual dos serviços, destacado por Schmenner (1999) diz respeito à dificuldade de definir se uma empresa é uma fabricante de produtos tangíveis ou se é produtora de serviços. Essa dicotomia produto/serviços é destacada também por Bateson e Hoffman (2001, p. 33), que afirmam:

É extremamente difícil definir um produto puro ou um serviço puro. Um produto puro implica que o consumidor obtém benefícios somente do produto, sem nenhum valor agregado pelo serviço; da mesma forma, um serviço puro assume que não há um elemento ‘produto’ no serviço que o consumidor recebe.

Corrêa e Caon (2006) aprofundam dessa dicotomia – chamada por eles de “falácia da divisão serviços” – afirmando que, modernamente, as empresas competitivas oferecem a seus clientes “pacotes de valor”. Para eles, esse pacote inclui parcelas normalmente consideradas como serviços e parcelas normalmente consideradas como bens físicos, ou produtos, sendo que, a composição deste pacote varia em função do tipo de atividade (Figura 1).

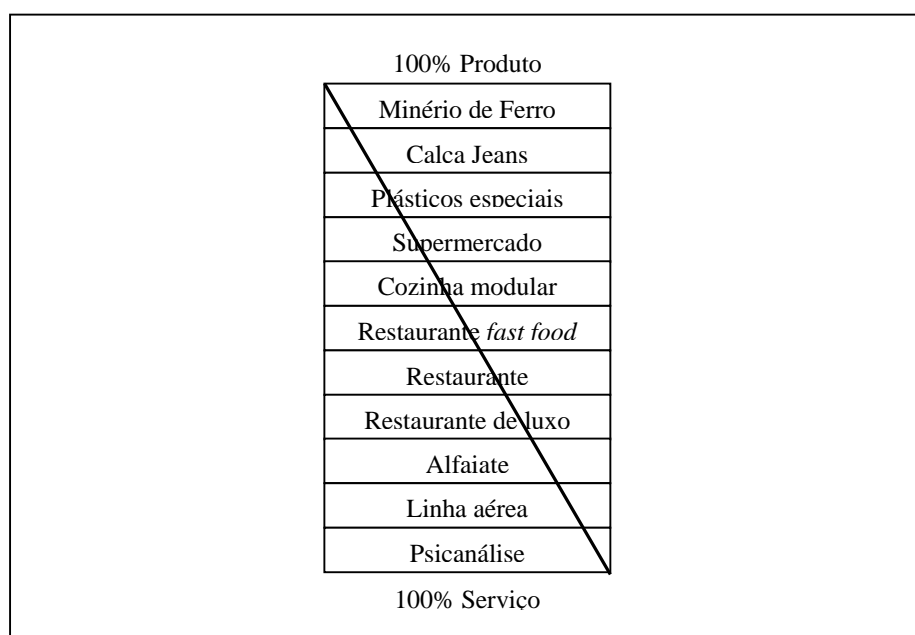


Figura 1 Variação de pacotes de valor entregues ao cliente

Fonte: adaptado de Corrêa e Caon (2006, p. 52)

Apesar de apontarem essa mesma dificuldade conceitual dos serviços, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005, p. 30) fizeram uma breve revisão de definições de serviços (Quadro 1). Os próprios autores tecem a sua definição na qual afirmam, de forma bastante objetiva, que “serviço é uma experiência perecível, intangível, desenvolvida para um consumidor que desempenha o papel de co-produtor”.

DEFINIÇÃO	AUTOR(ES)
Uma definição precisa de bens e serviços deve distinguí-los com base em seus atributos. Um bem é um objeto físico tangível ou produto que pode ser criado e transferido; ele tem uma existência através do tempo e, desse modo, pode ser criado e usado posteriormente. Um serviço é intangível e perecível; é uma ocorrência ou processo que é criado e usado simultaneamente, ou quase simultaneamente. Embora o consumidor não possa conservar o serviço real após ele ter sido produzido, o efeito do serviço pode ser mantido.	Sasser, Olsen e Wyckoff (1978)
[...] o setor de serviços abrange todas as atividades econômicas cujo produto não é um bem físico ou fabricado; geralmente ele é consumido no momento em que é produzido e fornece um valor agregado em formas (tais como conveniência, diversão, oportunidade, conforto ou saúde) que representam essencialmente interesses intangíveis do seu primeiro comprador.	Quinn, Baruch e Paquette (1987)
Serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível que normalmente, mas não necessariamente, ocorre em interações entre consumidores e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor do serviço, que são oferecidos como soluções para os problemas do consumidor.	Gronroos (1990)
Serviços são atos, processos e o desempenho de ações.	Zeithaml e Bitner (1996)

Quadro 1 Definições de serviços

Fonte: adaptado de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005, p. 30)

Mediante a complexidade conceitual de serviços, a qualidade em serviços também envolve diversos critérios de avaliação, tais como consistência, flexibilidade, competência, credibilidade, tangibilidade, custo, acesso, atendimento/atmosfera e presteza no atendimento. Porém, a característica mais importante do serviço é o fato de a produção e o consumo serem simultâneos, sendo a avaliação da qualidade dos mesmos, muito rápida ou instantânea, estando o cliente ativamente envolvido no processo de prestação de serviços (GIANESI; CORRÊA, 2007).

De acordo com Albrecht (1992), a qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tem para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém e Qualidade Total em Serviços é uma situação na qual uma organização fornece qualidade e serviços superiores a seus clientes, proprietários e funcionários.

2.3 Características dos Serviços

Na revisão bibliográfica realizada, percebeu-se que algumas características dos serviços, apontadas pelos autores pesquisados, são coincidentes (BERKOWITZ et al., 2003; CORRÊA; CAON, 2006; FITZSIMMONS; FITZSIMONS, 2005; GIANESI; CORRÊA, 2007; LOVELOCK; WRIGTH, 2002; SCHMENNER, 1999). São elas:

Intangibilidade: característica comum em todos os autores estudados refere-se à incapacidade de se segurar, tocar ou ver o serviço antes da decisão de compra. Conforme afirma Gianesi e Corrêa (2007, p. 32), “os serviços são experiências que o cliente vivencia enquanto que os produtos são coisas que podem ser possuídas”. A intangibilidade dos serviços dificulta sua avaliação, característica que é apontada separadamente por alguns autores.

Simultaneidade entre produção e consumo (impossibilidade de estocagem): duas características que são apontadas por alguns autores separadamente (FITZSIMONS; FITZSIMONS, 2005; SCHMENNER, 1999) compõem duas dimensões de um mesmo problema. Como os serviços só são produzidos no momento do consumo e constituem-se de ações ou realizações, não há, obviamente, possibilidade de estocagem. Essa característica dos serviços traz grandes dificuldades para o gerenciamento da gestão da capacidade *versus* demanda (CORRÊA; CAON, 2006).

Necessidade da presença (ou participação) do cliente: enquanto os produtos não necessitam da presença dos clientes para serem produzidos, no setor de serviços o cliente é o elemento que, de alguma forma, *dispara* a operação, muitas vezes em termos de *quando* e *como* esta deve realizar-se, constituindo uma entrada do sistema de operações que não é diretamente controlada pela gestão (GIANESI; CORRÊA, 2007). Corrêa e Caon (2006) preferem a utilização do termo participação em substituição à presença, tendo em vista que, cada vez mais, os serviços têm sido prestados de forma remota (telefone, internet, etc.).

Heterogeneidade (ou variabilidade): outra característica dos serviços que dificulta a gestão da qualidade. Como a padronização é uma premissa básica do processo de gestão da qualidade e “a combinação da natureza intangível dos serviços e do cliente como um participante no sistema de prestação de serviços resulta na variação de serviços de cliente para cliente” (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005, p. 48), torna-se extremamente difícil gerenciar a qualidade final do serviço prestado. Nesse sentido, Lovelock e Wright (2002) afirmam que é muito difícil unificar e controlar a variabilidade dos serviços. Assim, estes fatores criam obstáculos para que as organizações melhorem a produtividade, controlem a qualidade e ofereçam um serviço consistente.

Outras características dos serviços foram levantadas e sintetizadas no Quadro 2. Dentre elas, cabe destacar a incapacidade de obtenção da propriedade apontada por Lovelock e Wright (2002). Os autores afirmam que esta talvez seja a distinção fundamental entre bens e serviços uma vez que “os clientes normalmente extraem valor dos serviços sem obter propriedade permanente de qualquer elemento tangível.” Essa característica torna o serviço perecível não só para a empresa, mas também, em certo sentido, para o cliente.

AUTORES						
	Schmenner (1999)	Lovelock e Wrigth (2002)	Berkowitz et al. (2003)	Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005)	Corrêa e Caon (2006)	Gianesi e Corrêa (2007)
CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - impossibilidade de fazer estoques - produção e consumo fisicamente unidos - entrada fácil no mercado - influências externas 	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - ausência de estoques - variabilidade - maior envolvimento do cliente no processo de produção - os clientes não obtêm propriedade sobre os serviços - outras pessoas podem fazer parte do produto (“encontro de serviços”) - difícil avaliação - o fator tempo é relativamente mais importante - sistemas de entrega podem envolver canais eletrônicos e físicos 	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - inventário (impossibilidade de estocagem) - inseparabilidade (entre as pessoas e os serviços) - heterogeneidade 	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - perecebilidade - heterogeneidade - participação do cliente no processo dos serviços - simultaneidade produção-consumo 	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - simultaneidade produção-consumo - participação do cliente 	<ul style="list-style-type: none"> - intangibilidade - necessidade de presença do cliente ou um bem de sua propriedade - simultaneidade produção-consumo

Quadro 2 Principais características dos serviços

Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se, tanto na definição quanto na caracterização dos serviços, a necessidade de participação dos clientes nesse processo. Nesse aspecto, o público assume relevância crucial na eficiência dos serviços, sendo foco de preocupação e objeto de estudo de pesquisas que almejam elucidar interações que culminam em sucesso organizacional.

2.4 Qualidade em Serviços de Saúde

A partir da década de 90, a qualidade torna-se um novo imperativo no sistema de saúde brasileiro, após ter passado por radical descentralização e municipalização de seus serviços. As organizações de serviços de saúde passam, então, a exigir uma definição mais abrangente de qualidade, que compreenda as necessidades dos clientes e as traduza em procedimentos e medições internas.

De acordo com Labbadia et al. (2004), a criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade de assistência à saúde tornou-se um fenômeno mundial, fundamental para garantir as condições de viabilidade das instituições e, portanto, suas adequações para sobreviver, bem como proporcionar segurança e satisfação aos seus clientes.

Segundo Couto e Pedrosa (2009) o setor da saúde, diferentemente de outros setores produtivos, tem pouca tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade. Este contexto vem modificando-se em função da concorrência cada vez mais acirrada, da forte regulamentação no setor, incluindo o Código de Defesa do Consumidor e pelo atual cenário brasileiro, cujas organizações não suportarão mais custos relacionados à má qualidade.

O conceito de qualidade em saúde assume uma diversidade de significados a partir do ponto de vista em que é analisado. A JCAHO define qualidade como o grau em que os serviços prestados ao paciente aumentam a

probabilidade de resultados favoráveis e diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis (ONA, 2000).

Donabedian (1998) define qualidade em saúde como a assistência na qual se espera maximizar o bem-estar do paciente, considerando-se o balanço entre os ganhos e perdas inerentes a qualquer processo assistencial. Em uma instituição prestadora de serviço de saúde, diversos são os aspectos que aumentam a possibilidade da realização de um bom processo de assistência e este aumenta a chance de alcançar um resultado satisfatório.

Para Zanon (2001), a qualidade de assistência à saúde não se resume na presença de certificados, na manutenção de formulários devidamente preenchidos, na satisfação de pacientes e funcionários, na apresentação de sofisticadas e belas instalações e equipamentos, mas, sim, em algo tangível, que depende da capacidade de diagnosticar, tratar, melhorar ou curar doenças físicas e mentais.

Os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em categorias propostas por Donabedian (1998). O presente autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Enquanto os estudos de estrutura se desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, os estudos de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população (REIS et al., 1990).

A avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões, sendo a primeira o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente e, segundo, o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes (DONABEDIAN, 1978).

Segundo o autor supracitado, o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em que se autogovernam, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. O objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Percebe-se que o significado de qualidade é abrangente, incluindo aspectos de relacionamento interpessoal e de conforto proporcionado pelo cuidado e a equidade no acesso inicial aos serviços de saúde e na continuidade do atendimento. A partir da monitorização da qualidade é possível programar ações pedagógico-instrutivas e não punitivas, tornando o processo menos traumático e mais harmônico.

2.5 Métodos avaliativos em serviços de saúde

Atualmente, a necessidade de alcançar melhor competitividade e conquistar novos mercados tem feito com que as empresas revejam suas práticas gerenciais. Dentre os modernos métodos gerenciais destacam-se os princípios contidos em normas técnicas que recomendam diretrizes para a implantação de um sistema orientado para a qualidade.

A certificação de conformidade às normas técnicas foi concebida inicialmente para produtos com elevados requisitos de segurança e qualidade. Posteriormente, esta certificação foi estendida a outros segmentos, industrial ou não, que possuem exigências críticas, tais como saúde e proteção ambiental.

O Brasil também segue esta tendência mundial. No caso específico de hospitais, há pelo menos dois modelos que tentam garantir a qualidade dos serviços. O primeiro é o modelo de acreditação hospitalar e o segundo da certificação baseada nas normas série 9000 da “International Organization for

Standardization” (ISO), também conhecidas como ISO série 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT, 1995).

Segundo a ISO, as normas série 9000 e normas relacionadas possuem quatro objetivos estratégicos: aceitação universal, compatibilidade atual, compatibilidade futura e flexibilidade futura. A empresa como fornecedora tem cinco grupos principais de partes envolvidas: seus clientes, seus empregados, seus proprietários, seus fornecedores e a sociedade. Convém que o fornecedor atenda às expectativas e necessidades das partes envolvidas conforme o Quadro 3 apresentado a seguir.

