

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARÍLIA DE BETTIO

**ANÁLISE DO IMPACTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO
PROCESSO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ**

FLORIANÓPOLIS

2007

MARÍLIA DE BETTIO

**ANÁLISE DO IMPACTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO
PROCESSO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ**

Trabalho de Conclusão de Estágio apresentado à disciplina Estágio Supervisionado – CAD 5236, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Professor Orientador: João José Cândido da Silva

FLORIANÓPOLIS

2007

MARÍLIA DE BETTIO

**ANÁLISE DO IMPACTO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO
PROCESSO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE NA GESTÃO DO
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ**

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 09 fevereiro de 2007.



Rudimar Antunes da Rocha, Dr.
Coordenador de Estágios

Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:



João José Cândido da Silva
Orientador



Alex Onacli Moreira Fabrin
Membro

Dedico este trabalho aos meus pais, a minha irmã, ao meu namorado e aos meus verdadeiros amigos pelo carinho, incentivo, apoio, compreensão e confiança transmitidos em mais uma importante etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre iluminando e abençoando o meu caminho.

Aos meus pais, José Paulo De Bettio e Maria Salete Dalsasso De Bettio, minha irmã e amiga, Lilian De Bettio, pelo exemplo, amor, apoio, compreensão, dedicação, confiança e o estímulo permanente na realização dos meus sonhos e no meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu namorado, Eduardo Marcolino Yamamoto, pelo carinho, apoio, incentivo e compreensão, que mesmo estando longe se fez presente.

As minhas amigas de infância, Patrícia e Carolina, que influenciaram e participaram de toda a minha vida, e aos meus amigos que vivenciaram comigo todos os momentos de alegria e desafio da universidade, em especial, Amanda, Caroline, Mitchi e Patrícia.

A minha tia, Ana Maria Dalsasso, que com seus conhecimentos me auxiliou na elaboração do trabalho.

Ao meu orientador, Professor João José Cândido da Silva, pelos sábios conhecimentos transmitidos e pelo suporte emocional necessário para esta pesquisa.

A Professora Liane Carly Hermes Zanella, pela sua dedicação, apoio, conselhos e incentivos durante toda a minha jornada acadêmica, possibilitando-me reflexões e crescimento.

A diretoria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz que aprovaram o projeto para a elaboração desta pesquisa, principalmente a Fátima S. F. Gerolin que realizou todos os intermédios necessários.

Ao superintendente e diretores pela atenção que disponibilizaram a conceder entrevistas com entusiasmo, abertura e clareza.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma participaram na realização dos meus sonhos e na elaboração deste trabalho.

Muito obrigada por tudo!

"A mente que se abre a uma idéia nova, jamais voltará ao tamanho original".

Albert Einstein

RESUMO

BETTIO, Marília De. **Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.** 2007. 90f. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

O objetivo do presente trabalho é analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Para o alcance do objetivo norteador, primeiramente, foram coletados dados secundários nos documentos da organização e na literatura referente a planejamento, qualidade e Acreditação Hospitalar. Num segundo momento, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas compostas por questões abertas não disfarçadas com os cinco diretores do hospital e a gerente de qualidade. A observação também contribuiu para os resultados desta pesquisa qualitativa descritiva. O processo de conquista da certificação de Acreditado com Excelência no Hospital Alemão Oswaldo Cruz foi lento, durando cinco anos, e necessitou de constantes mudanças. Dentre os aspectos importantes observados e analisados destaca-se que através do programa da Acreditação Hospitalar a organização padronizou suas normas, rotinas e procedimentos; conscientizou os seus colaboradores para a importância do trabalho em equipe; proporcionou para a alta direção uma visão sistêmica da organização; inseriu o controle da qualidade; possibilitou a mensuração de indicadores; aumentou a segurança operacional, a satisfação do cliente interno e externo, e a qualidade das informações, entre outros. Tais aspectos acarretaram em melhorias significativas para o processo de planejamento e qualidade do Hospital no que diz respeito a sua elaboração, aplicação, e correção, quando necessário. Vale ressaltar que uma área específica para a qualidade surgiu na organização, visando à conquista dessa certificação.

Palavras-chave: acreditação hospitalar, planejamento e qualidade.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Diferenças entre planejamento estratégico e tático.....	22
Quadro 2: Diferenças entre planejamento tático e operacional.....	23
Quadro 3: Visão Tradicional e a Nova Visão da Qualidade.....	24
Quadro 4: Qualidade no modelo industrial e de assistência médica.....	29
Quadro 5: Áreas e setores para avaliação.....	39
Quadro 6: Exemplo de definição de padrões – Radioterapia.....	42
Quadro 7: Exemplo de itens orientadores – Radioterapia.....	42
Quadro 8: Serviços hospitalares acreditados.....	44
Quadro 9: Categorias e indicadores de análise.....	54
Figura 1: Níveis de decisão e tipos de planejamento.....	17
Figura 2: Clico básico dos três tipos de planejamento.....	17
Figura 3: Princípios orientadores para os níveis de acreditação hospitalar.....	41
Gráfico 1: Idade dos colaboradores.....	51
Gráfico 2: Escolaridade dos colaboradores.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivos.....	11
1.2 Justificativa.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Planejamento.....	14
2.1.1 <i>Planejamento estratégico.....</i>	<i>18</i>
2.1.2 <i>Planejamento tático.....</i>	<i>20</i>
2.1.3 <i>Planejamento operacional.....</i>	<i>21</i>
2.1.4 <i>Diferenças entre os três tipos de planejamento.....</i>	<i>22</i>
2.2 Qualidade.....	23
2.2.1 <i>Qualidade nas prestadoras de serviços.....</i>	<i>26</i>
2.2.2 <i>Qualidade nos serviços de assistência à saúde</i>	<i>28</i>
2.3 Acreditação Hospitalar.....	31
2.3.1 <i>Histórico da Acreditação: cenário internacional.....</i>	<i>34</i>
2.3.2 <i>Histórico da Acreditação: cenário nacional.....</i>	<i>35</i>
2.3.3 <i>Processo de Acreditação.....</i>	<i>37</i>
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 Caracterização da pesquisa.....	45
3.2 Delimitação do estudo.....	46
3.3 Coleta e análise dos dados.....	47
4 ESTUDO DE CASO.....	50
4.1 Caracterização da organização.....	51
4.2 Categorias e os indicadores de análise.....	53
4.3 Descrição do processo de certificação da Acreditação Hospitalar.....	54
4.4 Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento.....	58
4.4.1 <i>Planejamento estratégico.....</i>	<i>58</i>
4.4.2 <i>Planejamento tático e operacional.....</i>	<i>60</i>

4.5 Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de qualidade.....	67
5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES.....	75
5.1 Conclusões.....	75
5.2 Recomendações.....	77
5.3 Limitações.....	78
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – Roteiro do histórico e caracterização da organização.....	85
APÊNDICE B – Roteiro para conhecimento do processo de certificação da Acreditação Hospitalar na organização.....	86
APÊNDICE C – Roteiro para análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento.....	87
APÊNDICE D – Roteiro para análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de qualidade.....	88
ANEXO A – Organograma do Hospital.....	90

1 INTRODUÇÃO

O setor de prestação de serviços de saúde recua ao limite da história, sendo considerado inicialmente como local de isolamento. Na Grécia de Esculápio e na Roma Antiga, já existiam indícios dessa prática através dos templos que eram criados para homenagear o sábio Deus e que serviam de abrigo para os pobres, idosos e enfermos (RIBEIRO, 1993).

Durante a Idade Média, o hospital adquire novos contornos e missões. Conforme Rosen (1980), o império islâmico possuía 34 hospitais com características semelhantes e distintas dos hospitais europeus, que permaneciam com a sua missão essencialmente espiritual, através de atendimento religioso gratuito para os doentes e moribundos.

Segundo Oliveira (1998), a Europa pós-renascimento passou por transformações econômicas, políticas e sociais que contribuíram para o crescimento do comércio na cidade, atraindo a população do campo. Esse movimento proporcionou além de oportunidades de trabalho, problemas de saúde, gerando a necessidade de remodelar o hospital. Este se configurou, primeiramente, como um morredouro, um espaço de controle e coerção dos desvalidos, possuindo como principal função a salvação da alma.

No século XVIII, com a presença da clínica no hospital fez-se deste um local de observação, acumulação, formação e transmissão do saber. A partir disso, as doenças puderam ser pesquisadas, através de estudos de casos estabelecendo correlações entre eles. Nesse período havia a generalização para toda a população dos fenômenos patológicos comuns, e a doença era concebida como um fenômeno da natureza que se desenvolvia por uma ação particular do meio sobre o indivíduo. O principal alvo de intervenção não era o doente, mas o meio que o cercava. Somente no final do século XVIII o hospital torna-se um local destinado à cura (FOUCAULT, 1996).

Foucault (1984), acrescenta que o surgimento dessa nova configuração do hospital, utilizada até os dias atuais, significa uma mudança na instituição hospitalar anterior, onde o espaço e as rotinas possuem outro sentido, referindo-se ao domínio do corpo e a cura dos pacientes, rompendo com a idéia do hospital exclusão.

Atualmente as organizações, inclusive os hospitais, estão inseridas num

contexto altamente competitivo, impulsionando-as à busca da excelência como a única alternativa para a sobrevivência no mercado com sucesso. Nesse contexto, os programas de qualidade despontam como um importante recurso a ser desenvolvido nas empresas, atuando como um elemento essencial para alcançar os seus objetivos.

Grande parte da conquista da excelência nos serviços de saúde está relacionada a investimentos na melhoria de todos os seus processos e de sua estrutura, acarretando assim, qualidade nos serviços oferecidos. Um dos sistemas para fazer essa avaliação e certificação da qualidade é denominado como Acreditação, e possui como principal fundamento o caráter educativo na busca da *melhoria contínua*, dissociando-se da finalidade de fiscalização ou controle oficial.

Visando pesquisar as interferências que tal programa pode ter no processo de planejamento e qualidade dos hospitais, o presente estudo possui o seguinte problema de pesquisa: Qual o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz?

Para atender esse problema de pesquisa, elaborou-se, inicialmente, um levantamento bibliográfico, cujo conteúdo possibilitou uma cuidadosa revisão das literaturas referentes à temática de investigação, buscando relatar a história, conceitos e práticas, de modo que fosse possível a elaboração dos instrumentos a serem utilizados na coleta de dados. Num segundo momento, foram realizadas as pesquisas com os diretores e a gerente de qualidade do Hospital para relatar a caracterização da organização, descrever o processo de certificação da Acreditação Hospitalar e analisar o impacto do programa no processo de planejamento e qualidade do Hospital.

Diante do exposto, espera-se que o presente trabalho sirva de subsídio para o conhecimento do impacto que a Acreditação Hospitalar pode exercer no processo de planejamento e qualidade na gestão de um hospital.

1.1 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho consiste em: analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do

Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Para atingir o objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) conhecer o processo de certificação da Acreditação Hospitalar no Hospital Alemão Oswaldo Cruz;
- b) analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento na gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz;
- c) analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de qualidade na gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

1.2 Justificativa

As organizações estão passando por um processo de adequação e adaptação a uma nova realidade, expressa pelas constantes e aceleradas mudanças, tendo como fator principal a globalização. A abertura do mercado modificou o foco das empresas, do local para o mundial. Assim, teve-se o aumento do número de informações, proporcionando um maior conhecimento sobre o ambiente da área de atuação. Entretanto, esse fato fez com que a concorrência aumentasse significativamente.

Diante de tal contexto, percebe-se uma mudança nos padrões de exigência dos clientes, que procuram no setor de saúde um atendimento diferenciado e de qualidade. Para tanto, destaca-se a relevância da utilização dos programas de qualidade nos hospitais pelo fato de estes ainda serem considerados como diferencial competitivo no país.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz é uma organização que procura estar à frente de seus concorrentes, através do desenvolvimento de estratégias na área da qualidade, utilizando a implementação de novos programas que visam constantes aprimoramentos dos processos, produtos e serviços, bem como o aperfeiçoamento profissional e pessoal dos colaboradores.

Estas práticas de gestão da qualidade buscam otimizar a utilização de recursos, evitando retrabalhos e desperdícios; melhorar a qualidade dos serviços;

aumentar a comunicação, a troca de informações e a integração entre os setores; atender as necessidades e expectativas dos clientes através da ampliação e fortalecimento do relacionamento.

Dessa forma, faz-se importante a elaboração dessa pesquisa, visto que procura analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Mello e Camargo (1998) afirmam que o processo de acreditação procura obter melhores resultados avaliando, padronizando e melhorando os recursos da empresa, tanto na sua estrutura quanto nos seus processos.

Estudos científicos sobre a influência da Acreditação Hospitalar nas atividades gerenciais são difíceis de serem encontrados, portanto, uma área pouco explorada. Diante disso, essa pesquisa tem como intuito despertar o interesse das organizações prestadoras de serviços à saúde e de saúde para a utilização desses programas de qualidade, visto que no Brasil somente 66 hospitais possuem essa certificação (ONA, 2007). Pretende-se também, mostrar para o administrador que o setor de saúde é uma nova perspectiva para a sua atuação, visto que o corpo administrativo dos hospitais normalmente é formado por médicos.

A escolha do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, deu-se pelo fato de esta ser uma organização certificada no nível máximo concedido pela Organização Nacional de Acreditação – Acreditado com Excelência – possibilitando uma melhor análise da proposta do estudo, pelo fato de já ter passado por todos os procedimentos estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação. Portanto, para que alcance os níveis de competitividade no mercado tal organização necessita estar atenta, principalmente às constantes melhorias do sistema de gestão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o intuito de atender aos objetivos da pesquisa, bem como o esclarecimento da problemática levantada pela mesma, foram coletadas informações importantes através de um levantamento bibliográfico nas mais diversas fontes (livros, artigos, leis e publicações on-line). Este capítulo está dividido em Planejamento, Qualidade e Acreditação Hospitalar.

2.1 Planejamento

O planejamento é uma ferramenta utilizada por pessoas e organizações para lidar com o futuro e vem se tornando cada vez mais importante para a gestão das organizações, visto que a administração mostra-se falha quando não se utiliza dessa técnica. Sua demanda varia conforme a complexidade e o dinamismo do ambiente, e envolve, no caso das organizações, tanto aspectos internos quanto externos a elas.

Nesse sentido, Lacombe e Heilborn (2003) atribuem ao verbo planejar a ação de decidir antecipadamente o quê, de que maneira, quando e por quem algo deve ser feito a fim de que um resultado desejado seja alcançado. Para tanto, devem ser identificados os custos e benefícios do que vai ser feito, bem como os recursos necessários.

Para os autores, o planejamento implica decisões tomadas no presente que repercutem nos resultados projetados para o futuro, permitindo que se tenha perspectivas a longo prazo. No entanto, ponderam que, além de dedicar atenção às ações de longo prazo, é essencial avaliar as ações do curto, obtendo um equilíbrio entre elas, afinal: “Quando o curto prazo está tranquilo, deve-se priorizar o longo, mas nem sempre é possível agir assim, pois se não superarmos as dificuldades de curto prazo, não existirá o longo prazo” (LACOMBE; HEILBORN, 2003, p.161).

De maneira semelhante, porém mais sintética, Ackoff (1982) conceitua o planejamento como sendo a definição de um futuro desejado e dos meios eficazes para atingi-lo.

Na concepção de Steiner (1979) o planejamento é um processo que

especifica em pormenores precisos o que deve ser realizado com o intuito de atingir um objetivo específico.

Já Drucker (1995), afirma que o planejamento não se trata de decisões futuras, mas da futuridade das decisões atuais. Para o autor Maximiano (2000), o planejamento envolve não apenas a definição de objetivos e de meios para concretizá-los, mas a transformação de uma realidade conhecida em uma realidade desejada, dentro de um intervalo de tempo definido, e tomada de decisões que ocorrem no presente e que podem afetar o futuro, reduzindo suas incertezas. Acrescenta, também, os tipos de atitudes em relação ao planejamento, que podem ser: proativas – caracterizadas por forças que impulsionam e desejam a mudança, espírito renovador, capacidade de antecipação de novas situações e adaptação a elas; reativas – marcada pelo apego às tradições, forças que desejam e preservam a estabilidade, espírito conservador e incapacidade de adaptação a novas situações. O ideal, entretanto, é que haja um equilíbrio entre essas atitudes, para que as mudanças aconteçam e ajudem no crescimento da organização.

O planejamento sugere técnica, comprometimento e método, concretizando-se como uma relevante etapa do processo administrativo. Diante desse contexto, Stoner e Freeman (1999, p.5) afirmam que “planejar significa que os administradores pensam antecipadamente em seus objetivos e ações, e que seus atos são baseados em algum método, plano ou lógica, e não em palpites”. Assim, quanto mais instáveis forem determinadas situações, mais importante se torna o planejamento das variáveis que evoluem na problemática existente.

O planejamento é uma forma de trazer maior racionalidade às organizações (MEYER, 1998). Conforme Oliveira (1997), a atividade de planejamento é representativa, visto que é a única técnica que inicia o processo de emissão do futuro em uma administração estratégica.

Existe, atualmente, uma dificuldade em conceituar o planejamento e de estabelecer sua real abrangência e amplitude. Com isso, Steiner (*apud* OLIVEIRA, 2004) estabelece cinco dimensões do planejamento. A primeira delas relaciona-se ao assunto abordado, podendo ser produção, novos produtos, pesquisa, finanças, entre outros. Outra dimensão corresponde aos elementos do planejamento, como os propósitos, objetivos, estratégias, políticas, programas, orçamentos, entre outros. A terceira relaciona-se a dimensão de tempo do planejamento, podendo ser de curto, médio ou longo prazo. A outra corresponde às unidades organizacionais onde o

juízo é elaborado, podendo ser planejamento corporativo, de grupos funcionais, de divisões, entre outros. Por fim, a quinta dimensão está vinculada às características do planejamento, que pode ser representada por complexidade ou simplicidade, formal ou informal, qualidade ou quantidade, e outros.

De acordo com Oliveira (2004, p.35), as cinco dimensões acima apresentadas permitem visualizar a amplitude do planejamento, podendo ser conceituado como:

[...] um processo, considerando os aspectos abordados pelas dimensões anteriormente apresentadas, desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com a melhor concentração de esforços e recursos pela empresa.

Além disso, o autor afirma que o propósito do planejamento é o desenvolvimento de processos, técnicas e atitudes administrativas, com o intuito de proporcionar uma situação viável de avaliar as implicações futuras de decisões presentes em função dos objetivos da organização, facilitando assim, a tomada de decisão no futuro de forma mais rápida, coerente, eficiente e eficaz. Nesse sentido, pode-se dizer que o planejamento tende a reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório e aumentar a probabilidade de alcançar os objetivos, desafios e metas traçadas pela organização.

Para Ackoff (*apud* OLIVEIRA, 2004, p.44) “o planejamento é um processo contínuo que envolve um conjunto complexo de decisões inter-relacionadas que podem ser separadas de formas diferentes”. O autor apresenta cinco partes do planejamento assim definidas: planejamento dos fins, onde é especificado o estado futuro desejado, isto é, a missão, os propósitos, os objetivos, os objetivos setoriais, os desafios e as metas; planejamento dos meios, que são as proposições de caminhos para a organização chegar ao estado futuro desejado; planejamento organizacional, está relacionado a esquematização dos requisitos organizacionais para poder realizar os meios propostos; planejamento dos recursos, corresponde o dimensionamento de recursos humanos e materiais e a determinação da origem e aplicação dos recursos financeiros; e planejamento da implantação e controle, que é a atividade de planejar o gerenciamento da implantação do empreendimento.

