

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO**

SANDRO DE FREITAS JUNQUEIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE O PROCESSO
DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NIVEL I (ONA) - CASO DO HOSPITAL
GERAL DE CAXIAS DO SUL**

**CAXIAS DO SUL
2015**

SANDRO DE FREITAS JUNQUEIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE O PROCESSO
DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NIVEL I (ONA) - CASO DO HOSPITAL
GERAL DE CAXIAS DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetido à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Elisete Ventura da Motta.

**CAXIAS DO SUL
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

J95p Junqueira, Sandro de Freitas, 1973-
Percepção dos profissionais da área da saúde sobre o processo de
acreditação hospitalar nível I (ONA) - caso do Hospital Geral de Caxias do
Sul / Sandro de Freitas Junqueira. – 2015.
95 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de
Pós-Graduação em Administração, 2015.
Orientação: Profa. Dra. Marta Elisete Ventura da Motta.

1. Hospitais – Credenciamento. 2. Hospitais – Controle da qualidade. 3.
Hospital Geral de Caxias do Sul. I. Título.

CDU 2. ed.: 614.21:005.6

Índice para o catálogo sistemático:

1. Hospitais – Credenciamento	614.21:005.6
2. Hospitais – Controle da qualidade	614.21:005.6
3. Hospital Geral de Caxias do Sul	614.21(816.5)

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Paula Fernanda Fedatto Leal – CRB 10/2291

**“Percepção dos Profissionais da Área da Saúde sobre o Processo de Acreditação Hospitalar
Nível I – Caso do Hospital Geral de Caxias do Sul”**

Sandro de Freitas Junqueira

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração.

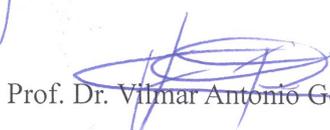
Caxias do Sul, 30 de julho de 2015

Banca Examinadora



Profa. Dra. Marta Elisete Ventura da Motta (orientadora)

Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Vilmar Antonio Gonçalves Tondolo

Universidade de Caxias do Sul



Profa. Dra. Maria Emilia Camargo

Universidade de Caxias do Sul



Profa. Dra. Angela Isabel Dos Santos Dullius

Universidade Federal de Santa Maria

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me proporcionado força em toda esta caminhada e por não me deixar desistir mesmo em momentos de angústia.

À minha mãe Claudete e meus irmãos Cesar e Henrique Junqueira que sempre tiveram uma palavra de incentivo.

Aos meus filhos Lucas e Eduardo e Milena pelo apoio e entendimento das minhas ausências.

Um agradecimento muito especial à minha esposa Nanci que durante toda a caminhada me incentivou e deu força para alcançar esta conquista. Nos momentos de angústia em que muitas vezes pensei em desistir, ela, com palavras firmes e ao mesmo tempo doces, me fortalecia. Ofereço esta conquista a ela.

À minha orientadora Profa. Dra.. Marta Elisete Ventura da Motta, que incansavelmente me orientou, incentivou e acreditou na minha vitória.

À coordenadora do programa de Mestrado em Administração Profa. Dra. Maria Emília Camargo pelos conselhos e apoio.

Aos médicos, enfermeiros e colaboradores do Hospital Geral que participaram e contribuíram durante o desenvolvimento da minha pesquisa.

À Fundação Universidade de Caxias em me proporcionar a possibilidade de realizar esta qualificação.

*Nossa maior fraqueza está em
desistir. O caminho mais certo de
vencer é tentar mais uma vez.*

Thomas Edison

RESUMO

A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Este trabalho foi realizado no Hospital Geral de Caxias do Sul (HG), entidade de ensino sem fins lucrativos que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, localizado na Serra Gaúcha. Esta dissertação teve por objetivo verificar a percepção dos profissionais da área de saúde na implantação do processo de Acreditação Nível I – ONA, bem como identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a manutenção do processo de Acreditação e a organização dos processos assistenciais e administrativos do hospital. Também foram analisados os pontos fortes e fracos diagnosticados pela instituição acreditadora. A metodologia utilizada foi documental, qualitativa e quantitativa, com objetivos exploratórios e descritivos. Foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2010) para o tratamento e interpretação dos dados qualitativos e na quantitativa com a utilização da escala Likert, os dados foram analisados através de estatística descritiva, teste *t de estudante* análise de variância não paramétrica. Os resultados mostraram que, após o processo de acreditação, os profissionais da área da saúde perceberam melhoria da qualidade da assistência. E na perspectiva desses profissionais, o engajamento, a responsabilidade, o envolvimento, a motivação, a participação no planejamento, o acesso a recursos materiais e a facilidade para se adaptar ao processo foram os fatores que mais contribuíram para a percepção de melhoria da qualidade da assistência prestada, também relatado pelos gerentes e diretores a mudança na cultura da instituição. Espera-se que este estudo traga subsídios teóricos para que hospitais com a característica da instituição estudada utilizem estas informações na reorganização de seus processos assistenciais e administrativos com a finalidade de alcançar a certificação desejada. Como sugestão de trabalhos futuros, realizar o comparativo entre técnicos de enfermagem e enfermeiros para identificar a existência de diferenças na percepção e também avaliar suas percepções e comprometimento para a busca do Nível II da Acreditação Hospitalar.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar. Qualidade da Assistência. Profissionais da saúde. Percepção.

ABSTRACTC

Accreditation is the procedure for the evaluation of institutional resources, volunteer, periodic, secretive and confidential, which tends to ensure the quality of care through previously accepted standards. This work was performed at the Hospital General de Caxias do Sul (HG), a nonprofit education organization that caters exclusively to the single Health System, located in the Serra Gaúcha. This dissertation aimed to verify the perceptions of health professionals in the implementation of the accreditation process level I-ONA, as well as identify the strategies used by health professionals for the maintenance of the accreditation process, and the Organization of assistance and administrative processes of the hospital. Was also analyzed the strengths and weaknesses identified by the accrediting institution institution. The methodology used was qualitative and quantitative, exploratory and descriptive purposes. Content analysis was used according to Bardin (2010) for the treatment and interpretation of qualitative and quantitative data with the use of Likert scale, data were analyzed through descriptive statistics, student's t-test and analysis of variance not parametric. The results showed that after the accreditation process, the health professionals perceived improvement in quality of care, and in the perspective of these professionals, engagement, responsibility, involvement, motivation, participation in planning, access to material resources and to adapt to the process were the factors that contributed most to the perception of improvement of the quality of the assistance It was also reported by managers and directors to change the culture of the institution. It is hoped that this study bring theoretical subsidies to hospitals with the characteristic of institution studied to use this information in the reorganization of their assistance and administrative processes in order to achieve the desired certification. As a suggestion for future work, perform the comparison between nursing technicians and nurses to identify the existence of differences in perception and also assess their perceptions and commitment to the pursuit of the level II hospital accreditation.

Keywords: Hospital accreditation. Quality of care. Health professionals. Perception

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura da dissertação.....	21
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Padrões e itens de orientação do Sistema Brasileiro de Acreditação	40
Quadro 2 – Categorias, variáveis e autores	49
Quadro 3 – Diagnóstico inicial	53
Quadro 4 – Avaliação Pré-Certificação	55
Quadro 5 – Avaliação Final de Certificação	57
Quadro 6 – Síntese da Acreditação.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo gênero	59
Tabela 2 – Nível de Escolaridade	60
Tabela 3 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional	60
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo gênero da equipe de enfermagem.....	66
Tabela 5 – Nível de Escolaridade da equipe de enfermagem.....	66
Tabela 6 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional.....	67
Tabela 7 – Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada	67
Tabela 8 – Estatística descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito individual .	68
Tabela 9 – Análise descritiva das questões que avaliam os elementos que contribuem para mudança no âmbito da equipe de enfermagem	69
Tabela 10 – Análise descritiva de todos os itens	70
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo gênero da equipe médica.....	71
Tabela 12 – Nível de Escolaridade da equipe médica.....	71
Tabela 13 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional.....	72
Tabela 14 – Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada	72
Tabela 15 – Estatística descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito individual	73
Tabela 16 – Estatística Descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito da equipe Médica	74
Tabela 17 – Análise descritiva de todos os itens	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAC - Colégio Americano de Cirurgiões

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação

CCAH - Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais

HG - Hospital Geral de Caxias do Sul

IACs - Instituições Acreditadoras

IBES - Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IQG – Instituto Qualisa de Gestão

ISO - International Organization for Standardization

JCI - Joint Commission International

MBAH - Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

PRAVIVIS - Programa de Atendimento as vítimas violência sexual

SMB - Sistema Brasileiro de Acreditação

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UCS - Universidade de Caxias do Sul VBR – Visão Baseada em Recursos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	TEMA.....	17
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	17
1.3	OBJETIVOS.....	19
1.3.1	Objetivo Geral.....	19
1.3.2	Objetivos Específicos	19
1.4	JUSTIFICATIVA	20
1.5	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	INOVAÇÃO.....	22
2.2	AMBIENTE DE INOVAÇÃO.....	23
2.3	INOVAÇÃO EM SERVIÇOS	25
2.3.1	Inovação em Saúde	26
2.4	QUALIDADE EM SERVIÇOS	28
2.5	ORIGEM DOS HOSPITAIS	28
2.6	QUALIDADE NO SERVIÇO HOSPITALAR.....	30
2.7	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	33
2.7.1	Certificados Nacionais e Internacionais	35
2.7.2	Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar	39
2.7.3	Níveis de Acreditação	40
2.8	ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE.....	42
2.9	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	44
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	46
3.1	MÉTODO DE PESQUISA.....	46
3.2	FASES DA PESQUISA	47
3.2.1	Fase Documental	47
3.2.2	Fase Qualitativa	48
3.2.2.1	Elaboração das categorias de análise	49
3.2.3	Fase Quantitativa	50
3.2.3.1	Análise da confiabilidade do instrumento de coleta utilizado	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
4.1	ANÁLISE DOCUMENTAL	53

4.2	ANÁLISE QUALITATIVA.....	59
4.2.1	Caracterização da Amostra dos gerentes e diretores	59
4.2.2	Categorização em relação à Acreditação.....	60
4.2.2.1	Importância da Acreditação	61
4.2.2.2	Avaliação do Processo de Planejamento do Trabalho em Equipe.....	61
4.2.2.3	Sensibilização e Engajamento dos Colaboradores.....	61
4.2.2.4	Dificuldades no Processo de Acreditação.....	62
4.2.2.5	Inserção do Processo de Inovação	62
4.2.2.6	Dimensões de Inovação	63
4.2.2.7	Mudança Organizacional	63
4.2.2.8	Oferta de Novos Serviços	64
4.2.2.9	Melhoria de Imagem.....	64
4.2.2.10	Consideração	64
4.3	ANÁLISE QUANTITATIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	65
4.3.1	Caracterização da População	65
4.3.2	Análise sobre Acreditação.....	67
4.3.2.1	Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada	67
4.3.2.2	Análise Descritiva dos Dados referentes às contribuições para mudança no âmbito individual e da equipe de enfermagem.....	68
4.3.2.3	Análise das contribuições no enfoque individual e em equipe	70
4.4	ANÁLISE QUANTITATIVA DA EQUIPE MÉDICA	70
4.4.1	Caracterização da Amostra	70
4.4.2	Análise sobre Acreditação.....	72
4.4.2.1	Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada	72
4.4.2.2	Análise Descritiva dos Dados referentes às contribuições para mudança no âmbito individual e da equipe Médica.....	73
4.4.2.3	Análise das contribuições no enfoque individual e em equipe	75
4.5	ANÁLISE DA DIFERENÇA DOS DOIS CONSTRUTOS ENTRE AS EQUIPES DE ENFERMAGEM E MÉDICA	75
4.6	SÍNTESE DA ACREDITAÇÃO.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	87

APÊNDICE B – ROTEIRO DE INSTRUMENTO DE ENTREVISTA DA FASE QUALITATIVA (DIRETORES, GERENTES)	88
APÊNCIDE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA – EQUIPE DE ENFERMAGEM....	90
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA - EQUIPE MÉDICA	93

1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares procuram aprimorar a qualidade dos seus serviços (ANTUNES; TREVIZAN, 2000), devido ao aumento da exigência dos pacientes, responsabilidade social e o fortalecimento da gestão estratégica, que envolve vários atores neste processo. Os pacientes estão cada vez mais conscientes em relação aos seus direitos e atentos às constantes mudanças e avanços do mercado da saúde. Diante disso, as políticas e ações em qualidade são hoje utilizadas com o objetivo de ser competitivo no mercado e garantir a segurança assistencial (VIANA et al., 2011).

Considerando a complexidade dos processos administrativos e assistenciais desenvolvidos nos hospitais e aliado ao interesse do Ministério da Saúde no que tange a qualificação dos serviços, diversos hospitais estão na busca da Acreditação Hospitalar.

A Acreditação Hospitalar é um processo que avalia a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços do hospital (MARTINS, 2011). Levam em consideração os serviços através de padrões de referência desejáveis, constituídos por profissionais da área, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados (BRASIL, 2004).

O interesse da acreditação pelo hospital é um ato voluntário, periódico, espontâneo, reservado e sigiloso em que se pretende obter a condição de acreditada de acordo com padrões previamente aceitos, na qual é escolhida a instituição acreditadora que desenvolverá o processo de acreditação (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a acreditação não pode ser entendida apenas como uma ferramenta de avaliação, mas também como um mecanismo de orientação política nos sistemas de saúde (FORTE; BAPTISTA, 2011).