Partes envolvidas com o fornecedor	Expectativas ou necessidades típicas
Clientes	Qualidade do produto
Empregados	Satisfação na carreira/trabalho
Proprietários	Desempenho do investimento
Sub-fornecedores	Continuidade da oportunidade de negócios
Sociedade	Administração responsável

Quadro 3 Partes envolvidas e suas expectativas em relação ao serviço

Fonte: adaptado de Couto e Pedrosa (2009)

As normas ISO série 9000 sofreram adaptações quanto ao seu enfoque com o passar dos anos, deixando de se voltar especificamente para a estrutura e preocupando-se, também, com o processo, pressionada por atender o setor de serviços. Apesar da evolução das normas ISO série 9000, elas ainda possuem um forte viés na área de saúde. Segundo Veney e Kaluzny (1991), quando se tenta aplicar modelos industriais para a atenção à saúde corre-se o risco da adoção de uma definição muito simplificada de qualidade e desvio da efetividade clínica para a eficiência das atividades de apoio.

A América do Sul possui 13.306 organizações certificadas, das quais 7.900 dessas certificações pertencem ao Brasil, dentre as quais 107 estão ligadas à área de saúde e serviço social (ABNT, 2007).

Apesar da presença de certificações conferidas pelas normas ISO série 9000 às áreas de saúde no Brasil, a pesquisa do presente trabalho volta-se especificamente para a acreditação conferida pela ONA, sendo retratada desde sua contextualização histórica até projeções contemporâneas como apresentado a seguir.

2.6 Acreditação Hospitalar

Para entendimento da acreditação, seu processo será analisado, inicialmente, em âmbito internacional e posteriormente, em caráter nacional, conforme apresentado na sequência.

2.6.1 História Mundial

O desenvolvimento da acreditação no mundo inicia-se no século XVIII – XVII a.C., com o código de Hamurabi, no qual já se identifica alguma noção de responsabilidade médica e qualidade em saúde, assinalada pela abordagem da má qualidade. No século IV a.C., Hipócrates cria seu juramento e o conceito de “*primum non nocere*” (primeiro não lesar), fundamentais até os dias atuais (LABBADIA et al., 2004; QUINTO NETO; GASTAL, 2000).

Os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica iniciam em 1855 durante a Guerra da Criméia. Florence Nightingale, enfermeira britânica, desenvolveu métodos de coleta de dados, de registros e arquivamentos, além de medidas higiênicas relacionadas a todo o processo de atenção aos feridos da guerra. A consequência de seu sistema foi a melhoria da

qualidade do atendimento prestado, obtendo inclusive diminuição da mortalidade de seus enfermos (SILVA, 2005).

Tem-se como referencial histórico o cirurgião Ernest Armory Codman, de Boston, o qual foi um dos primeiros fundadores do *American College of Surgeons – ACS*. Codman realizou a primeira iniciativa de avaliação dos serviços de saúde em 1910, formulando a proposta “*The end result system standardization*” para um sistema de gerenciamento de resultados (LABBADIA et al., 2004). Em 1917, o ACS organizou o que chamou de *Hospital Standardization Program* (Programa de Padronização Hospitalar), que definia um conjunto de padrões, para que os cirurgiões avaliassem como os hospitais adequavam-se a eles (SCHIESARI, 1999).

Observa-se que na primeira auditoria realizada em hospitais nos Estados Unidos pela ACS, em 1918, apenas 89 de 692 hospitais, com 100 leitos ou mais, cumpriram os padrões mínimos recomendados. Em contrapartida, em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do programa de padronização de hospitais chegou a 3.290 (ONA, 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial, com o rápido crescimento do número de hospitais norte-americanos, a *American College of Surgeons* não conseguiu mais gerenciar o programa. Cria-se, em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, sendo em 1987, renomeada como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, uma organização independente, sem fins lucrativos, cujo objetivo era proporcionar a acreditação voluntária (SCHIESARI, 1999). Assim, a acreditação tornou-se um forte instrumento para a promoção de melhorias de qualidade no atendimento e efetividade na redução de custos e sucesso na assistência à saúde.

Em 1974, a Austrália forma um Conselho de Padronização de Hospitais e, a seguir, a Nova Zelândia, ambos de abrangência nacional. Com a participação de certas instituições hospitalares avaliadas, inclui-se a província da

Catalunha, Holanda e Reino Unido, este último por intermédio do *King's Fund*. Atualmente, houve um crescimento da demanda mundial quanto aos conceitos de melhoria da qualidade, fazendo com que diversos países tenham desenvolvido e aplicado métodos de acreditação. Podem-se citar como exemplo os seguintes países: França, República Checa, Hungria, Finlândia, Polônia, África do Sul, Coreia, Taiwan, Japão, Argentina, Bolívia, Colômbia e República Dominicana (ONA, 2010).

Em 1989, é criada a Fundação Avedis Donabedian para melhoria da atenção à saúde, em Barcelona na Espanha, instituição referência para a acreditação. O processo de acreditação na Espanha, conhecido como ENAC – *Entidad Nacional de Acreditación* se assemelha em diversos aspectos ao Sistema Brasileiro de Acreditação (SCHIESARI, 1999).

Na América Latina, o processo de qualificação hospitalar iniciou em 1989, com a Organização Mundial de Saúde elaborando projetos para a mudança da abordagem da assistência em todos os níveis, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Assim, foram criados padrões adequados às diferentes realidades, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais (FLH), estabelecendo, inicialmente, critérios para a habilitação e, posteriormente, para acreditação, podendo ser mencionado o “*Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina e Caribe*” (ANTUNES, 2002).

Diante a evolução histórica de processos avaliativos em âmbito mundial, parte-se agora, para a contextualização dos métodos de certificação em nível nacional, enfatizando o processo de acreditação hospitalar.

2.6.2 História Brasileira

A acreditação surge como uma forma de estabelecer parâmetros bem definidos de qualidade, alinhados ao contexto nacional, baseada nos três níveis propostos por Donabedian, com o objetivo de obter-se o melhor para o usuário, para a Instituição e os demais envolvidos na atenção à saúde (ONA, 2010).

No Brasil, uma primeira classificação de hospitais por padrões foi prevista na Lei 1982, de 1952, que criou o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar. Em 1961, o Instituto de Aposentadoria e Pensão de Comerciantes (IAPC), desenvolveu o credenciamento de determinados hospitais e, em 1962, o Instituto de Aposentadoria e Pensão de Industriários (IAPI) estabeleceu seus padrões mínimos exigíveis dos hospitais para a prestação de assistência cirúrgica (SILVA, 2005).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que levou não só a um aumento da oferta de serviços através de um sistema unificado, como também a um aumento da pressão para ampliação desses mesmos serviços. Em 1968, é criada uma “Tabela de Classificação de Hospitais” que vem anexa a uma Resolução do Departamento Nacional de Previdência Social (KLUCK; PROMPT, 2004).

Em 1974, desenvolve-se um dos documentos de maior relação com os processos atuais de avaliação de serviços de saúde, o "Relatório de Classificação Hospitalar", identificado pela sigla RECLAR, cujo princípio básico era padronizar critérios de avaliação com a sistematização das informações colhidas pelos auditores na época (ONA, 2010). Outros instrumentos além do RECLAR identificados como Resoluções, Portarias e Ordens de Serviço são criados no âmbito do Ministério da Previdência e do INAMPS, relacionados à avaliação da qualidade em saúde, ao Controle de Infecção Hospitalar e às atividades de auditoria médica, entre outras.

A partir da década de 90, surgem iniciativas relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, como a criação do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH). Em 1992, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promove o primeiro seminário nacional sobre acreditação, no qual é apresentado o Manual para Acreditação de Hospitais da América Latina e Caribe editado pela OPAS (Manual da OPAS). Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde elabora o projeto "Garantia da Qualidade em Saúde" encaminhando-o ao Banco Mundial (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Em 1994, diversas instituições ligadas à saúde no país propõem o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde (PACQS), com o objetivo de implantar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos de saúde. Em 1995, criam-se instrumentos de avaliação em diversos estados (ONA, 2010).

No Ministério da Saúde, em 1995, cria-se o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), cujas diretrizes são embasadas em cinco planos de ação. Após certas análises, foi encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), com definição de metas para implantação de um processo de certificação de hospitais, a acreditação hospitalar.

Cria-se, portanto, um Grupo Executivo encarregado de implantar um Programa Brasileiro de Acreditação. Neste período, desenvolve-se a primeira versão de um instrumento de avaliação para acreditação, a partir do Manual da OPAS e de propostas dos Estados participantes, dentro de uma realidade brasileira (SCHIESARI, 1999).

Esse instrumento foi testado em 17 instituições hospitalares brasileiras por profissionais que trabalhavam com acreditação – CQH, Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS) e Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde

(IPASS). Após ser examinado, consolidado as críticas e realizado as devidas adequações, cria-se a primeira versão do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, em junho de 1998 (KLUCK; PROMPT, 2004).

Em função desse intenso processo de aprimoramento da acreditação em nível nacional, o ano de 1997 ficou conhecido como “O ano da saúde no Brasil”, através do incentivo à acreditação e pela consolidação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (ONA, 2010).

Verifica-se que o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) deve ser coordenado por uma organização de direito privado, responsável também pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de acreditação. Em agosto de 1999 é, então, constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a implantação de normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, o código de ética, a qualificação e a capacitação de avaliadores.

2.7 Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)

A Organização Nacional da Acreditação (ONA) constitui-se como uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Representantes de entidades nacionais compradoras de serviços de saúde, prestadoras de serviços de saúde e da área governamental agregam-se à ONA e, a partir de setembro de 1999, iniciam-se palestras por todo país enfatizando o processo a ser desenvolvido pela Organização em todo território nacional. Em 2000, ocorre a conclusão do ciclo de palestras em todos os Estados da Federação, bem como a finalização da estruturação das normas do Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA (ONA, 2010).

Em 2001 ocorre a certificação, com a qualificação de acreditada, da primeira Organização Prestadora de Serviços Hospitalares através da metodologia do SBA. Publica-se a Portaria 538/GM, onde o Ministério da Saúde reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil. Publica-se também a Portaria 1970/GM, onde o Ministério da Saúde aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002).

A ONA possui como missão a promoção de um processo de acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área de saúde no Brasil. Ela é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras (ANTUNES, 2002). Estas empresas acreditadoras são de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional.

A organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará firmando sua responsabilidade e seu comprometimento com a segurança, a ética profissional, a eficiência dos procedimentos e com a garantia da qualidade do atendimento à população (ONA, 2000). Atualmente, no Brasil, existem algumas organizações desenvolvendo processos de acreditação hospitalar distintos, como a ONA e o CBA. A primeira tem como referência o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), desenvolvido com base no Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A segunda, o CBA, tem como referência o Manual de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), com base no Manual de Acreditação para hospitais da The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (ICHINOSE; ALMEIDA, 2004).

Ao contrário dos processos tradicionais de avaliação, a acreditação possui uma forte abordagem educativa, baseada na reflexão da prática

profissional, que leva a elaboração de padrões de excelência de desempenho. Por ser um processo, sobretudo reflexivo, sempre revela novas formas de visualizar e agir sobre os problemas da instituição (ROONEY; OSTENBER, 1999). O Manual ressalta que o certificado de qualidade alcançado é reconhecido externamente, transmitindo segurança, confiança e credibilidade para os clientes internos e externos, bem como para sociedade.

Os itens de verificação apontam as fontes em que os avaliadores possam procurar as provas, ou aquelas que o hospital possa apresentar para indicar o cumprimento de determinado padrão e nível. Essas fontes podem ser documentos do hospital, entrevistas com os coordenadores dos serviços, funcionários, clientes, familiares e consulta a prontuários médicos, registros dos pacientes e outros (BRASIL, 1999).

A auditoria é um dos mecanismos mais eficazes para o aperfeiçoamento de um sistema de gestão da qualidade. Ela se baseia na detecção de deficiências que, pelo hábito, passam despercebidas por aqueles ligados a uma atividade. De uma maneira geral, pode-se dizer que a auditoria da qualidade é uma operação fundamentada em dados e fatos que visa determinar, com base em evidências objetivas, se os documentos e processos aplicáveis são adequados e observados. Nesse foco, as auditorias possuem duas classificações: interna e externa. A primeira tem o objetivo de autoavaliação e é realizada por pessoas que não estejam diretamente envolvidas naquela atividade, mas podendo ser membros da própria instituição. Já a auditoria externa é realizada por um órgão certificador externo à organização e tem como objetivo avaliar e certificar o sistema de gestão da qualidade de uma instituição (SCHIESARI, 1999).

Em se tratando da auditoria externa, a avaliação consiste em dois momentos: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna para todos os funcionários. Posteriormente, a visita acontecerá através da solicitação voluntária do hospital à

instituição acreditadora. A duração da visita dos avaliadores é variável em função do porte e da complexidade do hospital. Neste momento, todos os setores e unidades são avaliados dentro de uma programação definida, junto aos responsáveis pelo hospital (BRASIL, 1999).

2.8 Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar

O instrumento de avaliação voluntária de serviços hospitalares da ONA alcançou grandes avanços em relação aos seus antecessores e mesmo a outros modelos disponíveis no Brasil (CQH e CBA/JCI). O presente instrumento possui conteúdo adaptado à realidade brasileira, seguindo a legislação nacional vigente. Os instrumentos de avaliação são flexíveis para serem progressivamente modificados, levando em consideração as grandes diferenças regionais e os diferentes graus de complexidade das instituições (ANTUNES, 2002). O instrumento é submetido à consulta pública antes de sua efetivação, é aplicável a qualquer modelo de organização hospitalar (pública ou privada) e, além da estrutura física, dá grande ênfase aos processos e aos resultados obtidos, baseados em indicadores assistenciais e gerenciais.

Os instrumentos de avaliação são compostos de seções e subseções, onde, para cada subseção, existem padrões interdependentes, que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é a segurança; do Nível 2, a segurança e organização e, do Nível 3, a segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. Para cada nível, são definidos itens de orientação, que norteiam o processo de visita e a preparação da organização prestadora de serviços de saúde (ONA, 2010). O Quadro 4 a seguir apresenta os níveis de certificação da acreditação.

Nível I	Acreditação	As exigências do padrão têm o foco exclusivo na segurança, gerenciamento do risco da prestação de serviços e desempenho dos recursos humanos.
Nível II	Acreditação Plena	O foco é a organização do trabalho, suas normas, rotinas e protocolos atualizados e aplicados.
Nível III	Acreditação em Nível de Excelência	As exigências possuem foco na gestão da qualidade e de seus resultados.