Vale salientar que o próprio processo de planejamento deve ser planejado, ele é interativo, ou seja, sua ação se exerce mutuamente entre duas ou mais partes do todo e que o processo é também iterativo, repetindo-se ao longo do tempo.

Chiavenato (1982), identifica a existência de três tipos de planejamento –

operacional, tático e estratégico – e as suas características alocam-se de acordo com a estrutura organizacional, como pode ser visualizado na figura 1. Já Kwasnicka (1995), não distingue o planejamento tático do operacional, considerando o planejamento abaixo do nível estratégico como operacional.

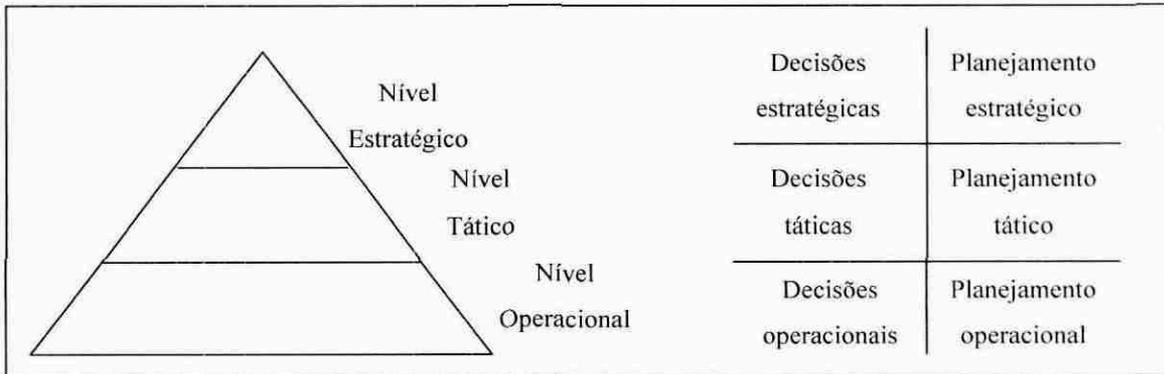


Figura 1: Níveis de decisão e tipos de planejamento
Fonte: Oliveira (2004).

O princípio do planejamento integrado, onde os vários escalões da empresa apresentam os planejamentos de forma integrada, pode ser verificado na figura 2 a seguir.

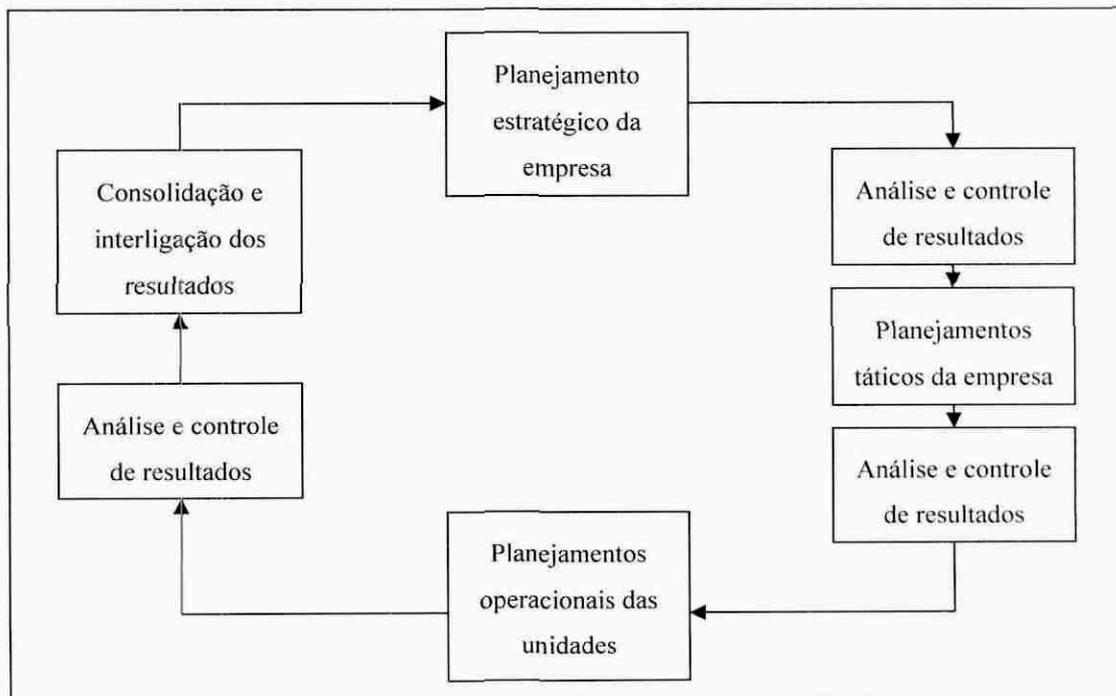


Figura 2: Ciclo básico dos três tipos de planejamento
Fonte: Oliveira (2004).

Através da figura 2 pode-se constatar que o planejamento estratégico de

forma isolada não é suficiente, pois os objetivos a longo prazo só podem ser estabelecidos e alcançados por meio do desenvolvimento e implantação dos demais planejamentos – táticos e operacionais – de forma integrada.

2.1.1 Planejamento estratégico

O planejamento estratégico é definido por Lacombe e Heilborn (2003) como aquele que define metas de longo prazo e meios para alcançá-las, estando intimamente relacionado ao conceito de eficácia, ou seja, capacidade de atingir resultados válidos. Refere-se aos elementos estruturais de grande importância para a empresa e sua área de atuação. De acordo com os autores o planejamento estratégico deve determinar os rumos do negócio, com a finalidade de garantir um bom desempenho de longo prazo da empresa, conforme a previsão da situação geral do ambiente externo e interno a ela para uma estipulada época do futuro.

Tal definição é corroborada por Maximiano (2000), ao afirmar que os objetivos definidos pelo planejamento estratégico abrangem toda a organização, estabelecendo os produtos e serviços que se pretende oferecer, bem como mercados e clientes a serem atendidos.

Fischmann (1991, p.25), mostra de forma clara o que vem a ser o planejamento estratégico ao afirmar que o:

Planejamento Estratégico é uma técnica administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças dos seus pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar riscos.

Conforme a afirmação acima, pode-se constatar uma idéia de construção do futuro da organização através de uma técnica formal. Assim, Tiffany e Peterson (1998, p.11), afirmam que:

[...] um plano estratégico dá uma visão do futuro. Independente do porte de sua empresa, de estar abrindo um negócio ou fazer parte de uma empresa amadurecida, você precisará de um processo de planejamento para lhe

indicar a direção certa e para guiá-lo ao longo do caminho.

Diante de tal citação faz-se importante apresentar a diferença existente entre plano e planejamento. Na visão de Fischmann (1991, p.21), o plano é algo estático, normalmente formalizado em documento, já o planejamento é um processo contínuo, não impedindo que dentro do processo de planejamento existam prazos e datas para realizar planos, isto é, “planejamento é o processo contínuo de elaboração e o plano é o produto ou resultado do planejamento”.

É importante salientar que o planejamento estratégico não visa e nem pode visar à eliminação total dos riscos e incertezas, mas é uma boa técnica para lidar com o futuro (DRUCKER, 1998). Além disso, Ansoff e McDonnell (1993), afirmam que o planejamento estratégico pode ajudar a trazer melhorias significativas no desempenho da organização como, por exemplo, crescimento do faturamento, dos lucros, entre outros.

Diante do exposto, verifica-se uma diferença entre o processo de planejamento estratégico e o planejamento de longo prazo, onde o último acredita que se pode prever o futuro a partir da extrapolação do crescimento passado. Portanto, o planejamento estratégico extrapola o planejamento de longo prazo tradicional devido a utilização de uma análise estratégica detalhada.

A responsabilidade pela elaboração desse planejamento é da alta administração. Stoner e Freeman (2003) acrescentam aos responsáveis pelo planejamento estratégico, os administradores de nível médio. Posição essa contestada por Lacombe e Heilborn (2003), que mencionam que os administradores desse nível têm uma visão especializada de sua área de atuação, e não uma visão sistêmica e global necessária para a elaboração do planejamento, como a dos que se encontram no topo da hierarquia.

Chiavenato (1987, p.203), destaca que os responsáveis pelo planejamento estratégico “[...] precisam tomar decisões baseadas em julgamento, ao invés de decisões baseadas em dados”. Isso porque, lidam com as incertezas do ambiente externo a organização. O autor também ressalta que embora tal planejamento seja definido ao nível estratégico, necessita de um envolvimento gradativo de planos até chegar ao nível das operações cotidianas.

Assim, o planejamento estratégico pode ser definido como aquele associado a um horizonte de tempo situado a longo prazo e que envolve a empresa como um

todo, não apenas pela abrangência de seus objetivos, mas pela real necessidade da participação de outros níveis empresariais – o tático e o operacional – além daquele que o decide efetivamente (nível estratégico).

2.1.2 Planejamento tático

A elaboração do planejamento tático conforme Maximiano (2000), é de responsabilidade do nível intermediário – tático. Esse planejamento tem o propósito de auxiliar na concretização do planejamento estratégico e envolve uma área ou departamento específico como, por exemplo, a área de produção.

Oliveira (2004) corrobora com Maximiano (2000) quando este afirma que o planejamento tático tem como objetivo otimizar determinada área de resultado e não a empresa como um todo e acrescenta que esse planejamento trabalha com decomposição dos objetivos, estratégias e políticas estabelecidas no planejamento estratégico.

Uma abordagem mais completa é apresentada por Chiavenato (1987). Para o autor as características do planejamento tático são:

- a) projetado para um futuro próximo ou atividades atuais ao nível de departamentos;
- b) relacionado ao controle e integração das atividades atuais da organização;
- c) foco na alocação de recursos;
- d) ligação entre o planejamento estratégico e o planejamento operacional.

O autor explica que o planejamento tático está contido no planejamento estratégico e não é um conceito absoluto, e sim relativo, já que pode ser considerado estratégico em relação a cada uma das seções que compõem o departamento no qual está sendo implementado. De um modo geral, a diferença entre os dois se dá pelo nível empresarial que toma as decisões; pela dimensão temporal; e pela amplitude de seus efeitos, abrangendo a organização como um todo ou apenas uma parte dela.

Chiavenato (1987), salienta, ainda, que o fato de não haver uma separação nítida entre o nível institucional (estratégico) e o intermediário (tático) faz com que não haja uma perfeita separação entre os planejamentos estratégico e tático.

Tal constatação esclarece, em parte, a omissão, de alguns autores, em relação ao planejamento tático, considerando a existência de apenas dois tipos de planejamento: estratégico e operacional.

2.1.3 Planejamento operacional

O planejamento operacional é conceituado por Stoner e Freeman (2003, p.166), como aquele “[...] que descreve os detalhes necessários para se incorporar a estratégia nas operações do dia-a-dia”. Os planos envolvidos nesse planejamento são classificados em dois tipos:

- a) planos de uso único: linha de ação utilizada uma única vez ou para resolver problemas que não ocorrem repentinamente;
- b) planos de uso permanente: linha de ação utilizada para lidar com atividades repetitivas.

O conceito de planejamento operacional é reforçado pelo posicionamento de Lacombe e Heilborn (2003), segundo o qual suas diversas utilizações precisam estar coerentes entre si de acordo com o planejamento estratégico. Para os autores, o planejamento operacional especifica quais recursos devem estar disponíveis para cada produto e serviço e fornece cronogramas para execução dos planos nele contidos.

Na visão de Oliveira (2004, p.49), “o planejamento operacional pode ser considerado como a formalização, principalmente através de documentos escritos, das metodologias de desenvolvimento e implantação estabelecidas”.

Maximiano (2000) acrescenta à especificação de recursos, a determinação de objetivos específicos e das atividades necessárias para se realizar esses objetivos, concordando com Lacombe e Heilborn (2003), no que tange a necessidade de se formular cronogramas para a execução de atividades.

Diferente dos planejamentos estratégico e tático, que se preocupam com a eficácia da organização, o planejamento operacional, segundo Chiavenato (1987), está relacionado à eficiência, ou seja, enfatiza os meios para se alcançar determinado objetivo. As diferenças residem também no caráter imediatista – foco no curto prazo – e na abrangência local – compreendendo apenas uma tarefa ou

operação – apresentados pelo planejamento operacional. Ainda conforme o autor, os responsáveis por tal planejamento procuram garantir que todos realizem as tarefas de acordo com os procedimentos pretendidos pela organização, a fim de maximizar os resultados.

2.1.4 Diferenças entre os três tipos de planejamento

As diferenças básicas existentes entre o planejamento estratégico e tático quanto a prazo, amplitude, riscos, atividades e flexibilidade, conforme Oliveira (2004), serão apresentadas no quadro 1, a seguir. Vale salientar que as considerações do quadro têm aspecto de relatividade entre os dois tipos de planejamento apresentados.

Discriminação	Planejamento estratégico	Planejamento tático
Prazo	Mais longo	Mais curto
Amplitude	Mais ampla	Mais restrita
Riscos	Maiores	Menores
Atividades	Fins e meios	Meios
Flexibilidade	Menor	Maior

Quadro 1: Diferenças entre planejamento estratégico e tático
Fonte: Oliveira (2004).

Conforme o quadro acima pode-se constatar que o planejamento estratégico é de prazo mais longo, visto que considera um conjunto de planejamentos táticos, demandando um período de tempo maior para a sua conclusão; mais amplitude, pelo fato de considerar a empresa como um todo, diferente do planejamento tático que considera apenas uma parte dela; risco maior, devido a sua maior amplitude e maior prazo; relacionado às atividades fins e meios da organização, enquanto os planejamentos táticos são relacionados às atividades meios; e de flexibilidade menor, por considerar toda a empresa.

Da mesma forma, o quadro 2 apresenta as diferenças básicas entre o planejamento tático e o operacional, considerando também o aspecto da relatividade.

Discriminação	Planejamento tático	Planejamento operacional
Prazo	Mais longo	Mais curto
Amplitude	Mais ampla	Mais restrita
Riscos	Maiores	Menores
Atividades	Meios	Meios
Flexibilidade	Menor	Maior

Quadro 2: Diferenças entre planejamento tático e operacional
Fonte: Oliveira (2004).

De acordo com os quadros anteriormente apresentados verifica-se que a mudança maior entre os três tipos de planejamento é no nível estratégico, podendo causar alterações nos demais níveis da organização.

2.2 Qualidade

Por causa das constantes mudanças e evoluções no ambiente externo, as organizações estão procurando adaptar o seu ambiente interno em relação ao seu posicionamento a fim de garantir a sobrevivência no mercado. Conforme Campos (1992), para a empresa garantir a sobrevivência é necessário cultivar uma equipe de pessoas que saiba montar e operar um sistema e que tenha capacidade de projetar um produto que seja da preferência do consumidor, a um custo inferior o da concorrência. Isso é a qualidade.

O papel da qualidade nas organizações, nos últimos anos, vem passando por grandes transformações. Anteriormente, a qualidade era tratada como sendo o atendimento dos requisitos de conformidade do produto em relação às suas especificações. Porém, atualmente, qualidade engloba toda a organização, indo além do sistema produtivo, considerando as pessoas como ferramenta fundamental para o processo. Com isso, os gestores das organizações não consideram mais a qualidade como um diferencial estratégico, mas sim como um elemento intrínseco às empresas que desejam obter sucesso, mantendo-se no mercado cada vez mais competitivo. O quadro 3 apresenta as principais diferenças existentes nessas duas visões citadas.

Visão Tradicional	Nova Visão
A produtividade e a qualidade possuem objetivos conflitantes.	O ganho de produtividade é alcançado por meio da melhoria da qualidade.
A qualidade é definida como conformidade às especificações e aos padrões.	A qualidade é definida para satisfazer às necessidades dos clientes.
A qualidade é medida pelo grau de não-conformidade.	A qualidade é medida pela contínua melhoria nos processos e produtos e pela satisfação dos clientes.
A qualidade é alcançada por meio de uma intensiva inspeção dos produtos.	A qualidade é determinada pelo planejamento do produto e é alcançada pelo controle efetivo de técnicas.
Alguns defeitos são permitidos quando o produto se encontra dentro dos padrões mínimos de qualidade.	Os defeitos são prevenidos por meio de técnicas de controle do processo.
A qualidade é uma função separada e enfocada no processo de produção.	A qualidade é uma parte de cada função em todas as fases do ciclo de vida do produto.
Os trabalhadores mascaram a ausência de qualidade nos produtos.	O gerenciamento é responsável pela qualidade.
As relações com os fornecedores não são integradas e relacionam-se diretamente com os custos.	O relacionamento com os fornecedores é em longo prazo e orientado pela qualidade.

Quadro 3: Visão Tradicional e a Nova Visão da Qualidade
 Fonte: adaptado de Brocka e Brocka (1994).

Através do quadro 3 pode-se constatar que na visão tradicional a competitividade das organizações estava relacionada à eficiência interna do processo produtivo, na inspeção e no controle da qualidade, diferente da nova visão que procura focar no marketing e no cliente. Devido a esse fator verifica-se uma evolução da visão das empresas sobre a qualidade.

A evolução pode ser constatada através da conceituação de qualidade conforme alguns autores que abordam esse assunto. Crosby (1999), define a qualidade como sendo a conformidade com os requisitos, acrescentando que esses devem estar bem expostos para que não ocorram desentendimentos e assim, possibilitar a sua mensuração de forma contínua.

Porém, para Juran e Gryna (1991, p.11), a qualidade é denominada por dois significados: “consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e dessa forma proporcionam a satisfação em relação ao produto e na ausência de falhas”. Com essa definição pode-se constatar que na visão dos autores a qualidade permeia sobre todo o processo de gestão da organização.

Teboul (1991), corrobora com Juran e Gryna (1991), acrescentando que a qualidade tem a capacidade de satisfazer as necessidades dos clientes, na hora da compra, como também, durante a sua utilização, com o menor custo possível, procurando minimizar as perdas e se destacar perante os seus concorrentes.

Já na concepção de Deming (1990), a definição de qualidade só pode ser efetuada através de quem a avalia. Para um operário, por exemplo, a qualidade está vinculada ao poder se orgulhar do seu trabalho, porém, na visão do administrador de fábrica significa produzir a quantidade planejada, atender às especificações, aperfeiçoar constantemente os processos e melhorar continuamente a sua liderança. Além disso, o autor afirma que essa dificuldade encontrada - definir a qualidade - está relacionada ao fato das mudanças em relação às necessidades futuras dos usuários em características mensuráveis, procurando satisfazê-las por um preço em que o usuário esteja disponível a pagar. Deming foi o primeiro a preocupar-se com o lado humano da qualidade, dando enfoque tanto na qualidade de produtos e serviços, como também, com a qualidade de vida das pessoas.