SEABRA (2007), em sua pesquisa, mencionou que os hospitais possuem dificuldades no processo de implantação da Acreditação por serem consideradas organizações complexas. Também Mintzberg (1995) afirma a existência de dificuldade no processo de implantação de sistemas de qualidade na maior parte dos hospitais que é gerada por não existir controle hierárquico da administração sobre os profissionais e comando dos processos decisórios, traduzidos pela resistência de cooperação profissional. Ressalta ainda que o processo de gestão do hospital possui características que permitem que os profissionais possuam grande autonomia sobre seu próprio trabalho. A assistência é o principal produto e o poder normalmente é exercido por técnicos com elevada especialização (MINTZBERG, 1995).

Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2001), a interligação de todos os setores e seus colaboradores no processo de acreditação justifica-se pela interdependência das estruturas e processos, visto que ambos interferem simultaneamente nos resultados um do outro.

As equipes assistenciais, formadas por Médicos e Enfermeiros, cuja atuação ocorre de forma direta com os pacientes, são fundamentais para um programa de qualidade. Além disso, através de protocolos e rotinas assistenciais, interagem com todas as áreas de apoio, sendo dotadas de autonomia e corresponsabilidade (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a equipe médica possui um importante papel, sendo a responsável pelo desenvolvimento dos protocolos e tomadas de decisão no plano terapêutico utilizados na assistência ao paciente.

O enfermeiro também possui papel primordial no cenário da saúde, a sua visão acerca do processo da Acreditação se justifica, pois representam aproximadamente 70% do quadro de pessoal do hospital. Este profissional promove a assistência ao paciente, a liderança de equipe e a tomada de decisão. Com isso torna-se uma categoria profissional versátil nos hospitais brasileiros, visto atuar tanto na assistência quanto em áreas gerenciais e estratégicas (GAIDZINSKI, 1998; QUINTO NETO, 2000; SANTOS, 2011).

Devido à importância da Acreditação, foi realizado um estudo de caso no Hospital Geral de Caxias do Sul, um Hospital de ensino, filantrópico, patrimônio do Estado do Rio Grande do Sul, administrado pela Fundação Universidade de Caxias do Sul, que atende exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde, referência para 49 municípios da região da Serra gaúcha.

O Hospital Geral, motivado pelo seu plano de expansão, que visa um crescimento com qualidade, aliado à necessidade de reduzir riscos na assistência e, conseqüentemente, processos judiciais, teve a necessidade de organizar seus processos de trabalho de forma segura e qualificada. Por estes motivos, o Hospital buscou ferramentas de qualidade compatíveis com a área de atuação, optando pela Acreditação Hospitalar, uma vez que tal certificação já é um critério de diferenciação junto ao Ministério da Saúde.

Atualmente o Hospital Geral de Caxias do Sul é o único hospital Acreditado Nível I – ONA no Brasil. Esta certificação visa à segurança no atendimento ao paciente desde a internação até a sua alta, o que leva a necessidade da equipe hospitalar reavaliar todos os processos de trabalho, bem como a construção de protocolos assistenciais e administrativos de forma contínua.

1.1 TEMA

Acreditação do Hospital Geral de Caxias do Sul.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando, com o decorrer dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento (D'INNOCENZO, 2006). De acordo com Rauter (1992), a definição de gerência da qualidade foi introduzida inicialmente por pensadores norte-americanos, fundamentados no contexto industrial, cujo ápice ocorreu através da indústria japonesa do pós-guerra (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Teóricos como Crosby (1986), Deming (1990), Juran (1991), Ishikawa (1990) e Taguchi (1986) desenvolveram concepções e modelos trazendo novos enfoques a respeito da produção e dos serviços. Os mesmos autores criaram conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade. O enfoque dos princípios sobre melhoramento contínuo foi transferido para as outras áreas de atuação. Concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que significaria qualidade (D'INNOCENZO, 2006).

Berwick (1994) afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria para o setor da saúde até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade. Contudo, a evolução da qualidade nos serviços de saúde, embora pareça recente, tem seus antecedentes situados na metade do século XIX (ADAMI, 2000).

Estas concepções foram expandidas para diversas áreas, assim como no âmbito hospitalar, onde, desde o início do atendimento, identifica-se uma preocupação com a qualidade, uma vez que parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Normalmente, a avaliação de qualidade é baseada em variáveis gerenciais, adotando um enfoque sistêmico. Deste modo, objetiva medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos até a habilitação de pessoal. Pode-se também realizar a avaliação através de indicadores de processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da

assistência médica, assim como indicação e aplicação terapêutica apropriada (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação. Donabedian (1980), pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi o pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

A Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA,2006).

O Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, e a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos, diagnósticos e os cuidados prestados (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA,2006).

O resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as modificações relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA,2006).

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas, de forma a planejar intervenções que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Neste sentido se ganha relevância na avaliação dos resultados obtidos pela assistência prestada, com o objetivo de intervir nos vários componentes dos sistemas e subsistemas para operar mudanças e melhorar a qualidade dos serviços.

Ainda segundo os autores, a Organização Mundial da Saúde, em 1993, definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um

alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.

A avaliação está relacionada com a qualidade, referindo-se a atribuição de importância a algo através da emissão de juízo de valor dotado de subjetividade, visto que se integra pelos critérios, percepções e valores do indivíduo que avalia. Deste modo, as práticas de saúde consistem em objeto de avaliação em todas suas dimensões (MALIK, 1996).

No Brasil, principalmente a partir dos anos 90, instituições públicas e privadas estão desenvolvendo estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade. (MALIK, 2001).

Neste contexto, definiu-se a seguinte a questão de pesquisa: Quais as percepções dos profissionais da saúde no processo de Acreditação Hospitalar Nível I – ONA no Hospital Geral de Caxias do Sul, um hospital de ensino com atendimento exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Verificar a percepção dos profissionais da área de saúde na implantação do processo de Acreditação Nível I (ONA) no Hospital Geral de Caxias do Sul.

1.3.2 Objetivos Específicos

Para se alcançar o objetivo geral é necessário que sejam atingidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar a percepção dos profissionais da enfermagem relativo à implantação e as mudanças na qualidade das assistências provenientes pelo processo de Acreditação;
- b) Identificar a percepção dos profissionais médicos relativo à implantação e as mudanças na qualidade das assistências oriundas pelo processo de Acreditação;
- c) Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a manutenção do processo de Acreditação;
- d) Identificar a organização dos processos assistenciais e administrativos do hospital.

- E) Identificar os motivos, as vantagens e as desvantagens da implantação da acreditação no Hospital Geral de Caxias do Sul.

1.4 JUSTIFICATIVA

O Estado do Rio Grande do Sul possui aproximadamente 239 Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e são responsáveis por 90% (noventa por cento) dos atendimentos de baixa e média complexidade e por 70% (setenta por cento) dos atendimentos pelo SUS.

Esses hospitais são detentores de 18 mil leitos pelo SUS e realizam, em média, 519 mil internações por ano, além de empregarem mais de 55 mil trabalhadores, conforme dados da Secretaria da Saúde do Estado.

Considerando este contexto, do total de hospitais acima citados, apenas sete instituições possuem o certificado de Acreditação Hospitalar em um dos três níveis preconizados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). E destes, cinco se localizam na Serra Gaúcha (ONA, 2015)

Com isso, pode-se notar a preocupação desta região com a qualidade assistencial dedicada aos seus pacientes, condições de trabalho para equipe multiprofissional e também a busca por um processo de trabalho que vise o equilíbrio econômico e financeiro dessas entidades.

O cenário de estudo é o Hospital Geral de Caxias do Sul (HG), patrimônio público, constitui-se juridicamente como Hospital sem fins lucrativos de ensino que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde.

A escolha justifica-se por ser um dos 7 (sete) hospitais acreditados no estado do Rio Grande do Sul e o único hospital com estas características acreditado no Brasil (ONA, 2015).

O HG é referência aos 49 (quarenta e nove) municípios que compõem a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, totalizando uma população de mais de um milhão de habitantes, conforme determinação da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Possui 980 (novecentos e oitenta) funcionários, realiza em média 1.200 (hum mil e duzentas) internações hospitalares, mais de 600 (seiscentas) cirurgias e uma média de 35.000 (trinta e cinco mil) exames de diagnósticos por mês. Com uma área de extensão de 12,5 mil m², estão disponíveis, para essa população, 218 (duzentos e dezoito) leitos, sendo 39 (trinta e nove) leitos de Unidades de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica).

Em 2005 tornou-se Hospital de ensino. Atualmente possui 14 (catorze) programas de Residência Médica e um local para especializações dos diversos cursos da área da saúde da

Universidade de Caxias do Sul, tais como Enfermagem, Nutrição, Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, entre outros.

Este estudo se torna relevante à medida que irá demonstrar aos hospitais com características iguais ou semelhantes do Hospital Geral, as dificuldades, oportunidades e todas as ferramentas desenvolvidas pela equipe multiprofissional durante a execução deste processo, no qual culminou com a certificação do nosocômio em questão.

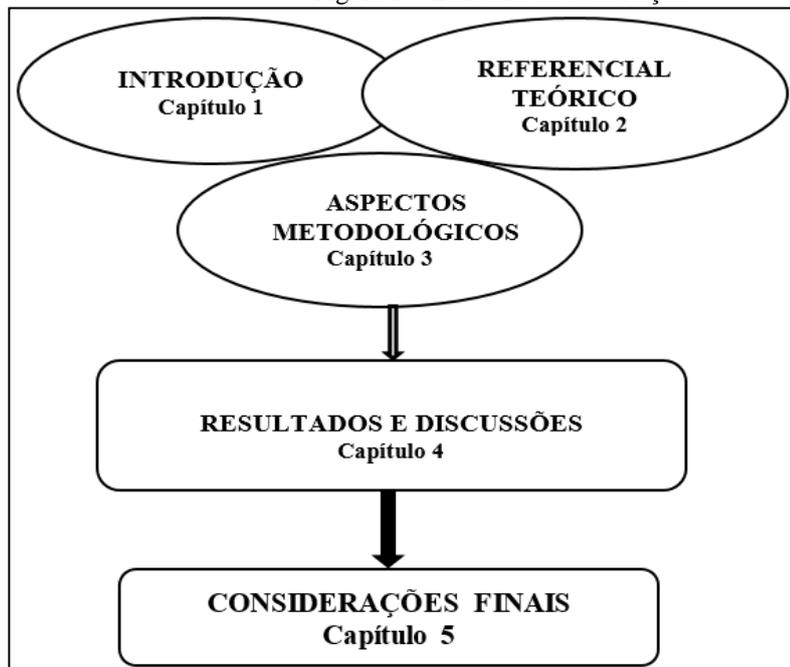
Outro fator de relevância é o Projeto de Lei 126/2012 do Senador Vital do Rêgo, que altera a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) para tornar obrigatória a avaliação periódica dos serviços hospitalares. Segundo o senador, “A organização verifica a conformidade desse sistema de saúde com um conjunto de padrões previamente estabelecidos e divulgados, concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente”.

Também é importante no contexto acadêmico, pois trará um referencial bibliográfico, bem como todo o processo desenvolvido pelo Hospital Geral para atingir a certificação Nível I-ONA, incentivando futuras pesquisas.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A estrutura da dissertação está apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura da dissertação



Fonte: Elaborado pelo autor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item, apresenta-se uma revisão de literatura, que auxiliou na fundamentação e análise do problema.

2.1 INOVAÇÃO

Segundo a Teoria do Desenvolvimento Econômico, publicada em 1911 por Joseph Schumpeter, a inovação é conceituada como o processo de “destruição criativa”. Essa abordagem fundamenta que tal processo deve ser socializado a fim de destruir a ordem econômica existente e, assim, promover o progresso.

Desse modo, o autor definiu cinco pressupostos para a existência da inovação, quais sejam: a criação de um novo produto ou mudança qualitativa em produto já existente, criação de um processo que seja novidade para a indústria, abertura de um novo mercado, desenvolvimento de novas fontes de suprimento de matéria-prima e mudanças organizacionais (SCHUMPETER, 1982).

Para Drucker (1986, p. 25), “a inovação é o instrumento específico dos empreendedores, o meio pelo qual eles exploram a mudança como uma oportunidade para um negócio diferente ou um serviço diferente”. Tidd, Bessant e Pavitt (2008) abordam a questão do conhecimento relacionado à inovação, afirmando que esta consiste na introdução de novas criações através da combinação de diferentes tipos e níveis de conhecimentos.

A inovação também pode ocorrer apenas no âmbito organizacional que a adota, não necessariamente no universo do mercado como um todo. Dessa forma, caracteriza-se como algo não inédito para o mercado, mas ainda assim inédito para a empresa (DOSI, 1982).

Bessant e Tidd (2009) consideram a inovação associada ao crescimento, entretanto não apenas como forma de conquistar novos mercados, mas também de encontrar novas formas/procedimentos para servir aqueles já estabelecidos e consolidados.

O Manual de Oslo (2005), fundamentado nos pressupostos schumpeterianos da inovação, a define como:

[...] a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de marketing, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas. (OSLO, 2005, p. 55).

Desse modo, Oslo (2005) classifica a inovação em quatro dimensões, quais sejam: produto, processo, marketing e organizacional. A primeira dimensão engloba a introdução de um novo bem/serviço e ainda sua significativa melhoria em relação a sua funcionalidade e características.