Quadro 4 Níveis de certificação da acreditação

Fonte: adaptado da ONA (2010)

Nas seções, estão agrupados os serviços, setores, unidades, ou funções com características e fundamentos semelhantes que possuem afinidades entre si. As subseções tratam do escopo específico de cada serviço, setor, unidade ou função. A lógica das subseções é que todas possuam o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação. Cada subseção é composta por padrões, elaborados com base na existência de três níveis, com princípios orientadores básicos, com grau de complexidade crescente e de concepção sequencial (ICHINOSE; ALMEIDA, 2004).

De acordo com consulta pública realizada pela Organização Nacional de Acreditação em Março de 2010, a proposta do Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2010 está estruturada de acordo com o Quadro 5, apresentado a seguir, sendo, posteriormente ao prazo estipulado para consulta, consolidado ao texto final pela articulação entre a ONA e o Comitê Técnico envolvido.

Seções	Subseções
GESTÃO E LIDERANÇA – Esta seção identifica qual o modelo de gestão adotado pela organização, aborda como o negócio da organização é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida.	Liderança Gestão de Pessoas Gestão Administrativa Gestão de Suprimentos Gestão da Qualidade
ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE – Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados aos pacientes/clientes, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos.	Atendimento Internação Atendimento Ambulatorial Atendimento em Emergência Atendimento Cirúrgico Atendimento Obstétrico Atendimento Neonatal Tratamento Intensivo Mobilização de Doadores Triagem de Doadores e Coleta Assistência Hemoterápica Terapia Dialítica Medicina Nuclear Radioterapia Terapia Antineoplásica Cardio-angiologia Invasiva e Hemodinâmica Métodos Endoscópicos e Videoscópicos Assistência Farmacêutica Assistência Nutricional
DIAGNÓSTICO – Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio ao diagnóstico e à terapêutica.	Processos Pré-Analíticos Processos Analíticos Processos Pós-Analíticos Métodos Diagnósticos Diagnóstico por Imagem
APOIO TÉCNICO – Esta seção agrupa atividades transversais que auxiliam o bom funcionamento da organização.	Sistema de Informação do Cliente/Paciente Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos Processamento e Liberação
ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO – Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de abastecimento, provimento e apoio logístico que garantam a disponibilidade de recursos necessários às atividades afins da organização.	Processamento de Roupas Processamento de Materiais e Esterilização Armazenamento e Transporte Higienização Gestão da Segurança
INFRAESTRUTURA – Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam ao gerenciamento dos processos de planejamento, execução e manutenção da estrutura físico-funcional.	Gestão da Estrutura Físico-Funcional

Quadro 5 Relação das Seções e Subseções do Manual Brasileiro de Acreditação – Versão 2010 (Consulta Pública)

Fonte: adaptado da ONA (2010)

A acreditação hospitalar faz com que os membros envolvidos nesse processo conheçam a estrutura organizacional e o processo gerencial da instituição hospitalar na qual estão inseridos. Torna-se necessário que todos entendam a ideologia institucional e conheçam os objetivos de curto, médio e longo prazo a serem alcançados para coincidirem com a proposta da organização e busca de uma prestação de serviços com qualidade.

Após esta revisão da literatura referente à acreditação hospitalar, parte-se, na próxima seção, para a apresentação da metodologia utilizada na pesquisa.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é classificado como exploratório e descritivo. Diz-se exploratório pelo fato de os estudos desenvolvidos sobre a atual temática em questão serem, ainda, incipientes no Brasil, principalmente na região sul-mineira, local da realização do trabalho. Além desse aspecto, não se identificou, a princípio, a ocorrência de estudos acadêmicos que retratem o tema da pesquisa. Caracteriza-se, também, como uma pesquisa descritiva, porque visa discorrer sobre a situação de organizações hospitalares de municípios do sul de Minas Gerais em relação à acreditação, caracterizando suas práticas em relação ao processo, sob a ótica do referencial teórico do modelo de acreditação proposto pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, metodologia escolhida pela possibilidade de extrapolar a quantificação de dados. Esse tipo de abordagem aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam. Essa estratégia, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007). A pesquisa qualitativa proporciona, também, o entendimento de significados de determinado fenômeno e a sua importância individual e coletiva no cotidiano das pessoas. Dessa forma, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (TURATO, 2005).

Frente a este aspecto, o uso da abordagem qualitativa foi aplicável ao estudo em questão como instrumento fundamental para compreensão da

implantação, manutenção e/ou aprimoramento do processo de acreditação hospitalar em instituições hospitalares sul mineiras.

3.1 Estratégias de Pesquisa

Pelo fato do foco do estudo estar relacionado a uma análise do processo de acreditação em instituições hospitalares, realizou-se, portanto, o estudo de um fenômeno contemporâneo, onde o investigador não possui qualquer controle sobre o evento e a coleta de dados dá-se por múltiplos métodos. Estas são as características principais do estudo de caso, estratégia adotada na presente pesquisa.

De acordo com Ludke e André (1986), o estudo de caso constitui-se como uma unidade inserida em contexto mais amplo, com a finalidade de apreender de maneira mais completa a realidade, a particularidade e singularidade daquele caso. Os mesmos autores reforçam que tal estratégia permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Gil (2006) apresenta o estudo de caso como um estudo aprofundado de um ou de poucos objetos, de maneira a adquirir conhecimento amplo e detalhado sobre o mesmo.

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como processos organizacionais e administrativos, os quais foram pesquisados a partir das categorias e subcategorias, organizadas a partir da fundamentação teórica, permitindo, ainda, que novos elementos venham a emergir do processo. Trata-se de uma estratégia de pesquisa utilizada em muitas situações, contribuindo com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e de grupo (YIN, 2005).

3.2 Cenários do Estudo

Os estudos de casos podem ser caracterizados como de caso único ou de casos múltiplos. De acordo com Yin (2005), as evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como algo mais consistente. Optou-se, na presente pesquisa, pelo estudo de caso múltiplo de organizações hospitalares, permitindo a comparação do fenômeno entre os casos e, portanto, a identificação de resultados semelhantes e distintos.

Para escolha das organizações que constituem os casos para o estudo desta pesquisa foram considerados os seguintes critérios, propostos por Cipriano (2004):

- a) As organizações hospitalares deveriam se encontrar em busca da acreditação hospitalar ou já terem sido certificadas em determinado nível;
- b) Deveria haver interesse das organizações hospitalares em participar da pesquisa;
- c) Possuírem como natureza jurídica a filantropia (conforme a legislação reserva serviços gratuitos para a população carente, não remunera sua diretoria e os lucros reverterem para manutenção da instituição), excluindo os hospitais de cunho particular;
- d) Quanto à sua capacidade de lotação, ser classificado como de médio (de 51 a 150 leitos) ou de grande porte (de 151 a 500 leitos), representando relevância municipal e regional;
- e) Serem classificados como hospitais gerais ou gerais com especialidades, de acordo a natureza da assistência;

- f) Serem enquadrados no nível secundário ou terciário de atenção à prestação de saúde;
- g) Possuírem corpo clínico específico ou misto;
- h) Apresentarem qualquer forma de sistema de edificação (pavilhonar, monobloco, multibloco, vertical, horizontal).

Os critérios levantados anteriormente fazem jus à realidade da maioria das organizações hospitalares brasileiras, tronando-se, também, apropriadas às instituições participantes do presente estudo.

Em respeito aos critérios apresentados anteriormente, foram selecionadas 04 (quatro) instituições hospitalares em 03 (três) diferentes municípios localizados em pontos estratégicos da região do sul de Minas Gerais. Além de atenderem as especificações levantadas, os hospitais foram selecionados mediante recomendações apresentadas pela Gerência Regional de Saúde da referida região. O presente órgão sugeriu a realização da pesquisa em instituições que se encontram em estágios distintos do processo de acreditação hospitalar, contribuindo satisfatoriamente para o objetivo proposto no estudo, bem como para o enriquecimento da pesquisa em relação a presente temática.

Segundo Minas Gerais (2010), as Gerências Regionais de Saúde têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população, competindo-lhe: programar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região e exercer outras atividades correlatas.

Diante o exposto, a Gerência Regional de Saúde consultada possui competências legais para fornecer informações a respeito da situação das instituições hospitalares em relação à acreditação hospitalar. Após análise das instituições mencionadas pela Gerência Regional, optou-se pela seleção de 04 (quatro) instituições caracterizadas detalhadamente a seguir.

3.2.1 Caracterização das instituições hospitalares selecionadas

Foram selecionadas 02 (duas) instituições hospitalares de um mesmo município sul mineiro por se enquadrarem nas especificações apresentadas, além de terem sido recomendadas pela Gerência Regional de Saúde e por serem locais de desenvolvimento de estudos dos pesquisadores do trabalho. Além desses critérios apresentados, as instituições demonstraram interesse em participar do estudo ao conhecerem o objetivo do trabalho. As outras 02 (duas) organizações hospitalares encontram-se em momentos distintos em relação à acreditação e localizam-se em diferentes municípios do sul de Minas Gerais. Esses hospitais também atendem plenamente os critérios ressaltados. Uma dessas instituições hospitalares vivenciou, recentemente, uma crise financeira, passando por reestruturações administrativas e organizacionais. Apesar dessas particularidades, encontra-se no processo de busca pela acreditação. Já a outra organização hospitalar participante do estudo é a única instituição acreditada na referida região, estando, atualmente, acreditada nível 2 pela ONA conforme informações previamente consultadas.

Para facilitar a análise e compreensão dos hospitais envolvidos no estudo, estes foram referenciados através de nomenclatura simbólica, preservando sua identificação. As informações particulares de cada hospital foram alcançadas através da primeira parte do roteiro semi-estruturado (ANEXO A) denominada caracterização do hospital, informadas por profissionais

devidamente inseridos em unidades administrativas das respectivas instituições. Vale ressaltar que todas as instituições hospitalares mencionadas concordaram em participar do estudo a partir de contato prévio realizado, esclarecendo os objetivos propostos pelo trabalho. A caracterização detalhada das instituições hospitalares participantes do estudo é apresentada no Quadro 6 a seguir.

Caracterização das Instituições hospitalares	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Natureza jurídica	Hospital Geral Terciário	Hospital Geral Terciário	Hospital Geral Terciário	Hospital Regional Geral Terciário
Natureza da assistência	Filantrópico	Filantrópico	Filantrópico	Filantrópico
Número de leitos	96	133	140	258
Número de funcionários	330	327	485	1.286
Tempo de existência	69 anos	145 anos	87 anos	146 anos
Característica do corpo clínico	Misto	Aberto e misto	Misto	Fechado, altamente especializado
Sistema de edificação	Tipo Multibloco	Tipo Pavilhonar	Tipo Multibloco	Estrutura de Concreto Armado
Serviços terceirizados	Laboratório de Patologia Clínica e Serviços de Imagem, Esterilização de Artigos Médico-Hospitalares, Tratamento de Efluentes Químicos e Coleta de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde.	Laboratório e Imagem.	Laboratório e Imagem, Fisioterapia, Contabilidade, Serviço de Cardiologia, Administração e Departamento Jurídico.	Fisioterapia Respiratória e Fonoaudiologia.
Unidades de alta complexidade	UTI Adulto, UTI Neonatal e Pediátrico, Hemodinâmica e Cirurgia Ortopédica.	Quimioterapia, Cirurgia Cardíaca, Intervencionista/Hemodinâmica, Neurocirurgia, Cirurgia Ortopédica Traumatológica, UTI Adulto e Neonatal, Hemodiálise.	UTI Adulto e Neonatal, Cirurgia Cardiológica e Neurocirurgia, Maternidade de Alto Risco.	Hemodiálise, Ortopedia, Neurocirurgia, Oncologia, UTI Adulto, UTI Neonatal e Pediátrico, Transplante de Córnea em Oftalmologia e Tratamento da AIDS.
Nível da acreditação	Não acreditado	Não acreditado	Não acreditado	Acreditado nível 2 pela ONA

Quadro 6 Caracterização das instituições hospitalares

Fonte: elaborado pelo autor

A partir das informações disponibilizadas no quadro de caracterização das instituições hospitalares, torna-se possível visualizar, de forma mais clara, as condições organizacionais dos hospitais selecionados no presente estudo.

3.3 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

Em um estudo científico, a coleta de dados deve se preocupar com a facilidade, concisão, exatidão e praticidade do instrumento a ser utilizado. Dessa forma, foi utilizada a entrevista com roteiro semiestruturado (ANEXO A) como instrumento de coleta de dados para verificar a situação da acreditação hospitalar em instituições hospitalares do sul de Minas Gerais. A entrevista compreendeu, também, a investigação de outras ferramentas ou processos que demonstrem a preocupação com a prestação de serviços com qualidade. Conforme Minayo (2007), essa técnica permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Triviños (1987) ressalta que a entrevista semiestruturada privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos informantes, o que permite a participação dos mesmos na elaboração do conteúdo da pesquisa por meio de suas experiências.

Inicialmente foram realizados contatos prévios com os diretores hospitalares e estes selecionaram os profissionais que constituíram a equipe entrevistada. Foram entrevistados 15 (quinze) profissionais que estão diretamente envolvidos no processo de acreditação hospitalar. A caracterização dos entrevistados participantes do estudo é apresentada no Quadro 7 a seguir. A coleta e análise de dados foram realizadas simultaneamente entre os meses de setembro e dezembro de 2010.

Apesar da indefinição preliminar do número de entrevistados, durante a pesquisa foi possível identificar a saturação teórica dos dados na 14ª entrevista,

visto que os dados passaram a se mostrar redundantes. A 15ª entrevista foi realizada para validar os resultados obtidos.

Caracterização dos entrevistados	Instituição Hospitalar	Formação Profissional	Cargo ocupado	Tempo de atuação na Instituição
ENTREVISTADO 1	Hospital C	Enfermagem	Supervisora de Enfermagem	15 anos
ENTREVISTADO 2	Hospital C	Superior em Ciências Contábeis	Coordenador Contábil	1 ano e 2 meses
ENTREVISTADO 3	Hospital C	Administração	Administradora	1 ano
ENTREVISTADO 4	Hospital A	Enfermagem	Enfermeira do CCIH/CME	3 anos
ENTREVISTADO 5	Hospital A	Administração	Coordenadora de Qualidade	2 anos e 6 meses
ENTREVISTADO 6	Hospital B	Medicina	Tesoureiro	9 anos
ENTREVISTADO 7	Hospital B	Farmácia-Bioquímica	Farmacêutica responsável técnica	5 anos
ENTREVISTADO 8	Hospital B	Enfermagem	Enfermeira do CC/CME	4 anos
ENTREVISTADO 9	Hospital B	Enfermagem	Coordenadora de Enfermagem	20 anos
ENTREVISTADO 10	Hospital B	Nutrição	Nutricionista	6 anos
ENTREVISTADO 11	Hospital B	Administração	Administrador	2 anos e 7 meses
ENTREVISTADO 12	Hospital A	Administração	Administrador	3 anos e 6 meses
ENTREVISTADO 13	Hospital D	Psicologia	Diretor Administrativo	19 anos
ENTREVISTADO 14	Hospital D	Enfermagem	Gerente Assistencial	25 anos
ENTREVISTADO 15	Hospital D	Análise de Sistemas	Gestora de Qualidade	7 anos e 8 meses

Quadro 7 Caracterização dos entrevistados

Fonte: elaborado pelo autor

Vale ressaltar que as entrevistas somente foram realizadas após assinatura por parte dos responsáveis das instituições hospitalares do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B) e aprovação do projeto pelo Departamento de Administração e Economia da Universidade Federal de Lavras (ANEXO C).