Conforme Pimentel (2006), a qualidade pode ter cinco abordagens: abordagem transcendental, onde qualidade é sinônimo de excelência inata; abordagem baseada em manufatura, onde os produtos e serviços procuram atender as especificações e não possuem erros; abordagem baseada no usuário, onde os produtos e serviços estão adequados para atender às expectativas do consumidor; abordagem baseada em produto, onde se considera a qualidade como um conjunto mensurável de características e, por fim, abordagem baseada em valor, onde a qualidade é percebida em relação a custo e preço do produto ou serviço.

Apesar dessas disparidades existentes entre os autores, Barçante (1998) afirma que existem alguns pontos em comum, que são os seguintes:

- a) comunicação inter-áreas na fase do projeto dos produtos, serviços e processos;
- b) qualidade é algo dinâmico, portanto, envolve aprimoramento contínuo;
- c) é essencial o envolvimento dos fornecedores na busca pela qualidade;
- d) os problemas relacionados à qualidade que são enfrentados são de responsabilidade da gerência;
- e) os gerentes devem procurar ser os agentes de mudanças;
- f) em todos os níveis da organização liderados pela alta administração, a educação e o treinamento devem ser um processo contínuo.

Vale ressaltar que essa subjetividade que está relacionada ao conceito da qualidade, pode ocasionar na organização divergências entre as áreas de marketing, engenharia e produção. Isso se deve ao fato de que o marketing daria um maior enfoque para satisfazer o cliente, todavia, a engenharia e a produção procurariam

atender as especificações. Entretanto, é importante que se procure construir um conceito que seja aplicável a todos os colaboradores da empresa (SANCHEZ, 2003).

A qualidade encontra-se na sua era de gestão estratégica e necessita de esforço integrado por parte de todas as fases pertencentes ao ciclo produtivo, desde a pesquisa até o levantamento da satisfação do cliente. Além disso, o autor afirma que a gestão de programas de qualidade estruturados para todos na organização, a partir de diretriz estratégica, pode auxiliar no planejamento das atividades através de uma visão de gestão estratégica (CERQUEIRA NETO, 1993).

2.2.1 Qualidade nas prestadoras de serviços

A qualidade dos serviços está relacionada à satisfação do cliente em relação a um serviço ou item fabricado, onde é medida por qualquer critério, podendo mostrar uma distribuição que varia desde a insatisfação extrema até altamente satisfeitos (DEMING, 1990). Reis e Oliveira (1997) corroboram com Deming (1990) quando este afirma que a qualidade nas organizações prestadoras de serviços está vinculada à satisfação dos clientes e acrescenta que se deve implantar um sistema que privilegie o atendimento dos requisitos mínimos especificados por eles.

Nesse contexto, onde a qualidade possui como foco o atendimento das necessidades dos clientes, Paladini (1995, p.13), afirma que é necessário avaliar todos os elementos que fazem parte do sistema produtivo, pois “a qualidade é projetada, desenvolvida e gerada no processo”. Além disso, o autor acrescenta que a qualidade compromete e requer grande esforço de quem pretende adotá-la, pois tem-se o compromisso de sempre atender o consumidor da melhor forma possível e procurar otimizar todas as ações do processo que de alguma forma contribuem para o resultado final.

Segundo Teboul (1991), as organizações são divididas em duas áreas de atuação com o foco na qualidade: os funcionários de apoio que não possuem contato direto com os clientes externos e os funcionários da linha de frente que possuem contato direto com os clientes externos.

O que diferencia as indústrias das prestadoras de serviços é que na primeira a grande maioria dos funcionários está no apoio, fazendo com que a qualidade seja

construída de dentro para fora, onde os problemas relacionados aos produtos *causam um impacto negativo para o cliente, mas são resolvidos sem grandes dificuldades*. Já nas organizações de serviços, grande parte dos funcionários está na linha de frente em contato direto com o cliente externo, resultando numa qualidade de fora para fora – o consumo é simultâneo com o serviço prestado. Nesse tipo de empresa depende-se de uma rede de relacionamentos que associa fornecedores, metodologias de trabalho, clientes internos, entre outros, e qualquer erro durante todo o processo pode repercutir num aumento dos custos para a organização e num impacto extremamente negativo para o cliente, não havendo uma forma de corrigi-lo, visto que não se pode trocá-lo.

A gestão da qualidade dos serviços é baseada em valores e conceitos-chave como: enfoque no cliente; participação da alta direção na definição, estabelecimento e entendimento de todos os colaboradores quanto a metas, objetivos, diretrizes e políticas; melhoria contínua, procurando surpreender os clientes com novos serviços e atendimento eficiente e rápido; participação e desenvolvimento dos funcionários, estimulando a criatividade, motivação e envolvimento dos colaboradores nos serviços prestados; criação de parcerias, considerando-as como um valor agregado que pode estar sendo atribuído ao serviço prestado, entre outros (MEZOMO, 1995).

As organizações prestadoras de serviços possuem problemas específicos em relação ao seu gerenciamento que, conforme Parasumaran (*apud* DRUMMOND, 1998), está vinculado ao fornecimento do produto, precibilidade, interação entre consumidor e produtor e a intangibilidade da qualidade.

Além disso, Schneider e Bowen (*apud* COOK; VERMA, 2002), afirmam que nessas empresas a percepção global dos clientes sobre a qualidade dos serviços está correlacionada tanto com o clima para o serviço, como também com o clima entre os empregados. Dessa forma, pode-se constatar que o desempenho individual possui uma relação direta com a qualidade geral do sistema, tornando importante que os colaboradores reconheçam esse impacto com o intuito de estabelecer vínculo com o cliente.

Diante dessa perspectiva, Parasumaran (*apud* COOK; VERMA, 2002), indica cinco dimensões necessárias para avaliar a qualidade: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e tangibilidade. Com o intuito de minimizar as dificuldades anteriormente apresentadas, as empresas podem desenvolver algumas atividades com o objetivo de gerenciar a qualidade nessas organizações, como:

acompanhar as expectativas dos clientes; administrar a qualidade do produto e da entrega dos serviços; acompanhar a qualidade dos fornecedores; e, por fim, solicitar um feedback, pois este será fundamental para avaliar o sistema como um todo, podendo identificar mudanças necessárias.

Porém, Deming (1990), afirma que algumas características da qualidade de serviços são de fácil mensuração como ocorre nos produtos manufaturados: velocidade de expedição; credibilidade do tempo de entrega; exatidão da documentação; cuidado no manuseio.

2.2.2 Qualidade nos serviços de assistência à saúde

Mezomo (1995), afirma que as técnicas e teorias da qualidade são aplicáveis aos serviços de assistência à saúde, todavia existem algumas dificuldades de aplicabilidade desses conceitos na saúde. Uma das dificuldades está relacionada a defeitos aplicados no serviço prestado, devido a diversidade dos clientes e a responsabilidade dessa área em relação aos defeitos pelo fato de lidar com vidas. Além disso, outra dificuldade encontrada é a falta de comprometimento do corpo clínico, pois tanto o corpo médico como o de enfermagem são autônomos e trabalham em vários lugares, não mantendo vínculo com a organização. Com isso, dificulta o envolvimento da alta direção, pois na maioria das vezes é composta por médicos.

As características que distinguem o sistema de produção industrial e o de assistência à saúde estão relacionadas à interação com o cliente, à iniciativa, à competência profissional na prestação dos serviços e na avaliação dos resultados. O quadro 4, a seguir, demonstra as principais diferenças existentes entre esses dois modelos (DONABEDIAN *apud* MALIK E SCHIESARI, 1998).

Avaliação	Modelo Industrial	Modelo da Assistência Médica
Qualidade	Aquilo que o consumidor deseja e compra	Aquilo que é bom para o cliente, definido por ele e pelo prestador de serviço
Interação cliente/fornecedor	Pouco relevante	Relação médico-cliente
Otimização e equidade	Menor importância	Grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação
Ênfase	Qualidade Total: baixar custos e atender o consumidor envolve todas as pessoas e os processos da organização	Performance profissional e técnica, interação cliente-profissional, contribuição do cliente acesso/equidade
Problemas decorrentes ou caracterizados por	Defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	Competência do profissional e variabilidade na prática clínica
Monitoramento	Por meio da medição de processos e resultados, comparação com padrão	Processos e resultados por meio de padrões análogos dificuldade de minimizar resultados a posterior

Quadro 4: Qualidade no modelo industrial e de assistência médica
 Fonte: Adaptado de Malik e Schiesari (1998).

Conforme o quadro 4 pode-se verificar que a qualidade no modelo industrial enfatiza as necessidades apresentadas pelo cliente. Porém, no modelo de assistência médica a qualidade é advinda de um conjunto de interesses, prevalecendo o que se considera mais apropriado para o cliente. Além disso, no modelo industrial o foco é voltado às características dos produtos e processos, e na assistência médica é na competência profissional e técnica.

Nos serviços de assistência à saúde a lógica que determina a gestão da qualidade se origina de uma cadeia de procedimentos, sendo fundamental que o seu enfoque seja nos processos. A realização de um diagnóstico adequado, primeira etapa do processo, desencadeia todos os procedimentos sucessores.

De acordo com Bittar (2000), a qualidade na prestação de serviços de assistência à saúde está fundamentada na questão operacional, consistindo no próprio processo e na percepção dos clientes.

Entretanto, Klück (2002), analisa três grupos de indicadores de saúde, o primeiro se refere aos resultados quanto as saídas, que no caso da assistência estaria relacionada à situação de saúde e mortalidade. Já o segundo estaria vinculado aos desempenhos quanto aos processos e gestão. Por fim, o terceiro relaciona-se a fatores comportamentais e conhecimento do público.

Donabedian (*apud* MALIK; SCHIESARI, 1998) desenvolveu um quadro conceitual para realizar a avaliação da qualidade em saúde, composto pela estrutura, processo e resultado, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas:

input-process-output.

Na estrutura encontram-se os recursos mínimos necessários para realizar a prestação dos serviços que são: corpo funcional; instalações físicas e tecnológicas; recursos materiais e financeiros; procedimentos e padrões definidos. Nos recursos que devem ser disponibilizados na estrutura incluem-se também, equipamentos, habilitação e capacitação dos profissionais e organização dos serviços.

Já o processo relaciona-se com a própria condução do serviço, onde são efetuados os diagnósticos, exames, entre outros procedimentos. Nesse caso, a avaliação da qualidade pode ser efetuada do ponto de vista técnico ou administrativo, envolvendo os resultados da prestação de serviços aos pacientes.

Por fim, os resultados apontam os efeitos do atendimento, cujo objetivo é promover saúde, reabilitar o paciente ou prevenir doenças. Acompanhar os resultados é importante para controlar e avaliar as mudanças ocorridas no cliente.

A avaliação dos resultados dos processos de assistência à saúde tem um efeito positivo para tomada de decisão de interessados como gestores, profissionais, financiadores, usuários, entre outros, afirmam Malik e Schiesari (1998). Essa avaliação para os gestores é fundamental pelo fato de possibilitar o monitoramento de informações estratégicas. No caso dos profissionais ela possibilita a disponibilidade de informações que permite a melhoria do desempenho individual, como também, dos processos. Aos financiadores proporciona um controle mais efetivo sobre a destinação e o comportamento de seus investimentos. Para os usuários proporciona um conhecimento da estrutura e os mobiliza no intuito de buscar mudanças.

Vale ressaltar que nas organizações hospitalares o sistema de atendimento é altamente complexo e a interação com o cliente é freqüente, através de profissionais de distintas áreas, recebendo serviços de diferentes setores de forma direta e indireta. Porém, Sanchez (2003), afirma que a avaliação do cliente concentra-se nos serviços que lhes são prestados de forma direta como, por exemplo, a assistência médica e a infra-estrutura. Os serviços laboratoriais, por exemplo, apesar de serem essenciais para o diagnóstico e tratamento, não recebem apreciação por parte do cliente, visto que são realizados de forma indireta.

Para que o hospital – organização em estudo – possa atingir os seus objetivos, de acordo com Lima-Gonçalves (2000), precisa-se estruturá-lo de forma racional. Porém, considera-se que uma estrutura hierarquizada e verticalizada não

seja a mais apropriada, visto que há mudanças contínuas nas necessidades dos clientes, nos processos e nos resultados.

Além disso, o autor afirma que das organizações prestadoras de serviços, os hospitais são os que sofrem uma maior influência do comportamento de seus colaboradores no resultado de seus atendimentos. Assim, a qualidade desses serviços está relacionada em unir a capacidade e dedicação dos recursos humanos com os equipamentos que estão à disposição e as instalações em que se localizam.

Na visão de Taublib (1998), a qualidade na assistência à saúde está relacionada a questões individuais dos clientes, pelo fato de que mesmo utilizando todos os recursos disponíveis, nem sempre o cliente consegue se recuperar. Assim, o autor considera que a qualidade não está relacionada à ausência de óbitos e complicações, mas sim na busca de alcançar os melhores resultados possíveis para a recuperação e tratamento dos pacientes.

Já a Organização Pan Americana de Saúde possui uma outra visão, onde considera que os padrões mínimos de qualidade na assistência hospitalar dizem respeito à continuidade da assistência médica, transferências ou referências, serviços ambulatoriais, serviço de emergência, laboratório de análises clínicas, diagnóstico por imagem, hemoterapia, assistência obstétrica, área cirúrgica, anestesiologia, controle de infecções hospitalares (KLÜCK, 2002).

Na percepção de Lima-Gonçalves (2000) os hospitais vêm demonstrando interesse na obtenção de certificação de qualidade, pois este formaliza e proporciona garantia de qualidade dos serviços que o hospital ou algum de seus setores vem prestando. Uma das certificações relacionadas à qualidade de assistência à saúde será apresentada no tópico a seguir.

2.3 Acreditação Hospitalar

O fenômeno da globalização e a situação volátil do mercado acarretaram uma expansão significativa da concorrência. Com esse aumento de oferta, o desenvolvimento da qualidade nas organizações surgiu como um recurso para atender às necessidades dos clientes, que estão cada vez mais exigentes.

A qualidade, que inicialmente foi introduzida no setor industrial, nos últimos

anos vem expandindo para o setor de prestação de serviços, onde incluem-se os hospitais, organizações do enfoque dessa pesquisa. Conforme Quinto e Gastal (1997), o conceito de qualidade está ligado a uma trama de valores sociais e peculiaridades sócio-culturais de cada sociedade, determinando a forma de avaliar a qualidade e seus resultados.

Na saúde, a qualidade assistencial é analisada por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos, e os seus padrões resultam de três aspectos básicos: a eficácia, originada pela ciência médica; a conformidade, determinada pelas expectativas e valores individuais; e a legitimidade, gerada pelas expectativas e valores sociais. Assim, pode-se afirmar que a Qualidade em Saúde é de complexa definição, porém deve ser sugerida em toda sociedade.

Donabedian (1988), considera que a avaliação da qualidade em saúde deve ser realizada em três dimensões: estrutura, considerando instalações físicas, recursos humanos, tecnologia; processo, incluindo procedimentos, responsabilidades, documentação; e resultado, que seriam produtos, indicadores medidos. O autor considera importante incluir essas três dimensões, pois as fraquezas de um podem ser suplantadas pelas forças dos outros.

Diante desse contexto, a Acreditação surgiu como uma ferramenta disponível para avaliar e padronizar a qualidade da assistência prestada por organizações de saúde, de forma voluntária, periódica e reservada. As organizações participam de um processo de avaliação utilizando padrões antecipadamente estabelecidos, com o objetivo de garantir uma atuação de alta qualidade e estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua.

Segundo a Organização Nacional de Acreditação – ONA (2006), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode ser realizada a partir de diferentes perspectivas e olhares. Os olhares internos estão relacionados à visão daqueles que estão dentro da organização e que promovem auto-avaliação, auditorias internas ou a auto-inspeção, já os olhares externos são aqueles que estão fora da organização, podendo ser diretos ou indiretos. Os olhares externos diretos necessitam de contato entre o sujeito e o objeto do conhecimento com medições, observações, entrevistas. Entretanto, os olhares externos indiretos são medidos por indicadores, onde mantém-se um distanciamento entre o sujeito e o objeto, fazendo com que o processo seja realizado por aproximações mentais.

O termo acreditar significa *conceder reputação, tornar digno de confiança*.

Quando se relaciona esse termo às organizações hospitalares, indica questões como credibilidade, legitimidade, ética e gestão da qualidade.

O processo de avaliação da acreditação é formal e de responsabilidade das instituições acreditadoras credenciadas pela ONA, e tem como objetivo permitir a qualquer hospital fazer parte do processo de busca da melhoria contínua da qualidade de suas estruturas, seus processos e seus resultados, utilizando um roteiro adaptável e não discriminatório. Com isso, tem-se uma nova forma de olhar para a qualidade abandonando a postura policial externa de avaliação/auditoria, controlista e punitiva, em favor de uma atitude interna, prospectiva, auto-avaliativa e, fundamentalmente, educativa (CUSTÓDIO ET. AL., 1997).

A avaliação desse processo tem como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação, que reconhece se a instituição de saúde atende ou não os padrões de qualidade.

Mello e Camargo (1998, p.202), consideram que o processo de acreditação “avalia, padroniza e melhora os recursos da instituição, quer de sua estrutura, quer de seus processos, procurando obter melhores resultados”.

Novaes (1998), acrescenta que a acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar, possuindo como base duas importantes variáveis: a avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados; e os indicadores, ou seja, os instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

A qualidade dos hospitais, muitas vezes é atribuída às habilidades profissionais dos médicos. Porém, a qualidade depende da coordenação de todos os departamentos e empregados, ao invés do desempenho isolado (GREEN, 1995). Conforme Brasil (1999), é devido a esse fator que surge a necessidade dessas organizações funcionarem como um conjunto harmônico de serviços e, simultaneamente, como parte de uma rede local de organizações integradas.

O grupo Técnico de Acreditação, citado por Malik e Teles (2001, p.29), define acreditação como um:

Sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar e da proteção da saúde da população.

Vale ressaltar que a implementação da acreditação é importante para: transmitir segurança para os pacientes e profissionais, a partir de um padrão de qualidade previsível e homogêneo; oferecer serviços de qualidade superior e a custos competitivos; melhorar o trabalho em equipe, comunicação, auto-avaliação e revisão interna; qualificar a assistência; melhorar a imagem de qualidade da instituição junto ao público interno e externo; caminhar para a melhoria contínua.

Além disso, o órgão público responsável pela determinação de políticas globais de saúde, Ministério da Saúde, pode estabelecer como meta que, dentro de um período de tempo, nenhum hospital do País possa prestar serviços se estiver abaixo do nível 1.

2.3.1 *Histórico da Acreditação: cenário internacional*

A preocupação com a qualidade dos serviços hospitalares teve origem nos Estados Unidos, através de iniciativas da corporação médica. Em 1913, o Dr. Ernest Codman apresentou uma dissertação à Sociedade Médica da Filadélfia, o *end-result system of hospital standardization*, que tinha como intuito incentivar a reflexão e o debate em torno da padronização dos hospitais, buscando o aumento da qualidade de seus serviços.

A acreditação teve sua evolução em 1912, quando foi criado o Colégio Americano de Cirurgiões, na América do Norte. O primeiro padrão é publicado em 1918, começando o movimento de padronização dos hospitais americanos. No ano seguinte, o Colégio Americano de Cirurgiões adota o "Padrão Mínimo", que é o conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, incluindo a necessidade da existência de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento.