Para o já mencionado Manual (2005), as inovações são divididas de acordo com a seguinte taxionomia:

- a) Inovação nos Produtos;
- b) Inovações de Processos;
- c) Inovação de Marketing e
- d) Inovação Organizacional.

A inovação de produtos se refere “a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos (OSLO, 2005, p. 55)”. “Estes melhoramentos podem ser verificados em especificações técnicas, componentes e materiais, softwares, otimização de uso ou demais características funcionais”. Já a inovação de processo consiste na implementação de um novo método de produção ou distribuição significativamente melhorado, compreendendo os softwares aplicados à linha de produção ou novos equipamentos que busquem o aperfeiçoamento da qualidade, a redução de custos ou o aumento da produtividade (OSLO, 2005).

A inovação em marketing contempla a implantação de um novo método com mudanças significativas na concepção do produto ou no desenvolvimento de nova embalagem. Refere-se ao posicionamento do produto, sua promoção ou ainda pode ser utilizado na fixação do preço. Com o objetivo de aumentar as vendas, este tipo de inovação busca melhor atender as necessidades dos consumidores ou um melhor redirecionamento do produto já produzido pela empresa, sendo verificada quando utilizada como estratégia, de forma inédita pela organização. (OSLO, 2005).

Por fim, a inovação organizacional engloba a implementação de novas práticas de negócios, no local de trabalho ou nas relações externas. Tem por objetivo aprimorar o desempenho da empresa buscando a redução dos custos, além de promover melhoramentos do ambiente de trabalho, buscando resultados estratégicos (OSLO, 2005).

2.2 AMBIENTE DE INOVAÇÃO

Kimberly e Evanisko (1981) e Schumpeter (1988) defendem a necessidade dos gestores criarem um ambiente favorável para o desenvolvimento de novidades de modo a

promover sua sustentabilidade. Desta forma, Christensen (2003) aborda o processo de inovação como vital para sobrevivência das organizações em um mercado competitivo.

Neste contexto, os gestores exercem papel fundamental, uma vez que necessitam desenvolver estratégias que possibilitem à empresa suportar as mudanças ambientais. (MINTZBERG; AHLASTRAND; LAMPLE, 2000). Sob esta ótica, Leite (2005) e Barbieri et al.(2003) preconizam a criação de um ambiente favorável à inovação onde se verifique a motivação, satisfação, estímulo à criatividade e ao empreendedorismo interno, recompensas, além de adotar uma metodologia adequada e estimular o convívio pessoal. Barbieri et al.(2003), ainda defende que os eventuais erros ocorridos no processo de inovação devem ser entendidos aprendizado.

Segundo estudo desenvolvido por pesquisadores do Minnesota sobre inovação no contexto organizacional por meio de um sistema de investigação denominado Minnesota Innovation Survey (MIS), a inovação funda suas bases em cinco conceitos, quais sejam: ideias, resultados, pessoas, transações e contextos (VAN DE VEM; ANGLE; POOLE, 2000).

Seguindo a conceituação abordada em Van de Vem, Angle e Poole (2000), a ideia é a origem da invenção e sua implantação resulta em inovação. Embora em certos casos possa ser considerada como imitação, consiste na mudança de uma fórmula ou mesmo em uma nova abordagem para o desenvolvimento de um novo produto/processo ou ainda na recombinação de ideias antigas.

Os resultados dependem do desenvolvimento e implantação da novidade (ideia), a qual pode ser revertida em inovação ou resultar em erro. Segundo Van de Ven, Angle e Poole (2000), a MIS pode indicar se a ideia reverte em inovação. Devido à complexidade de implantação da inovação de uma forma geral, as pessoas precisam ser recrutadas, organizadas e dirigidas, para que a interação de diversas habilidades e percepções criem um ambiente que a favoreça.

As relações entre todos os envolvidos no processo são essenciais no gerenciamento da inovação. Deste modo, é necessário estabelecer um ambiente de comprometimento e interação entre as diferentes unidades, grupos ou organizações propício à obtenção e otimização dos recursos (TOMAÉL; ALCARÁ; CHIARA, 2005).

Nesse sentido, o contexto refere-se ao ambiente institucional onde as ideias se originam e são implementadas através da utilização da infraestrutura necessária tanto para desenvolvimento, quanto comercialização (VAN DE VEN et al., 1999).

2.3 INOVAÇÃO EM SERVIÇOS

Serviços consistem em atividades econômicas que geram valor e propiciam benefícios para clientes, considerando tempo e lugares específicos e previamente definidos. Possui, portanto, uma natureza intangível e de certo modo, instável (LOVELOCK; WRIGHT, 2004). Para Grönroos (2001), a eficiência das empresas de serviços depende de um conjunto de recursos (humanos, financeiros, físicos, tecnológicos, etc.) e de um planejamento responsável por colocá-los em funcionamento quando solicitado pelo cliente.

Kotler (1998) define que um serviço possui quatro características básicas que lhes diferencia dos produtos, quais sejam: intangibilidade, inseparabilidade (são produzidos e consumidos simultaneamente), variabilidade e perecibilidade. Por sua vez, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010) salientam que os serviços possuem três dimensões, sendo estas: cocriação de valor, relacionamentos e capacidade de serviço. No que se refere à criação de valor, Berry, Venkatesh e Dotzel (2009) ressaltam que a criação de valor do serviço para os clientes maximiza a vantagem competitiva em todos os momentos e assegura a estabilidade em casos de recessão econômica.

Gallouj (1998) apresenta as abordagens de inovação em serviço comumente empregadas na literatura, quais sejam: tecnicista, baseada nos serviços e integradora. A primeira delas defende que a inovação em serviços é oriunda de inovações tecnológicas geradas pelo setor industrial, sobretudo pelas indústrias de bens de capital. Tal abordagem foi sistematizada pelo modelo do “ciclo reverso do produto” proposto por Barras (1986), cujas inovações em serviços possuem um ciclo contrário às inovações tecnológicas.

Para Barras (1986), inicialmente a nova tecnologia promove a maximização da eficiência na prestação dos serviços oferecidos e, sem seguida, possibilitaria a incrementação direcionada à melhoria da qualidade do serviço. Por fim, o autor define que no último estágio do modelo haveria a difusão tecnológica, provocando a constituição de serviços novos ou significativamente melhorados advindos da adoção dessa tecnologia. Todavia, tal modelo prioriza a indústria, restringindo sua análise aos impactos da tecnologia da informação (GALLOUJ, 1998).

Por sua vez, Hauknes (1998) define a abordagem baseada nos serviços propriamente dita, na qual define as trajetórias intangíveis destes. A ênfase consiste na relação básica e direta entre usuário e produtor, considerando variações em seu grau de intensidade. Por fim, a abordagem integradora visa integrar bens e serviços em uma única teoria sobre a inovação, visto que "existe um processo de convergência ao longo de um continuum entre a manufatura

e os serviços" (HAUKNES, 1998, p. 28). Desse modo, objetiva-se estabelecer características que sejam comuns a produtos e serviços, possibilitando a análise sob o mesmo conceito e tipologia de inovação (HAUKNES, 1998).

Para Hauknes (1998, p.30), a inovação em serviços consiste em “um processo de generalização de capacidades obtidas nas relações específicas com o cliente”. Por sua vez, Sundbo e Gallouj (1998) salientam que a inovação em serviços configura-se como um processo interativo, formado por ligações internas e externas que direcionam a inovação. A inovação advinda desse processo denomina-se inovação ad hoc, frequentemente empregada, e serviços de conhecimento (SUNBO; GALLOUJ, 1998).

Abernathy e Clark (1985) afirmam que há critérios que possibilitam a categorização da inovação, considerando sua significância competitiva. Desse modo, ressaltam que tais critérios fundamentam-se no fato de que a vantagem competitiva depende da aquisição ou desenvolvimento de habilidades e recursos particulares. No que se refere à heterogeneidade e assimetria dos serviços modernos, Howells (2000) e Kon (2004) salientam que novos padrões de consumo se caracterizam pela volatilidade e complexificação dos serviços, assim como sua customização. Enfatizam o viés de minimização dos ciclos de desenvolvimento e vida dos produtos manufaturados e de serviços, o que se justifica pela aceleração das mudanças tecnológicas e pelo uso da Tecnologia da Informação.

Gallouj e Weinstein (1997) afirmam que, ao mesmo tempo em que a teoria da inovação foi desenvolvida fundamentada na inovação tecnológica da manufatura, ela proporciona aos serviços particularidades que dificultam sua mensuração e análise de melhoria por meio de práticas tradicionais. No que tange a produtividade dos serviços, Gadrey (2001) salienta que estes possuem o viés do “Paradoxo de Solow”, que se referem ao fluxo, ou seja, quando os outputs são gerados em determinado tempo, ao passo que em serviços estes precisam ser devidamente definidos.

2.3.1 Inovação em Saúde

O conceito de inovação em saúde é um processo criativo que depende da imaginação e da interação entre organizações (CUNNINGHAM, 2005; SAKELLARIDES, 2008). Segundo Cunningham (2005), a sua aplicação deverá transformar o conhecimento na área da saúde em produtos facilmente alcançáveis, bem como serviços e procedimentos pelo menos em três domínios distintos:

- a) Promover a aplicação da saúde ao desenvolvimento social e individual;

- b) Facilitar a comunicação e interação entre o público, as várias organizações de saúde e o governo;
- c) Fomentar o crescimento econômico através do investimento na saúde em ambiente com suportes físicos e sociais e em centros de tecnologias da saúde.

No cenário social contemporâneo, a inovação traduz os diferentes graus de desenvolvimento tanto das organizações como das sociedades que originam seu desenvolvimento. Desta forma, as inovações ligadas à tecnologia provocam diferenciações significativas no sistema produtivo, sendo responsáveis por novos processos industriais e sociais (BARBOSA, GADELHA 2012).

Segundo Barbosa e Gadelha (2012), essa percepção resulta em um maior dinamismo nas políticas de saúde, resultando na configuração de novos modelos de interação entre Estado, políticas públicas e mercado, aprimorando o setor da saúde como um todo, revertendo em desenvolvimento econômico, tecnológico e sanitário. Deste sentido, o segmento da saúde oferece condições privilegiadas de desenvolvimento em termos de crescimento econômico, pois corresponde a 22% do investimento mundial em atividades de pesquisa e desenvolvimento, especialmente aqueles relativos à ciência e tecnologia para beneficiar a indústria farmacêutica.

No entanto, no Brasil o Estado não fomenta relevantemente a inovação no Sistema Único de Saúde, atuando apenas na demanda pelos serviços e os correspondentes custos para a realização do atendimento (BARBOSA, GADELHA 2012).

Para Albuquerque, Souza e Baessa (2004), a ocorrência da inovação no setor da saúde depende especificamente do conceito atribuído ao complexo médico-industrial, das evidências sobre a existência de um sistema biomédico de inovação e de estudos sobre as interações entre as universidades e as indústrias no desenvolvimento das inovações médicas.

Buscando a sobrevivência no mercado, o setor saúde tem se apresentado mais exigente em relação aos serviços prestados bem como aos profissionais que promovem o atendimento. (BRASIL, 2010). Neste cenário surge uma nova postura destes profissionais que buscam técnicas inovadoras em relação à prestação dos serviços, mas também em relação à qualidade. Buscando a eficiência proposta, os hospitais brasileiros têm procurado obter os certificados de Acreditação Hospitalar (MANZO, 2009).

Desta forma, a utilização de ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento da qualidade implica na renovação das competências da organização. Tais ferramentas integram a inovação, reforçando a posição de mercado das empresas no que se refere a

competitividade, revertendo em um melhor desempenho e produzindo melhores resultados econômico-financeiros. (GRÖNROOS, 2003).

2.4 QUALIDADE EM SERVIÇOS

Importante definir o significado de serviços para falar de qualidade de serviço. Segundo Las Casas (1999), serviços são atos, ações e abrangem todas as categorias de serviços, agregados ou não a um bem. A qualidade de serviços depende da expectativa das pessoas é o sentimento de satisfação individual. Las Casas (1999) lembra que os serviços possuem dois componentes de qualidade que devem ser considerados: “o serviço propriamente dito e a forma como é percebido pelo cliente”.

Porter (1989) salienta que a satisfação do comprador sobre o serviço é tão importante quanto aquilo que a empresa oferece e gera preferência diante dos concorrentes.

A análise que o cliente faz de uma mensagem, isto é, a percepção é o processo psicológico de selecionar estímulos, organizar os dados em padrões reconhecíveis e interpretar as informações resultantes (CERTO, 2003). Kotler (2000) afirma que, influenciado pela percepção, o cliente será motivado para compra.

2.5 ORIGEM DOS HOSPITAIS

A preocupação da humanidade em encontrar alternativas para solução dos problemas relacionados à saúde pública não é recente. Na antiguidade, os indivíduos que necessitavam de algum tipo de cuidado médico não eram atendidos em lugares com denominação específica, contudo, no Código de Hamurabi, datado de 2.250 a.C., se verifica a regulamentação em relação à remuneração dos curadores da época, bem como os castigos que estes deveriam receber em caso de negligência. Sidarta Gautama, o Buda, além de criar locais para os doentes serem atendidos, entendia, em sua época, que era necessário um médico para cada dez cidades. O imperador Júlio César também atribuiu grande importância o exercício da medicina, sendo que em 46 a.C. concedeu aos médicos Gregos, que exerciam atividades em Roma, status de cidadão romano (LISBOA, 2002).