As entrevistas foram devidamente agendadas com os respectivos profissionais e realizadas de acordo com a disponibilidade destes em local apropriado, sem interferência de qualquer fator externo. Em uma fase inicial, o entrevistador esclareceu o assunto, sua importância e o anonimato dos entrevistados, a liberdade de participação ou recusa sem quaisquer sanções por parte da instituição. As entrevistas foram gravadas para garantia de sua totalidade e da fidedignidade das informações e transcritas em sua íntegra, para posterior análise e interpretação dos depoimentos dos entrevistados. Durante a apresentação dos resultados denominou-se cada entrevistado desta categoria com a letra “E”, seguido de um número para classificá-los. Este procedimento mostrou-se necessário para manter sigilo quanto à identificação dos respondentes da pesquisa.

3.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (2007), busca alcançar uma interpretação mais profunda do fenômeno, além de ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem. Segundo Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Esse tipo de método de análise, além de permitir desvelar processos sociais ainda desconhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e de categorias durante a investigação (MINAYO, 2007).

Dessa forma, o método qualitativo proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos direcionados à compreensão da manifestação do objeto de estudo e é caracterizado pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado (TURATO, 2005). A escolha desse método de análise pode ser explicada pela necessidade de compreender o significado e percepção sobre o processo da acreditação fornecida pelos profissionais entrevistados. Deste modo, as questões que norteiam a pesquisa devem oferecer condições para que o entrevistado exponha seus entendimentos e conhecimentos acerca do objeto de pesquisa. Isto quer dizer que as perguntas importam menos que as respostas, já que se pretende ter acesso ao significado que o entrevistado atribui ao objeto de pesquisa.

Em um segundo momento, durante a análise das respostas alcançadas, o pesquisador deve adotar o que se chama de leitura flutuante, caracterizada como a primeira leitura das informações obtidas. Após isto, o pesquisador pode criar hipóteses que partirão de suas intuições iniciais e que poderão ser validadas ou não nas etapas seguintes. Ao se formular as hipóteses, torna-se possível obter critérios de classificação das respostas e definir categorias de significação. Contudo, existem limitações na análise referentes a não-problematização de

elementos teóricos que possivelmente se mostrem relevantes na análise (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material estudado, têm sido desenvolvidas várias técnicas de análise de conteúdo. Assim, optou-se pela análise temática, por ser a forma que melhor se adequou à presente investigação. Segundo Minayo (2007), a análise temática de conteúdo se desdobra em 3 fases distintas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise consiste no estabelecimento de um planejamento de trabalho preciso com procedimentos bem definidos, mas pautando-se de flexibilidade. Na fase de exploração do material parte-se para a efetivação do plano criado anteriormente e, na última fase, o tratamento dos resultados busca tornar os dados brutos em resultados significativos e válidos.

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se ao redor de um processo de categorização, o qual pode obedecer a um critério semântico (categorias temáticas), sintático, léxico ou expressivo (BARDIN, 1977). A estratégia analítica de maior preferência para estudos de caso é a baseada em proposições teóricas. Estas refletem um conjunto de questões de pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir (YIN, 2005). Daí a importância da revisão bibliográfica estar presente em todas as etapas do trabalho.

A partir destes esclarecimentos, parte-se, na sequência, para a apresentação dos resultados obtidos na pesquisa, organizados em categorias conforme a relação existente entre os dados e como forma de responder a cada um dos objetivos específicos apresentados anteriormente.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A acreditação hospitalar caracteriza-se como um processo emergente e inovador para a maioria das instituições hospitalares. Em função desses aspectos, as organizações precisam se organizar para alcançar resultados satisfatórios que venham de encontro à realidade institucional e às exigências propostas pelo mercado. Nesse contexto, cada instituição vivencia uma aprendizagem organizacional que conduz a equipe a definir percursos e elaborar estratégias condizentes aos objetivos almejados.

O processo de acreditação é vivenciado de forma única, pois, a partir de critérios pré-estabelecidos por entidades acreditadoras, as instituições interessadas em alcançar o selo de qualidade precisam se adequar a requisitos para obter a certificação. Apesar de esse processo ser voluntário, as instituições se vêem inseridas em um sistema competitivo e ameaçador, tornando a busca pela acreditação algo indispensável.

Para proceder à análise e discussão dos resultados realizou-se a leitura aprofundada das entrevistas e após compreensão detalhada dos relatos, estes foram agrupados por semelhança, originando categorias. A análise dos conteúdos coletados e organizados passa primeiramente pela etapa do recorte, na qual os relatos são decompostos para em seguida serem recompostos para melhor expressar sua significação. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo ou passar ao largo das ideias essenciais. Os elementos assim recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também unidades de classificação ou de registro. As unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda idéias referentes a temas recortados (LAVILLE; DIONNE, 1999).

De acordo com Laville e Dionne (1999), as categorias devem ser pertinentes, tão exaustivas quanto possível, não demasiadas, precisas e

mutuamente exclusivas. Nesta seção, serão apresentados os resultados, procurando compor, por meio dos temas, as perspectivas atuais das instituições hospitalares participantes do estudo em relação ao processo de acreditação hospitalar. Os temas serão apresentados da seguinte forma: título do tema, categorias que os caracterizam, fala dos entrevistados que sustentam as informações e referência a autores que validam a discussão apresentada.

4.1 Entendendo a acreditação hospitalar

A partir do primeiro questionamento realizado nas entrevistas, os sujeitos da pesquisa mostraram-se congruentes a respostas embasadas em informações disseminadas nos últimos anos sobre o processo de acreditação hospitalar. Percebe-se o relato de respostas imediatistas e condicionadas a manuais normativos que retratam essa temática. Os entrevistados posicionaram-se, demasiadamente, vinculados à certificação, atribuindo similaridade entre a acreditação e o programa de qualidade ISO e, em diversos aspectos, preocupados com a acreditação em suas respectivas instituições. Este fato deve-se, provavelmente, à proximidade de auditorias externas que seriam realizadas em datas próximas à coleta de dados.

As 03 (três) instituições hospitalares não acreditadas participantes do estudo foram contempladas, recentemente, com o diagnóstico ONA concedido pelo PRO HOSPI – Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais. O PRO HOSPI, criado em 2003, incorpora o Plano de Gestão de Qualidade em Saúde criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a qual envolve um conjunto de ações coordenadas e complementares, concebidas com o intuito de provocar a disseminação da cultura da gestão pela qualidade na área de saúde no Estado.

Pelo fato dos hospitais estarem se organizando para alcançar o nível 1 da acreditação, nota-se uma marcante preocupação quanto ao princípio específico e orientador desse nível, a *segurança*. As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Evidencia-se, também, a atribuição de objetivos como forma de definição da acreditação, enfatizando a necessidade de se prestar assistência de qualidade, melhorar o desempenho da instituição, conhecer melhor a organização e alcançar mais recursos, maior número de clientes, parceiros e convênios. Inicialmente, as informações mencionadas foram relacionadas a um processo contemporâneo, sendo este incentivado pela própria diretoria hospitalar, órgãos reguladores e fiscalizadores, como a Vigilância Sanitária e o PRO HOSPI.

Os extratos dos depoimentos apresentados a seguir demonstram a discussão apresentada, retratando o entendimento da acreditação hospitalar:

[...] É, o que eu entendo é que a acreditação hospitalar é um processo que vai certificar a comunidade, a segurança e a qualidade da assistência de saúde daquela entidade. Até que a ciência desse processo foi muito recente, foi através do PRO HOSPI. (E1)

[...] O que eu entendo de acreditação é o seguinte, que visa a melhoria do hospital, visa atingir melhorias, verbas, é, é, e sempre buscar, busca de novos clientes, parcerias com novas empresas, novos convênios. (E8)

[...] Através das visitas constantes da Vigilância Sanitária, que cobra da gente melhorias, a gente já acabou entrando no processo de acreditação, porque os hospitais agora que têm o PRO HOSPI vão ter que ter o selo, são incentivados a acreditar. (E4)

[...] Oh, acreditação é, a meu ver, é, um sistema de qualidade que ele vai trazer padronização dos procedimentos, pelas instruções normativas que regem os hospitais. Olha, eu vejo é, é, é, uma ideia que eu vejo da acreditação é como a ISO. (E2)

Em contrapartida aos aspectos apresentados, os entrevistados da instituição acreditada relacionam o conceito de acreditação à necessidade de autoconhecimento e ajustes de rotinas internas a padrões externos pré-estabelecidos, conhecendo o significado da acreditação somente após a sua efetivação. Os profissionais argumentam que a acreditação é um processo lento e duradouro, exigindo mudança cultural e comportamental dos indivíduos que compõem a estrutura organizacional.

Evidencia-se coerente fundamentação e segurança na fala desses entrevistados em relação ao entendimento do processo de acreditação, uma vez que estes profissionais já experimentaram as fases pré, trans e pós acreditação, considerando que o hospital em questão é, atualmente, acreditado nível 2. Esta percepção é reforçada pela seguinte afirmação:

[...] A partir do momento que “bum”, carimbou a faixa, aí você tem que fazer jus à faixa, aí é que começa a acreditação de fato. Aí fica aquela coisa, nossa, e agora! Ou você entende que a acreditação é um processo e você tem que ter paciência. Até mesmo pelo entendimento de que é um processo que mexe, sobretudo, na área comportamental e de cultura da organização. (E13)

O entendimento da acreditação hospitalar refletiu o momento vivenciado pelas instituições hospitalares. Os hospitais ainda não acreditados fazem previsões e relacionam seus objetivos ao processo, mencionando o que pode vir a acontecer mediante a conquista da acreditação. A definição precisa do que é acreditação torna-se difícil, pois é um processo almejado e ainda não efetivado. A organização hospitalar já acreditada transmite argumentações mais concretas acerca da acreditação, visto que o processo já foi experimentado e efetivado.

Os depoimentos alcançados condizem com o que é apresentado na literatura. Segundo Novaes e Paganini (1994), a acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação.

Assim, a certificação e acreditação tornam-se fortes componentes para objetivar a busca da qualidade. De acordo com o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO (1999), na impossibilidade de avaliar a qualidade por iniciativa própria, consumidores e empresas preferem produtos e serviços certificados por organizações credenciadas no âmbito de sistemas reconhecidos.

Segundo Fortes (2007), a acreditação preocupa-se com a prestação do cuidado com qualidade e que os hospitais sejam lugares seguros para os profissionais e pacientes, o que é possível por meio de atitudes eficientes e padrões definidos. Nota-se, a partir da metodologia desenvolvida pela ONA, que avalia o grau de incorporação nas organizações das práticas de gestão de segurança, gestão de processos e gestão de resultados, a necessidade de autoconhecimento institucional e processos incentivadores para a busca do êxito no modelo de gestão voltado para a qualidade.

Diante análise das respostas apontadas no primeiro questionamento, evidencia-se que o processo de acreditação vem sendo incorporado pelas instituições por intermédio, principalmente, de corporações governamentais incentivadoras e financiadoras. Este fato fica evidente a partir da categoria apresentada a seguir.

4.2 O processo de acreditação para as instituições hospitalares

Questionados sobre a posição das instituições em relação à acreditação, os entrevistados responderam de acordo com a meta proposta e divulgada pela organização hospitalar na qual estão inseridos. Dessa forma, as respostas diferenciam-se por se tratar de instituições que experimentam realidades distintas em relação ao processo. Pode-se perceber, entretanto, a busca da acreditação por incentivo e exigência de órgãos e programas, como a Vigilância Sanitária, PRO HOSPI e o próprio governo. Esta menção ficou muito clara, refletindo, também, um caráter autoritário e hierárquico, onde a gerência hospitalar prioriza diretrizes a serem cumpridas, independente do conhecimento e envolvimento dos outros membros integrantes da organização hospitalar.

Ao analisar o entendimento de certos entrevistados, percebe-se que muitos de seus apontamentos mostraram-se contrários à posição da instituição em relação à acreditação. O desconhecimento, acúmulo de tarefas, falta de planejamento e orientação adequada, número insuficiente de funcionários, prazos curtos, faz com que os profissionais interpretem a decisão hospitalar como precipitada, ocasionando situações extenuantes e estressantes para toda a organização hospitalar.

Evidencia-se, também, uma diferenciação na definição de cliente e beneficiário. Por se tratarem de instituições filantrópicas, o maior e mais significativo cliente é o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em menor escala, as

operadoras de planos de saúde. Os beneficiários são os usuários que consomem os serviços oferecidos pelas instituições de saúde. O cliente torna-se mais importante, pois é ele o pagador, financiador, estando o beneficiário em posição submissa aos acordos institucionais tidos como essenciais para a sobrevivência e sucesso das organizações hospitalares. Percebe-se que os hospitais preocupam-se com benefícios financeiros a serem alcançados a partir da acreditação.

Nota-se que a acreditação é um processo válido e necessário, refletindo em melhoria de atendimento e organização do trabalho. Apesar dessa conotação positiva, os profissionais relatam que os funcionários precisam ser devidamente orientados e envolvidos no processo, não sendo obrigados a adotar mudanças significativas em suas rotinas de trabalho para atenderem objetivos condicionados à cúpula institucional.