Em 1950, aliando o Colégio Americano de Cirurgiões e a Associação

Canadense de Hospitais, surge a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) e foi em 1970 que passa a existir os padrões ótimos de assistência saindo da original estrutura hospitalar para processos e resultados.

No ano de 1987, a abordagem tornou-se mais clínica no monitoramento das atividades, enfocando no desempenho organizacional e nas questões relativas ao atendimento médico, e o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO).

A JCAHO buscava desenvolver instrumentos que possibilitassem a promoção da garantia de condições mínimas de atuação (NOVAES, 2000). Klück (2002), acrescenta que conforme as orientações da JCAHO, a acreditação é realizada em auditorias baseadas por um guia de operação composto por um *checklist* de itens a serem verificados. Além disso, o autor afirma que o credenciamento de todos os tipos de instituições prestadoras de assistência à saúde é de responsabilidade da JCAHO.

Os países da América Latina e Caribe estão preocupados na discussão desse processo desde 1989, quando foi realizada a primeira reunião coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 1991, foi lançada a primeira versão do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, e está sujeito a qualquer tipo de dificuldades, de ordem social, cultural, política, financeira e econômica.

2.3.2 Histórico da Acreditação: cenário nacional

No Brasil, conforme a ONA (2006), os padrões mínimos de qualidade foram discutidos inicialmente pela Dra. Lourdes Carvalho em 1979, e foi com a constituição de 1988, que definiu a saúde como direito social universal, fazendo com que os hospitais deixassem de ser os centros do modelo assistencial, passando aos municípios a gestão dos serviços de saúde, observando a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos para a sociedade.

Em junho de 1995, a acreditação foi discutida com maior vigor no âmbito do Ministério da Saúde, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da

Qualidade em Saúde (PGAQS). Conforme a ONA (2006), esse programa envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, que ficou responsável pela discussão de temas relacionados à melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa.

O grupo técnico fez um levantamento dos Manuais de Acreditação utilizados no exterior, como nos Estados Unidos, Canadá, Espanha, Inglaterra, junto com algumas informações relacionadas à Acreditação Hospitalar no Brasil, através de iniciativas regionais (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul). Por meio dessa pesquisa, encaminhou-se um projeto para o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que definia metas para a implantação de um processo de certificação de hospitais, identificado como Acreditação Hospitalar.

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, criando o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar que foi adaptado à realidade brasileira e testado em 17 hospitais, distribuídos pelo país, com as mais diversas configurações. Esse instrumento de avaliação é flexível, possibilitando a modificação conforme as características do hospital, levando em consideração as grandes diferenças regionais, os diferentes graus de complexidade das instituições e o processo evolutivo da ciência e da administração de serviços de saúde. Nesse mesmo ano, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA) iniciando a implementação das normas técnicas, código de ética, credenciamento de instituições acreditadoras e qualificação e capacitação de avaliadores.

O objetivo do Ministério da Saúde com a Acreditação Hospitalar é permitir o aprimoramento contínuo da atenção hospitalar, de forma a garantir qualidade na assistência à saúde, transmitindo aos usuários a confiança de que serão tratados de forma semelhante nos hospitais acreditados, independente da sua localização. No Brasil, isso ainda não é uma realidade, pois a acreditação é ainda considerada como um diferencial no mercado, diferente dos Estados Unidos, por exemplo, que ela é uma condição para o fornecimento de serviços de saúde. Essa realidade pode ser constatada pelo fato de que somente 66 hospitais existentes no país, possuem o certificado de Acreditação (ONA, 2007).

2.3.3 Processo de Acreditação

O Ministério da Saúde, em 2001, definiu que a Organização Nacional de Acreditação (ONA), composta por representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde e entidades compradoras destes serviços, além de representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos municipais e estaduais das Secretarias de Saúde, é o organismo competente para desenvolver o Processo de Acreditação Hospitalar. As atividades referentes a esse processo são realizadas por instituições privadas credenciadas pela ONA, que atualmente são oito instituições.

Conforme a ONA (2006), as Instituições Acreditoras (IAC's) são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, com a responsabilidade de proceder a avaliação e a certificação da qualidade dos serviços, dentro das normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional. Além disso, as IAC's podem realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) busca promover tais objetivos:

- a) Amplo entendimento, em âmbito nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, mediante a acreditação periódica da rede hospitalar pública e privada;
- b) Instituir, em âmbito hospitalar, mecanismos para a auto-avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade da atenção médico-hospitalar;
- c) Atualizar, periodicamente, os níveis e padrões contidos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar;
- d) Realizar consultas permanentes com instituições públicas e privadas responsáveis pela assistência médica hospitalar e;
- e) Estabelecer as bases jurídicas, financeiras e estruturais para a criação do órgão Nacional multi-institucional da Acreditação Hospitalar.

Esse programa utiliza como instrumento no processo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que se encontra em sua quarta edição. O manual está baseado em duas abordagens principais, aspectos de avaliação e de educação (BRASIL, 2001).

O aspecto de avaliação tem como referência os itens de orientação que se encontram distribuídos em cada nível a ser analisado. Diante disso, a organização consegue fazer um auto-exame em relação a sua estrutura, processos e resultados.

Já o aspecto de educação está relacionado à metodologia estruturada no manual, onde o processo é participativo, fazendo com que todos os integrantes pertencentes a organização estejam comprometidos com os resultados.

O manual avalia e verifica todos os serviços de um hospital geral, definindo e descrevendo os padrões de qualidade para cada um dos 43 setores do hospital, difundidos em sete grandes áreas, conforme o quadro 5 a seguir.

Liderança e Administração
01. Direção e Liderança
02. Gestão de Pessoas
03. Gestão Administrativa e Financeira
04. Gestão de Materiais e Suprimentos
05. Gestão da Qualidade
Serviços profissionais e organização da assistência
06. Corpo Clínico
07. Enfermagem
Serviços de atenção ao paciente/cliente
08. Internação
09. Recepção, Transferência, Referência e Contra-Referência
10. Atendimento Ambulatorial
11. Emergência
12. Centro Cirúrgico
13. Anestesiologia
14. Obstetrícia
15. Neonatologia
16. Tratamento Intensivo
17. Hemoterapia
18. Reabilitação
19. Medicina Nuclear
20. Radioterapia
Serviços de apoio ao diagnóstico
21. Laboratório Clínico
22. Diagnóstico por Imagem
23. Métodos Gráficos
24. Anatomia Patológica
Serviços assistenciais e de abastecimento
25. Sistema de Informação do Paciente
26. Prevenção e Controle de Infecções
27. Assistência Farmacêutica
28. Assistência Nutricional
29. Lavanderia
30. Materiais e esterilização
31. Higiene
32. Segurança e Saúde Ocupacional
33. Serviço Social
34. Materiais e Suprimentos
Serviços de infra-estrutura e apoio Logístico
35. Gestão de Projetos Físicos
36. Gestão da Estrutura Físico-Funcional
37. Gestão de Manutenção Predial
38. Gestão de Resíduos
39. Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares
40. Gestão da Segurança
Ensino e Pesquisa
41. Educação Continuada
42. Ensino
43. Pesquisa

Quadro 5: Áreas e setores para avaliação
Fonte: Brasil (2003).

No processo de elaboração dos padrões foram levados em consideração alguns critérios como: análise da relação custo/benefício; itens de verificação

qualitativos e de fácil constatação – quando possível somente por observação – e que procurem apresentar os dados mais representativos da realidade existente, cuja análise permita chegar a conclusões eficazes de forma simplificada; busca de padrões dinâmicos que avaliem a estrutura, o processo e o resultado dentro de um único serviço, refletindo a qualidade da prestação de serviços; para cada padrão prevê diferentes níveis de satisfação ou de complexidade; faixa de amplitude dos padrões deve variar de um mínimo, onde a satisfação é expressada em um nível de qualidade aceitável, até um nível ótimo, que deve existir em algum estabelecimento da região, sem a necessidade de ser o ideal, porém o mais apropriado para a realidade existente; e os diferentes níveis de satisfação de um padrão estão interligados entre si, não devendo corresponder as diferentes características de hierarquias paralelas.

Cada padrão estabelecido representa uma definição e uma lista de itens de verificação, permitindo a identificação do que se busca avaliar e a concordância com o padrão estabelecido. O método utilizado para a coleta de dados é a observação no local e contatos com os profissionais dos diversos serviços.

Os padrões são organizados por graus de satisfação ou complexidade crescente e correlacionados, de modo que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores devem ter sido aprovados. E são eles que emitem as expectativas que devam ser cumpridas para fins de acreditação, proporcionando a sua intenção, explicando a justificativa, o significado e a importância da norma. Além disso, o processo de acreditação considera que um setor ou departamento não deve ser avaliado de forma isolada, pois as estruturas e os processos do hospital são interligados, fazendo com que o funcionamento de um componente interfira no todo e, conseqüentemente, no resultado final.

Os princípios norteadores de cada padrão de acordo com Klück (2002, p.6) são:

- a) Nível 1 – habilitação do corpo funcional; atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários; estrutura básica de recursos capaz de garantir assistência orientada para a execução de suas tarefas;
- b) Nível 2 – existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; evidências de introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médicos; evidência de atuação focalizada no cliente / paciente;
- c) Nível 3 – evidência de vários ciclos de melhoria em todas as áreas; sistema de informação institucional consistente; sistema de aferição do grau de satisfação dos clientes internos e externos; programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidência de impacto sistêmico.

Conforme figura 3 a seguir, pode-se verificar que o nível 1 busca evidenciar as condições que determinam a segurança adequada para atender os demais níveis, atendendo as exigências de estrutura, tanto física quanto humana; já o nível 2 analisa o sistema se estendendo para as práticas da organização, estabelecendo plenamente os seus processos devendo ser considerados satisfatórios e, por fim, o nível 3 ressalta a implementação de um programa de gestão da qualidade, medindo e analisando os resultados regularmente (sistema de informações adequado; geração, divulgação e uso apropriado de indicadores).

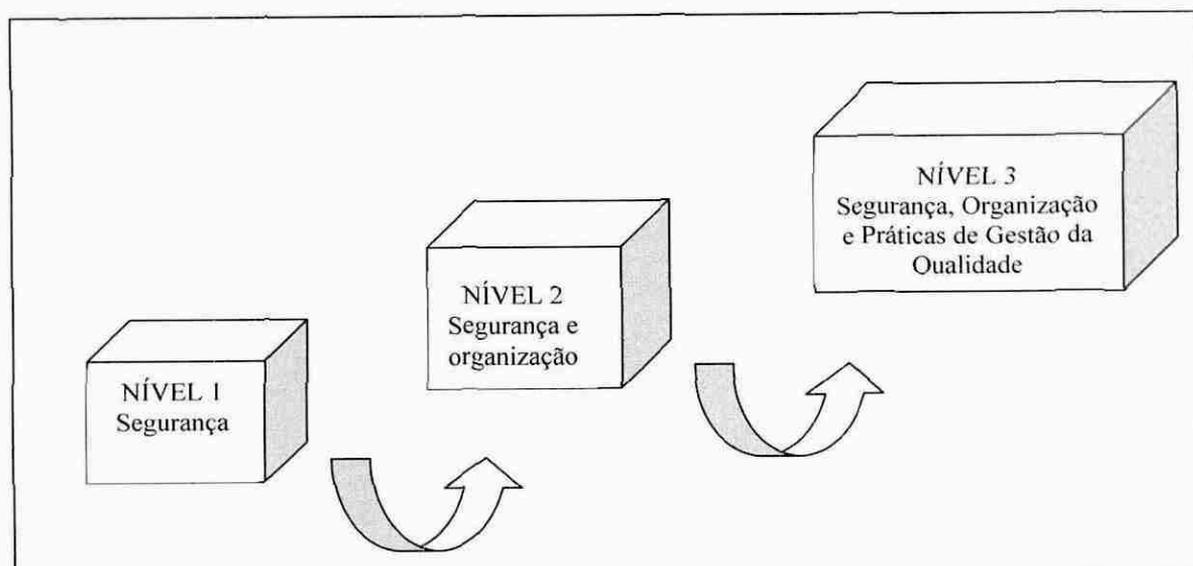


Figura 3: Princípios orientadores para os níveis de acreditação hospitalar
Fonte: Sanchez (2003, p.70).

Um exemplo de definição de padrões de acordo com esses níveis pode ser verificado através do quadro 6 a seguir.

Nível 1: A organização conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/pacientes, dispondo de Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados.

Nível 2: Manual(is) de normas, rotinas, e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s); realiza programa de capacitação e educação continuada; dispõe de estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial.

Nível 3: Dispõe de sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos; participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da organização, dispondo de dados e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais.

Quadro 6: Exemplo de definição de padrões – Radioterapia
Fonte: Brasil (2003).

Em cada nível, apresentado anteriormente, têm-se os itens de verificação e são eles que norteiam onde os avaliadores do processo podem procurar as provas, ou o que o hospital pode apresentar para indicar que cumpre com um determinado padrão e em que nível. Essas fontes podem ser qualquer documento do hospital; entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares; prontuários médicos; registros dos pacientes; entre outros.

Um exemplo de itens de verificação conforme os níveis pode ser observado através do quadro 7, a seguir.

Nível 2: Manual(is) de normas, rotinas, e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s); realiza programa de capacitação e educação continuada; dispõe de estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial.

Itens de orientação:

Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s);

Programa de capacitação e educação continuada, com evidências de melhoria;

Sistema de análise crítica dos procedimentos de Radioterapia, visando a melhoria da técnica, melhoria de processos, minimização de riscos e efeitos colaterais;

Grupos de trabalho de abordagem integral do câncer e intercâmbio com outros serviços;

Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao cliente/paciente e seguimento dos casos atendidos, visando a melhoria da técnica e acompanhamento dos efeitos colaterais da Radioterapia.

Quadro 7: Exemplo de itens orientadores – Radioterapia
Fonte: Brasil (2003).

O processo de avaliação e visita é composto pela pré-visita e a visita propriamente dita. A primeira consiste em preparar a organização para o processo de acreditação. É nesse período que o hospital tem o conhecimento deste processo e se prepara para solicitar a visita dos avaliadores. Este processo é iniciado quando há a divulgação e distribuição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Em seguida, pode ser desenvolvido um programa de capacitação de avaliadores internos e gerentes que liderarão as atividades de preparação para a visita e auditoria através das Instituições Acreditoras e Associativas.

A visita somente acontecerá após a solicitação do hospital à Instituição Acreditora de forma voluntária. A sua duração varia conforme o porte e a complexidade do hospital. Num hospital com até 150 leitos dura de 2 a 4 dias úteis, já num hospital de 150 até 350 leitos, de 4 a 8 dias úteis e, por fim, num hospital com mais de 350 leitos, de 8 a 10 dias úteis. Durante a visita de avaliação serão observados todos os setores e unidades conforme uma programação definida em conjunto com os responsáveis pelo hospital.

Após a realização da visita são elaborados dois relatórios, um para o hospital e outro para a gerência da Instituição Acreditora. No primeiro, a equipe de avaliadores ficará responsável pela elaboração do Relatório de Visita para a alta direção do Hospital, constando o atendimento aos padrões e níveis de avaliação. Já no segundo, além das informações obtidas no Relatório de Visita, deverá constar um parecer, em consenso, dos avaliadores sobre a indicação para acreditação e em qual nível.

A ONA (2006), afirma que após todo o processo de acreditação, a avaliação para certificação pode resultar em quatro situações, que são:

- a) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada: não atendimento aos padrões e níveis mínimos exigidos;
- b) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada: acreditação no nível 1 e o certificado tem validade de dois anos; após esse prazo o hospital deverá se submeter a um novo processo de avaliação;
- c) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena: acreditação no nível 2 e o certificado tem validade de dois anos; após esse prazo o hospital deverá se submeter a um novo processo de avaliação;
- d) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência: acreditação no nível 3 e o certificado tem validade de três anos. Após esse

prazo o hospital deverá se submeter a um novo processo de avaliação.

É importante ressaltar que o hospital é avaliado como um todo, sendo acreditado no menor nível obtido por pelo menos um de seus setores. A organização pode optar por uma solicitação de um diagnóstico organizacional, antes de solicitar a visita para a certificação. Esse processo também é realizado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC's).

Caso a avaliação resulte em "Não Acreditada", o hospital pode solicitar uma reavaliação dos padrões e níveis não atendidos para a mesma Instituição Acreditora dentro de um prazo de seis meses a um ano. Ao ultrapassar um ano, a avaliação será realizada novamente em todos os serviços. O hospital, não acreditado, se desejar solicitar um novo processo de visita com uma Instituição Acreditora diferente deve aguardar o prazo de um ano e este deverá se submeter a todo o processo como na avaliação inicial.

No Brasil, de acordo com dados fornecidos pela ONA (2007), são 66 hospitais que possuem a certificação, distribuídos da seguinte forma:

Acreditada	22
Acreditada Pleno	31
Acreditada com Excelência	13
Total de organizações acreditadas	66

Quadro 8: Serviços hospitalares acreditados
Fonte: Organização Nacional de Acreditação (2007).

Os serviços hospitalares Acreditados e Acreditados Pleno, em sua maioria estão localizados no Estado de São Paulo, 10 e 20, respectivamente. Já os serviços hospitalares com a certificação de Acreditado com Excelência, predominam nos estados de São Paulo e Minas Gerais possuindo cinco e quatro hospitais, respectivamente.

3 METODOLOGIA

A escolha de uma metodologia para o levantamento e tratamento de dados é uma etapa importante do processo de elaboração de um trabalho. Através dela apresentam-se todas as técnicas, procedimentos e processos que serão utilizados ao longo da elaboração da pesquisa com o intuito de alcançar os objetivos propostos, como destaca Rauen (1999, p.10), ao conceituar o método de trabalho:

[...] conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Pesquisa, conforme a visão de Marconi e Lakatos (1990, p.15), “[...] é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. A pesquisa tem por principal finalidade buscar informações sobre o assunto de interesse através de métodos científicos, sendo sua perfeita utilização responsável pela correta coleta de dados, possibilitando uma melhor análise.

3.1 Caracterização da pesquisa

Antes do detalhamento dos métodos utilizados, faz-se relevante apresentar o tipo de pesquisa que foi realizada. Isso se deve ao fato de que conforme Mattar (2005, p.75), “diferentes tipos de pesquisa implicam diferentes procedimentos para coleta e análise dos dados [...]”.

A pesquisa realizada possui uma abordagem qualitativa que de acordo com Goldim (2000), é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal a visão do processo e, como característica fundamental, a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador.

Esse tipo de abordagem obtém como resultado a compreensão do significado e da intenção do ato, através da análise da experiência no contexto. O método

qualitativo envolve tanto a complexidade quanto as diferenças vividas, buscando diferentes possibilidades (MINAYO, 1996). Além disso, o autor valoriza a pesquisa qualitativa sob o enfoque de direcionamento à realidade, enfatizando que nesse tipo de estudo predomina a construção de significados das ações, fomentando as inter-relações humanas e a formação de valores, aspirações, crenças e atitudes.

Conforme a classificação de Triviños (1987), esta pesquisa além de ser caracterizada como qualitativa e descritiva, se enquadra na categoria de estudo de caso. Na visão do autor, o estudo de caso é o tipo de pesquisa qualitativa mais relevante, devido ao fato de que nessa categoria de estudo o objetivo é analisar profundamente uma unidade.