O surgimento do Cristianismo veio acompanhado da visão assistencial dos necessitados. Em função disso, o Concílio de Nicéia, realizado em 325 a.C., tornou obrigatório este tipo de atendimento, o que iniciou o desenvolvimento dos locais destinados ao atendimento dos doentes (LISBOA, 2002). Inicialmente estes locais tinham como função

principal separar os enfermos da sociedade, havendo pouca ou quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o paciente (FOUCAULT, 1981).

Os primeiros hospitais datam do final do século XVIII e, em decorrência da ascensão burguesa, assumiram a responsabilidade quanto aos cuidados dos enfermos, enquanto que os demais tipos de atendimentos assistenciais ficaram a cargo dos asilos (LISBOA, 2002; FOUCAULT, 1981). Neste período, a Academia de Ciência da França buscou uma padronização para os hospitais existentes, cujo objetivo era estudar aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes da época em instituições que buscassem a assistência à saúde e possibilitassem o exercício da prática médica (SCHIESARI, 1999).

Desta forma, os hospitais tiveram suas bases herdadas da filantropia, do cristianismo e do militarismo. A influência militar no que diz respeito à organização das entidades, teve origem durante as guerras e se refere à identificação dos pacientes por meio de fichamentos, identificação dos leitos e a separação das doenças por alas (FOUCAULT, 1981).

Devido à dificuldade para uma mudança significativa em relação ao conceito sobre a função das entidades hospitalares, durante anos estes locais foram entendidos como um ambiente onde se deveriam tratar indivíduos doentes, envolvidos em grande sofrimento. Atualmente as instituições de saúde pretendem, com a humanização nos tratamentos, desenvolver além da cura física oferecer aos pacientes e familiares um ambiente acolhedor (DAL LAGO et al., 2013).

Segundo Gurgel e Vieira (2001), as entidades hospitalares, com as características percebidas atualmente, compõem um conceito recente acerca destas organizações. Desta forma, ser instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doenças é uma percepção relativamente inovadora.

A complexidade das organizações hospitalares se deve principalmente pela multidisciplinaridade apresentada no atendimento despendido por uma equipe com elevado grau de autonomia, com o intuito de assistir pacientes em caráter preventivo, curativo e reabilitador (GURGEL; VIEIRA, 2001). Para Azevedo (1993), esta complexidade se refere ainda ao ambiente propício para a prática de ensino-aprendizagem e produção científica, verificado nestas entidades.

Segundo Cecílio e Feuerwerker (2007), o hospital é uma organização complexa, que ocupa um lugar crítico na prestação de serviços de saúde, por oportunizar a construção de identidades profissionais, com elevado reconhecimento social. É também uma entidade de saúde que passa por redefinição, pois, seja em âmbito público ou privado, vem se debatendo qual papel estas entidades devem desempenhar no que se refere aos cuidados despendidos aos

pacientes, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. Ou seja, estão em debate as expectativas dos gestores e dos usuários em relação aos hospitais (CECÍLIO; FEUERWERKER, 2007).

Quando pensado como empresa, é oportuna a concepção atual de hospitais, arquitetonicamente modernos, com estruturas e instalações que se assemelham as hoteleiras e refinados serviços de apoio nas áreas de alimentação e conforto para os pacientes, acompanhantes e visitantes. Neste contexto, os prédios ainda estão sendo projetados objetivando uma melhor adequação das áreas que despertam inquietudes na prevenção do meio ambiente, promovendo o equilíbrio entre crescimento econômico e justiça social (MATOS et al., 2006; SAMPAIO, 2006).

A partir da análise dos conceitos de sustentabilidade, arquitetura hospitalar, conforto e qualidade, constatou-se a importância da preocupação em se desenvolver projetos hospitalares adequados, desde o início, à preservação dos recursos ambientais (SAMPALIO, 2006).

O mesmo autor relata que os ambientes hospitalares, por estarem diretamente ligados à saúde do indivíduo, devem oportunizar aos pacientes um atendimento confortável e de qualidade. Estas características se referem à satisfação das necessidades tecnológicas para o exercício da medicina. Ou seja, apresentar espaços flexíveis que possam acomodar sofisticados equipamentos, permitindo atendimentos com tranquilidade, bem-estar, confiança e com condições de recuperação aos usuários.

No entanto, verifica-se que a modernização tem ocorrido não só na parte arquitetônica, mas também na gestão hospitalar. É constante a busca pela qualidade no atendimento hospitalar, materializado pela satisfação do paciente quanto ao atendimento em sua totalidade. Neste sentido, autores como Feldman, Gatto e Cunha (2005), Oliveira (2003), Fitzsimmons (2000) e Cecílio e Mendes (2004) defendem a necessidade da gestão integrada como objetivo de alcançar a qualidade e a acreditação.

2.6 QUALIDADE NO SERVIÇO HOSPITALAR

A preocupação com a qualidade na saúde teve início em Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C) e tornou-se mais intensa no século XX, tendo como base o contexto industrial, aperfeiçoado por pensadores americanos que trabalhavam com Qualidade (SCHIESARI, 1999).

Os modelos criados tanto pelos americanos como pelos japoneses necessitaram de

adaptações para serem inseridos na realidade empresarial brasileira. Estas adaptações necessitaram de um aprofundamento em relação ao conhecimento das diferenças, vantagens e desvantagens da implantação, além das características presentes no mercado nacional para o desenvolvimento e aplicação do modelo proposto (SCHIESARI, 1999).

Desta forma, desde seu surgimento, os hospitais vêm passando por mudanças significativas, tendo por objetivo principal aprimorar a qualidade em relação aos atendimentos prestados aos usuários. Dentre as mudanças observadas, destacam-se as novas formas de organização e reestruturação destes ambientes, aliadas aos avanços tecnológicos necessários para a prestação dos serviços colocados à disposição da população (MATOS et al., 2006).

As bases para a construção da qualidade na área da saúde iniciaram em Avedis Donabedian, a partir de 1960, com as recomendações de acompanhamento constante e avaliações dos serviços assistenciais, por meio de indicadores que monitorassem os processos (VARGAS et al.; 2007).

Para Donabedian (1988), o processo avaliativo deve considerar três áreas definidas classicamente: estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos elementos materiais, financeiros e humanos. Também se refere à área física, aos sistemas de informação utilizados, normas operacionais e administrativas obedecidas e ainda aos aspectos organizacionais e políticos, os quais impactam de forma determinante os demais setores.

O processo por sua vez se refere à prestação assistencial de forma padronizada, utilizando ferramentas de modo a reconhecer e resolver os problemas identificados. Por fim, a análise do resultado abarca os efeitos dos cuidados prestados ao paciente durante os atendimentos (DONABEDIAN, 1988). Assim, “a qualidade na atenção médica consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente e ao menor custo” (DONABEDIAN, 1980, p.140).

No entanto, Mezomo (2001) sustenta que a qualidade em relação às entidades hospitalares também dependem do desempenho dos profissionais que exercem atividades neste setor. Desta forma, o uso de tecnologia de ponta e uma melhor estruturação dos processos não são suficientes casos, pois não se verifica o comprometimento da equipe em alcançar os resultados almejados.

Ademais, a obtenção da qualidade envolve não só um conjunto de técnicas, mas depende também de ações para afirmação de processos sociais as quais dependem de posturas profissionais éticas que oportunizem a revisão de valores e conceitos (BONATO, 2007).

Para Bonato (2007),

Esse processo é dinâmico, influenciando e é influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e ressignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação desde segmento (BONATO, 2007, p. 48).

Mezomo (2001) alerta para a importância da motivação da equipe, uma vez que os profissionais devem ter a real dimensão dos papéis que desempenham para o desenvolvimento do processo a ser implementado.

A gestão da qualidade se apresenta como o melhor caminho para alcançar um diferencial competitivo e tornou-se uma abordagem necessária para a sobrevivência das entidades hospitalares no mercado atual (NEVES JUNIOR, 2004).

Contudo, o processo de Gestão da Qualidade é dinâmico e contínuo. E por esse motivo, depende de avaliações periódicas, profundas e específicas que tem por finalidade identificar eventuais falhas nos procedimentos adotados em toda a instituição, analisando as rotinas tanto em nível operacional como também administrativas (NOVAES; PAGANINI, 1994) e seu principal objetivo é a melhoria contínua dos processos e resultados assistenciais (BRASIL, 2013).

Para a Organização Nacional de Acreditação – ONA, a dificuldade em se incorporar as práticas relativas à qualidade nos serviços ligados à saúde está relacionada à variada oferta de serviços oferecidos, falta de padronização nos processos, conflito de interesses por parte dos colaboradores, desconhecimento técnico por parte dos usuários e a baixa competitividade ONA (2015).

Os profissionais que atuam na área da saúde são fiscalizados por agentes competentes de acordo com sua categoria, assim o profissional adquire autonomia em relação aos hospitais, pois o controle e a padronização dos procedimentos são realizados fora da entidade, como, por exemplo, em cursos profissionalizantes (MINTZBERG, 1995).

Desta realidade vincula-se a resistência observada por parte dos colaboradores em aderir aos programas de qualidade buscando a acreditação hospitalar, pois temem perder a independência durante a realização do atendimento. É necessária, então, a realização de um trabalho de motivação das equipes, de modo que os profissionais entendam os benefícios da implantação de um programa de qualidade e, com isso, se compromete a execução dos processos e aceitem as mudanças diagnosticadas (MINTZBERG, 1995).

Para Cecílio e Mendes (2004), os hospitais passaram a ser pensados como empresas na década de 90 e, desta forma, iniciou-se a preocupação no tocante à obtenção de modelos de gestão que oportunizassem a renovação das entidades, fossem elas públicas ou privadas.

Bernardes (2007) aponta algumas práticas que favorecem a gestão moderna dos hospitais, tais como criar novas formas de relacionamento entre os médicos e o hospital, fortalecer os laços entre a direção e o corpo de enfermagem criando novos mecanismos de controle para os processos implantados, a terceirização das atividades meio, a informatização dos processos administrativos, a adoção da Acreditação Hospitalar.

Neste cenário, a Acreditação Hospitalar se apresenta como alternativa para garantir a qualidade da assistência prestada nas entidades hospitalares por meio de padrões pré-estabelecidos (SCHIESARI, 1999; BRASIL, 2013).

2.7 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O termo acreditação se refere a dar créditos, ter ou crer como verdadeiro. Desta forma, o particípio do verbo acreditar, qual seja acreditado, significa que o agente inspira ou merece confiança, além de ser autorizado ou reconhecido por alguém (ALONSO, 2002).

No ambiente hospitalar, a definição de acreditação está ligada aos procedimentos de avaliação reservada dos recursos institucionais de forma voluntária e periódica, buscando garantir a qualidade da assistência prestada e observando padrões previamente aceitos, podendo ser equiparado aos sistemas *International Organization for Standardization* – ISO, aplicado nas organizações empresariais (QUINTO NETO GASTAL, 1997).

É, então, uma importante ferramenta para o gerenciamento coletivo da qualidade, uma vez que, além de representar a melhoria contínua da instituição, também reverte em reconhecimento perante a sociedade (ALONSO, 2002).

Para Alonso (2002), os principais vetores para a obtenção da acreditação hospitalar são a competência e a qualidade. Segundo o autor, a competência reverte em qualidade, uma vez que os profissionais estão aptos a resolver problemas com habilidade, capacidade, aptidão e idoneidade.

O ambiente hospitalar é revestido de complexidade, tendo em vista abrigar diversos profissionais competentes a desempenharem diferentes atividades de forma fragmentada. Nesse cenário, o colaborador da área da saúde, em geral, mantém seu próprio trabalho (classificado como heterogêneo e descontínuo) e organiza sua própria rotina, dificultando a normatização técnica e a avaliação em relação à produtividade. (ALONSO, 2002).

A qualidade, tão importante quanto a competência, está atrelada à habilidade em satisfazer as necessidades e explícitas e implícitas da organização (ALONSO, 2002).

Assim, a acreditação hospitalar compreende a avaliação da qualidade no tocante a assistência médico-hospitalar proporcionada ao paciente. Segundo Foguel e Souza (1995), o êxito na implantação de um processo em uma entidade compreende um conjunto de variáveis que compõem a vivência e a dinâmica organizacional, bem como o seu desenvolvimento.

Os hospitais dependem, para a prestação de seus serviços, de uma estrutura complexa e do uso de tecnologia de ponta. No entanto, necessitam também do uso de mecanismos que garantam a eficiência dos serviços prestados, revertendo na melhoria da qualidade no atendimento (BRASIL, 2010).

No cenário nacional, em 1951, no 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, realizado em São Paulo, estabeleceu-se os padrões mínimos a serem observados pelos centros cirúrgicos, contemplando o preenchimento dos prontuários médicos, os aspectos físicos e a organização destas unidades (ANTUNES, 2002).

Posteriormente, o Ministério da Saúde (1998 – 1999) lançou o projeto da “Acreditação do Brasil”, que teve por objetivo a sensibilização e o aperfeiçoamento quanto ao entendimento em relação ao sistema brasileiro de Acreditação. As palestras desenvolvidas durante este projeto ainda tinham por finalidade a criação da ONA, Organização Nacional de Acreditação (SCHIESARI, 1999).

A ONA consiste em uma entidade de natureza privada e sem fins lucrativos que tem por finalidade a preservação de interesses coletivos. Desta forma, objetiva a implantação de um processo que vise a melhoria da qualidade de forma permanente (ONA, 2015).

Assim:

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde.

Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

O processo acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

- é voluntário, feito por escolha da organização de saúde;

- é periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado;

- é reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas (ONA, 2015).