Esta perspectiva é notoriamente ressaltada pelos entrevistados quando mencionam que a acreditação não é alcançada através de decreto, mas sim pelo envolvimento natural, gradual e consciente de todos. Porém, é algo que está sendo exigido e implantado de forma autoritária e, por vezes, inflexível. Os relatos a seguir exemplificam essa visão:

[...] Olha, eu imagino que se fosse para o hospital escolher o momento adequado ele não escolheria agora, sabe, o hospital gostaria de trabalhar melhor. (E1)

[...] Temos um grupo gestor, aquele que recebe todas as metas e tenta multiplicar todas as informações ou solicitações que vem através do estado, a gente vê com muitos benefícios. Só que essa consciência, em minha opinião, não está para todos os funcionários. (E2)

[...] Então, assim, houve um incentivo bem maior e a procura viu que o negócio vai partir pra isso mesmo, ter excelência na qualidade! (E11)

[...] Não adianta só a cúpula do hospital tentar fazer sozinho porque você não consegue, então não é uma coisa que se consegue com decreto. (E6)

[...] Do ponto de vista da Secretaria o que ela tem sinalizado é isso aí, quem não se enquadrar tá fora. Fica fora do sistema! Tem gente que vai ficar em um mar de lamentações e a culpa vai ser do outro. Por exemplo, quem é nosso cliente maior? É o governo, né! Que 75% a 80% é o SUS. Então se a gente for pensar assim, o beneficiário não sabe o que é, mas o intermediário que é o cliente, pagador, financiador, ele sabe. Ele sabe qual é o efeito disso e assim como as operadoras de plano. Então já existe certo movimento de considerar diferente os diferentes. Certo! (E13)

Para a instituição acreditada, as próprias exigências estabelecidas pela ONA fazem com que o hospital siga a periodicidade da realização de novas auditorias externas, tornando as práticas do dia a dia hospitalar condizente aos padrões avaliados pelas instituições acreditadoras. O processo assume um caráter integrado de medidas a serem inseridas no contexto hospitalar, permitindo o incentivo e o desejo pela busca de níveis superiores da acreditação. Este fato pode ser comprovado quando se observa a afirmação feita por um entrevistado do hospital acreditado, conforme apresentado a seguir:

[...] Exato, a gente já havia assim, como é de praxe contratual da acreditação, da própria metodologia, é a cada semestre a gente tem é a instituição acreditadora aqui conosco fazendo avaliação de manutenção e nessas avaliações eles já nos permitem, nos direcionam assim com ações de melhorias para que a gente possa caminhar para o nível seguinte. (E15)

As diferenças no posicionamento das instituições hospitalares em relação ao processo de acreditação refletem, inicialmente, o anseio quanto à necessidade de se alcançar o primeiro nível de acreditação por parte dos hospitais não acreditados e a perspicácia em elevar o nível de acreditação por parte da organização já acreditada.

Hortale, Obbadi e Ramos (2002) discorrem que um sistema de acreditação é pensado procurando atender a elementos nos planos técnicos e políticos. Para que tenha êxito, deve fazer parte da cultura institucional e atender interesses políticos mais gerais, e ter clareza de que suas principais definições são fruto de consenso e construído sobre as capacitações existentes e as prioridades da área. O sistema de acreditação possibilita a inserção da instituição em uma dinâmica de progressão contínua da qualidade.

É de extrema relevância que as instituições entendam que o sistema deve ser implantado quando todas as pessoas da instituição, desde sua direção até os profissionais do corpo administrativo que executam as tarefas mais simples, conheçam e apliquem no seu cotidiano as premissas que o sustentam. Para isso, as instituições devem conhecer seus processos, produtos e usuários; devem saber que a cooperação nos projetos de melhoria contínua é primordial; devem estabelecer objetivos e metas administrativos e, finalmente, ter indicadores de avaliação conhecidos e praticados por todos, e aprimorados com o pleno reconhecimento de suas vantagens operacionais (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002).

Conforme David, Marjorie e Jeffrey (2010), os envolvidos no processo de acreditação esboçam reações distintas em relação ao sistema e posicionam-se diante os inquéritos através da aprendizagem interativa e/ou restritiva e refletem sobre os relatórios avaliativos. Diante dos diversos significados que permeiam a acreditação, as instituições necessitam se posicionar de forma coerente e

transparente, contribuindo para o envolvimento motivacional dos constituintes do grupo.

As instituições hospitalares que compreendem a importância da acreditação posicionam-se favoráveis à implantação, manutenção e aprimoramento da acreditação, defrontando-se com aspectos facilitadores e dificultadores para o presente processo, que serão retratados na próxima categoria.

4.3 Aspectos facilitadores e dificultadores da Acreditação Hospitalar

O processo de acreditação, por ser recentemente instituído em âmbito nacional, transmite ansiedade, insegurança, incerteza em sua trajetória, mas ao mesmo tempo se torna desafiador para as instituições hospitalares que almejam alcançar esse diferencial. A partir do relato dos entrevistados, evidencia-se, no primeiro momento, um marco dificultador que é a inexistência de direcionamento para a implantação de medidas prioritárias a respeito da acreditação. Dessa forma, as organizações sentem-se desamparadas e sem direcionamento para iniciar um processo tão complexo e duradouro. A busca de informações em instruções normativas formalizadas não proporciona o pleno entendimento dos aspectos a serem instituídos nos diversos setores que compreendem as organizações.

Outro aspecto fortemente mencionado como dificultador foi o da resistência profissional atribuída ao processo, demonstrada pelos funcionários operacionais e, principalmente, pela classe médica. O tempo prolongado de dedicação à profissão, resistência a mudanças, o desentendimento do processo, desqualificação profissional, baixa remuneração salarial e a prestação de serviços de caráter autônomo, não havendo envolvimento efetivo e contínuo

com a instituição hospitalar, são alguns dos fatores ressaltados como prováveis justificativas para esse tipo de comportamento.

Um terceiro fator dificultador, também expressamente mencionado, foi o da dificuldade de alocar recursos financeiros em medidas necessárias à acreditação hospitalar. Pelo fato da maioria das instituições hospitalares do estudo estar buscando o primeiro nível da acreditação, nota-se uma evidente preocupação em promover modificações arquitetônico-estruturais que coincidem com o aspecto de segurança no atendimento avaliado.

Todos esses aspectos dificultadores mencionados compreendem a real e atual situação vivenciada pelas instituições hospitalares que se encontram em busca da acreditação. Caracterizaram, também, a situação experimentada pela instituição já acreditada quando pleiteava os níveis iniciais de acreditação. Percebe-se que os fatores dificultadores são comuns, diferenciando-se na intensidade de enfrentamento de cada um deles de forma particular por cada organização hospitalar.

Diferentemente dos aspectos levantados, para a instituição já acreditada, o principal fator preocupante referenciado pelos entrevistados foi o da dificuldade de manutenção dos processos instalados, ou seja, a utilização permanente na rotina de trabalho de todas as medidas implantadas para o alcance da acreditação. A equipe se mostra extremamente vinculada ao processo de acreditação em fases iniciais, principalmente, quando aproximavam as visitas avaliadoras. Passado esse período, a organização se mostra acomodada e deixa transparecer a dificuldade na manutenção dos processos instalados.

Nos fragmentos a seguir, é possível identificar os aspectos dificultadores analisados na busca, manutenção ou aprimoramento da acreditação hospitalar:

[...] E no princípio, desde que a gente começou, é, o que dificultou foi, é, a falta de um direcionamento, de alguém que pudesse nos ajudar, nós sentimos que a gente precisava fazer, mas não sabia como fazer. Mas eu acho que isso foi o mais difícil! (E14)

[...] Agora o que vai dificultar tem os, alguns líderes aí que vão enfrentar resistência, que não colaboram tanto como o grupo gestor colabora. É, é, talvez a falta de qualificação de alguns líderes também, isso dificulta também. (E2)

[...] Dificuldades, é, eu tenho contato com muito médico aqui dentro e eu acho que todos não têm o mesmo lema a seguir. Então, não é todos que visam a acreditação. Tem uns que não estão nem aí, se vai acreditar, se não vai, se é melhor pra eles ou se é pior. Visa ele próprio. (E8)

[...] Agora o que dificulta a, a, acreditação: financeiramente, talvez a gente precise fazer adaptações, aquisições que não estejam dentro de nossa possibilidade financeira. (E3)

[...] Tem gente que só se preocupa em fazer quando a acreditação vem mês que vem. Então não existe aquela coisa contínua, no dia a dia, o ano inteiro! Isso é muito difícil porque a gente não quer isso. Nós queremos que isso seja uma rotina do nosso dia a dia. (E14)

Em contrapartida aos aspectos dificultadores, o aspecto facilitador evidenciado de forma unânime nos relatos dos entrevistados foi o da importância da participação e incentivo da direção hospitalar na busca, manutenção e aprimoramento da acreditação hospitalar. Todos os entrevistados mencionaram que a colaboração dos membros da direção hospitalar sustenta e dá credibilidade aos envolvidos no processo, proporcionando harmonia, segurança e direcionamento na execução de tarefas.

É possível perceber, também, outros aspectos que colaboram positivamente com a acreditação, como o incentivo financeiro disponibilizado pelo governo; a implantação do setor de qualidade enfatizando o endomarketing

nas instituições hospitalares; o efetivo envolvimento da equipe multiprofissional; a qualificação profissional e as formas de gerir as organizações, como a gestão participativa. Outro fato importante observado é a menção positiva das instituições já acreditadas pelas instituições hospitalares que se encontram na busca pela acreditação, percebendo a viabilidade do alcance do selo de qualidade.

Todos os aspectos facilitadores devem coincidir com um fator primordial no processo de acreditação hospitalar, ou seja, a busca planejada e coordenada das ações institucionais. A conscientização do grupo participante e a aplicabilidade de medidas prioritárias devem ir ao encontro do objetivo primordial da organização hospitalar. Nota-se que ações simples e bem estruturadas surtem efeitos favoráveis à acreditação hospitalar.

Os relatos a seguir exemplificam claramente a necessidade de participação efetiva da administração hospitalar, bem como os outros aspectos facilitadores:

[...] Então eu acho que é, é, o que facilita é quando você tem um apoio da diretoria. Então a diretoria quer a acreditação, é, abraçou a causa, então isso é muito importante. É, pessoas que estão comprometidas, então a gente tem várias, uma equipe muito boa de coordenadores, um pessoal envolvido, que tá, que quer também, que abraçou a causa. (E5)

[...] O incentivo do Estado principalmente. O Estado hoje ele quer a proposta do governo do estado é acreditar os hospitais. (E12)

[...] O que facilita é que a gente tem o setor de qualidade que a gente tem uma pessoa responsável por tá na busca da qualidade contínua, nos processos, incentivando, cobrando datas, então isso facilita porque a gente trabalha com prazos e datas, aí a gente consegue cumprir, exatamente! (E4)

[...] Outro fator que facilita é os funcionários que nós temos, nós temos profissionais bastante qualificados que podem é, é, auxiliar essa equipe de facilitadores dentro do hospital pra gente trabalhar com os outros funcionários. (E3)

[...] Uma das coisas que contribui muito dentro do nosso planejamento estratégico para a acreditação é o trabalho de gestão participativa. (E15)

[...] O que é facilitador é a vontade de, o pessoal está vendo outros hospitais, eles estão vendo outros hospitais ganhando uma projeção na comunidade que todo mundo deseja! (E1)

Nota-se similaridade entre a discussão apresentada, os relatos dos entrevistados e as informações da literatura a respeito dos aspectos facilitadores e dificultadores em relação à acreditação hospitalar. De acordo com Novaes e Neuhauser (2000), o processo de acreditação é periódico, confidencial e estabelece prazos para a correção de falhas em um hospital. Dessa forma, caracteriza-se como um processo permanente de educação para a gestão hospitalar. Cada hospital pode desenvolver seus próprios critérios explícitos e diretrizes clínicas para garantir a qualidade.

Programas de acreditação contribuem para a mudança planejada e progressiva de hábitos. Administradores hospitalares podem criar uma comissão de qualidade que analisa os padrões recomendados e verifica o cumprimento dos mesmos. Antes, durante e depois de uma avaliação para acreditação hospitalar, deve-se identificar discrepâncias entre as práticas correntes e padrões de qualidade aceitáveis. Deve-se, também, encontrar formas de recompensar pessoas que antecipam problemas e apresentam soluções adequadas.

A acreditação deve preceder qualquer outra iniciativa para a avaliação da qualidade, incluindo os esforços chamados como “qualidade total” ou “acompanhamento contínuo da qualidade” ou ainda as normas estabelecidas pela International Standardization Organization (NOVAES; NEUHAUSER, 2000).

Diante das instituições hospitalares semelhantes que obtiveram êxito na conquista da acreditação, as organizações que pleiteiam esse processo podem plenamente alcançá-lo através da entrega de todo o grupo em busca da excelência dos serviços.

Segundo Bonato (2007), para atender aos propósitos da instituição os colaboradores precisam conhecer a cultura institucional, as metas, os valores e a missão do processo, decorrendo dessa união a manutenção da gestão da qualidade. A mudança não é vista como fácil por ser permeada por dificuldades no decorrer de todo o processo, estando a equipe necessitada em acreditar no sucesso do programa a partir de aspectos incentivadores e condizentes à realidade organizacional.

Por toda a discussão teórica nota-se a relevância do envolvimento dos profissionais que compõem a equipe das organizações hospitalares. Dessa forma, torna-se interessante e importante a construção de uma categoria que retrate a participação de diferentes profissionais no processo de acreditação hospitalar, como a apresentada a seguir.

4.4 A participação de diferentes profissionais no processo de acreditação

A plena participação dos funcionários de uma organização hospitalar torna-se um dos critérios primordiais para a consolidação de um processo que abrange especificações setoriais e requer harmonia no alcance de um objetivo único: excelência na qualidade de atendimento. Observa-se nas entidades que compreendem o presente estudo, a participação efetiva dos diversos profissionais, defrontando-se com certas dificuldades que foram devidamente analisadas e revertidas a partir de ações conjuntas e estrategicamente planejadas.

A essência do processo de acreditação foi sendo gradualmente divulgada a partir da definição dos objetivos institucionais, fazendo com que, de forma

hierárquica e coordenada, as informações fossem transmitidas entre todos os que compreendem os recursos humanos das organizações. O extenso número de funcionários, além de turnos de trabalho distintos, foi um dos detalhes que dificultaram a efetiva divulgação, mas que foi sendo revertido através do empenho dos coordenadores dos setores e da atuação interdisciplinar.

Uma iminente preocupação de todas as organizações era o envolvimento do corpo clínico no processo. A dificuldade dessa inserção foi inicialmente percebida pelas instituições, mas devidamente solucionada através do esclarecimento dos benefícios alcançados pelos envolvidos, bem como pelo remanejamento e contratação de profissionais dispostos a colaborar com o novo sistema de trabalho.