É importante salientar que os resultados obtidos num estudo de caso não podem ser generalizados, sendo válidos somente para o caso em si. Entretanto, Triviños (1987), corrobora com Roesch (1999), ao afirmar que o grande valor do estudo de caso está no fornecimento do conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, onde os resultados alcançados possibilitam a formulação de hipóteses para o encaminhamento em outras pesquisas.

Esta pesquisa está estruturada em cinco etapas: caracterização do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; definição das categorias e os indicadores de análise do estudo; descrição do processo de certificação da Acreditação Hospitalar e; por fim, a análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na gestão do hospital.

3.2 Delimitação do estudo

Na realização de uma pesquisa, é fundamental determinar a população a ser pesquisada, ou seja, o universo da pesquisa. Para isso, conforme Mattar (2005), pode-se realizar o censo, pressupondo abranger toda a população que se tem interesse, ou a amostragem, coletando informações de parte dessa população.

Na elaboração deste estudo, com objetivo de atender a especificidade do perfil dos entrevistados e a abrangência da pesquisa, foi utilizado o processo de amostragem intencional ou por julgamento que é caracterizada pelo direcionamento que o pesquisador assume na definição das pessoas a serem entrevistadas

(SELLTIZ ET. AL., 1987). Mattar (2005), corrobora com Selltiz et. al. (1987), e acrescenta que esse tipo de amostra é muito utilizado quando se faz necessário escolher uma população determinada pelo pesquisador.

Além disso, as amostras intencionais de acordo com Rudio (2000), utilizam uma estratégia adequada, na qual são escolhidos casos para que a amostra possibilite a generalização para a população.

Para a realização desta pesquisa foi escolhido o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, localizado em São Paulo – SP. Dessa forma, pode-se considerar que a população em estudo é caracterizada pelas pessoas que trabalham nas dependências dessa organização. Em relação à amostra, os critérios utilizados para selecionar as pessoas que fariam parte foram a acessibilidade e aquelas que, na visão da empresa e do pesquisador, detinham maior conhecimento sobre o assunto. Devido a esse último fator, os selecionados variaram conforme as etapas da pesquisa, apresentadas anteriormente. No tópico a seguir – coleta e análise dos dados – essa escolha será explanada mais detalhadamente.

3.3 Coleta e análise dos dados

Com a finalidade de adquirir maior conhecimento sobre o tema e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, recorreu-se, primeiramente, à coleta de dados secundários – dados existentes, coletados por outros pesquisadores e disponíveis em diversos meios. Essa atividade foi feita através de levantamentos bibliográficos em livros e publicações na Internet. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo, na percepção de Koche (1997, p.122), “[...] conhecer e analisar as principais contribuições técnicas existentes sobre um determinado tema, tornando-se um instrumento indispensável para qualquer tipo de pesquisa”.

Além da pesquisa bibliográfica foi utilizada também como fonte de dados secundários a análise documental que na visão de Marconi e Lakatos (1990), é a coleta de dados ao analisar documentos, escritos ou não. Esse instrumento é pouco explorado, mas pode inferir aspectos relevantes dos dados qualitativos e pode ser aplicada na busca exploratória, como forma complementar a outras técnicas (LÜDKE E ANDRÉ, 1986). Desse tipo de instrumento utilizado pode-se destacar os seguintes:

relatório anual de 2005, organograma, documento do relato das necessidades de cada área, pôster do relato de experiência no processo de Acreditação Hospitalar, entre outros.

Num segundo momento, foi realizada a coleta de dados primários – aqueles não disponíveis ou documentados. Algumas das ferramentas que propiciam essa coleta de dados conforme Coopers & Lybrand (1996), são: a observação, as entrevistas e, os questionários.

No presente estudo, foram utilizadas como ferramentas a observação e as entrevistas. A utilização da observação foi válida para a avaliação dos elementos relacionados à estrutura física, funcionamento dos processos e conduta nos procedimentos e padrões estabelecidos. Lüdke e André (1986), ressaltam que a observação caracteriza um processo de abstração que deve estar fundamentado no controle e sistematização das ações a serem cumpridas pelo observador.

Já a entrevista, outra ferramenta que foi usada, de acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p.168), “permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade”.

O tipo de entrevista optada foi a semi-estruturada, pois Triviños (1987), afirma que esse tipo de entrevista é um dos principais meios que o investigador tem para realizar a coleta de dados.

Richardson (1999), indica que a entrevista semi-estruturada apresenta como ponto de partida a elaboração de uma relação de itens orientadores a serem abordados pelo pesquisador, durante o processo de entrevista.

Lüdke e André (1986, p.33), acrescentam que:

[...] nas entrevistas não totalmente estruturadas, onde não há imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista. Na medida em que houver um clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão de maneira notável e autêntica.

Na etapa de caracterização da empresa era necessário juntar um grande número de informações históricas e atuais sobre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e por isso, foram utilizadas as informações contidas no site da organização e no relatório anual de 2005. Para coletar informações complementares foi selecionada uma pessoa pertencente à direção do hospital, pelo fato de ter capacidade de

responder às questões necessárias, devido a exigência de tal conhecimento para o exercício da função.

Para a etapa de descrever o processo de certificação da Acreditação Hospitalar e de analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na gestão do hospital, foram entrevistados os executivos da organização, que são: José Henrique do Prado Fay (Diretor-Superintendente), Paulo Vasconcelos Bastian (Diretor Financeiro), Paulo Sérgio Palombo Camargo (Diretor Técnico), Joana Lech (Diretora Assistencial) e Betina Moreira (Diretora de Marketing). Essa escolha deu-se pelo fato de fazerem parte da área administrativa do Hospital, terem participado de todo o processo de certificação e de serem os detentores das informações estratégicas da empresa, possibilitando ter uma visão do impacto da Acreditação na organização como um todo, como também, nas áreas específicas de cada um. No momento da descrição do processo de certificação foi realizada também uma entrevista com a gerente de qualidade, Fátima Silvana Furtado Gerolin, pois ela que assumiu a coordenação de todo esse processo.

Foram realizadas três entrevistas em momentos distintos com cada colaborador abrangendo a descrição do processo de certificação, o tema de planejamento e o tema de qualidade. Tal decisão foi tomada pelo fato de que a entrevista se tornaria muito extensa se fossem abordados os três assuntos juntos, podendo prejudicar os resultados da pesquisa, como também pela possibilidade de retomar alguns pontos com o colaborador caso não tenham ficado claros para o entrevistador.

Foram utilizados quatro roteiros semi-estruturados com questões abertas não disfarçadas direcionadas com o intuito de coletar as informações necessárias para caracterizar a organização, descrever o processo de certificação da Acreditação Hospitalar e analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na gestão do hospital. Tais roteiros se encontram nos apêndices A, B, C e D, respectivamente, e foram elaborados pelo autor com base na fundamentação teórica.

4 ESTUDO DE CASO

Nesta seção serão apresentadas as cinco etapas utilizadas para a realização do estudo de caso: caracterização da organização; definição das categorias e os indicadores de análise do estudo; descrição do processo de certificação da Acreditação Hospitalar e; por fim, a análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na gestão do hospital.

4.1 Caracterização da organização

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz é uma organização prestadora de serviços de assistência à saúde localizada na cidade de São Paulo. A idéia de criar uma Associação sem fins lucrativos surgiu em 26 de setembro de 1897, e desenvolveu-se através da iniciativa de um grupo de pessoas de língua alemã, formado por austríacos, alemães e suíços. O principal incentivador do projeto foi o empresário e cônsul honorífico da Alemanha, o Sr. Anton Zerenner.

A primeira parte do prédio foi inaugurada em 17 de novembro de 1923, no bairro Paraíso, contendo 50 leitos, iniciando assim, as suas atividades. Na época era chamado de Hospital Allemão. A área física se expandiu gradativamente conforme a geração de recursos proporcionados pelas atividades realizadas e pela contribuição dos seus associados.

Em 2001, o Hospital concluiu o seu novo complemento, com 14 andares aparentes e três subsolos, ocupando uma área de 18 mil metros quadrados. Esse novo edifício tem como objetivo ampliar os serviços já existentes como, por exemplo, o Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado; colocar alguns serviços em local adequado com fluxo controlável como Ortopedia, Cardiologia, Check-Up e Litotripsia; ampliar os leitos de internação e; criar novos serviços como Unidade Semi-Intensiva de Tratamento e Day Clinic, entre outros.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz, como foi denominado em 1942, tem como missão prestar assistência qualificada e humanizada aos pacientes. Conforme a

direção, o hospital procura sempre aprimorar os recursos técnicos e humanos, em sintonia com os avanços tecnológicos nas mais diversas áreas médicas e tem como principal objetivo oferecer um atendimento altamente diferenciado, em todos os níveis. O resultado disso é que há mais de uma década registra a mais baixa taxa de infecção hospitalar do Brasil.

O Hospital localiza-se, desde sua fundação, na Rua João Julião, número 331 no Bairro Paraíso, em São Paulo. Atualmente, a organização possui 1.246 colaboradores e 2.003 médicos cadastrados, conforme o relatório anual apresentado pelo Hospital em 2005. Os seus colaboradores estão distribuídos em diferentes áreas, conforme o organograma apresentado no anexo A.

Os indicadores do corpo funcional, resultando no perfil dos colaboradores, apontam que 55% são do sexo feminino e que 45% são do sexo masculino. Em relação à idade grande parte, 69%, dos colaboradores possuem entre 30 e 50 anos, conforme o gráfico a seguir.

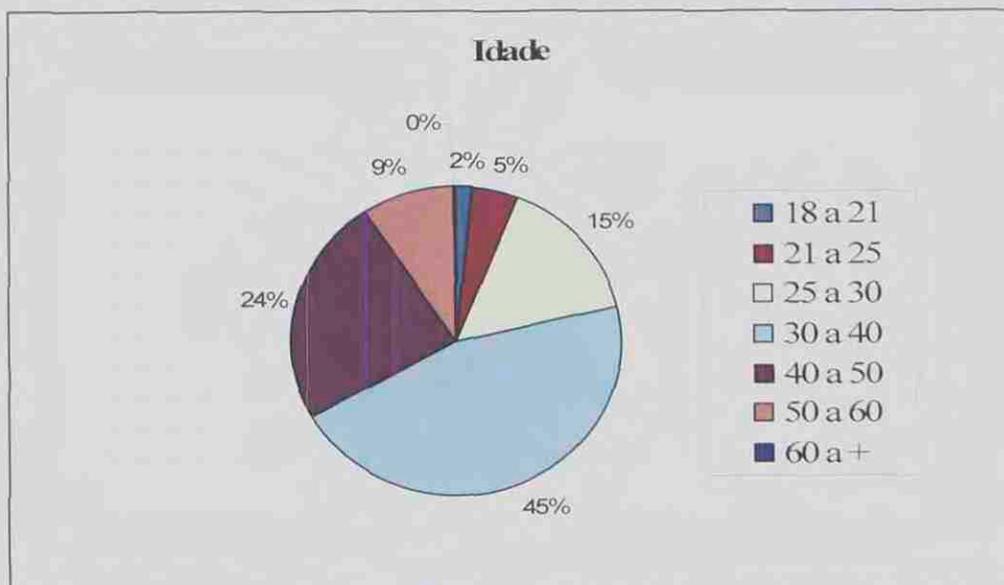


Gráfico 1: Idade dos colaboradores
Fonte: Relatório anual (2005).

Quanto à escolaridade dos colaboradores 46% tem 2º grau completo e 28% curso superior, conforme o seguinte gráfico:

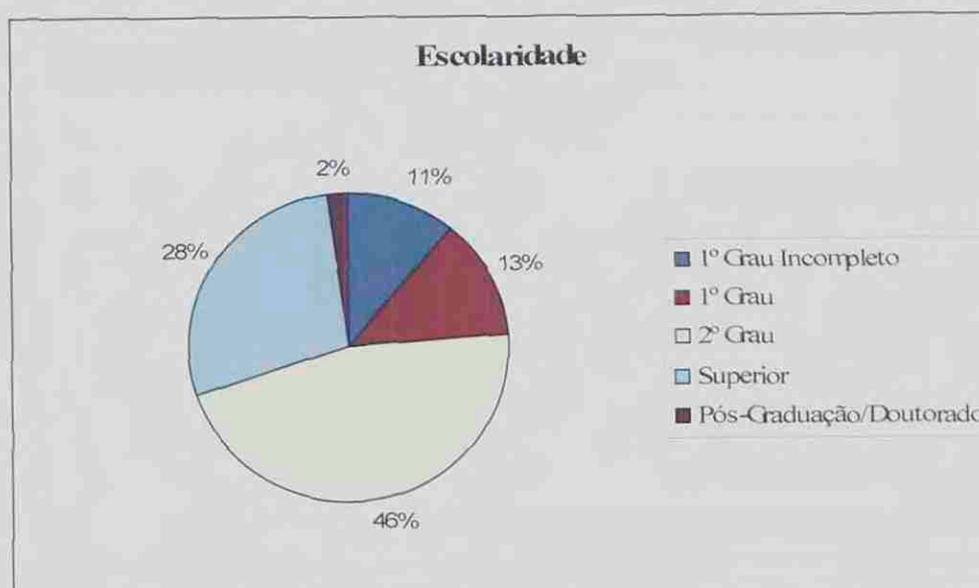


Gráfico 2: Escolaridade dos colaboradores
Fonte: Relatório anual (2005).

O desenvolvimento profissional e comportamental dos seus colaboradores é fortemente destacado pela área de Recursos Humanos. Tal constatação pode ser observada através do benefício Auxílio Educação, onde o Hospital custeia 80% do valor da mensalidade para cursos de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado; 70% para cursos de nível médio e 60% para cursos de língua estrangeira. Além disso, a organização oferece aos seus colaboradores e familiares, assistência médica e odontológica, linha de crédito para empréstimo pessoal em casos emergenciais, auxílio-creche, uniformes, estacionamento e seguro de vida. Em 2005, o Hospital pagou 9,19% acima da média salarial do mercado e essa prática justifica os baixos índices de absenteísmo e *turnover* registrados, 2,12% e 0,54%, respectivamente.

O Hospital possui atualmente uma área construída de 51 mil m² e 234 leitos, sendo considerado um hospital de médio porte, conforme a classificação do Ministério da Saúde que utiliza como critério o número de leitos.

Os serviços oferecidos pela organização são os seguintes: central de materiais e esterilização, centro cirúrgico, centro de *check-up*, centro de diagnóstico por imagem, centro de litotripsia, centro de tratamento de tabagismo, farmácia, *day-clinic*, fisioterapia, hemodiálise, internação, neurofisiologia clínica, nutrição, pronto-atendimento, quimioterapia, radioterapia, serviço de nutrição clínica, serviços gerais, unidade de transplante e unidade de terapia intensiva.

Para auxiliar a organização no atendimento à comunidade, a instituição conta com sete parceiros. Instalados na área física do Hospital, eles prestam atendimento de análises clínicas, anestesia, cardiologia, citopatologia e anatomia patológica, endoscopia, hemoterapia, ortopedia e traumatologia. Além disso, a parte de jardinagem e limpeza também é terceirizada.

A grande parte dos clientes do Hospital é originada do Estado de São Paulo, mas tem também clientes de outros estados e até mesmo internacionais. Os clientes enquadram-se na classe média alta ou classe alta, e a organização trabalha com convênios, mas com aqueles chamados “ouro”.

A empresa considera como concorrentes todos aqueles que prestam assistência à saúde. Os concorrentes diretos considerados pela organização são o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Sírio-Libanês, pelo fato de esses trabalharem com o mesmo nível de clientes e tecnologia do Hospital.

O hospital registrou, em 2005, o número de 13.300 internações, 59.513 diárias, 20.950 cirurgias, 102.873 exames no Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI, 4.106 pacientes de quimioterapia, em torno de 970 mil refeições servidas, entre outros, resultando num faturamento líquido de 201,3 milhões de reais. Os investimentos nesse ano foram de 29,9 milhões de reais, sendo que 25,6 milhões foram destinados a obras; 3,1 milhões a equipamentos médicos; 1,2 milhões para outros investimentos.

4.2 Categorias e os indicadores de análise

O quadro a seguir apresenta as três categorias de análise que serão estudadas com os seus respectivos indicadores de análise.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES DE ANÁLISE
01. Processo de Acreditação Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Etapas do processo; - Atitudes dos principais orientadores do processo; - Participação e colaboração dos funcionários; - Resistência a mudanças; - Benefícios com a implementação; - Dificuldades com a implementação.
02. Processo de planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemática; - Periodicidade; - Duração; - Técnicas e métodos; - Nível de participação; - Nível de informação; - Documentação; - Controle estratégico da implementação.
03. Processo de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Programas existentes; - Sistemática; - Envolvimento da alta direção; - Responsabilidade; - Nível de participação; - Esforço integrado; - Treinamento e aprimoramento; - Satisfação do cliente; - Sistema de atendimento; - Sistema de monitoramento; - Desempenho dos fornecedores.

Quadro 9: Categorias e indicadores de análise
Fonte: Primária (2006).

4.3 Descrição do processo de certificação da Acreditação Hospitalar

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) tornou-se o primeiro do Estado de São Paulo a receber o Certificado de Acreditado com Excelência – nível máximo concedido pela Organização Nacional de Acreditação – em 26 de abril de 2005.

O processo de conquista dessa certificação teve início no ano 2000, quando o Hospital decidiu institucionalizar seu projeto de qualidade que possuía como metas a melhoria de seus processos, da infra-estrutura e uma boa assistência. Além disso, o

HAOC faz parte da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), sendo uma exigência desta possuir uma certificação voltada à qualidade. Nesse mesmo ano, a organização começou o processo de escolha da metodologia a ser adotada para viabilizar esta diretriz, analisando a da *Joint Commission* e a da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Em 2001, a alta direção optou pelo processo de Acreditação Hospitalar da ONA como balizador da qualidade assistencial da instituição, identificando oportunidades para: qualificação técnica dos serviços; exercício da responsabilidade pública; estímulo do compromisso com os colaboradores na busca de interações mais eficientes com os clientes internos e externos; mecanismo para o incremento do nível de qualidade dos serviços de saúde. Tal escolha deu-se também pelo fato de que esta metodologia se adapta mais com as práticas do Hospital, pois é voltada para a assistência.

Após essa decisão, houve a incorporação da metodologia de Acreditação nos processos institucionais, em 2002. A Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV) foi escolhida para ser a instituição acreditadora, uma vez que o Hospital já tinha conhecimento dos seus serviços, considerando-os de qualidade. Durante esse período houve cursos de capacitação e sobre o ciclo PDCA – Planejar, Desenvolver, Controlar e Agir, cada gestor foi preparado para estar envolvendo a sua área inteira e esclarecendo eventuais dúvidas no decorrer do processo; auditoria interna; diagnóstico da organização, apontando as conformidades e não conformidades de acordo com o Manual da ONA; planos de ação na busca de corrigir as não conformidades e melhorar os processos; revisão e sistematização de rotinas e protocolos; revisão e desenvolvimento de indicadores operacionais.