Para Antunes (2002), a missão desta entidade é aprimorar a qualidade assistencial brasileira no tocante ao atendimento no setor da saúde, uma vez que é responsável por estabelecer os padrões de qualidade, promover o monitoramento das instituições e pelo próprio processo de Acreditação. Cabe à ONA ainda credenciar as empresas acreditadoras as quais competem a realização da avaliação dos serviços de saúde em âmbito nacional (FELDMAN et al., 2005).

Nesta forma, o processo de acreditação consiste em procedimento sigiloso de avaliação dos recursos institucionais, de forma voluntária e periódica, que tem, por objetivo, garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente determinados em níveis mínimos ou mais exigentes (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No ano de 1990 firmou-se um convênio entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS para o desenvolvimento de um Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina. A OPAS, então, promoveu, neste período, o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, onde apresentou o Manual de Acreditação da OPAS, inicialmente denominado Manual de Padrões de Acreditação para América Latina. (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

Em 1997, o Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA realizou um seminário com a assessoria da *Joint Commission*, com o objetivo de elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Este evento teve como resultado a integração do Brasil ao contexto internacional de avaliação dos serviços de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1988, foi lançado oficialmente o Programa Brasileiro de Acreditação, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência em Saúde, realizado em Budapeste (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em seguida, foram elaboradas normas básicas para o desenvolvimento das propostas para o processo de acreditação a serem observadas pelo Sistema Nacional de Acreditação, referentes ao credenciamento de instituições acreditadoras, a qualificação e capacitação de avaliadores, código de ética e ao programa brasileiro de acreditação hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

2.7.1 Certificados Nacionais e Internacionais

Os processos de verificação da qualidade na área da saúde surgiram da necessidade de padronização dos métodos e do atendimento aos usuários. Na Década de 20, o Colégio Americano de Cirurgiões iniciou o processo de estabelecer padrões que pudessem garantir a qualidade no tocante ao atendimento aos pacientes. Este processo foi denominado Programa de Padronização Hospitalar – PPH e estabelecia as condições a serem observadas durante a realização dos procedimentos médicos (FELDMAN et al., 2005).

Embora a propostas de padronização dos métodos preconizadas pelo Colégio Americano de Cirurgiões tenha ocorrido em 1924, sua consolidação, no que se refere à verificação de programas sociais, se verificou no período posterior à Segunda Grande Guerra

– 1939 a 1945 –, influenciado pela realidade presenciada nos hospitais militares durante este conflito (GASTAL; ROESSLER, 2006).

A partir do ano de 1949, o Colégio Americano de Cirurgiões apresentava dificuldades em manter em uso o manual, devido aos avanços tecnológicos e aumento do número de instituições. Desta forma, estabeleceu parcerias com a Associação Médica Americana, a Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais, com finalidade de aperfeiçoamento da qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A parceria estabelecida entre estes atores deu origem à Comissão Conjunta de Acreditação dos hospitais – CCAH, em 1951. E, em 1952, esta comissão determinou que o programa de Acreditação ficaria a cargo da *Commissionon Accreditation of Hospitals*, que procurou disseminar a qualidade no meio médico-hospitalar em todo o território dos Estados Unidos. Este trabalho resultou na aprovação de leis que regulamentaram a avaliação, consultoria e a educação hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1970, *Commissionon Accreditation of Hospitals* editou o *Accreditation Manual for Hospital*, aumentando assim as exigências para se obter os padrões de qualidade, pois na década anterior a maioria dos hospitais do país já contava com os padrões mínimos estabelecidos (ROTHBATH, 2011; LIMA; ERDMANN, 2006; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Ao tempo desta pesquisa a *Joint Commissionon Accreditation of Healthcare* tem se dedicado a enfatizar o atendimento por meio do monitoramento dos indicadores de desempenho adaptados à gravidade e ao desempenho da instituição. Além do monitoramento das atividades, tem assumido papel deliberativo, uma vez que tem editado normas, padrões e recomendações, que devem ser observadas pelas entidades hospitalares que busquem os certificados de qualidade (ROTHBATH, 2011; LIMA; ERDMANN, 2006)

No Brasil, a Acreditação Hospitalar pode ser conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – SMB, sendo que este último é representante da *Joint Commission*.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) entende o processo de Acreditação como uma estratégia com o intuito de desenvolver a qualidade na América Latina e, por esse motivo, firmou convênio com as seguintes entidades: a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde, tendo por finalidade desenvolver um Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Atualmente os hospitais brasileiros podem ser acreditados por meio de três modelos: Organização Nacional de Acreditação, *Joint Commission International* e *Accreditation Canada International* ou Sistema Canadense de Acreditação, conhecida como *Canadian Council on Health Services Accreditation* (BONATTO, 2008; SCHIESARI, 2003).

A Organização Nacional de Acreditação - ONA consiste em uma organização privada, sem fins lucrativos, reconhecida por contribuir para o aprimoramento da qualidade no que se refere à assistência à saúde nos hospitais brasileiros por meio do processo de Acreditação (BRASIL, 2010).

A *Joint Commission International (JCI)* consiste em uma organização americana que concede a acreditação de empresas do setor da saúde, avaliando a segurança do paciente e identificando-o corretamente, buscando uma comunicação eficiente entre todos os envolvidos na prestação dos serviços, principalmente nos que se refere à administração de medicamentos de alto risco (BONATTO, 2008; SCHIESARI, 2003).

Atualmente esta entidade é entendida como um dos principais agentes certificadores no cenário mundial, devido aos seus padrões de assistência, servindo de modelo para outras entidades em todo o mundo. Para receber o certificado da JCI, o hospital deve atender aos rigorosos critérios estabelecidos por este instituto (ROTHBATH, 2001; CAMPOS, 2006; GENTIL; SANNA, 2009).

A *Accreditation Canada* preconiza que instituições de saúde busquem seu posicionamento conceitual tanto no mercado nacional como no internacional. Para esta entidade acreditadora, a segurança do paciente deve estar aliada a boas práticas no atendimento (SCHIESARI, 2003; BONATTO, 2008).

Com mais de cinquenta anos de atuação no mercado, possui reconhecimento internacional e esse sistema pode ser comparado ao modelo ISO, contudo é aplicado especificamente em entidades que se dediquem a assistência a saúde (BONATTO, 2008). Este modelo busca elevar a qualidade das instituições prestadoras de serviços em saúde por meio da educação e certificação (DA SILVA, 2008; BONATTO, 2008).

No Brasil, a certificação canadense tem se consolidado há mais de uma década, por ser um processo rigoroso que, por meio da autoavaliação e supervisão dos processos, identificam as ameaças à qualidade, favorecendo e oportunizando a melhoria contínua (DA SILVA, 2008; BONATTO, 2008).

A metodologia utilizada pela ONA busca avaliar a estrutura, os processos, a segurança, os resultados alcançados e a gestão nos hospitais no que tange a assistência direta ao paciente. Já a metodologia canadense pretende alcançar os objetivos pretendidos por meio

do melhoramento nos aspectos de lideranças, recursos humanos, estrutura física e comunicação entre os setores. A metodologia apresentada pela *Joint Comissions* se assemelha à canadense. E sua diferenciação se verifica na formalização dos processos e procedimentos exigidos. Desta forma, entende-se que um selo complementa o outro na busca pela Acreditação Hospitalar (BONATTO, 2008; SCHIESARI, 2003).

Considerados visionários, os hospitais que buscam as certificações nacionais ou internacionais pretendem se manter de forma sólida no mercado por meio de uma assistência amparada pela qualidade de seus serviços. Neste sentido, verifica-se a possibilidade de obtenção dos três certificados anteriormente apresentados neste trabalho (JCI, ONA e *Accreditation Canada*), conquistando, assim, a denominada a tríplice certificação ou Tríplice Coroa (BRASIL, 2010).

Nos modelos de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresentados, é necessária uma equipe de avaliadores que deve ser composta por, no mínimo, três membros: um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão (BRASIL, 2010).

A certificação hospitalar pelo processo de acreditação não acarreta a perfeição no atendimento, mas estabelece níveis de qualidade que podem ser obtidos de forma crescente, oportunizando a melhoria da assistência à saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; COUTO; PEDROSA, 2009).

A obtenção da qualidade deve focar primeiramente nos recursos humanos disponíveis. E neste contexto é imprescindível o envolvimento e o comprometimento das equipes de todos os setores (GENTIL; SANNA, 2009).

Nos Estados Unidos, Canadá e nos países europeus, a cultura da Acreditação é amplamente disseminada entre os hospitais locais, entre os usuários e sociedade de modo geral. Apesar de ser um investimento caro, reverte positivamente à entidade uma vez que é entendido como um dos principais critérios de escolha utilizado pelos usuários dos serviços de saúde (MARTINS, 2011).

Em 2012, por iniciativa do Senador Vital do Rego (PMDB-PB), foi proposto ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Suplementar 126, que tem por objetivo alterar a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/1990, de modo a tornar obrigatória a avaliação periódica, a acreditação e a certificação de qualidade de hospitais, sejam eles públicos ou privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tal projeto foi apreciado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e, com apenas uma emenda (supressão da palavra

acreditação do texto original), foi encaminhado à Câmara dos Deputados para nova apreciação (ONA, 2015).

Ao tempo desta pesquisa ainda não ocorreu a segunda apreciação e, se aprovada nas duas casas legislativas, caberá aos órgãos competentes pelas áreas da saúde o dever de estabelecer critérios e parâmetros a serem obedecidos pelas entidades hospitalares (ONA, 2015).

Se comparado a estes países, a cultura da acreditação precisa evoluir no Brasil e, para o Senador Vital do Rêgo, a melhoria da qualidade hospitalar ainda é um desafio, pois “o Brasil trabalha com avaliação desde a década de 1970, mas não houve impacto significativo sobre a qualidade dos serviços”. Devido a isso, Vital do Rêgo defende que a evolução poderá ser acelerada com a obrigatoriedade da lei, uma vez que deixaria de ser um procedimento voluntário (ONA, 2015).

Para a relatora, Senadora Ângela Portela, a proposta é relevante, uma vez que a Acreditação hospitalar consiste em um método de avaliação e certificação da qualidade dos serviços feito de modo adequado e seguro (ONA, 2015). Frente a esta necessidade de estabelecer processos de qualidade nos serviços de saúde, torna-se necessário analisar melhor o processo de Acreditação Hospitalar – ONA.

2.7.2 Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) consiste em um instrumento de avaliação da qualidade institucional, organizado em seções e subseções. As seções se referem aos serviços, setores ou unidades com características semelhantes, possibilitando a avaliação da instituição de forma segura e sistêmica. Já as subseções tratam do escopo de cada serviço, setor ou unidade, de acordo com os três níveis estabelecidos, obedecendo ao grau de complexidade e incorporação dos requisitos já alcançados (BRASIL, 2004).

Para o manual, cada divisão possui o mesmo grau de importância para o processo avaliativo. Desta forma, cada subseção é composta por padrões de qualidade que buscam avaliar a estrutura, o processo e o resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade, observando os itens pré-estabelecidos como norteadores para a identificação de deficiências. Ressalva que o nível superior somente será alcançado quando o anterior tiver sido atingido na totalidade (LABBADIA et al., 2004).

O Nível 1 se refere aos requisitos formais, técnicos e estruturais conforme a legislação correspondente além de identificar riscos específicos e os gerencia com foco na segurança no atendimento. O Nível 2 contempla o gerenciamento dos processos e suas interações sistêmicas, estabelecendo mecanismos de medição e avaliação além de contar com 24 programas de educação e treinamento continuados, buscando a melhoria dos processos adotados.

Por fim, o Nível 3 utiliza perspectivas de avaliação organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos, dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para indicadores, apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica (BRASIL, 2006).

2.7.3 Níveis de Acreditação

O Sistema Brasileiro de Acreditação possui padrões de qualidade bem como requisitos de padrão genéricos, os quais são estruturados em três níveis, como pode ser verificado no Quadro 1.

Os requisitos dos Níveis 1 e 2 se referem aos serviços alocados em uma das oito (8) seções presentes no instrumento avaliativo, quais sejam: liderança e administração, organização profissional, atenção ao paciente/cliente, diagnóstico, apoio técnico, abastecimento e apoio logístico, infraestrutura e ensino e pesquisa. Já o Nível 3 trata da aplicação da seção como um todo.

Quadro 1 – Padrões e itens de orientação do Sistema Brasileiro de Acreditação

(continua)

Nível	Padrão	Requisitos de Padrão
Nível 1 Segurança	Atende aos requisitos formais e de estrutura e executa as atividades proporcionando a segurança do paciente, conforme o perfil e porte da organização.	<ul style="list-style-type: none"> - Profissional com capacitação compatível, dimensionamento à complexidade e perfil da organização. - Condições operacionais e de infraestrutura. - Critério e procedimentos de segurança para a utilização e manuseio de materiais, produtos, equipamentos e serviços. - Gerencia o fluxo e a demanda do serviço. - Comunicação efetiva entre as áreas. - Sistema de informação com registros atualizados. - Mecanismos de validação dos procedimentos e rastreabilidade da informação. - Define planos de contingências.