Outra preocupação relatada pelos sujeitos entrevistados foi o da dificuldade de compreensão da pretensão dos serviços terceirizados quanto ao processo de acreditação. O selo de acreditação é conquistado quando todos os setores avaliados alcançam os padrões pré-estabelecidos pelas instituições acreditadoras. Dessa forma, ressalta-se a importância da equidade dos serviços oferecidos por toda a instituição. Apesar dessa interpretação, o presente anseio quanto à participação desses departamentos foi sendo gradualmente amenizado pela percepção do envolvimento dos membros responsáveis, bem como pela facilidade de troca de informações profissionais e realização de trabalhos conjuntos.

O envolvimento dos diferentes profissionais e a resolução antecipada de problemas potenciais ao processo de acreditação estão expressos nos seguintes relatos:

[...] Isso, a gente tem uma equipe interdisciplinar aqui dentro muito bem fundamentada. Sempre foi assim, trabalhando em grupo. Então isso é, é, foi interessante! Não tem, nunca houve uma busca individualizada, do tipo, cada um recebe seu direcionamento e cada um se vira, não! (E10)

[...] A gente tem essa participação dos coordenadores que disseminam isso pros colaboradores e tem também uma relação direta, no caso eu da qualidade com os funcionários também. (E5)

[...] Outra coisa que dificulta muito, pelo fato do hospital ser de porte grande, tem muita gente e tem que fazer muita, muito treinamento. Esses treinamentos dificultam por causa de horário de funcionários, uns folgam em um horário, outros em outros horários, você sabe que enfermagem o horário é rodízio, né. O que é mais difícil é conscientizar as pessoas da importância dela participar daquele treinamento. (E14)

[...] O envolvimento clínico é bem delicado, mas até aí, vamos falar um mérito nosso, o que a gente fez pra trabalhar com isso? Foi constituído por médicos coordenadores contratados da instituição, porque é difícil ter um funcionário autônomo que normalmente vem, presta seu serviço e não sente muito vínculo com a instituição. (E15)

[...] Os serviços terceirizados a gente até tem convidado pra essas palestras que a gente tem feito, mas o trabalho com eles vai começar realmente com o recebimento do diagnóstico, porque nós também não conhecemos o serviço por dentro. (E1)

A resistência profissional em analisar positivamente e se inserir prontamente em um novo processo é uma particularidade que permeia todo ser humano. Este precisa se apoiar em resultados concretos para que possa, dessa forma, avaliar os benefícios daquele trabalho. Nesse aspecto, diferenças marcantes compreendem os diversos profissionais, existindo alguns mais participativos e outros mais resistentes. Após a concretização favorável do processo, o envolvimento maciço dos profissionais torna-se visível, estando dispostos, nesse momento, a colaborarem ativamente com a acreditação. Esse tipo de situação foi claramente relatado por um dos entrevistados da instituição

hospitalar acreditada, o qual discorreu sobre o envolvimento profissional diante da conclusão do processo de acreditação:

[...] Agora, o que a gente percebe também é que todos que tavam assim, ahh, tem a turma do, 85% fica esperando acontecer pra, se der errado, eu falei que esse negócio não ia dar certo, se der certo, bom, nós temos que ir senão nós vamos ficar pra trás! Eu acho que aconteceu um pouco disso, então mesmo aquele que ficava indiferente, passado o processo, principalmente quando foi certificado, e parece que houve uma retomada desse grupo que tava assim esperando. Aí eles começaram a querer saber o que era isso? O que eu tenho que fazer? Mas como é que funciona mesmo?(E13)

O trabalho em equipe é extremamente valorizado no processo de acreditação, pois a ideologia desse programa preocupa-se com o todo e não com a departamentalização da organização. Todos os profissionais assumem responsabilidade direta naquilo que irá culminar na prestação de serviços com qualidade. Segundo o Instituto Qualisa de Gestão - IQG (2007), dados do *Council for Safety and Quality in Healthcare* da Austrália apontam que 65% dos eventos adversos ocorrem por falta de comunicação. A fim de manter o controle sobre esses eventos, o trabalho da gestão da qualidade em saúde exige padronização das normas, as quais são definidas pelas equipes profissionais de forma multi e interdisciplinar.

Além dessa padronização, Mendes (2005) considera que o desafio está em instituir uma gestão que possibilite relativa autonomia aos profissionais, que devem sentir-se responsáveis pelos serviços, planejar as ações e se comprometer com os resultados. A participação de todos os profissionais é imprescindível para o sucesso da gestão da qualidade, pois o alto desempenho da instituição depende do compromisso e colaboração dos envolvidos no processo.

A relação entre o vínculo profissional e o processo de acreditação deve-se, principalmente, às expectativas atribuídas ao processo. Vantagens

perceptíveis ou meras mudanças instaladas? Nesse aspecto, as influências da acreditação para as instituições hospitalares representam significados extremamente relevantes nas tomadas de decisões dos colaboradores. Esta discussão será apresentada na próxima categoria.

4.5 Influências do processo de acreditação para as instituições hospitalares

Quando questionados a respeito das influências da acreditação para as instituições hospitalares, aspectos contraditórios são percebidos de forma nítida, aspectos contraditórios e outros semelhantes entre os relatos dos entrevistados da instituição acreditada e os depoimentos dos participantes das instituições em busca da acreditação. A instituição acreditada menciona que o alcance do selo da acreditação culmina, realmente, na execução de tudo aquilo que foi planejado, representando uma maior e complexa responsabilidade de trabalho corporativo. As instituições ainda não acreditadas enfatizam enormemente todo o processo de preparação para acreditação, não mencionando como será o comportamento organizacional após o alcance ou não da certificação.

O alcance do selo de instituições acreditadas é visto de forma positiva, proporcionando a estas instituições uma posição diferenciada em relação às demais. A acreditação culmina na prestação de serviços com qualidade, melhor compreensão da cultura organizacional, segurança no atendimento e benefícios para todos os envolvidos no processo, sendo estes, profissionais, clientes e comunidade.

Outra percepção dos sujeitos é a de que a acreditação propicia padronização na execução de tarefas, facilitando de forma substancial o gerenciamento dos setores por parte de seus coordenadores. A padronização possibilita a facilidade na execução de procedimentos, reduz a possibilidade de erros, facilita o gerenciamento do processo e aumenta a satisfação com o

atendimento. A acreditação, por se tratar de um processo duradouro e complexo, pode culminar na dificuldade de interpretação de seu significado por parte dos clientes.

Outro importante aspecto, mencionado pelos entrevistados, é a obtenção de ganhos financeiros através da acreditação hospitalar. Essa situação pode ser evidenciada a partir dos depoimentos que ressaltam a facilidade de aquisição de recursos e contratação de convênios a partir da acreditação hospitalar. Entrevistados mais pessimistas atribuem à acreditação uma questão de sobrevivência, assumindo, muitas vezes, um caráter competitivo entre organizações contemporâneas que almejam permanecer atuantes no âmbito de prestação de serviços de saúde. Essa visão pode ser observada nos seguintes depoimentos:

[...] Uma coisa que melhorou muito pela acreditação foi o gerenciamento, extremamente importante! Todas as coordenadoras fazem o gerenciamento do seu setor, e já com muita facilidade, com planos de ação, colocando esse plano de ação pra ser cumprido, a cada dia, então a gente percebeu que tornou-se muito mais fácil a gente trabalhar, do que ficar trabalhando como antigamente. (E14)

[...] Eu acho que num primeiro momento assim que vai ser mais gratificante assim pra gente é, é a satisfação mesmo de um trabalho cumprido, de dever cumprido. (E5)

[...] Ih, vai influenciar demais, a gente tem que ter um diferencial dos outros hospitais, a gente tem que além de serviços novos a gente tem que oferecer algo mais para o paciente. (E11)

[...] A questão importante que eu acho é a primeira coisa é a gente melhorar a qualidade do serviço, outra é a gente conseguir entender melhor a instituição onde a gente trabalha, da parte administrativa, da parte assistencial, é, e, um terceiro ganho que é importante também é ganho financeiro. (E6)

[...] Vejo como uma disputa, nós somos capitalistas e procuramos o que tem qualidade. Se hoje os hospitais podem ser chamados de empresas, se as empresas garantem produtos de boa qualidade, é claro que a concorrência também vai atrás disso e os usuários também procuram uma qualidade, uma entidade certificada e então acaba que no fundo tem essa disputa, essa competição. (E4)

O argumento apresentado pelo entrevistado do hospital acreditado expõe a relevância da conquista e aprimoramento da acreditação hospitalar. A partir da acreditação, a organização hospitalar assumiu posição de destaque, conseguindo se desvencilhar de débitos financeiros, bem como alcançar superávit em seu balanço econômico. Todo esse mérito hospitalar culmina em novas contratações, reformas estruturais, satisfação profissional e, principalmente, no atendimento de qualidade de seus clientes. O relato do entrevistado ainda é permeado pela humildade e interesse em transmitir otimismo e incentivo às outras instituições que almejam percorrer esse mesmo percurso, conforme apresentado a seguir:

[...] Vocês são diferentes! Ah porque o hospital!!! Gente, hoje nós podemos estar diferentes porque nós nos preparamos para isso, entendeu! Então se você pegar os relatos de vários documentos aí, que a gente já produziu, a entidade não era diferente das demais, ela tava devendo, ela tava devendo 130 fornecedores, não sei quantos milhões etc. e tal, só que foi feito um trabalho que a entidade hoje, ela se recuperou, dessa situação financeira, cresceu, continua crescendo, nós crescemos 20% ao ano, acabei de atender um gerente de um banco, e em janeiro nós estávamos com 1070 funcionários, e estamos com 1274, então em 10 meses nós geramos 200 postos de trabalho, entendeu! Então, é, é, assim e a curva ascendente, ela não pára, então eu acho que é assim. (E13)

Nota-se que as interpretações do processo de acreditação possuem atribuições particulares aos anseios das instituições hospitalares, bem como referência aos exemplos de instituições que já alcançaram a certificação. De acordo com Pomey et al. (2010), o contexto organizacional influencia

diretamente na dinâmica de mudança das instituições de saúde. A acreditação torna-se uma ferramenta altamente eficaz para acelerar a integração e estimular um espírito de cooperação entre organizações de saúde. Além disso, contribui para a introdução de programas de melhoria contínua da qualidade para organizações recém-credenciadas ou ainda não credenciadas.

O processo de acreditação também favorece a criação de uma nova liderança para iniciativas de melhoria de qualidade, proporciona aumento do capital social, oferecendo aos funcionários a oportunidade de desenvolver relacionamentos e criar ligações entre as organizações de saúde e outros interessados (POMEY et al., 2010). É importante que a acreditação não se concentre apenas em áreas problemáticas, mas também reconheça e incentive iniciativas de sucesso por parte das equipes.

De acordo com Novaes e Neuhauser (2000), a acreditação vem assumindo interpretação de educação permanente para funcionários do hospital, deixando de ser vista como inspeção burocrática ou auditoria crítica em busca de pessoas para condená-las. Os inspetores devem ser vistos como consultores especializados em ajudar os hospitais a superarem deficiências técnicas e falhas na gestão. No âmbito financeiro, a acreditação poderá representar uma importante medida na descentralização de fiscalização de recursos dispensados pelos órgãos governamentais para o avanço na prestação de serviços de saúde.

Nesse enfoque, o gerenciamento de serviços torna-se uma ferramenta importantíssima no acompanhamento dos processos instalados. Assim, retrata-se, na próxima categoria, a utilização e compreensão de métodos e ferramentas de gestão da qualidade pelas instituições estudadas.

4.6 Utilização e compreensão de métodos e ferramentas de gestão da qualidade

A melhoria contínua do desempenho organizacional proporcionada pela gestão de qualidade necessita de um processo de aprimoramento permanente. Este processo passa pela resolução efetiva das não conformidades, buscando-se progressivamente metas mais exigentes através de análises adequadas. O gerenciamento para a qualidade adota técnicas de resolução de problemas conhecidas como “ferramentas da qualidade”, que possuem uma notável aplicação na identificação e no diagnóstico de inadequações e na mensuração das melhorias alcançadas.

Questionados a respeito da utilização e compreensão dessas ferramentas, os entrevistados mencionaram a utilização recente, cujo entendimento se restringe à direção e aos coordenadores setoriais, os quais promovem sua disseminação de forma tímida e processual. Pode-se perceber a utilização de ferramentas de trabalho, como o 5S, programa D-OLHO na qualidade, métodos de melhoria contínua, como o KAIZEN, PDCA e a implantação de planos de ação a partir de certa ferramenta, como o 5W1H.

Evidenciou-se uma crescente e atual preocupação na construção e efetivação dos indicadores de qualidade. Os entrevistados enfatizam a necessidade de levantar dados estatísticos, traçar diagnósticos setoriais, propor medidas corretivas e avaliar resultados. Nota-se, também, a conscientização da necessidade de promoção de medidas cabíveis à realidade institucional ao invés de implantar metodologias largamente utilizadas pelas organizações contemporâneas, como é o caso do Balanced Scorecard (BSC).

As instituições, possuindo ou não setores específicos de qualidade implantados, trabalham com ferramentas simples, mas ao mesmo tempo importantes para o levantamento de dados fidedignos no processo de acreditação. Auditorias internas são frequentemente instituídas, procedimentos

operacionais padrão (POP's) intensamente elaborados e revistos, bem como elaboradas ferramentas próprias pelos colaboradores no intuito de participação efetiva da equipe hospitalar na busca da melhoria contínua.