O ciclo PDCA possui quatro etapas. Na primeira delas devem ser definidas as metas a serem alcançadas e os métodos que permitirão atingir as metas propostas. Após essa etapa, procura-se educar e treinar os colaboradores na execução do trabalho, executar a tarefa e coletar os dados da sua execução. Na etapa de controlar são verificados os resultados da execução da atividade, fazendo o julgamento, se a situação está sob controle, isto é, se os padrões definidos na fase de planejamento estão sendo alcançados, continua-se a desenvolver e controlar, mas caso não estejam sendo obtidos os resultados esperados, passa-se para a fase seguinte que é agir, onde o processo é aprimorado agindo na sua correção e buscando atingir outros padrões (GERANEGOCIO, 2007).

Em 2003, o Hospital obteve a Acreditação Plena – conformidade com os padrões do nível 2 do Manual Brasileiro de Acreditação – versão 2002. Com essa certificação pode-se constatar: evidente envolvimento institucional com o programa; gestão de pessoas com foco no bem estar e desenvolvimento dos colaboradores como agente facilitador na implantação; infra-estrutura voltada para o conforto e segurança dos clientes; diversidade de projetos de melhoria em desenvolvimento.

Durante o ano de 2004, a Alta Direção procurou fortalecer o processo de Gestão da Qualidade; implantar pesquisas de satisfação do cliente interno; aumentar a integração do corpo clínico nos programas institucionais; desenvolver metodologia para avaliação de adesão aos protocolos assistenciais; aprimorar a gestão de documentos do sistema da qualidade; capacitar a instituição para o uso de ferramenta de gestão de processos e metodologia de registro padronizado dos ciclos de melhoria; desenvolver e implantar indicadores assistenciais na Enfermagem, Unidade Intensiva de Tratamento (UTI), Emergência, Anestesiologia, outros; aprimorar o procedimento e acompanhamento pós alta; aumentar integração dos serviços terceirizados.

No ano seguinte o Hospital conquistou a Acreditação com Excelência – conformidade com os padrões do nível 3 do Manual Brasileiro de Acreditação – versão 2004. Devido a certificação, a organização possui as estratégias do seu negócio definidas e disseminadas; desenvolveu a percepção de interdependência dos processos; aumentou o envolvimento do corpo clínico no programa de melhoria contínua; utilização freqüente de indicadores para tomada de decisão e no acompanhamento das ações assistenciais; busca persistente por referenciais externos e; formalização do processo de gestão do risco.

Apesar da forte cultura dentro da organização para a qualidade assistencial, o processo de certificação foi lento. Os principais orientadores durante todo esse processo de certificação foram os gerentes de cada área dirigidos pela gerente de qualidade. Entretanto, todos os colaboradores participaram do processo, contribuindo com sugestões de melhorias. A organização considera que tal participação ocorre pelo fato de que a própria certificação tem, de tal maneira, uma questão motivacional e de auto-estima no momento que consegue conquistar, as pessoas se sentem reforçadas e engrandecidas.

Houve uma maior resistência para a implementação dos padrões estabelecidos no Manual da ONA nas áreas em que a padronização era mais difícil

como, por exemplo, o atendimento a clientes, devido a própria configuração do espaço físico não ser simples para as pessoas se deslocarem de um ponto para o outro.

Já as dificuldades foram encontradas na adequação da área física, pois a área antiga do Hospital tinha apartamentos que não possuíam a mesma condição, onde alguns padrões não poderiam ser executados porque a própria área física não possibilitava; no desenvolvimento dos colaboradores, para que estes fossem capacitados para se manterem atualizados nesse processo de acreditação, inserindo a cultura da qualidade e da melhoria contínua; na padronização das rotinas junto com a informatização, colocando-as em tempo hábil. Atualmente, estão com problemas no preenchimento de prontuários e na documentação.

Em relação aos investimentos necessários para a Acreditação Hospitalar destaca-se: educação continuada com cursos, palestras e congressos, que sempre foram muito atuantes dentro da organização; contratação de novos colaboradores; *adequação de algumas áreas em relação à parte física.*

O processo de certificação proporcionou cinco grandes benefícios: padronização, a organização se torna muito mais consistente dentro de padrões, procedimentos e resultados a serem atingidos, o Hospital até lançou um livro de procedimentos em enfermagem; controle da qualidade; mensuração; conscientização de todos os colaboradores da importância do trabalho em equipe, percebendo que não adianta uma área estar bem se a outra não está, pois o resultado final será afetado, com isso, começa-se a ver o processo de forma sistêmica; satisfação do cliente interno e externo.

Tais benefícios resultaram numa total segurança adquirida nos seus processos, contribuindo tanto para o cliente interno que se sente mais confiante para realizar o seu trabalho, quanto para o cliente externo que fica mais seguro em relação ao serviço prestado; e a comprovação da alta eficiência e qualidade presentes na prestação de serviços.

As mudanças adotadas para se enquadrar ao programa de Acreditação Hospitalar se mantêm até hoje, buscando sempre a melhoria contínua, através de auditorias anuais de manutenção e interna.

Nessa manutenção das mudanças adotadas, os gestores das áreas possuem um importante papel na monitoração para que aqueles padrões que foram definidos se mantenham. Vale ressaltar que os padrões determinados não foram impostos

pelos gerentes, mas sim discutidos entre o gestor da área e os seus colaboradores, seguindo padrões legais, fazendo com que os funcionários acreditassem naquele padrão.

A organização possui interesse em ser reavaliada para manter a certificação, pois considera que esse processo quando iniciado não termina mais e que a sua grande riqueza está justamente na reavaliação, onde a cada três anos será verificado o que melhorou e o que ainda pode ser melhorado, inserindo no hospital a busca constante por melhores resultados. Além disso, o Hospital já está analisando outras certificações internacionais, principalmente européias, pelo fato de ser um hospital alemão e ter contatos com hospitais alemães.

4.4 Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento

A seguir serão relatados os processos de planejamento existentes no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, analisando quais foram as evoluções e mudanças que tais processos obtiveram com a conquista da certificação de Acreditado com Excelência.

4.4.1 Planejamento estratégico

No início do ano de 2006, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz modificou parte da sua diretoria (Diretor-Superintendente e Diretor Financeiro), profissionais estes que propiciaram uma nova visão para o negócio, mudando o modelo de gestão. Com essa mudança foi realizado o primeiro planejamento estratégico da organização entre janeiro e abril de 2006, para um horizonte de cinco anos. O horizonte foi definido em conjunto com o conselho deliberativo, considerando que para a economia do nosso país é um bom período para projetar a longo prazo. A revisão do planejamento será no terceiro ano, visto que as características do mercado ou até mesmo da instituição podem mudar, necessitando assim de correções no rumo definido.

Na elaboração do planejamento estratégico participaram em torno de 200 colaboradores do corpo clínico e executivo e do conselho deliberativo. Num primeiro momento, a área de planejamento preparou um diagnóstico do setor da saúde, pesquisando a região onde o Hospital está localizado, as principais tendências do setor, os principais tratamentos e as ocorrências dentro da organização em relação as principais doenças. Após esse estudo, foram reunidos os médicos por especialidades, onde estes apresentaram as tendências da sua área e como elas poderiam se desenvolver e crescer dentro do Hospital.

Com essas informações os executivos conseguiram examinar as tendências na área da saúde, oportunidades e ameaças, pontos fortes e fracos e os fatores críticos de sucesso da organização. Além disso, fez-se uma ampla discussão entre o grupo clínico junto ao conselho deliberativo. Dessa forma, o Hospital definiu os seus nortes, quais seriam as áreas de especialidades que a organização iria seguir para se ter um posicionamento estratégico.

Os métodos utilizados para a elaboração do planejamento foram o do Michael Porter (1991), através da análise de ameaças e oportunidades, pontos fortes e fracos e fatores críticos de sucesso para definir o posicionamento e; o levantamento e análise de dados estatísticos. A utilização desses métodos é devido a sua universalidade; por serem técnicas aplicadas por muitas empresas, com algumas variações e adaptações e; por considerá-las adequadas para o Hospital.

Já os documentos necessários foram aqueles que continham dados da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde, informações de órgãos ligados a *seguradoras ou cooperativas médicas*. Internamente, utilizou-se de alguns que possuíam informações financeiras, de produção e de ocorrências do Hospital.

As dificuldades encontradas nesse planejamento estão relacionadas em conseguir o envolvimento de todos os colaboradores, para que estes se sintam participantes do processo para assim, expor suas sugestões com liberdade. Em contrapartida, a organização teve facilidade no que se refere à disponibilidade de informações do setor de saúde e de instituições, permitindo projetar a longo prazo com maior segurança e conhecer com detalhes o que está ocorrendo no momento.

O planejamento estratégico é coordenado por um grupo de dez pessoas composto por gerentes de diversas áreas, supervisores e o corpo executivo, chamado de "grupo coordenador do planejamento estratégico". Os projetos que são vinculados à implementação do planejamento sofrem um acompanhamento

trimestral e anualmente eles são revisados por causa do orçamento de investimento. O acompanhamento e revisão são realizados pela área de planejamento, a diretoria decide as posições e apresenta para o conselho deliberativo.

O controle estratégico da implementação do planejamento é realizado através de indicadores que medem o quanto a organização está realizando para que aquele posicionamento definido se torne concreto.

O processo de Acreditação Hospitalar auxiliou na elaboração do planejamento estratégico, pelo fato de ter proporcionado ao Hospital uma condição para organizar e sistematizar melhor as informações. Com isso, a organização pôde constatar uma melhor qualidade nas informações, trazendo uma maior segurança para a sua utilização. Porém, a conscientização da importância do planejamento estratégico surgiu com o novo modelo de gestão adotado.

4.4.2 Planejamento tático e operacional

A partir do posicionamento definido no planejamento estratégico as demais áreas começam a realizar o seu planejamento visando atingir o objetivo norteador proposto. No Hospital além do planejamento estratégico tem-se somente o operacional realizado pelas quatro diretorias – financeira, assistencial, marketing e técnica – em conjunto com as áreas que são diretamente ligadas a elas, corroborando com alguns autores que omitem a existência do planejamento tático.

No momento que foi definido quais serão os seus objetivos, a diretoria financeira reúne as áreas que são vinculadas a ela (tesouraria/faturamento, convênio/glosa, recursos humanos, contabilidade, orçamentos/custos, internação e farmácia) com o objetivo de realizar o planejamento para o ano seguinte, sempre visando cumprir o orçamento definido.

Devido a mudança do diretor da área financeira foi realizada uma revisão do orçamento, em 2006, para verificar o que ele contemplava do planejamento estratégico, visto que eles devem possuir o mesmo foco.

Com o planejamento determinado são realizadas reuniões de desempenho onde participam o diretor, os gerentes das áreas e mais um ou dois colaboradores de cada setor. Nessas reuniões é feito um acompanhamento do que foi realizado,

verificando se o planejado foi o que realmente ocorreu, se foi cumprido ou não o orçamento, identificando o acumulado do período. A partir disso, são definidos os planos de ação para fazer as melhorias necessárias para o mês seguinte, na ocorrência de folgas ou no caso de não cumprimento do orçamento definido, modificar o plano de ação analisando quais foram os motivos que levaram a esse não cumprimento.

O planejamento orçamentário é realizado anualmente por causa do período fiscal e contábil que coincide com o calendário anual (01 de janeiro a 31 de dezembro), mas sofre um acompanhamento mensal para, caso ocorra alguma distorção, se tenha tempo hábil para corrigi-la e, pela possibilidade de perceber mais rapidamente onde se encontram as dificuldades.

A sua elaboração é feita através de um sistema internacional denominado de "Cenários", que foi desenvolvido por uma empresa dentro de um ambiente hospitalar e aprimorado pela organização para atender às suas necessidades. A escolha de tal sistema deu-se pelo fato de que a atual gestão de excelência considera importante a transparência dos números, deixando-os claros e abertos por centro de custos, onde facilita que o gestor conheça e acompanhe a sua área, podendo tomar decisões com maior agilidade e por considerá-lo mais apropriado para a realidade do Hospital. Além disso, ele proporciona uma maior mobilidade, possibilitando a realização de simulações através da troca de dados entre as áreas.

Todos os gestores e suas equipes participam da elaboração do planejamento orçamentário, pois cada área precisa fazer a sua projeção de produção. No Hospital parte das áreas estão relacionadas a atividade fim, gerando receita e as demais são atividades meio e de suporte, que não geram receitas – orçamento negativo – mas são essenciais para a prestação do serviço. Após a elaboração do orçamento de cada área, o setor de custos faz a consolidação deles, analisando e identificando quais são as possibilidades. O gerente de planejamento também acompanha todo o fechamento do orçamento, verificando se o orçamento está idealizado em cima do posicionamento estratégico definido no planejamento estratégico como, por exemplo, resultado operacional não pode ser inferior a 8%.

As dificuldades encontradas nesse processo estão relacionadas a integração dos colaboradores para trabalharem e fazerem uma projeção de futuro da produção, principalmente na área da saúde que depende de uma série de fatores, pois a organização presta assistência e grande parte dos pacientes procuram o Hospital

por intermédio do convênio ou pela indicação do médico.

Para o ano de 2007, o planejamento orçamentário foi realizado nos meses de outubro e novembro, sendo homologado pelo Conselho Deliberativo no dia 11 de dezembro.

A Acreditação Hospitalar proporcionou uma melhora na qualidade das informações, fazendo com que os processos ficassem mais claros, envolvendo mais os colaboradores. Essa melhoria foi constatada através de conversas, pois anteriormente as pessoas não possuíam o conhecimento sobre a rentabilidade da sua área, mas hoje é diferente, elas estão cientes dos fatos. Além disso, atualmente tem-se conhecimento de quais são os procedimentos que dão maiores ou menores resultados, possibilitando a maximização das receitas através do agendamento, por exemplo.

Já na diretoria assistencial e de marketing o planejamento é realizado através do gestor da área, em conjunto com o diretor a ele vinculado. Nesse processo são verificados quais serão as compras de materiais necessárias, o planejamento de algumas mudanças, os investimentos futuros, os projetos que serão feitos, entre outros.

O planejamento tem uma avaliação periódica a cada três meses, realizada pelo gestor da área em conjunto com todos os seus colaboradores. Esse acompanhamento é realizado com o intuito de verificar se os resultados esperados estão sendo alcançados. Caso esteja conforme o previsto, no próximo ano será realizado da mesma forma e, em caso negativo, são avaliadas as melhorias que o planejamento precisa ter. Além disso, com o acompanhamento é possível detectar falhas no processo a tempo de corrigi-las para que o resultado final seja alcançado conforme o definido.

A sua duração depende de cada área, podendo ser realizado em semanas ou até mesmo meses. Geralmente começa-se a planejar para o ano seguinte, a partir da metade do ano para frente e, é consolidado e apresentado pela área por inteiro, nos meses de outubro e novembro.

A técnica utilizada para a elaboração do planejamento sempre foi a do PDCA, porém antes da Acreditação Hospitalar não possuía essa nomenclatura, ela foi desenvolvida e definida com o programa. A opção por tal metodologia deu-se pelo fato de que os colaboradores foram treinados para ela anteriormente, onde as técnicas já estavam sendo realizadas, faltando apenas alinhá-las definitivamente ao

PDCA e por considerá-la mais adequada para o Hospital. A realização do treinamento dessa técnica foi pensando no processo de Acreditação Hospitalar.

As facilidades encontradas com o planejamento são as mesmas das dificuldades, pois com ele tem-se uma resposta de como seguir e de como chegar ao esperado, porém as dificuldades aparecem no decorrer do processo. Como, por exemplo, no momento vislumbra-se uma situação e não existe o investimento necessário para concretizá-la. Isso é uma dificuldade, mas pode-se trabalhar com os processos de melhoria que proporcionarão um resultado não tão bom quanto o esperado, porque não teve o investimento, porém vai ter uma similaridade com aquilo que foi planejado.

Os responsáveis pelo planejamento são os gestores das áreas, porém todos os colaboradores participam através de sugestões, haja vista que se refere ao seu dia-a-dia, onde conseguem visualizar bem a melhoria para um determinado processo.

Em relação às documentações necessárias, algumas são de cunho legal, podendo-se citar, por exemplo, no momento da aquisição de um equipamento deve-se verificar a procedência e a idoneidade da empresa e se os documentos internos relacionados a rotinas, protocolos, são todos escritos e informatizados.

O controle do planejamento é realizado através do acompanhamento citado anteriormente. Se na avaliação for detectado que o rumo está diferente do definido, é reavaliado, analisando se esse é o melhor caminho ou deve retornar para o planejado.

Para estas diretorias – assistencial e de marketing – a Acreditação Hospitalar contribuiu para a elaboração do planejamento pelo fato de que as dificuldades e facilidades encontradas no decorrer do processo são mais trabalhadas, proporcionando uma diferença nos resultados dos investimentos. Além disso, há uma maior atenção para aquilo que foi planejado, através do seu detalhamento, com uma visão abrangente conforme as prioridades e da revisão e acompanhamento do processo, permitindo que se realizem correções de rumo, quando necessário, facilitando o alcance do resultado esperado, que antes da certificação não existiam.

A Acreditação Hospitalar também trouxe a padronização de rotinas, que antes existia a parte escrita, mas não organizada de uma forma padrão, facilitando encontrar as informações necessárias. Entretanto, todos os processos devem ser levados à área da qualidade para serem aprovados ou não. Isso ocorre pelo fato de

que pode existir um processo similar com a outra área, então as duas áreas podem conjugar e ter apenas uma documentação, evitando as duplicidades.

A última diretoria – técnica – é responsável pelo apoio operacional do Hospital como compras, almoxarifado, importação, manutenção predial, engenharia (obras e reformas), engenharia clínica, receptivo, segurança, serviços gerais (rouparia e higiene hospitalar). Qualquer ação proposta pelas outras diretorias precisa da diretoria técnica para viabilização física ou instrumental (máquinas, equipamentos e instrumentos cirúrgicos).

O planejamento dessa diretoria é realizado a partir da declaração de necessidades de cada uma das áreas da organização, que são levadas para os seus gestores a fim de avaliar a procedência, pertinência e a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e materiais. Após a aprovação dos gestores, o presidente tem conhecimento das pretensões de todas as áreas e põe em votação no conselho. Uma vez aprovadas, tais informações são compiladas e discutidas em plenário entre as quatro diretorias com o intuito de que cada diretor conheça suas ações para viabilizar o projeto do outro.

Vale ressaltar que na declaração de necessidades de cada área tem-se um consenso, tendo sempre em vista o planejamento estratégico definido – áreas foco e atividades prioritárias – mas pode ocorrer que o estabelecimento de alguma estratégia necessite de um novo projeto. Por causa disso, elas são encaminhadas para o gerente de planejamento e seu assessor econômico-financeiro que realiza o estudo de viabilidade, analisando o retorno sobre o investimento, condições mínimas necessárias para desenvolver as necessidades, as ações e os custos.

Essas informações que são coletadas geram um documento que descreve qual é a necessidade; qual o custo estimado; a quem se destina (centro cirúrgico, diagnóstico por imagem, *check-up*, fisioterapia ou infra-estrutura); como se pretende utilizar esse recurso; qual o tipo de investimento (máquinas e equipamentos, móveis e utensílios, obras e reformas, informática, veículos, imóveis ou outros – projetos de arquitetura, instalações e estruturais; paisagismo; consultorias de elevadores); e a prioridade que lhe é atribuída. As prioridades são definidas por números. A prioridade nº1 é que independentemente de plano estratégico e novos projetos, serão realizadas, pois o Hospital necessita para continuar funcionando; já a prioridade nº2, são os novos projetos que dividem-se em 2a, 2b e estão estritamente relacionadas com o planejamento estratégico e, por fim, a prioridade nº3 são

aquelas que conforme os investimentos vão rendendo, gerando caixa, a organização vai realizando-as.