(conclusão)

		<p>Assegura o suporte técnico e promove a educação permanente dos profissionais de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitora a qualificação dos fornecedores críticos - Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo, se aplicável, da calibração. - Cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção. - Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela. - Gerencia os resíduos. - Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e responsabilidade civil.
Nível 2 - Gestão Integrada	<p>Gerencia as interações entre os fornecedores e clientes, estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade e promove ações de melhoria e aprendizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica fornecedores e clientes e sua interação sistêmica. - Formaliza a interação dos processos entre clientes e fornecedores. - Gerencia a interação entre processos e sua melhoria. - Evidencia a efetiva utilização do conhecimento e das habilidades, na execução das atividades dos processos. - Evidencia o impacto no processo decorrente das ações de aprendizado. - Dispõe de sistemática de medição e avaliação da efetividade do processo. - Promove ações de melhoria e a minimização de riscos. - Evidencia o impacto e a efetividade do gerenciamento de riscos.
<u>Nível 3 - Excelência em Gestão</u>	<p>Desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização, os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável, evidências de melhorias e inovações decorrentes de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores alinhados e correlacionados com as estratégias da organização. - Resultados apresentam informações íntegras e atualizadas. - Estabelece uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão. - Apresenta evolução de desempenho e tendência dos indicadores de resultado global. - Realiza análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações. - Apresenta tendência favorável de desempenho de resultados. - Identifica oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais, com evidências de resultados positivos.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde 2006; Ruffini, 2010.

O Nível 1 contempla o princípio da Segurança relativo à estrutura dos ambientes para fornecer uma assistência adequada ao paciente. Conforme Gastal (2006), este Nível 1 abarca os requisitos básicos para o atendimento ao paciente. Assim, requer a utilização de recursos humanos compatíveis com a complexidade, profissionais qualificados e um responsável técnico devidamente habilitado para atuação em área institucional correspondente. Para alcançar o Nível 1 em Acreditação, o hospital deverá atender todos os requisitos exigidos de forma integral, passando a ser considerada uma instituição ACREDITADA (EMIDIO, 2009).

O Nível 2 se refere à Gestão Integrada dos processos, que busca evidenciar a adoção de um planejamento organizacional da assistência, no que se refere à documentação, quadro de funcionários, treinamentos, controle e estatísticas, que venham a influenciar a tomada de decisão clínica e gerencial, bem como as práticas de auditoria interna. Neste momento, a intuição deve atender cumulativamente e integralmente os requisitos que integram os níveis 1 e 2 em todos os setores, assim conquistando a condição de ACREDITADA PLENA (EMIDIO, 2009).

Já o Nível 3 trata da Excelência em Gestão, onde as exigências buscam evidências de políticas institucionais que busquem a melhoria contínua no que se refere a estruturas, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais, assim como evidências de atualização da tecnologia de informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Assim a instituição deve manter os níveis de qualidade já alcançados nos níveis anteriores e cumprir integralmente os requisitos definidos no Nível 3 para todos os setores, conquistando assim a condição de ACREDITADA COM EXCELÊNCIA (EMIDIO, 2009).

Atualmente, existem, no Brasil, 225 hospitais acreditados no Brasil. Destes, 59 são Acreditados, 70 são Acreditados Plenos e 96 são Acreditados com Excelência. Essas instituições estão dispersas geograficamente por todo o país, porém há uma maior concentração no estado de São Paulo. No Rio Grande do Sul, há 7 hospitais acreditados: sendo 1 Hospital Acreditado, 4 Hospitais Acreditados Plenos, 2 Hospitais Acreditados com Excelência (ONA 2015).

2.8 ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com o advento da Constituição Federal Brasileira de 1988, que atribuiu ao Estado o dever de garantir o direito a saúde a todos os cidadãos, sejam eles brasileiros ou estrangeiros, inaugurando um modelo de atendimento

universal. Implantado de forma gradual, resultou de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária, o que implicou em mudanças na legislação brasileira. Inicialmente o governo criou o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS. Posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS – foi incorporado ao Ministério da Saúde por meio do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990. Por fim, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde no ordenamento jurídico pátrio (MATSUZAWA et al, 2008).

Considerada um marco histórico em relação às políticas de saúde pública, a Constituição Federal de 1988 assegura legalmente ao indivíduo o acesso à saúde como direito fundamental, conforme preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Para tanto, assenta suas bases em três fundamentos básicos: a universalização do acesso às ações e aos serviços de atenção à saúde, a integralidade da cobertura dos serviços e a equidade na distribuição dos recursos públicos. No entanto, cabe ressaltar que as práticas de saúde pública são desenvolvidas de acordo com as características de uma determinada sociedade, desta forma pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde Brasileiro é um projeto inacabado em permanente construção (MATSUZAWA et al, 2008).

De acordo com a Carta Constitucional, e impulsionada pelos debates ocorridos na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde que determinou os seguintes princípios organizacionais do SUS:

- a) descentralização;
- b) hierarquização da prestação de serviços;
- c) gestão unificada e pactuada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e;
- d) participação social por meio dos conselhos constituídos por vários segmentos da sociedade civil organizada.

A aludida lei também atribuiu ao SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na esfera de atuação do sistema (BRASIL, 1990; MATSUZAWA et al, 2008).

Para Matsuzawa et al (2008), os entes federados não conseguiram cumprir o projeto constitucional, o que resultou na ascensão dos planos privados de saúde que passaram a representar um modelo de financiamento no que se refere ao atendimento da saúde à população, em especial às classes com alta e média renda. Dado o crescimento deste modelo de atendimento, surgiu a necessidade de intervenção estatal por meio de medidas regulatórias que tinham por objetivo defender o consumidor de eventuais abusos. Neste sentido, em 1998 surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com a finalidade de regular as ações

das operadoras de saúde. Neste cenário, os planos de saúde precisaram se adequar, de modo a observar as disposições legais para evitar denúncias e reclamações negativas no tocante à cobertura e atendimento aos pacientes após a assinaturas do contrato.

Conforme redação dada pela Lei 9.656 de 1998, os planos de saúde ficam obrigados a cobrir procedimentos como os tratamentos de câncer, doenças congênitas, transtornos psiquiátricos, AIDS, transplantes de rins e córnea, além de estarem impedidos de negar assistência aos portadores de doenças preexistentes, item este sujeito à regulamentação específica (ANS, 1998).

Neste cenário, Grönroos (2003) assevera que a qualidade e a excelência na prestação de serviços estão intimamente ligadas ao sucesso da organização, representando um diferencial competitivo. Contudo, este autor adverte que a qualidade não deve estar vinculada a procedimentos técnicos de forma singular. Para ele, o relacionamento e as estratégias que identificam as expectativas dos clientes agregam valor ao serviço, propiciando a implantação adequada de uma estratégia que reverterá em vantagem competitiva.

Desta forma, a utilização de ferramentas que oportunizem o aperfeiçoamento da qualidade implica na renovação das competências da organização. Tais ferramentas integram a inovação, reforçam a posição de mercado, revertem em competitividade, oferecem um melhor desempenho, e produzem melhores resultados econômico-financeiros (GRÖNROOS, 2003).

Para Porter e Teisberg (2007, p.130), “na assistência à saúde, a inovação tem sido quase sempre discricionária e aleatória porque o valor superior não é medido nem recompensado”.

A competição por resultados então, deve estimular, além da qualidade na assistência, o valor agregado na percepção do paciente. Neste contexto, a busca como certificações de qualidade, como a acreditação hospitalar, tem se mostrado uma forma eficiente de inovação.

2.9 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O ambiente de concorrência, típico do sistema capitalista, fez com que as empresas buscassem o desenvolvimento de suas capacidades para estarem aptas a enfrentar os desafios de mercado. (TEECE et al.,1997).

Neste cenário, Grönroos (2003) assegura que a qualidade e a excelência na prestação de serviços estão intimamente ligadas ao sucesso da organização, representando assim um diferencial competitivo. Contudo, este autor adverte que a qualidade não deve estar vinculada

a procedimentos técnicos de forma singular, pois o relacionamento e as estratégias que identificam as expectativas dos clientes agregam valor ao produto/serviço, oportunizando a implantação adequada de uma estratégia de serviços, a qual posteriormente reverterá em vantagem competitiva (GRÖNROOS, 2003).

Para Porter e Teisberg (2007, p.130), “na assistência à saúde, a inovação tem sido quase sempre discricionária e aleatória, porque o valor superior não é medido nem recompensado”.

Salientam ainda que a competição por resultados deve estimular, além da qualidade na assistência, o valor agregado na percepção do paciente. Neste contexto, a busca de certificações de qualidade, confiando a estas entidades o selo de Acreditação Hospitalar, tem se mostrado uma forma eficiente de inovação.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a realização desta dissertação de mestrado.

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

Segundo Roesch (1999), “a metodologia descreve como será realizado o trabalho”. Consiste na definição do delineamento da pesquisa e as técnicas de coleta e análise de dados, o que será abordado a seguir.

As pesquisas com relação à abordagem do problema podem ser classificadas em qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (GIL, 1991). A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (GIL, 1991).

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (GIL, 1991).

As pesquisas podem quanto aos objetivos ser classificadas em três categorias gerais: exploratórias, descritivas e explicativas. A pesquisa exploratória visa a descoberta, o achado, e busca entender sobre a natureza geral de um problema (GIL, 1991). A pesquisa descritiva tem como propósito analisar, registrar e analisar fenômenos de algum ambiente (GIL, 1991). E, por fim, a explicativa registra fatos, analisa-os, interpreta-os e identifica suas causas. Essa prática visa ampliar generalizações, definir leis mais amplas, estruturar e definir modelos teóricos (AAKER; KUMAR; DAY, 2004).

Segundo Gil (1991), as pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar familiaridade com o problema. Portanto, “pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (1991, p.45) e, tratando-se de pesquisa descritiva, o mesmo autor diz que ela “[...] têm o objetivo primordial da descrição de características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1991, p.46).

A pesquisa realizada nesta dissertação se classifica quanto aos objetivos como exploratória e descritiva (GIL, 1991). Classifica-se como pesquisa exploratória em razão da inexistência de pesquisas do processo de acreditação no Hospital onde foi realizada a pesquisa e como pesquisa exploratória em razão da inexistência de pesquisas do processo de acreditação no Hospital pesquisado.

Quanto aos meios, a pesquisa pode ser classificada em bibliográfica, documental, de campo e estudo de caso. Preconiza Vergara (2000) como pesquisa bibliográfica, pois utilizará material acessível ao público em geral como livros, artigos, teses, dissertações, dentre outros. Também de campo, face utilização de investigação empírica realizada no local onde ocorre o fenômeno, ou seja, no Hospital Geral Caxias do Sul, assim como características de estudo de caso.

Para Chizzotti (2006), o estudo de caso envolve diversas fontes para coletar informações sobre aspectos de vida dos indivíduos. Assim o autor define:

Um estudo de caso envolve coleta sistemática de informações sobre uma pessoa particular, aspectos da vida de um indivíduo, de ações de membro de um grupo, aspectos de um evento, de uma organização, empresa ou comunidade. Recorre, para isso, a múltiplas fontes de coleta de informações, como documentos, cartas, relatórios, entrevistas, história de vida, observação participante, pesquisa de campo, recursos audiovisuais. A fonte mais constante e usual tem sido a entrevista nas suas diversas modalidades: aberta, semiestruturada ou focada (CHIZZOTTI, 2006, p. 140).

O plano metodológico adotado para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado está dividido em três fases distintas, porém complementares. A primeira fase refere-se à pesquisa documental, a segunda à pesquisa qualitativa e a terceira à pesquisa quantitativa.

3.2 FASES DA PESQUISA

3.2.1 Fase Documental

Para Marconi e Lakatos (2002, p. 62), a pesquisa documental é o tipo de pesquisa em que “a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”.

Inicialmente foi realizada uma análise documental (APENDICE A) referente ao diagnóstico inicial realizado por uma empresa certificadora, o qual foram apontados pontos fortes e pontos fracos da instituição, bem como as inconformidades dos processos

assistenciais e administrativos, levando em consideração o Manual de Acreditação 2010 – ONA. Também foi analisado o Relatório da Pré-certificação e posteriormente o Relatório de Avaliação que culminou com a certificação.

3.2.2 Fase Qualitativa

Nesta fase foram realizadas entrevistas individuais, as quais possibilitaram obter uma variedade de informações e percepções que os grupos possuem em relação às variáveis de estudo. Corroborando Richardson (1999, p. 160) que “é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida”. A técnica de entrevista semiestruturada se deu como uma forma de proporcionar ao entrevistado um entendimento e com características detalhadas, com a liberdade do entrevistado falar sem preconceitos (ROESCH, 1999).

O processo de análise dos resultados consiste em extrair sentido dos dados coletados, prepará-los para análise, conduzir análises distintas, aprofundar seu entendimento e explicar seu significado mais amplo (CRESWELL, 2007).

Para tanto, neste estudo foi aplicado o método de análise qualitativa de conteúdo, que tem por objetivo a redução de material, pelo qual é realizada a síntese da análise de conteúdo e a omissão de trechos irrelevantes, ou seja, a categorização das respostas (FLICK, 2009).

Como instrumento de coleta de dados (APENDICE B), foram realizadas entrevistas em profundidade com 7 respondentes, integrantes do quadro funcional do hospital, com cargos de gestão. Esta amostra representa a totalidade dos gerentes e diretores do hospital. As entrevistas ocorreram no período de 13 a 17 de abril, tiveram duração média de 45 (quarenta e cinco) minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para serem analisadas.