As ferramentas de qualidade utilizadas para o monitoramento e aprimoramento contínuo dos processos hospitalares tornam-se instrumentos de apoio fundamentais para assegurar o comprometimento da equipe com a melhoria contínua dos resultados, como pode ser observado a partir dos relatos a seguir:

[...] O hospital hoje trabalha com o 5S, a gente tem, é, é, um processo, um projeto de, de incentivo dessas auditorias internas, a gente premia setores. A gente colocou o KAIZEN, junto aos indicadores, por quê? Porque nós temos indicadores e, e, aquelas informações nos possibilitam é, é, inserir metas. (E12)

[...] Eu faço os indicadores de qualidade, eu, aí, eu avalio infecção, eu avalio mortalidade, é, taxas de cirurgias suspensas. Ah, tipo, o que eu coloco a equipe a par é a infecção, aí eu venho explico, a gente faz, faz uma recapitulação de tudo, porque aconteceu aquele tipo de infecção, como que foi, se teve algum problema com o paciente, aí a gente discute o caso. (E8)

[...] A gente tá no quarto ano que é o, o, projeto do 5S, D-OLHO na qualidade que a gente tem implantado aqui no hospital, é, é, é um projeto que deu muito certo aqui! Então a gente tem um projeto do TERMOQUALITY que é esse termômetro da qualidade, que foi uma criação do setor da qualidade, que a gente criou diante da necessidade de quantificar e de saber das melhorias. Olha, eu acho, na minha opinião, até que as pessoas compreendem bem esses métodos, né! Mas é mais questão de interesse, tem pessoas que são mais interessadas, outras são desligadas (E5)

[...] A única ferramenta de qualidade que a gente tem ensinado pros gerentes que tem facilitado muito a vida deles, a gente tem usado muito o PDCA e o 5W1H. (E3)

[...] Então fazia o seminário interno, fazia gincana, e a partir bem de forma rudimentar mesmo inserindo isso dentro do planejamento tá, até que as coisas foram aumentando, crescendo o grau de complexidade, de ferramentas de gestão, não dá pra você pensar em trabalhar com BSC assim, vamos correndo porque tá todo mundo usando, isso não funciona, pelo menos no meu ponto de vista! (E13)

Os diversos processos das instituições hospitalares podem ser identificados através de programas e serviços, os quais necessitam ser avaliados e controlados quanto à sua efetividade, eficácia, eficiência, produção, produtividade, qualidade e quanto à prevenção e redução da morbimortalidade, além da imagem que apresenta aos usuários ou clientes. A obtenção de bons resultados compreende a utilização do “benchmarking”, interno e externo, para comparação de processos e resultados. Enfatiza-se a necessidade de criação de indicadores próprios, qualitativos e quantitativos, simples e passíveis de utilização no mercado, baseando-se em parâmetros locais e regionais (BITTAR, 2000).

Pesquisas acadêmicas mostram que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam (BITTAR, 2000). Há características das organizações de saúde que tornam difícil a avaliação interna de resultados obtidos. Parte-se da premissa de que seus trabalhadores fazem o melhor que pode ser feito. Esse argumento tem relação com algum grau de autoritarismo e de corporativismo, pois assume a assimetria na relação equipe/paciente (ou médico/paciente) (MALIK; TELES, 2001).

Apesar da recente e discreta utilização de ferramentas e indicadores de qualidade, os gestores devem se conscientizar sobre a importância desses instrumentos para o alcance de resultados satisfatórios baseados em dados cientificamente confiáveis. A partir do levantamento de dados fidedignos à realidade setorial, é possível orientar e solicitar aos funcionários que promovam intervenções que culminem no avanço, sucesso e qualidade dos itens discutidos.

Nota-se, portanto, a importância da aplicação de princípios da prática baseada em evidência, compreendendo o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (ATALLAH; CASTRO, 1998).

A partir dessa premissa, nota-se a importância do levantamento da satisfação de clientes internos e externos de uma instituição hospitalar, contribuindo para a constatação favorável ou não dos processos relacionados à acreditação. Esta discussão será apresentada na próxima categoria.

4.7 Pesquisa de satisfação de clientes

Analisar a satisfação de clientes é uma tarefa fundamental para a gestão das empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas como operacionais que venham influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. Tratando-se de organizações de saúde, nada mais importante do que reconhecer a satisfação de seus clientes, uma vez que um dos objetivos do processo de acreditação é promover um atendimento com excelência de qualidade.

Conforme designação utilizada pela ONA, o desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação de clientes internos (próprios funcionários) e clientes externos (pacientes que buscam os serviços prestados) pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de saúde.

Quando questionados a respeito da realização de pesquisas de satisfação, grande parte dos entrevistados apontou sua utilização de forma muito pouco estruturada. Nota-se a realização de pesquisas setoriais, sem o devido direcionamento e sustentação de ferramentas estatísticas que possam transformar

os dados alcançados em indicadores confiáveis para implantação de medidas resolutivas. Em alguns casos, confundem-se medidas de busca ativa realizada por setores de controle de infecção com pesquisas de satisfação. Incorporam-se questões a respeito de satisfação no atendimento com critérios de sucesso na recuperação pós-operatória.

Diante da proximidade das visitas das instituições acreditadoras, evidencia-se nos depoimentos dos entrevistados a preocupação iminente pela implantação de programas que envolvam tanto a satisfação dos próprios funcionários quanto dos pacientes atendidos. Instala-se, dessa forma, ouvidorias interna e externa, serviço de atendimento ao consumidor (SAC), dentre outras estratégias planejadas principalmente pelos setores de hotelaria, marketing e recursos humanos das instituições hospitalares.

Por outro lado, identifica-se em uma das instituições hospitalares participante do estudo a utilização de pesquisas internas e externas devidamente implantadas, com equipe estruturada, utilizando ferramentas planejadas e condizentes à realidade organizacional. Existe periodicidade na aplicação e levantamento de resultados, sendo estes adequadamente discutidos por todos os envolvidos com intuito de implantação de medidas que possam conferir avanços na satisfação dos clientes. Nesse aspecto, seguem-se relatos dos entrevistados que compreendem a discussão apresentada:

[...] Não tem uma pesquisa que eu veja, direcionado para colher esses dados. Não, não tem. Nesse tempo que eu estou aqui, eu não vi. (E2)

[...] Nós temos também que alguns setores definem fazer. Vamos ver como está meu setor? Então elas fazem um questionário, às vezes com acompanhante, com o próprio paciente, né, às vezes pra ver como está a satisfação do funcionário, com o trabalhador. Não é uma coisa da instituição! (E14)

[...] Ela busca, é uma busca ativa da CCIH e essa por telefone, eles aproveitam e pegam como é que tá, como é que foi aqui, teve algum problema? Se ele foi bem tratado ou se não foi. A gente faz através de pesquisa de clima externo, que é um questionarizinho, eles respondem no quarto. A de clima interno a gente faz de uma maneira mais constante, porque a gente muda muito de funcionário, então a gente precisa ter um retorno do que tá acontecendo aqui dentro. (E9)

[...] Nós temos o SAC. Quando tem uma reclamação por telefone a gente orienta que a pessoa faça por escrito e venha ao hospital, então ela anota todas as reclamações é, é, existe um formulário padrão, que vai avaliar satisfação com a enfermagem, com o médico, com a limpeza, com a alimentação, com a recepção. (E3)

[...] É um formulário aplicado aqui, formulário próprio criado pelo setor de marketing e RH do hospital, tá! (E12)

[...] A gente tem a pesquisa de opinião aqui no hospital entregue aos nossos pacientes pelo setor de hotelaria. Essa pesquisa é entregue diariamente em todos os leitos do hospital, ela é depositada em uma urna e mensalmente são tabulados esses dados, são enviados para todos os coordenadores e, e, é feita uma análise do que a gente pode melhorar, cada setor vai propor. E temos um programa de ouvidoria interna que é sugerir, criticar, falar à vontade, assim quando tem um tema interessante, eu proponho uma questão. Então o pessoal gosta, toda vez que sai um resultado, o número de pesquisas aumenta. É muito importante essa questão do feedback. Então a diretoria sabe de tudo que tá acontecendo. (E5)

A ineficiência de pesquisas que retratem a satisfação dos clientes é atribuída, por certos entrevistados, à inexistência de pessoas devidamente capacitadas e destinadas à execução desses levantamentos. A enormidade de tarefas a serem cumpridas pelos diversos profissionais de uma organização hospitalar faz com que eles não se interessem e muito menos tomem iniciativa em realizar tais intervenções. Os entrevistados propõem, até mesmo, a

contratação de funcionários que possam, de forma profissional e eficiente, iniciar pesquisas que retratem a satisfação de atendimento dos clientes, podendo se estender, também, para o levantamento da satisfação dos funcionários das instituições hospitalares, conforme explanado por um entrevistado:

[...] A gente precisa e agora nós estamos começando a, a, estamos tentando achar um profissional que venha pra cá trabalhar especificamente com qualidade, pra gente ter esses indicadores, fazer essas pesquisas de opinião, pra gente conseguir medidas. É outra coisa que esse funcionário vai fazer. O clima interno e o clima externo, pra gente conseguir ver como, como tá esse clima interno hoje. Vai com relação a esse profissional, que nós estamos buscando agora pra trabalhar tanto com pesquisa de opinião, com clima interno, quanto trabalhar a qualidade dentro da instituição, porque a gente tem enxergado que não dá pra gente fazer isso, a gente precisa de ter uma pessoa especificamente dedicada pra mexer com isso. (E6)

Pode-se entender a qualidade como a percepção atual do cliente sobre o desempenho de um produto ou serviço, e a satisfação como sendo baseada não somente na experiência atual, mas também em experiências passadas e em experiências futuras, antecipadas pelo julgamento do cliente em virtude de suas experiências acumuladas, além da projeção de suas expectativas (FORNELL, 1995).

Sob essa ótica, a mensuração dessas percepções vem tornando-se objeto de estudos, não alcançando consenso nem uniformidade nas propostas de avaliação. De acordo com Cruz e Melleiro (2010), a necessidade de desenvolvimento de sistemas avaliativos de satisfação do usuário na área de saúde torna-se imperativo, podendo representar importante ferramenta ao aperfeiçoamento de estratégias de gestão para esse setor.

Acredita-se que por meio da implantação desses sistemas de avaliação, os usuários emitirão juízo de valor a respeito do que estão recebendo. Essa

interação é individualizada, uma vez que embora as técnicas usadas sejam as mesmas, as respostas individuais tanto de execução como de recebimento são diferentes. Assim, a qualidade pode ser compreendida como o nível de satisfação do usuário em relação a qualquer serviço, sendo definida, acima de tudo, como aquilo que os usuários percebem, ou ainda, para o prestador do serviço, como qualidade técnica ou funcional (GROONROS, 1984). A qualidade técnica é definida em função da exatidão na realização das técnicas, procedimentos e diagnósticos e a qualidade funcional refere-se à forma como o serviço é entregue ao usuário.

Neste sentido, a qualidade ou satisfação atribuída pelos clientes demonstra quanto o serviço e seus resultados vão de encontro às expectativas, uma vez que, no setor de atenção à saúde, o que importa é como o cliente vê o atendimento. A satisfação com o atendimento de saúde associada à resolução de problema é o que motiva o cliente a procurar o serviço, avaliando e comparando o que deseja com aquilo que experimenta, reflete o que ele espera e o que acha aceitável.

Nota-se, também, a relevância da pesquisa de satisfação no emprego e repercussões do trabalho sobre os profissionais de saúde, representando importantes indicadores para o setor de prestação de serviços de saúde. Conforme Happel, Martin e Pinikahana (2000), satisfação no trabalho é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho.

Todos esses aspectos mencionados durante apresentação e discussão dos resultados contribuem, de forma considerável, para a promoção de um ambiente favorável ao alcance de padrões de qualidade que abrangem toda a composição organizacional. Na próxima seção apresentam-se as considerações finais que os resultados desta pesquisa permitiram estabelecer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

A pesquisa contida no presente trabalho teve como intuito a verificação, a partir do referencial teórico proposto pela Organização Nacional da Acreditação (ONA), do processo de implantação, manutenção ou aprimoramento da acreditação hospitalar em certas organizações hospitalares do sul de Minas Gerais. Fundamentado neste objetivo, várias são as considerações e observações ao redor dos respectivos objetivos específicos, uma vez que a acreditação hospitalar ainda é considerada, em âmbito nacional, um processo recente, complexo, emergente e necessário para as unidades prestadoras de serviços de saúde.

O cenário da acreditação na região do sul de Minas Gerais não assume particularidades diferentes das demais regiões, sendo caracterizado por um insignificante número de hospitais acreditados. Dessa forma, o estudo foi composto por 03 (três) instituições hospitalares não acreditadas e 01 (uma) organização hospitalar acreditada nível 2. Este hospital acreditado é o único que possui essa certificação na referida região e que vem, nos últimos anos, aprimorando o processo, por ter alcançado, em prazos pré-estabelecidos pela ONA, a evolução dos níveis de acreditação, passando do nível 1, cujo princípio é a segurança, para o nível 2, com o princípio de segurança e organização.

Apesar das outras 03 (três) instituições participantes do estudo ainda não possuírem a selo de acreditação, encontram-se em intenso trabalho de busca pela certificação, sendo contempladas, recentemente, com a visita diagnóstica *in loco* por instituição acreditadora. Conforme discussões realizadas anteriormente, a acreditação, além de ser um processo altamente desejado pelas instituições hospitalares, está sendo fortemente incentivada por medidas governamentais.

Outras instituições hospitalares da região sul mineira vivenciam a mesma realidade, refletindo o desejo de forças políticas em alcançar, o mais

breve possível, o maior número de creditações hospitalares. Esta atual perspectiva assume dimensões positivas, estando representada por um forte órgão incentivador e financiador de medidas necessárias à creditação, mas, ao mesmo tempo, compreende repercussões negativas, caracterizadas pela inserção precoce de hospitais no processo.

A creditação hospitalar, por representar um processo complexo e permanente, exige desde adequações estruturais até um forte e consciente comprometimento dos profissionais que compõem a estrutura organizacional hospitalar. Dessa forma, os hospitais percebem a necessidade de trabalharem com um tempo flexível, proporcionando a adesão natural e harmoniosa dos critérios necessários às exigências estabelecidas.

A instituição acreditada iniciou, há alguns anos, a busca pela creditação por iniciativa própria. Assim, houve possibilidade de condicionamento gradual da equipe participante, culminando na adequação natural aos critérios avaliados pelas entidades acreditadoras. As outras 02 (duas) instituições hospitalares situadas em um mesmo município participante do estudo, também, vêm a algum tempo se preparando para a creditação, promovendo de forma mais serena o envolvimento e comprometimento dos profissionais. Já o outro hospital não acreditado, considera o momento inapropriado para a busca pela certificação, pois vem adaptando-se a ajustes financeiros desencadeados por uma recente crise econômica.

Visto a realidade das instituições participantes do estudo, os entrevistados posicionaram-se de forma distinta quanto ao entendimento do processo de creditação hospitalar. Este fato deve-se, também, ao momento vivenciado por cada hospital. Pode-se compreender que a creditação, apesar de possuir manuais instrutivos, requer o envolvimento e aprendizagem particular de cada instituição hospitalar. Reflete um trabalho de autoconhecimento e adaptações condizentes à realidade organizacional.