Durante a sua preparação faz-se importante analisar o que está orçado para o hospital, o seu custeio, e o que está sendo proposto de plano de investimentos, pois o conjunto dessas informações possibilita que o Hospital, através do orçamento, tenha conhecimento do quanto vai gerar de caixa para executar os investimentos. Além disso, a diretoria procura definir a ordem em que os projetos, as mudanças e os investimentos serão realizados, verificando os custos para ter certa linearidade durante o ano, procurando evitar grandes desembolsos de caixa num específico período.

Esse relatório é gerado uma vez por ano, pelo fato de que para a sua elaboração necessita-se dos planejamentos das demais diretorias que são realizados com essa periodicidade e por coincidir com o período fiscal. Entretanto, o seu acompanhamento é semanal através das reuniões realizadas entre os diretores, não na primeira fase que é de preparação e que depende de aprovações, mas sim após a finalização do projeto de execução que define a cronologia do que deve ser executado. Nessas reuniões são analisados: avaliação mensal do orçamento, verificando o desempenho de cada área; cumprimento dos prazos estabelecidos e; desenvolvimento dos projetos, onde cada diretor apresenta o andamento, as dificuldades, os sucessos e os resultados dos projetos da sua diretoria.

No final do ano faz-se uma avaliação, verificando quais projetos não foram realizados para serem feitos no ano seguinte, qual foi o resultado do período anterior, o que precisa saber para melhorar e conquistar o mercado para o ano seguinte, quais foram os pontos fortes e fracos, quais são as perspectivas dos clientes, colaboradores e fontes pagadoras – convênios.

Quanto a duração para a elaboração do planejamento é de um ano, período em que são recebidas as informações, filtradas e sintetizadas. Porém para compilar todas as informações são necessários em torno de trinta a quarenta dias. Todavia, podem surgir algumas demandas urgentes e não programadas, onde são utilizadas as reservas de contingências técnicas.

A técnica utilizada para a sua preparação é a usual, são as premissas mais básicas da contabilidade, pois assim facilita o seu entendimento, permitindo que todos os colaboradores visualizem de forma clara o que está sendo planejado.

Já as dificuldades encontradas no decorrer do processo estão relacionadas à

qualidade informativa e completude das informações passadas pelas áreas, pois no momento da coleta elas podem vir fragmentadas, segmentadas, duplicadas e de modo imparcial. Por causa disso, faz-se necessário o conhecimento do diretor técnico de toda a organização, possibilitando buscar a origem das informações para maiores esclarecimentos, verificar a interferência de um trabalho com o outro e identificar o impacto de tais iniciativas para o Hospital. Em contrapartida, essa metodologia utilizada para a elaboração do planejamento traz como facilidades que após a sua finalização todos sabem o que devem fazer, visto que as informações já estão disseminadas.

A participação é de todos os colaboradores, pois antes de apresentar para o diretor que está diretamente ligado a sua área, é discutido e trabalhado entre o gerente e os seus funcionários. A dificuldade encontrada nesse momento é fazer o planejamento permear por todos os níveis da organização, para que todos comecem a pensar estrategicamente para cumprir o plano determinado.

Os documentos utilizados no desenvolvimento do planejamento são as coletas de dados passadas por cada área num arquivo por e-mail, os prazos e algumas informações complementares como, por exemplo, orçamento dos fornecedores apresentando o custo do que foi orçado.

A Acreditação Hospitalar trouxe para o papel uma fotografia da organização, como o Hospital funciona, a documentação foi padronizada e uniformizada, os processos, normas, rotinas e procedimentos foram descritos, permitindo que se uma pessoa tiver o conhecimento técnico necessário para um determinado assunto, lendo o manual ela pode vir a executá-lo. Com isso, facilitou a elaboração e implementação do planejamento, pois todos os colaboradores possuem conhecimento do que deve ser feito e são capacitados para isso; os gestores conseguem rastrear as informações, sabendo a origem do documento possibilitando assim, um melhor detalhamento e entendimento, quando necessário. Além disso, com o programa é possível medir indicadores, podendo identificar anomalias e melhorias necessárias.

As ferramentas utilizadas na elaboração são as mesmas de antes da Acreditação Hospitalar, o que foi modificado com o programa é a aplicação do modelo. Atualmente a base participa mais na elaboração da listagem das necessidades da sua área, sentindo-se assim mais engajados e participantes no funcionamento do Hospital.

4.5 Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de qualidade

A Acreditação Hospitalar teve um papel importante para o processo de qualidade do Hospital, sendo que uma área específica da qualidade surgiu um ano antes do programa já visando à certificação. Essa preocupação com a qualidade sempre esteve presente na organização, porém de forma informal, sem um acompanhamento contínuo.

Após a preparação para o programa de Acreditação Hospitalar uma gama de trabalhos voltados à qualidade foram iniciados, como: auditoria interna, pesquisa de satisfação do cliente interno, pesquisa de satisfação do cliente externo, pesquisa de satisfação do corpo clínico, comissão de gerenciamento de risco, acompanhamento de indicadores, controle de documentações, entre outros.

A auditoria interna é realizada uma vez por ano, quatro meses antes da visita externa da Organização Nacional de Acreditação e possui a duração de duas semanas. A equipe que realiza esse programa conta com 14 colaboradores, normalmente gerentes de áreas que agregam essa função. Entre eles possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e engenheiros, que se reúnem mensalmente.

É importante salientar que os auditores utilizam os mesmos critérios que são apresentados no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar para conquistar a certificação, onde as várias áreas do Hospital são entrevistadas, procurando verificar as conformidades e não conformidades, sugestões e críticas. Além disso, os auditores apresentam um relatório com as oportunidades de melhorias em cada nível (1, 2 e 3) apresentado pela ONA.

Quando uma não conformidade é detectada, primeiramente é apurado na área se tem uma justificativa para isso, pois essa pode ter ocorrido devido a uma falta de explicação mais detalhada sobre o assunto, identificando assim uma oportunidade de melhoria para ser aplicada. Um exemplo disso que ocorreu na organização foi relacionada às datas escritas nos equipamentos para realizar a manutenção, antes a data marcada era considerada uma referência e quando era realizada a auditoria, os auditores apresentavam que havia uma não conformidade, pois muitas vezes na data marcada o equipamento ainda estava sofrendo a manutenção necessária. Com isso, foi comunicado para todos os colaboradores e

modificado na descrição do procedimento que a data apresentada no equipamento deixou de ser referência, passando a ser uma data limite.

A pesquisa de satisfação do cliente interno é um questionário entregue nas áreas para relatar sobre o serviço que é prestado para ela por outro setor do hospital como, por exemplo, a farmácia, nutrição, manutenção, centro cirúrgico, unidades de internação que avalia o serviço do almoxarifado, pois eles são considerados clientes internos dessa área.

O questionário é composto por uma série de perguntas voltadas à qualidade da prestação dos serviços que o Hospital tem interesse em ter conhecimento, continuando o exemplo anteriormente citado, alguns dos quesitos avaliados em relação ao almoxarifado seriam o atendimento telefônico, o atendimento das especificações do produto solicitado, o prazo negociado com os fornecedores, entre outros. As respostas para essas perguntas são objetivas onde os colaboradores escolhem uma das quatro opções apresentadas: abaixo da expectativa, dentro da expectativa, além da expectativa e não se aplica. Com os resultados da aplicação detectam-se as necessidades da organização, podendo assim elaborar os planos de ação para supri-las.

Esse instrumento para a coleta de dados foi elaborado pelo próprio Hospital e conforme eram aplicados, sofriam melhorias em relação aos questionamentos e para quem se dirigia as perguntas, pois às vezes tinham-se muitas respostas “não se aplica” que levava a organização a refletir que estava fazendo a pergunta de forma errada ou para o setor errado – entendia que era cliente, mas não era.

Já a pesquisa de satisfação do cliente externo é realizada através de questionários expostos em todas as dependências que o cliente possa vir a utilizar no hospital. Esse instrumento foi elaborado pela área de qualidade do Hospital e é composto por perguntas que a organização possui interesse em ter conhecimento sobre a qualidade dos seus serviços prestados.

Os resultados obtidos por essa pesquisa servem como referência para verificar quais são os serviços que devem sofrer melhorias na visão do cliente externo, onde a organização analisa a sua pertinência e se considerar relevante os pontos apresentados são feitas às mudanças necessárias.

A pesquisa de satisfação do corpo clínico procura verificar como eles estão desempenhando as suas atividades, foi também desenvolvida pelo Hospital e é realizada através de questionários com perguntas que variam desde a sua simpatia,

presteza até se os resultados obtidos com o seu atendimento são satisfatórios.

A comissão de gerenciamento de risco visa identificar a suspeita de eventos adversos e a formulação de ações para reduzir recidivas – reaparecimento de uma doença algum tempo depois da sua recuperação – estabelecendo um programa abrangente na instituição que garanta a segurança de todos e do patrimônio. Cabe à comissão implementar uma avaliação pró-ativa dos processos, verificando riscos e eventos adversos e adotar medidas de melhoria, agregar informações relacionadas às situações de riscos ou erros ocorridos e comunicar ao Hospital medidas e melhorias adotadas. Essa comissão possui dez membros entre eles farmacêuticos, enfermeiros e médicos.

O acompanhamento de indicadores é realizado através dos resultados obtidos com os registros no programa do Hospital e das pesquisas realizadas e possui o intuito de por meio deles desenvolver um processo de tomada de consciência por parte dos colaboradores, mobilizando-os para o entendimento de identificar necessidades de melhorias e agir na busca dessas mudanças.

O trabalho de controle de documentações busca verificar se os registros que a Organização Nacional de Acreditação afirma que devem ser realizados e aqueles que foram estipulados pelo Hospital estão sendo feitos. Caso não estejam a organização procura verificar os motivos e conscientizar os colaboradores da sua importância.

Tais iniciativas foram desenvolvidas na busca de criar um diferencial para a organização e para melhorar a assistência prestada aos seus clientes em todas as dependências do Hospital. Com os programas tem-se uma maior segurança operacional – física, biológica e química – que é representada por possuir o material que precisa, o espaço físico adequado e a segurança da pessoa que está realizando o procedimento, pois foi capacitado, treinado e educado para isso, transmitindo assim, tranquilidade para quem está sendo atendido.

Todos os programas de qualidade do Hospital contam com a participação da diretoria, pois ela os monitora; oferece suporte para os gestores quando estes necessitam e; orienta determinadas ações, onde as sugestões são apresentadas dentro das próprias áreas e apreciadas, avaliadas e criticadas depois pelos diretores. Esse envolvimento da direção está relacionado ao fato de mostrar para o colaborador que está propondo uma ação que os propósitos do Hospital como um todo devem ser sempre lembrados e priorizados e que a sua capacidade de decidir é

maior do que quem está enfrentando o problema na base, pois os diretores possuem uma melhor estrutura porque recebem informações de todas as áreas da organização.

Com o objetivo de aumentar ainda mais essa participação da diretoria, estuda-se a possibilidade de que cada diretor tenha metas para melhoria dos processos e inovação das suas áreas, utilizando as ferramentas da qualidade.

Os colaboradores estão envolvidos nesses programas, visto que participaram desde o início desse processo, percebendo os resultados que foram alcançados e até hoje questionam e dão sugestões. Com isso, todas as áreas participam no processo de qualidade de forma mais integrada, procurando a melhoria no seu setor, mas cientes que o reflexo é no Hospital inteiro. O esforço integrado pode ser observado através das pesquisas de satisfação que são realizadas, pelos indicadores, pois não se pode afirmar que algo melhorou se não tem como medir essa melhoria e pelo fato de a organização ter treinado alguns de seus colaboradores para avaliarem – auditoria interna – abrindo mais a visão do que realmente importa nos processos.

A organização tem algumas dificuldades que atrapalham a qualidade da prestação do serviço; uma delas é o recebimento de insumos no mercado interno, pois grande parte deles são importados e em alguns momentos estão em falta. Além disso, o Hospital tem dificuldade de encontrar os equipamentos no momento de realizar a manutenção preventiva, pois eles são compartilhados entre as áreas, tendo que envolver a enfermagem, engenharia clínica e patrimônio. Todavia, é complicado ter um controle disso, visto que a atividade meio não deve preponderar a atividade fim, porque ao colocar burocracia para ter o controle do material, esse vai ficar mais tempo indisponível para o uso do que disponível.

O sistema de monitoramento da qualidade do Hospital é feito pelos colaboradores da área da qualidade que realizam avaliações de desempenho e reuniões semanais com cada gerente para verificar o que ele está realmente desempenhando, quais são os seus objetivos, que metas pretendem desenvolver, como o programa vem sendo desenvolvido e qual rumo ele está seguindo. Já com a diretoria é feita reunião uma vez por mês, onde a área da qualidade apresenta o perfil de cada área do Hospital, mostrando os resultados das pesquisas de satisfação do cliente externo e interno, dos indicadores, entre outros. Assim, são detectadas informações importantes para gerenciar a qualidade.

A organização se preocupa em não gerar um ciclo vicioso de qualidade, pois às vezes para aumentar um percentual da qualidade se gasta muitos recursos, que podem não ser necessários, visto que não proporcionará resultados significativos para a prestação do serviço.

Na área da assistência do Hospital sempre se teve uma preocupação com o aperfeiçoamento dos colaboradores, participando de treinamentos. A educação continuada faz um levantamento de necessidades de treinamentos, procurando identificar quais são as necessidades que cada unidade tem no sentido da manutenção da qualidade assistencial em função do conhecimento necessário para os profissionais na área. Em 2005, na busca contínua de uma equipe de enfermagem cada vez mais competente e comprometida com a missão da instituição, o Serviço de Educação Continuada realizou 24 reciclagens, frente a 17 no ano de 2004, foram investidas 84,95 horas de treinamento por colaborador, 2% acima em relação a 2004 e a porcentagem mínima de participação nas reciclagens foi de 81%.

Quando um serviço novo está para ser implementado no Hospital é realizado um treinamento e este é obrigatório para todos os colaboradores que estarão diretamente ligados a essa mudança na busca de torná-los capacitados.

Em algumas situações são realizadas reciclagens com os gerentes das áreas através de cursos de aperfeiçoamento com pessoas de fora da organização, para desenvolvê-los no sentido da integração, gerenciamento, relacionamento que eles devem praticar para melhorar o seu trabalho e estes devem passar o conhecimento adquirido para a sua equipe e existem também as reciclagens realizadas pela própria educação continuada para diabéticos, hipertensos, entre outros, tanto para os funcionários quanto para a comunidade, não é obrigatório e normalmente é ministrado pelos colaboradores do Hospital.

Além disso, as pessoas manifestam interesse de realizar algum curso para a gerência da sua unidade, se o gerente aprovar essa discussão é levada para o diretor da área decidir. A organização tem uma verba destinada para o pagamento de cursos, palestras, congressos que considerarem de seu interesse – aqueles que acarretarão resultados para a instituição. Caso o Hospital considerar que não é de seu interesse que o colaborador realize determinado curso não haverá apoio financeiro, porém ajudará no remanejamento de horário se necessário, mas não é considerado como prioridade.

Em relação ao atendimento, atualmente o paciente tem a opção de chegar ao

Hospital com um pré-cadastro já feito e com uma reserva para internação ou para realizar um exame, necessitando apenas terminar o cadastro para ser encaminhado a unidade que o serviço lhe será prestado. O atendimento é feito dessa forma com o intuito de facilitar o entendimento dos procedimentos que são necessários, onde ele pode estar lendo antecipadamente os documentos que precisa assinar como, por exemplo, o termo de responsabilidade, e para agilizar o processo, pois dessa forma tem a possibilidade de chegar ao Hospital já com a liberação do convênio.

Entretanto, em função de obras, reformas e manejoamento, algumas dificuldades temporais em relação ao atendimento foram criadas. Uma delas está relacionada aos fluxos do Hospital que estão complicados, dificultando o encaminhamento dos pacientes para onde eles desejam ir, pelo fato de que os projetos ainda não foram concluídos. No momento que eles forem finalizados existirá apenas uma recepção, conseguindo identificar todas as pessoas que estão no Hospital e orientar mais facilmente as pessoas para circularem nas suas dependências.

Diante de tal dificuldade, a organização criou o projeto atendimento que não considera apenas receber as pessoas, mas sim antes de se tornarem clientes, criando o serviço de *call center*. O seu objetivo é melhorar o relacionamento com o cliente, através de informações pelo telefone de como chegar ao Hospital, sobre o agendamento de um exame ou consulta, uma orientação em relação à determinada doença, consulta de um médico, sobre o convênio. Esse projeto ainda está em estudo, mas com pretensão de durante o ano de 2007 já estar em funcionamento.

Já o procedimento realizado no Hospital para escolher os fornecedores é bem criterioso. Primeiramente, o gestor de cada área verifica quais são as necessidades do seu setor e faz uma pré-seleção de algumas empresas, sugerindo aquelas que possuem o tipo de material e equipamento que foi solicitado. Nessa pré-seleção são avaliados: preço, qualidade da informação, dos produtos oferecidos e da entrega e; a manutenção que o fornecedor oferece, pois não adianta ele ter um produto de boa qualidade, mas não dá suporte quando ocorre algum problema.

Após essa primeira seleção, o diretor de engenharia clínica em conjunto com a sua área irá realizar uma avaliação do produto e fazer sugestões, pois o gestor pode recomendar um material que não tem um bom desempenho em funções. Existe também a participação de um enfermeiro que verifica se a empresa tem registro no Ministério da Saúde e se é uma organização idônea. Em alguns casos,

principalmente nos materiais de medicamentos, é realizada uma visita no possível fornecedor para ver como é o procedimento de fabricação. Nessa visita participam um grupo pré-selecionado composto por uma enfermeira que faz parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, uma enfermeira que faz parte da Avaliação e Padronização de Materiais, o gestor da área, e no caso de equipamentos o engenheiro clínico e se for medicamentos e materiais o farmacêutico. O envolvimento do serviço de controle de infecção hospitalar é pelo fato de que o produto pode ser bom, mas não é recomendado pela comissão porque possui aderências durante o seu processo de fabricação, onde o material é descartado antes mesmo de ser realizado o teste.

Todo esse procedimento de avaliação é realizado com o intuito de colocar na instituição um produto adequado e com uma procedência segura para não expor o cliente a algo que não se tem conhecimento de como foi feito. Com isso, há uma maior segurança de trabalho, pois se sabe que aquele produto é bom, a qualidade do serviço prestado aumenta e economiza-se tempo e recurso.

Vale ressaltar que, conforme o Relatório anual, em 2005 a área de Avaliação e Padronização de Materiais iniciou o funcionamento do Sistema para Cadastro dos Produtos para Teste, ou seja, a inclusão dos processos de testes de materiais médico-hospitalares em um programa da rede interna do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Nesse mesmo ano, a área submeteu 78 produtos a testes e 35 foram aprovados e, recebeu 150 visitas de fornecedores de materiais para a apresentação de produtos.