A categorização é uma operação de classificação de elementos característicos de um conjunto de diferenciação e seguida pelo reagrupamento segundo o gênero, por meio de critérios previamente estabelecidos. A etapa da categorização dos resultados das transcrições não é obrigatória. No entanto, na maioria dos procedimentos é feita a análise e se organiza ao entorno de um processo de categorização. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos com as mesmas características e podem empregar dois processos opostos: no primeiro, as categorias são fornecidas, e no segundo, as categorias não são fornecidas, o que resulta na classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2011).

Dessa forma, as respostas dos entrevistados foram categorizadas e posteriormente divididas em blocos. Após a coleta de dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, a fim de analisá-los. A forma de aplicação da técnica será descrita na próxima sessão.

3.2.2.1 Elaboração das categorias de análise

Com vistas a responder ao problema e atingir aos objetivos que foram estabelecidos, os dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise categorial, que conforme Bardin (2010) consiste no desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial respalda-se no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos (BARDIN, 2010). Portanto, a interpretação dos dados se deu pelo método análise de conteúdo.

O processo de formação das categorias se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura, a exploração foi realizada através da codificação.

As categorias iniciais foram as primeiras impressões acerca da realidade organizacional estudada. Emergiu do processo de codificação das entrevistas e transcritas num total de 10 categorias. Em cada categoria constitui-se palavras e trechos selecionados da percepção e conhecimento dos entrevistados e com respaldo referencial. No Quadro 2, apresenta-se a descrição das categorias, variáveis, bem como os autores que fundamentam estas categorias.

Quadro 2 – Categorias, variáveis e autores

(continua)

Categoria	Variável	Autores
Diagnóstico da Acreditação	Importância	Forte; Baptista, 2011
Avaliação do Processo de Planejamento do trabalho em equipe	Avaliação	Mintzberg (1995); Antunes, 2002.
Sensibilização e engajamento dos colaboradores	Processo	Antunes, 2002.
Dificuldades no processo de Acreditação	Decorrer	D'innocenzo, 2006; Malik, 2001
Inserção do Processo de Inovação	Percepção	Porter; Teisberg, 2007; Schiesari, 1999

(conclusão)

Dimensões da Inovação	Produtos, Processos, Marketing, Organizacional	Manual de Oslo
Mudança Organizacional	Opinião	Feldman; Gatto; Cunha, 2005; Oliveira, 2003; Fitzsimmons, 2000; Cecílio; Mendes, 2004
Oferta de Novos Serviços	Serviços	Vargas et al.; 2007; Donabedian, 1980
Melhoria de Imagem	Comunidade, geral e colaboradores	Cecílio; Mendes, 2004; Bernardes, 2007
Consideração	Relação com a Acreditação	Schiesari, 1999; BRASIL, 2013; Alonso, 2002

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após esta análise, foi realizada uma entrevista semiestruturada, contendo 10 (dez) perguntas abertas aos Gerentes e Diretores, no total de 7 (sete) entrevistados, visando avaliar a suas percepções quanto à importância do processo de acreditação, sensibilização e engajamento dos colaboradores. E também se a acreditação proporcionou inovação ao Hospital, mudanças, entre outras.

3.2.3 Fase Quantitativa

A terceira etapa deste estudo caracterizou-se como abordagem quantitativa, que teve como objetivo verificar como foram organizados e realizados os processos assistenciais e administrativos do hospital, visando a conquista do certificado de Acreditação Hospitalar Nível 1 da Organização Nacional de Acreditação, bem como identificar as contribuições individuais e em equipe.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com médicos e enfermeiros. Tomou-se como referência os médicos coordenadores dos serviços e a totalidade dos enfermeiros do hospital, obtendo 96% de participação da equipe médica coordenadora de serviços e 91% de participação dos enfermeiros.

Nas pesquisas quantitativas, os dados são coletados com números e são mais objetivos que os qualitativos, uma vez que os resultados estatísticos não dependem da opinião do investigador, fundamentam-se das habilidades do pesquisador analista (HAIR et al., 2005).

A coleta de dados ocorreu nos dias 8 e 9 de abril de 2015 com duração de 15 (quinze minutos), por meio de um questionário composto de três partes:

- Parte 1 - Dados pessoas e profissionais;
- Parte 2 - Dados para Acreditação;
- Parte 3 - Questões objetivas sobre a contribuição sobre as mudanças.

Nesta parte foi utilizada a escala *Likert*, com nível de concordância com cinco pontos, com “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, contendo 24 (vinte e quatro) perguntas que foram aplicadas aos enfermeiros (Apêndice C) e aos Médicos (Apêndice D). O instrumento foi dividido em duas partes, objetivando identificar as contribuições para as mudanças no âmbito individual com 14 (quatorze) perguntas e para identificar as contribuições para as mudanças no âmbito da equipe de enfermagem e da equipe médica com 10 (dez) perguntas. O questionário foi adaptado de PEIXOTO (2013).

Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do software SPSS versão 20.0.

3.2.3.1 Análise da confiabilidade do instrumento de coleta utilizado

O alfa de *Cronbach* teve como objetivo estimar a confiabilidade do instrumento de medida da percepção dos médicos e da equipe de enfermagem sobre a conquista do certificado de Acreditação Hospitalar Nível 1 da Organização Nacional de Acreditação do Hospital Geral da Caxias do Sul.

A validade do instrumento se refere ao grau em que o instrumento mede aquilo que pretende medir através do coeficiente alfa de *Cronbach*, ou seja, assume que os itens que medem o mesmo construto estão altamente correlacionados. (WELCH; COMER, 1988). Quanto mais próximo de 1, maior é a consistência interna de dos itens analisados. A confiabilidade da escala deve-se obter sempre com os dados da amostra para garantir a medida de confiabilidade do constructo na amostra analisada.

Como critério geral, George e Mallery (2003, p. 231) sugerem os seguintes valores:

- Coeficiente alfa > 0.9 é excelente
- Coeficiente alfa > 0.8 é bom
- Coeficiente alfa > 0.7 é aceitável
- Coeficiente alfa > 0.6 é questionável
- Coeficiente alfa > 0.5 é pobre
- Coeficiente alfa < 0,5 é inaceitável

O alfa de *Cronbach* para o constructo contribuição para mudança no âmbito da equipe Médica” e de Enfermagem foi de 0,862 e 0,836, respectivamente. Assim, de acordo com George e Mallery (2003), pode-se classificar como bom.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Para avaliar o crescimento obtido pela instituição estudada foram desenvolvidos três quadros para visualizar melhor os pontos que estavam adequados às normas e também às alterações necessárias que visam a correção dos processos e rotinas. Foram analisados de forma separadas à primeira visita denominado de Diagnóstico Inicial, Relatório da Pré-certificação e posteriormente o Relatório de Avaliação que culminou com a certificação.

Portanto, inicialmente foi analisado o relatório realizado pelo IQG – Instituto Qualisa de Gestão, o qual teve o propósito de avaliar os serviços assistenciais e administrativos praticados na instituição pesquisada, levando em consideração os critérios estabelecidos pela Organização Nacional da Acreditação – ONA através do Manual de Acreditação 2010.

Esta visita ocorreu nos dias 16, 17 e 18 de Junho de 2010, com uma equipe de cinco auditores do IQG com diferentes níveis de formação e que apontaram os pontos fortes (serviços que se destacaram), as oportunidades de melhoria (serviço de acordo com o nível 1 que podem ser melhorados) e as observação/não conformidade (representam as mudanças necessárias para a conquista) do certificado Nível 1.

No Quadro 3 demonstra-se os pontos fortes e as oportunidades de melhorias/observações essenciais para a obtenção do título apontadas no diagnóstico inicial.

Quadro 3 – Diagnóstico inicial

(continua)

Pontos Fortes da Instituição
Entendimento que a Gestão da Qualidade é Diferencial Estratégico e Administrativo.
Envolvimento e parceria do Departamento da Qualidade da UCS (Universidade de Caxias do Sul) na implementação da Gestão da Qualidade.
Implantação de Sistema Informatizado de Gestão (Tasy).
Hospital Amigo da Criança.
Ginástica Laboral.
Oportunidades de Melhorias/Observações
Definir diretrizes específicas para a instituição, de forma a contemplar. Qualidade, segurança e resolutividade da assistência. Desdobrar o acompanhamento dos indicadores em níveis estratégicos, táticos e operacionais. Implantar a Política de Gerenciamento de Riscos, contemplando medidas preventivas

(conclusão)

e de redução de danos.
 Implantar Política Institucional de consentimento livre e esclarecido para totalidade dos procedimentos cirúrgicos.
 Implantar a Política de Gestão de Pessoas baseada em valores institucionais e que contemple a totalidade das categorias profissionais.
 Alinhar o sistema informatizado à prática da assistência e ao sistema de medição de resultados.
 Estruturar política institucional, garantindo a prática do registro seguro.
 Implementar modelo de gestão de leitos, garantindo a otimização dos tempos de internação e a da estrutura.
 Definir a Política de Gestão de Equipamentos.
 Implantar a Política da Gestão da Qualidade.
 Definir as ações para garantia da adesão dos profissionais em pós-graduação (residentes médicos e não médicos) à Política de Gestão da Qualidade da Instituição.
 Reforçar a análise do impacto dos programas de pesquisa clínica na melhoria dos resultados da assistência.
 Revisar e implantar a descrição de cargos com as atribuições, habilidades e competências específicas para cada função.
 Descrever e implantar plano de contingência institucional.
 Definir e implementar Política Institucional de Qualificação e Avaliação de Fornecedores.
 Reforçar a análise do custo efetivo para os procedimentos definidos.
 Reforçar a capacitação dos gestores para utilização das informações de custo das atividades, visando à melhoria da eficiência operacional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando-se o Quadro 3, pode-se constatar que foram apontados cinco pontos fortes. Isto mostra uma fragilidade de gestão e em todos os demais aspectos assistenciais.

Um ponto relevante que foi destacado é o hospital possuir o título de Amigo da Criança, este reconhecimento representa um olhar diferenciado no ato do cuidado entre mãe e bebe fortalecendo seu vínculo.

Outro aspecto considerável citado foi o sistema Tasy, pois este sistema de gestão proporciona que todas as ferramentas necessárias para a gestão do hospital, como o prontuário eletrônico, gestão de leitos e serviços, rápida comunicação interna e controle econômico e financeiro. Estes instrumentos auxiliam em toda a gestão do hospital e principalmente proporcionam maior segurança no atendimento médico assistencial oferecido aos pacientes.

Nas observações, nota-se a falta de políticas institucionais, protocolos assistenciais/clínicos e administrativos que tornam o atendimento fragilizado em se tratando de segurança do paciente, assim como colaboradores e da equipe assistencial. Ainda, reforçam que as pesquisas clínicas realizadas não representavam melhoria dos resultados da assistência.

Foi reforçada a necessidade de se criar uma cultura de qualidade, inserindo e sensibilizando todos os profissionais do hospital da necessidade de mudança de postura, unindo esforços para buscar melhorias no trabalho diário e com isso alcançar o objetivo da segurança do paciente. Essas inúmeras observações foram trabalhadas exaustivamente pela equipe interna do HG pelo período de aproximadamente três anos, conforme relatório do diagnóstico. Após este período de ajustes, em novembro de 2013 foi solicitada uma Avaliação de Pré-certificação, realizada pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde – IBES.

O IBES apontou os pontos fortes (serviços que se destacaram) e as oportunidades de melhoria e as observações (representam as melhorias nos processos já existente e mudanças necessárias para a conquista) do certificado Nível 1. No Quadro 4, apresenta-se os pontos fortes e as oportunidades de melhorias/observações apresentadas na avaliação da pré-certificação.

Quadro 4 – Avaliação Pré-Certificação

(continua)

Pontos fortes da Instituição
Foco em Ensino e Pesquisa
Preocupação em ofertar serviços para atender as necessidades da população.
Programa de Residência Médica
Programa Pravivis
Hospital Amigo da Criança
Certificação do Processo de Enfermagem
Autossustentação
Compromisso com a comunidade
Responsabilidade Social e Ambiental
Busca do Crescimento com Qualidade
Oportunidade de melhoria/Observações
Sustentar a política de consentimento informado e esclarecido.
Garantir interação multidisciplinar nos processos assistenciais das unidades não críticas – unidades de internação abertas.
Apresentar os laudos de controle de qualidade do ar.
Oportunidade de melhoria/Observações
Estruturar cronograma e acompanhar os prazos para as manutenções preventivas realizadas por terceiros.
Construção de protocolos e rotinas que visem a segurança do paciente.
Sustentar a atuação das Comissões obrigatórias.
Garantir os registros que evidenciem a memória da instituição e tomada de decisão constituindo atas e registro de reuniões.
Realizar as avaliações de desempenho conforme novo programa e padrões.
Avaliar a organização do prontuário dos colaboradores com foco na segurança.

(conclusão)

Sustentar a política de qualificação e avaliação de fornecedores.
Garantir a disseminação dos planos de contingência da Instituição.
Alinhar os processos aos objetivos estratégicos.
Sistema Informatizado de registro dos atendimentos – prontuário.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando-se o Quadro 4, verifica-se reconhecimento dos auditores com relação a presença do ensino e da pesquisa na instituição, diferente do diagnóstico inicial. Demonstrando uma mudança de postura e aproximação entre academia e assistência, utilizando o ensino como ferramenta de qualificação e a pesquisa trazendo benefícios e atualização no atendimento aos pacientes.

Ressaltaram que a nível assistencial, com a implantação do processo de enfermagem como uma importante ferramenta de sistematização do cuidado, direciona a equipe assistencial na garantia e manutenção do cuidado.