Quanto aos aspectos facilitadores e dificultadores para a acreditação, foi evidenciada uma semelhança entre os aspectos dificultadores, independente das instituições hospitalares envolvidas. Pode-se perceber resistência profissional, falta de direcionamento inicial na adequação ao processo, dificuldade no levantamento de recursos e manutenção dos processos já instalados. Em relação aos aspectos facilitadores, a participação e apoio da direção hospitalar alcançaram posição de destaque entre o relato de todos os entrevistados. Este envolvimento reflete, sem dúvida, no direcionamento, na segurança, na confiança e na promoção de expectativas favoráveis ao alcance da acreditação por parte da equipe.

Ressalta-se que, apesar do incentivo concedido pela direção hospitalar, a participação de profissionais no processo se vê atrelada a diversos fatores. Dessa forma, certos funcionários se vêem mais envolvidos e outros mais afastados, exigindo um acompanhamento mais próximo ou redirecionamento na execução de suas funções. A classe médica, apesar de se comportar de forma mais discreta e distante ao processo, mostrou-se presente ao conhecer os preceitos e visualizar os benefícios a curto e longo prazo proporcionados pela acreditação.

Além disso, todo o processo de acreditação representou aos entrevistados um objetivo a ser alcançado, assumindo características importantes e fundamentais às organizações hospitalares contemporâneas. Apesar de exigir um trabalho árduo, a concretização da certificação resulta em posição de mercado diferenciada, resultando na concretização de novos relacionamentos institucionais e aquisição de novos benefícios. Reflete, também, na estruturação e organização do trabalho, segurança no atendimento e prestação de serviços com qualidade.

Os depoimentos dos entrevistados da instituição acreditada refletem o funcionamento do processo de acreditação, ao contrário dos relatos dos entrevistados das instituições não acreditadas, que conseguiram narrar

claramente como está sendo a implantação de medidas prioritárias, mas não argumentaram facilmente sobre a repercussão da acreditação em suas respectivas instituições hospitalares.

Quanto ao uso e compreensão dos métodos e ferramentas de gestão da qualidade, identificou-se um discreto, recente e ineficiente entendimento e aplicabilidade desse tipo de metodologia por parte das instituições hospitalares. Os entrevistados mostraram-se favoráveis ao uso coerente dessas ferramentas, mas percebe-se que ainda falta capacitação profissional a respeito. Existe, de forma particular, a criação e implantação de metodologias que culminam no alcance de indicadores fidedignos à prestação de serviços em determinados setores.

Sob o enfoque da prestação de serviços de saúde com qualidade, evidenciou-se uma divergência entre o resultado esperado pelo processo de acreditação e as propostas defendidas pelas instituições hospitalares participantes. Parte-se do pressuposto de que a acreditação visa à satisfação no atendimento através da prestação de serviços com excelência na qualidade. A partir disso, é imprescindível que se faça uma avaliação do serviço oferecido, realizada através da pesquisa de satisfação dos clientes.

Neste sentido, essas pesquisas ainda se mostram muito desestruturadas, sendo recentemente implantadas em função da proximidade de auditorias externas. Nem mesmo a instituição acreditada possui um sistema de satisfação de atendimento consolidado, refletindo concretamente no propósito do programa de acreditação hospitalar em promover a racionalização e ordenação das organizações hospitalares, com atendimento de qualidade e satisfação demonstrada pelos clientes.

Enfim, o estudo demonstrou que existem divergências e semelhanças marcantes entre as instituições hospitalares no processo de busca e aprimoramento da acreditação. Apesar disto, a maioria das organizações

hospitalares, inclusive as que compreendem o presente estudo, está sendo incentivadas e condicionadas para o alcance da certificação. Pelo o que se observa do programa nacional de acreditação, os hospitais que não alcançarem em breve esse diferencial irão se tornar obsoletos e incapazes de sobreviverem em um mundo altamente competitivo e exigente quanto à prestação de serviços de qualidade, que reflete diretamente na satisfação de seus clientes.

Este estudo colabora, em termos teóricos e empíricos, para o entendimento das diferentes interpretações e adaptações ao processo de acreditação por parte das instituições hospitalares. Desse modo, demonstra as especificidades de cada hospital, seja no processo de busca ou no aprimoramento da acreditação. Normalmente a literatura centra-se em estudar instituições já acreditadas e não na identificação de especificidades de todo o processo que é vivenciado pelas organizações ainda não acreditadas. Contudo, faltam estudos que exponham a relevância da acreditação para os hospitais e como estes podem se comportar para alcançar mudanças organizacionais sustentadas em evidências de instituições que já passaram pelo processo.

Talvez, a inserção de instituições hospitalares de caráter privado poderia transparecer outra visão da acreditação, fazendo com que os pontos positivos da acreditação superassem os pontos negativos desencadeados por este processo. Outro aspecto importante a ser ressaltado, diz respeito à realização de novos estudos em outras regiões, podendo comparar as particularidades de outros hospitais. Sugere-se, também, a realização de uma análise temporal de uma instituição hospitalar antes e após a certificação, constatando-se ou não proposições como: acreditação gera receita; acreditação melhora a qualificação profissional; acreditação é percebida positivamente pelos clientes.

Sucintamente, tem-se que o processo da acreditação é utilizado como enfoque inicial para implantação e garantir a qualidade nos hospitais e contribui para que, dentro dos recursos disponíveis, ocorra uma possível mudança

planejada de hábitos, comportamentos e forma de atendimento dos clientes. O estabelecimento de metas claras, mudanças estruturais, mobilização constante do pessoal, voltados para a garantia da qualidade de atenção médica prestada aos pacientes/clientes junto ao alcance de benefícios institucionais, faz com que a acreditação seja um processo extremamente almejado pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, K. **Revolução dos serviços**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1992. 254 p.

ANTUNES, L. M. **Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Coletânea de normas de sistemas de qualidade**. Rio de Janeiro, 1995. 72 p.

_____. **NBR ISO 9000: sistemas de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário**. Brasília, 2007. 35 p.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Centro Cochrane do Brasil, 1998. 122 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BASTOS, A. V. B. et al. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil: conceitos e perspectivas de estudo das organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520 p.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 495 p.

BERKOWITZ, E. N. et al. **Marketing**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003. v. 2, 454 p.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 357-363, fev. 2000.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2007. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa mundial de saúde: primeiros resultados**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 2. ed. Brasília, 1999. 107 p.

CHANLAT, J. F. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In: TORRES, O. de L. S. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. p. 21-45.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: Cedas, 1997. 387 p.

CIPRIANO, S. L. **Proposta de um conjunto de indicadores para utilização na farmácia hospitalar com foco na acreditação hospitalar**. 2004. 174 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2006. 480 p.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Técnicas básicas para a implantação da acreditação**. Belo Horizonte: IAG-Saúde, 2009. 462 p.

CRUZ, W. B. S. da; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 147-153, fev. 2010.

DAVID, G.; MARJORIE, P.; JEFFREY, B. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 8-14, Nov. 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 1998.

_____. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DRUCKER, P. F. A administração como função social e arte liberal. In: GLEICH, M.; MAHL, C. R. (Coord.). **O melhor de Peter Drucker: obra completa**. São Paulo: Nobel, 2002. p. 197-204.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 564 p.

FORNELL, C. Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. **Advances in Strategic Management**, New York, v. 11A, n. 2, p. 217-229, 1995.

FORTES, M. T. R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 2007. 233 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 152 p.

GROONROS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 36-44, Aug. 1984.

HAPPEL, B.; MARTIN, T.; PINIKAHANA, J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **International Journal of Mental Health Nursing**, Thorofare, v. 12, n. 1, p. 39-47, Mar. 2000.

HORTALE, V. A.; OBBADI, M.; RAMOS, C. L. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1789-1794, jun. 2002.

ICHINOSE, R. M.; ALMEIDA, R. T. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 193-202.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL. **Coordenação geral de acreditação CGCRE**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Manual do avaliador: gestão da qualidade**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.iqg.com.br/portal-area-de-downloads-offline.php?accesscheck=%2Fportal-area-de-downloads.php>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

KLUCK, M.; PROMPT, C. A. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 69-80.

LABBADIA, L. L. et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, mar. 2004.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002. 416 p.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, maio/jun. 2001.

MENDES, E. V. **Os novos desafios para os gestores dos sistemas de serviços de saúde no século XXI: apresentação**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005. 204 p.

MEZOMO, J. C. **O administrador de hospital: a caminho da eficiência**. São Paulo: Makron Books, 1991. 162 p.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerências regionais de saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/grs/>>. Acesso em: 22 dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

NOVAES, H. de M. Será que os hospitais latino-americanos e do Caribe já estão na fase de re-engenharia? **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 3-10, ago. 1999.

NOVAES, H. de M.; NEUHAUSER, D. Hospital accreditation in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 7, n. 6, p. 424-430, June 2000.

NOVAES, H. de M.; PAGANINI, J. M. **Garantia da qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para América Latina e do Caribe**. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 1994. 54 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Curso preparatório de avaliadores SBA-ONA 2009**. Disponível em: <http://www.ona.org.br/ecommerce/restrict_area/restrict_area.jsp>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. **Saúde no Brasil:** agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade. Brasília, 2000. Folder.

POMEY, M. P. et al. Does accreditation stimulate change?: a study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation Science**, Newcastle, v. 5, n. 31, 2010. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/5/1/31>>. Acesso em: 16 dez. 2010.

PORTO, M. B. S. **Avaliação de processos em hospitais:** uma abordagem pelos princípios do QFD. 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

QUINTINO NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais:** administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 315 p.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar:** proteção aos usuários dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 136 p.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea: Estudos Neolatinos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

ROONEY, A. L.; OSTENBER, P. R. **Licenciamento, acreditação e certificação:** abordagens à qualidade de serviços de saúde: projeto de garantia da qualidade. Brasília: Centro dos Serviços Humanos, 1999. 64 p.

SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil:** evolução histórica e referências externas. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SCHMENNER, R. W. **Administração de operações em serviços**. São Paulo: Futura, 1999. 233 p.

SCHUNEMANN, H. J.; FRETHEIM, A.; OXMAN, A. D. Improving the use of research evidence in guideline development: I., guidelines for guidelines. **Health Research Policy and Systems**, New York, v. 4, n. 12, p. 4-13, Nov. 2006.

SILVA, B. R. R. **Projeto de preparação do hospital Ministro Costa Cavalcanti para o processo de acreditação hospitalar**. 2005. 88 p. Monografia (Especialização em Gestão da Qualidade) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

TRIVIÑOS, A. S. T. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, mar. 2005.

VENEY, J. E.; KALUZNY, A. D. **Evaluation and decision making for health services**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. 344 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 205 p.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 205 p.

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____

1. Identificação do Entrevistado

- 1.1 Nome Completo:
- 1.2 Cargo Ocupado:
- 1.3 Formação:
- 1.4 Há quantos anos trabalha na instituição:
- 1.5 Telefone:
- 1.6 E-mail:

2. Dados da Organização

- 2.1 Nome do Hospital:
- 2.2 Endereço (Rua/Av./No./Bairro/CEP/Cidade/Estado):
- 2.3 Natureza Jurídica:
- 2.4 Natureza da Assistência:
- 2.5 Número de leitos:
- 2.6 Número total de funcionários:
- 2.7 Data da fundação:
- 2.8 Característica do Corpo Clínico:
- 2.9 Nível de atenção à prestação de saúde:
- 2.10 Sistema de edificação:
- 2.11 Serviços terceirizados:
- 2.12 Número de clínicas:
- 2.13 Unidades de alta complexidade:

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por Acreditação Hospitalar?
2. Qual é a posição dessa Instituição em relação ao processo de Acreditação Hospitalar?
3. Quais são os aspectos facilitadores em sua Instituição para a busca, manutenção ou aprimoramento da Acreditação Hospitalar?
4. Quais são os aspectos dificultadores em sua Instituição para a busca, manutenção ou aprimoramento da Acreditação Hospitalar?
5. Qual é a participação de diferentes profissionais dessa Instituição em relação ao processo de Acreditação Hospitalar?
6. Quais são ou serão as influências da Acreditação para este hospital?
7. Existem projetos ou iniciativas para melhoria da qualidade executados e constatáveis nos últimos anos? Descreva-os.
8. Há evidências do uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade e da compreensão desses métodos pela equipe?
9. São elaborados levantamentos sobre a avaliação do usuário em relação à assistência recebida? De que forma é realizado?
10. Existe levantamento periódico da satisfação dos funcionários? Como é realizado?
11. Você deseja fazer alguma colocação sobre algo que não foi perguntado a respeito do processo de Acreditação?

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Título do Estudo: Processo de Acreditação Hospitalar: uma análise de Organizações Hospitalares

Pesquisador: Marcelo Ferreira Viana

Departamento/Instituição: Departamento de Administração e Economia (DAE) da Universidade Federal de Lavras (UFLA)

Telefone para contato: (35)8807-5230

Local da coleta de dados:

Prezado (a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida em participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Vocês serão abordados durante o turno de trabalho, conforme sua disponibilidade.

Objetivo do estudo: Analisar como certas organizações hospitalares do sul de Minas Gerais estão implantando ou aprimorando o processo de acreditação hospitalar.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física, moral ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Orientador:

(Nome e CPF)

Assinatura do Pesquisador Responsável:

(Nome e CPF)

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal:

(Nome e CPF)

ANEXO C

APROVAÇÃO DO PROJETO PELO DEPARTAMENTO DE
ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA (DAE) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS (UFLA)

ATA DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO

Nome do mestrando:	Matrícula:
Título do projeto de dissertação:	
Data da apresentação:	Horário:
Membros da banca examinadora:	
Presidente (orientador):	
Membro 1 (externo ao PPGA/UFLA):	
Membro 2 (PPGA/UFLA):	
Membro 3 - Co-orientador (caso exista):	
<i>Principais observações ou correções indicadas pela banca:</i>	
<u>PARECER</u> <u>FINAL:</u>	<input type="checkbox"/> APROVADO
	<input type="checkbox"/> INDICADO PARA REAPRESENTAR EM 30 DIAS
Assinaturas:	
Orientador:	Membro 2:
Membro 1:	Membro 3 (Co-orientador):
Mestrando:	