A organização muda de fornecedor quando: encontra outra empresa que atende todas as especificações e possui um melhor preço; a qualidade do material não está mais adequada; a durabilidade do material não está satisfatória; problema de fornecimento e abastecimento (em São Paulo tem uma regra dos horários que os caminhões podem circular, caso descumpra tem multa para quem está entregando e recebendo o caminhão); falta de apoio e suporte técnico.

Diante do exposto pode-se constatar que a Acreditação Hospitalar foi fundamental para o processo de qualidade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Por causa do programa foi criada uma área específica da qualidade, com o intuito de desenvolver iniciativas e monitorar a qualidade em toda a organização, visando à melhoria contínua.

Além disso, a diretoria passou a ter uma visão mais sistêmica do Hospital,

deixando de trabalhar de forma setorizada, onde cada gerente de área realizava as atividades do jeito que considerava mais adequado, passando a trabalhar a organização inteira da mesma forma.

Por fim, a Acreditação Hospitalar também proporcionou benefícios para a área de treinamento, pois apesar de sempre existir no Hospital uma forte cultura relacionada à educação continuada, esta não era realizada de forma metodizada e sistematizada. Com essas mudanças, atualmente há uma maior igualdade para todos que desejam ou devem participar de alguma palestra, curso, congresso, entre outros.

5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES

Esta seção destina-se à apresentação das inferências baseadas nos resultados, sugestões quanto aos procedimentos futuros e das barreiras encontradas durante a realização da presente pesquisa, que de acordo com Mattar (2005), representam o significado, respectivamente, das palavras conclusões, recomendações e limitações.

5.1 Conclusões

As constantes mudanças no contexto tecnológico, político, social e econômico, fazem com que a competitividade entre as organizações aumente cada vez mais, trazendo desafios tanto para as organizações quanto para os profissionais que nelas trabalham. Devido a este fator, as empresas procuram diferentes formas para se destacarem de seus concorrentes, uma delas é a implantação de programas voltados à qualidade com o intuito de melhorar os seus processos e conseqüentemente os produtos e serviços oferecidos. Nas organizações prestadoras de serviços à saúde, enfoque dessa pesquisa, a Acreditação Hospitalar surgiu como uma ferramenta adequada para avaliar e padronizar a qualidade.

Dessa forma, apresentou-se como proposta do presente estudo analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Para o alcance desse objetivo norteador, a pesquisa está estruturada conforme os objetivos específicos anteriormente apresentados. Foi elaborada uma síntese da história da organização, levantando os principais acontecimentos que marcaram a trajetória do Hospital, a fim de conhecer sua filosofia; e apresentados quais são as categorias e os indicadores de análise do estudo, para que o leitor tenha conhecimento dos pontos abordados na pesquisa.

Em conformidade com o objetivo específico que se refere a *conhecer o processo de certificação da Acreditação Hospitalar no Hospital Alemão Oswaldo Cruz*, pôde-se constatar que a organização para alcançar a certificação de

Acreditado com Excelência passou por um processo lento e contínuo de melhoria, onde cada colaborador e gerente de área desempenharam um importante papel nessa conquista. Além disso, foi verificado que mesmo com o envolvimento da alta direção, preocupada em fazer com que o colaborador se sinta inserido e participante nesse processo de mudança, algumas dificuldades e resistências foram encontradas no decorrer do programa como: a implementação dos padrões estabelecidos no Manual da Organização Nacional de Acreditação nas áreas em que a padronização é mais difícil, adequação da área física, desenvolvimento dos colaboradores para essa nova realidade e; padronização das rotinas junto com a informatização.

Entretanto, o programa de Acreditação Hospitalar acarretou em melhorias significativas para o Hospital, pois possibilitou ter um conhecimento de como a organização funciona, através da padronização dos processos; conscientizou os colaboradores da importância do trabalho em equipe e da visão sistêmica e, enfatizou a cultura da busca da melhoria contínua.

No que tange o objetivo específico referente a *analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento na gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz*, pode-se observar que a conscientização da importância de realizar um planejamento estratégico surgiu com o novo modelo de gestão adotado no Hospital e não com a Acreditação Hospitalar. Todavia, o programa colaborou com a sua elaboração pelo fato de ter proporcionado à organização condições de melhor organizar e sistematizar as informações, trazendo maior segurança para a sua utilização.

Já nos demais planejamentos em virtude dessa melhoria da qualidade das informações, os processos ficaram mais claros para todos, gerando envolvimento dos colaboradores em conhecerem a sua área como um todo e quais procedimentos que dão maiores ou menores resultados para o Hospital. Além disso, a Acreditação Hospitalar alinhou definitivamente as técnicas que estavam sendo utilizadas para a elaboração do planejamento ao ciclo PDCA – Planejar, Desenvolver, Controlar e Agir.

O programa de acreditação trouxe também uma maior atenção para aquilo que foi planejado através do detalhamento e acompanhamento do processo, permitindo que se realizem correções, caso necessário, facilitando o alcance dos objetivos definidos. Antes da certificação era somente verificado se os resultados esperados foram atingidos no final do ano, quando o próximo planejamento seria elaborado.

Por fim, atendendo o último objetivo proposto, o de *analisar o impacto da Acreditação Hospitalar no processo de qualidade na gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz* pode-se detectar que o programa foi fundamental para um melhor desenvolvimento do processo de qualidade no Hospital, pois foi visando à certificação que uma área específica da qualidade foi criada. Com essa nova área uma série de trabalhos foram desenvolvidos, permitindo a mensuração de indicadores, onde por meio deles foi possível desenvolver um processo de tomada de consciência por parte dos colaboradores, mobilizando-os para o entendimento de identificar necessidades de melhorias e agir na busca dessas mudanças.

A Acreditação Hospitalar também contribuiu para a qualidade, visto que os diretores passaram a ter uma visão sistêmica do Hospital, trabalhando a organização inteira da mesma forma, deixando de ser setorizada e; sistematizou a área de *treinamento, proporcionando uma maior igualdade para todos aqueles que desejam ou devem realizar algum curso, palestra, congresso.*

Diante do apresentado, entendeu-se que o objetivo do estudo foi concluído e que a implementação do programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Alemão Oswaldo Cruz trouxe melhorias significativas no seu processo de planejamento e qualidade. Em função desse fator, o Hospital possui interesse em ser reavaliado para manter a certificação, pois assim pode-se verificar o que melhorou e o que ainda pode ser melhorado, inserindo a constante busca por melhores resultados.

5.2 Recomendações

As recomendações, conforme Mattar (2005, p.183), “[...] podem ser no sentido de sugerir que pesquisas mais específicas sejam realizadas sobre pontos importantes apontados pelos resultados, mas ainda obscuros, ou sobre cursos de ação que devam ser tomados”.

No Brasil, o programa de Acreditação Hospitalar não é muito difundido e surgiu recentemente, quando comparado a outros países. Devido a esse fator, existem poucos estudos referentes a este assunto, onde muitos estão relacionados somente com a área da qualidade do hospital. Portanto, recomenda-se dar continuidade a essa pesquisa analisando o impacto da Acreditação Hospitalar nos

diferentes processos existentes nas organizações além dos estudados nessa pesquisa – planejamento e qualidade – como logística, recursos humanos, finanças, marketing, processos estes importantes e necessários na administração das empresas que buscam permanecer no mercado, com sucesso.

Outra recomendação é de realizar esses estudos com todos os colaboradores da organização, sendo que poderá proporcionar conhecimento de como a certificação de Acreditado com Excelência influenciou as atividades sobre a perspectiva de todos os colaboradores e verificar se realmente é essa visão que a direção tem sobre o assunto.

5.3 Limitações

O propósito da apresentação das limitações da pesquisa está no reconhecimento, por parte do pesquisador, das barreiras encontradas durante sua realização.

Uma das limitações é o fato de que os resultados de um estudo de caso são válidos somente para o caso em si, não podendo ser generalizados. Porém, vale ressaltar que a realização desse tipo de pesquisa possibilita um estudo mais aprofundado de uma realidade delimitada.

Além disso, devido a limitação de tempo para a elaboração da pesquisa, optou-se por realizar entrevistas somente com os diretores e a gerente de qualidade do Hospital. Porém, as opiniões apresentadas pelos entrevistados podem não representar a percepção geral dos colaboradores, causando vieses no estudo.

Contudo, essas limitações não invalidaram a pesquisa realizada e nem tampouco diminuíram o interesse do pesquisador em adquirir conhecimento de uma área vasta – administração hospitalar – e pouco explorada pela Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

- ACKOFF, R. L. **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1982.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANSOFF, H. I.; MCDONNELL, E. J. **Implantando a administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.
- BARÇANTE, L. C. **Qualidade total: uma visão brasileira, o impacto estratégico na universidade e na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- 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. 1-10, jan./mar. 2000.
- BRASIL. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BROCKA, B.; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 1992.
- CERQUEIRA NETO, E. P. de. **Gestão da qualidade: princípios e métodos**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1993.
- CHIAVENATO, I. **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. São Paulo: McGraw-Hill, 1982.

_____. **Administração de empresas:** uma abordagem contingencial. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

COOK, L.; VERMA, R. Exploriam the Linkages Between Quality System, Service Quality and Performance Excellence: service providers perspectives. **Quality Management Journal**, New York, v. 9, n. 2, apr., 2002.

COOPERS & LYBRAND. **Remuneração estratégica:** a nova vantagem competitiva. São Paulo: Atlas, 1996.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento.** 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

CUSTÓDIO, A. F. et. al. **Manual de Acreditação da Qualidade Hospitalar.** Florianópolis, 1997.

DEMING, W. E. **Qualidade:** a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Health:** How can it be assured? J Am Med Assoc, 1988.

DRUCKER, P. F. **Administrando em tempos de grandes mudanças.** São Paulo: Pioneira, 1995.

_____. **Administrando para obter resultados.** São Paulo: Pioneira, 1998.

DRUMMOND, H. **Movimentado pela Qualidade:** de que o gerenciamento de qualidade total realmente se trata. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

FISCHMANN, A. A. **Planejamento estratégico na prática.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1996.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GREEN, C. **Os Caminhos da Qualidade:** como vencer os desafios da economia global. São Paulo: Makron Books/Editora SENAC, 1995.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório anual**. São Paulo, 2005.

JURAN, J. M.; GRAYNA, F. M. **Controle da qualidade**: conceitos, políticas e filosofia da qualidade. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

_____. **O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial**. Espanha: CALASS, 2002.

KOCHE, J. C. **Fundamentos da metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis: Vozes, 1997.

KWASNICKA, E. L. **Introdução à administração**. 5. ed., ver e ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

LACOMBE, F. J. M.; HEILBORN, G. L. J. **Administração**: princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2003.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes Internos e Externos da Atividade do Hospital-Empresa: evolução ao longo do tempo. **Revista de Administração de Saúde**. v. 2, n. 8, p. 11-14, jul./set., 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP e Banco Itaú, 1998.

MALIK, A. M.; TELES, J.P. Hospitais e Programas da Qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1990.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: metodologia, planejamento. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 5. ed., rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na Saúde: práticas e conceitos.** Normas ISSO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998.

MEYER Jr., V. **Considerações sobre o planejamento estratégico na Universidade:** organização, planejamento e gestão. Florianópolis: UFSC, 1998.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde:** princípios básicos. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995.

MINAYO, M. C. S. (org.). **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

NOVAES, H. M. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

NOVAES, H. de M. (Coord). **Manual brasileiro de acreditação hospitalar.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **Excelência na administração estratégica:** a competitividade para administrar o futuro das empresas com depoimentos de executivos. São Paulo: Atlas, 1997.

_____. **Planejamento estratégico:** conceitos, metodologia e práticas. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, P de T. R. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar:** um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. Dissertação de Mestrado Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade no Processo:** a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995.

PIMENTEL, R. A. da S. **Modelos de gestão:** qualidade e produtividade. Manaus: [s.n.], 2005. Disponível em:
<http://www.niltonlins.br/posgraduacao/downloads/APOSTILAModelos_Gestao_Qualidade_Produtividade_Jun2005>. Acesso em: 15 jun. 2006.

PORTER, M. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

QUINTO, N. A., GASTAL F.L. **Acreditação Hospitalar:** Proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. IAHCS, Porto Alegre, 1997.

RAUEN, F. J. **Elementos de iniciação a pesquisa**. Rio do Sul: Nova Era, 1999.

REIS, L. F. S. D.; OLIVEIRA, J. F. **Qualidade total**: como estabelecer as bases e encantar os clientes com os serviços prestados. São Paulo: Érica, 1997.

RIBEIRO, P. H. **O Hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RICHARDSON, R. J. et. al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia prático para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEN, G. **Da política à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SANCHEZ, K. R. **Sistema integrado de acreditação hospitalar**: um enfoque dirigido à NBR ISSO 9001, NBR ISSO 14001 e BS 8800. Florianópolis: UFSC, 2003, 318 p. Dissertação (Mestrado em Administração), Curso de Pós-Graduação da UFSC, 2003.

SELLTIZ, C. et. al. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**: medidas na pesquisa social. 4. ed. São Paulo: EPU, 1987.

STEINER, G. A. **Strategic planning**: what every manager must know. New York: Free Press, 1979.

STONER, J. A.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

_____. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 2003.

TAUBLIB, D. **Controle de Qualidade Total**: da teoria à prática em um grande hospital: relato da experiência de 4 anos no Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Therezinha. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

TEBOUL, J. **Gerenciando a Dinâmica da Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

TIFFANY, P.; PETERSON, S. D. **Planejamento estratégico**: o melhor roteiro para um planejamento estratégico eficaz. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

Referências eletrônicas

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ <<http://www.haoc.com.br>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE <<http://www.saude.gov.br>>

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO <<http://www.ona.gov.br>>

GERANEGOCIO <<http://www.geranegocio.com.br>>

APÊNDICE A – Roteiro do histórico e caracterização da organização

01. Como surgiu o hospital?
02. Quando foi fundada a organização?
03. Quantos funcionários a organização possuía no início?
04. Quais foram as mudanças ocorridas durante a história da organização? (criação de novos serviços, mudanças de estratégias e foco organizacional, novos investimentos, entre outras).
05. Quais foram as principais facilidades e dificuldades encontradas durante a história da organização?
06. As dependências da organização estão todas concentradas no mesmo lugar?
07. Qual é a forma de propriedade?
08. Qual o tamanho da organização? (micro, pequena, média ou grande).
09. Quantos funcionários a organização possui atualmente?
10. Qual é a estrutura da organização? (organograma)
11. Qual é a missão da organização?
12. Quais as atividades da organização?
13. Quais são os serviços prestados?
14. Existem serviços terceirizados? Quais? Qual o motivo que levou a organização a optar pela terceirização?
15. Quem são os clientes da organização? Qual o perfil desses clientes?
16. Quais são os principais concorrentes da organização?
17. Aponte os pontos fortes e fracos da organização em relação à concorrência.
18. Quais são os fornecedores da organização? Onde estão localizados?

**APÊNDICE B – Roteiro para conhecimento do processo de certificação da
Acreditação Hospitalar na organização**

01. Quando o Hospital Alemão Oswaldo Cruz obteve a certificação da Acreditação Hospitalar?
02. Quais os motivos que levaram o Hospital Alemão Oswaldo Cruz buscar a certificação de qualidade através da Acreditação Hospitalar?
03. Quais foram as etapas necessárias para alcançar a certificação da Acreditação Hospitalar?
04. Quais foram os principais orientadores desse processo? Quais foram as suas atitudes junto aos colaboradores para o alcance da certificação?
05. Os funcionários participaram e colaboraram na busca da certificação? De que forma?
06. Foram necessários investimentos? Quais? (pessoal/financeiro/material)
07. Houve resistência à mudança por parte dos funcionários? Quais?
08. Quais foram os benefícios proporcionados ao hospital após a implementação do programa de Acreditação Hospitalar? Como foram avaliados?
09. Quais foram as dificuldades e os aspectos limitantes encontrados para se adequar ao programa de Acreditação Hospitalar?
10. As mudanças adotadas para se enquadrar ao programa de Acreditação Hospitalar se mantêm atualmente?
11. O hospital possui interesse em ser reavaliado, para assim, continuar com a certificação? Por quê?

APÊNDICE C – Roteiro para análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento

01. Como é/era feito o processo de planejamento?

01. Em que periodicidade o planejamento do hospital é realizado? Sempre foi feito com esse período?

02. Quem definiu essa periodicidade? Há cinco anos atrás foi(ram) o(s) mesmo(s)?

03. Quais os motivos que levaram o hospital a realizar o seu planejamento com essa periodicidade? Atualmente e há cinco anos atrás.

04. Quanto tempo é utilizado para realizar o planejamento? Sempre teve essa duração?

05. Quais as técnicas e métodos utilizados na elaboração do planejamento? E há cinco anos atrás quais eram utilizados?

06. Quais foram os motivos que levaram a utilização de tais técnicas?

07. Quais são as dificuldades e facilidades encontradas no processo de planejamento? Quais eram as dificuldades e facilidades encontradas anteriormente?

08. Quais colaboradores participaram/participam na realização do planejamento? De que forma? Atualmente e há cinco anos atrás.

09. Com a Acreditação Hospitalar, houve uma melhora na qualidade das informações para a elaboração do planejamento da organização? Se sim, como o hospital percebeu essa melhoria?

10. Quais documentos são necessários para a elaboração e implementação do planejamento? Sempre foram necessários esses documentos?

12. Atualmente há um controle estratégico da implementação do planejamento? E há cinco anos atrás?

13. Como é/era realizado esse controle estratégico da implementação do planejamento?

APÊNDICE D – Roteiro para análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento

01. Quais programas existentes no hospital vinculados a qualidade? Sempre foram os mesmos?
02. Quais motivos que levaram a busca por tais programas?
03. Como é/era feito o processo de qualidade?
04. A alta direção está envolvida nos programas de qualidade do hospital? De que forma? E há cinco anos atrás?
05. Os colaboradores se sentem responsáveis no processo e no resultado final da qualidade? Como é percebida tal constatação? Atualmente e há cinco anos atrás.
06. Quais setores participam no processo de qualidade no hospital? De que forma? Antigamente eles participavam? De que forma?
07. Há um esforço integrado entre todos os colaboradores na busca da qualidade dos produtos e serviços prestados pelo hospital? Como é percebida tal constatação? Sempre foi assim?
08. O hospital fornece treinamentos na busca do aprimoramento de seus profissionais? Quais os critérios utilizados para a escolha de quem vai participar e qual(is) curso(s) estão sendo necessários? Como era há cinco anos atrás?
09. Os colaboradores participam de treinamentos fora da sede da empresa? Há ajuda financeira? Os treinamentos estão relacionados às atividades que realizam no hospital? E há cinco anos atrás?
10. O hospital possui conhecimento do nível de satisfação de seus clientes? Se sim, de que forma os pacientes fizeram tal avaliação? Quais motivos levaram a usar esse tipo de avaliação? Atualmente e há cinco anos atrás.
11. Qual sistema de atendimento é utilizado atualmente? Sempre foi esse sistema? Por quê?
12. Há um sistema de monitoramento da qualidade no hospital? E há cinco anos atrás?
13. Como é realizado o sistema de monitoramento? Quais motivos levaram para escolher tal sistema?
14. Quais são os critérios utilizados na escolha dos fornecedores? Sempre foram utilizados tais critérios?

15. Quais motivos levam o hospital a mudar de fornecedor? Por quê?

ANEXO A – Organograma do Hospital