Reforçaram o diagnóstico inicial da importância de manter o título de Hospital amigo da criança e a ampliação do programa Pravivis – Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Salientaram o compromisso da instituição no sentido da responsabilidade social e ambiental, bem como o envolvimento e a preocupação em prestar um melhor atendimento à comunidade regional.

Os auditores ainda mencionaram de forma positiva a busca de um crescimento institucional com qualidade e responsabilidade, seguindo um plano diretor de obras e serviços elaborados com vários critérios e envolvendo todos os colaboradores. Porém mencionaram aspectos a serem trabalhados visando a conquista do objetivo final. A criação de equipes multiprofissionais foi ressaltada pelos auditores, onde foi necessário o envolvimento todos os profissionais que de uma forma ou outra prestam atendimento ao paciente. A necessidade da formação desta equipe é para proporcionar um atendimento integral ao paciente, desde a sua internação até a alta hospitalar.

Seguindo neste sentido, reforçaram, conforme diagnóstico inicial, a necessidade de melhorar os protocolos e rotinas assistenciais. Foi apontada nesta vistoria a fragilidade da organização e do trabalho desenvolvido pelas comissões obrigatórias, enfatizando a urgente melhoria deste quesito. Na gestão administrativa, observaram a necessidade de alinhar os processos com os objetivos estratégicos, envolvendo e comprometendo os colaboradores.

Consta ainda a preocupação dos auditores com as manutenções preventivas, tanto de estrutura física como de equipamentos, solicitando assim a elaboração de uma política de manutenção preventiva.

Neste relatório, também constam outros vários apontamentos que foram trabalhados pelo escritório de qualidade e equipe de colaboradores. Após a visita de pré-certificação, a entidade teve trinta dias para alterar e corrigir as observações apontadas e agendou a avaliação final para os dias 16,17,18 de dezembro de 2013 com o IBES, tendo a avaliação abaixo. No Quadro 5, apresenta a avaliação final da certificação.

Quadro 5 – Avaliação Final de Certificação

(continua)

Pontos fortes da Instituição
Publicações Científicas em Medicina, fortalecendo o reconhecimento como referência na assistência.
Autossustentabilidade.
Apoio da Fundação Universidade de Caxias do Sul.
Programas de Residência Médica.
Interface da Educação Permanente com o Ensino.
Hospital Amigo da Criança.
Hospital Referência em Procedimentos de Enfermagem pelo COREN-RS.
Parceria com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) e entidades privadas.
Programa de Desenvolvimento de Lideranças.
Banco de Olhos.
Plano Diretor de obras.
Incorporação do médico patologista na Comissão de Óbito Materno Infantil.
Possui um modelo de gestão.
Possui planejamento estratégico.
Possui política de tomada de decisão com base em informação.
Oportunidades de melhoria/observações
Padronizar ata de reunião contemplando assuntos abordados; ações a serem executadas com aprazamento e responsabilidades para facilitar a leitura e checagem das ações programadas.
Sustentar o programa de gerenciamento de risco clínico multidisciplinar e individualizado por paciente.
Fortalecer o gerenciamento da unidade de emergência, considerando a gravidade e a permanência do paciente.
Estudar o registro e atualização do plano terapêutico dos pacientes em prontuário.

(conclusão)

Considerar a implantação e gerenciamento de protocolo assistencial multiprofissional, alinhado ao perfil noológico da instituição.
Assegurar o registro, em prontuário, das orientações e consentimentos fornecidos aos pacientes e familiares por todos os profissionais assistenciais.
Fortalecer a análise crítica e a definição de planos de ação dos indicadores gerenciados pelos diversos processos.
Considerar os riscos clínicos por perfil de pacientes.
Definir sistemática para transferência de informações entre setores.
Garantir acompanhamento sistemático e diário do profissional médico na unidade de psiquiatria.
Assegurar a liberação dos exames dos pacientes eleitos ao protocolo no tempo adequado.
Garantir a identificação do paciente com método seguro.
Considerar a classificação das ordens de serviço de acordo com o estabelecimento de criticidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando o Quadro 5, pode-se observar o destaque efetuado pelos auditores com relação ao ensino no HG, através das publicações efetuadas por alunos e professores que trazem qualidade e segurança ao atendimento dos pacientes.

Assim, os programas de residências médicas contribuíram para a conquista desta certificação, pois, além de aprenderem, trazem consigo e seus professores o que há de mais moderno na assistência em saúde.

Também foi destacada a interação entre o hospital e a mantenedora Fundação Universidade de Caxias do Sul, o que proporciona solidez para o crescimento. A parceria com o INCA também foi ressaltada, pois representa um avanço no tratamento oncológico do hospital. O INCA acompanha diariamente os processos e protocolos desenvolvidos pelos profissionais do HG. A interface da educação continuada com o ensino também contribuiu no processo uma vez que desenvolve treinamentos para toda a equipe de profissionais.

Os auditores também elencaram como ponto forte a gestão do hospital, através do plano diretor, planejamento estratégico e a política de tomada de decisão, mostrando um processo de gestão consistente que proporciona condições de crescimento.

Após os dias de vistoria, o IBES indicou para a ONA o Hospital Geral para receber o Certificado Nível 1 da Acreditação Hospitalar, que o mesmo recebeu em solenidade comemorativa. As oportunidades de melhoria/observações já se referem aos quesitos para a manutenção do Nível 1 e já indicando as alterações necessárias para buscar o Nível 2 da

acreditação hospitalar. Cada setor criou seu planejamento para sanar e qualificar a assistência. Este planejamento foi sempre orientado e controlado pelo escritório de qualidade.

É importante fazer uma análise da evolução do hospital desde o Diagnóstico Inicial até a conquista da Certificação. Verificou-se um avanço significativo no entendimento e análise dos indicadores hospitalares, a criação de políticas hospitalares necessárias para a certificação e o aproveitamento da área de ensino através da pesquisa e residência médica como melhora da assistência hospitalar.

Implantou-se um processo de gestão e a consolidação da cultura de qualidade dentro da organização. Esta cultura é reconhecida à medida que todos os profissionais se preocupam e se unem para alcançar e manter esta conquista importante para o hospital e que é mérito de todos.

Houve evolução significativa no desenvolvimento dos gestores do hospital, através de treinamentos e programas de desenvolvimento, com o objetivo de dar condições para que cada um se responsabilize por todos os processos desenvolvidos no seu setor. Desta forma, observa-se que desde o diagnóstico inicial houve um avanço muito grande no processo de gestão, rotinas, protocolos e a consolidação da cultura pela qualidade.

Importante também ressaltar a união e engajamento de todos neste processo, tais como médicos, enfermeiros e os demais profissionais que atuam no hospital. Esta união e dedicação resultaram neste certificado importante para o Hospital Geral de Caxias do Sul e também para a vida profissional de todos os colaboradores.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

4.2.1 Caracterização da Amostra dos gerentes e diretores

A pesquisa contou com uma amostra de 7 (sete) profissionais, sendo gerentes e diretores do Hospital Geral de Caxias do Sul. Nas Tabelas 1 e 2 apresenta-se a distribuição da amostra segundo do gênero e o nível de escolaridade, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo gênero

Gênero	Nº de respondentes	Percentual (%)
Masculino	5	71
Feminino	2	29
Total	7	100

Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo constatou-se que são predominantes os profissionais do sexo masculino, ficando em 71%, e as mulheres representam 29% dos profissionais que exercem funções de gerencia ou direção no Hospital Geral de Caxias do Sul.

Tabela 2 – Nível de Escolaridade

Nível de escolaridade	Nº de respondentes	Percentual (%)
Especialização incompleta	1	14,28
Especialização completa	2	28,58
Mestrado Incompleto	1	14,28
Mestrado Completo	1	14,28
Doutorado completo	2	28,58
Total	7	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à escolaridade, seis entrevistados apresentam no mínimo especialização completa, somente um está cursando especialização. Dois possuem curso de doutorado completo. Na Tabela 3, apresentam-se as medidas descritivas referentes à variável idade, ao tempo que trabalha no hospital e ao tempo de experiência profissional.

Tabela 3 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional

Variáveis	n	Mínimo (anos)	Máximo (anos)	Média (anos)
Idade	7	29	63	44
Tempo de Hospital	7	3,5	22	11
Tempo de Experiência Profissional	7	10	35	22

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que em média os entrevistados possuem 11 anos de tempo de trabalho no hospital, isto demonstra o comprometimento dos mesmos com a organização e a baixa rotatividade da instituição. O tempo de experiência profissional é de 22 anos, sendo que o que apresenta menor tempo de experiência profissional é de 10 anos.

4.2.2 Categorização em relação à Acreditação

A Acreditação é importante para a comunidade, gestores, clientes entre outros.

Segundo Donabedian (1992), ele considera que qualidade na saúde é trabalho atuante e permanente em busca da melhoria da saúde, monitoramento e avaliação permanente da estrutura, do processo e dos resultados nos serviços.

Após as análises realizadas, foram definidas as seguintes categorias: Importância da Acreditação, Avaliação do Processo de Planejamento do trabalho em equipe, Sensibilização e Engajamento dos Colaboradores, Dificuldades no Processo de Acreditação, Inserção do Processo de Inovação, Dimensões da Inovação, Mudança Organizacional, Oferta de Novos Serviços, Melhoria de Imagem e considerações.

4.2.2.1 Importância da Acreditação

Em relação à percepção da importância da Acreditação, a maior parte dos respondentes relatou a relevância do processo gerencial nesse contexto. Outros entrevistados enfatizaram a contribuição do processo de sensibilização, envolvimento e ainda afirmaram que a Acreditação gerou conhecimento organizacional e relevância no processo de qualificação.

R2. “Na minha percepção, a maior importância é padronizar processos, ou seja, todos os profissionais trabalham sob padrões vinculados às legislações da vigilância sanitária. O processo é feito da forma correta e cria um planejamento para o trabalho. Este trabalho é realizado num todo, visualizando a instituição por inteiro.”

4.2.2.2 Avaliação do Processo de Planejamento do Trabalho em Equipe

Considerando o diagnóstico inicial realizado quanto à avaliação do processo de planejamento do trabalho em equipe, alguns respondentes afirmaram que o foco ocorreu através da correção das inconformidades apontadas. Outros ainda destacaram que no início foi difícil e as pessoas se assustaram com a mudança. Por fim, em menor número de ocorrência, enfatizaram que o planejamento ocorreu e ressaltaram principalmente a percepção dos clientes. Consideraram que a avaliação foi um processo lento e exigiu dedicação dos envolvidos.

R5. “Uma vez apontada às inconformidades, trabalhamos uma de cada vez, adequando-as às normas exigidas. Esta adequação foi possível com o apoio da direção do hospital e o trabalho em equipe de todos os profissionais de cada setor.”

4.2.2.3 Sensibilização e Engajamento dos Colaboradores

Nos quesitos de sensibilização e engajamento dos colaboradores, a maioria dos questionados salientaram as dificuldades dos profissionais em adequar-se aos vários procedimentos operacionais. Enquanto que um entrevistado salientou que o processo ocorreu naturalmente, outro respondente relata que já fazia parte em alguns processos do corpo clínico ainda de forma inicial.

Já outros dois relataram que a sensibilização ocorreu através de várias reuniões e visitas sistemáticas por equipe com objetivos de esclarecer e facilitar a implantação do processo de Acreditação.

R6. “Muitas reuniões foram realizadas e executado trabalhos em loco, pela enfermagem como o apoio da gerencia e das suas coordenações. Foram feitas vários encontros com os coordenadores, gestores e com a equipe de técnicos de enfermagem. E depois realizamos várias visitas sistemáticas por todo o hospital para avaliar se os processos estavam se desenvolvendo, sejam em prontuários ou com o próprio paciente na assistência. Nestes encontros percebiam-se as dificuldades, para posteriormente trabalhar a equipe. E com isso, no dia a dia, foram interiorizando a cultura da qualidade”.

4.2.2.4 Dificuldades no Processo de Acreditação

Para a maioria dos entrevistados, o processo de Acreditação começou com poucas pessoas trabalhando, ou seja, uma vez por semana, pois à época existia apenas uma profissional da instituição que liderava o trabalho em todo o hospital e nas entrevistas apareceu como falta de pessoal. Com isso, houve inicialmente uma dificuldade em esclarecer dúvidas diante do processo, assim como disseminar a cultura da qualidade e obtendo o envolvimento de todos os profissionais, mesmos que alguns se mostraram resistentes a mudanças.

Apontaram que a diferença de idade, objetivos e percepções dos profissionais do hospital dificultaram a execução do processo de acreditação, bem como o pouco tempo disponível para trabalhar na correção das inconformidades.

R6. “No início era tudo muito novo”. Eu participei desde o início do processo, onde faltavam protocolos. E fazer que todos tivessem conhecimento de todos esses processos foi um dificultador. Mas passo a passo se foi conquistando, foi trabalhando para que as pessoas realmente tivessem conhecimento de cada protocolo, de cada processo dentro do hospital. Acho que, no início, a maior dificuldade foi a construção de vários protocolos em curto período de tempo para trabalhá-los.

4.2.2.5 Inserção do Processo de Inovação

É importante ressaltar que, na percepção da maioria dos entrevistados, a Acreditação proporcionou inovação na gestão de pessoas, processo e também em relação ao benefício para os pacientes. Com isso, proporciona um melhor atendimento aos pacientes, desde a internação até sua alta hospitalar.

A imagem também teve suas benesses com a inovação, respectivamente, da tecnologia, protocolos e estrutura. Salientaram que hoje não conseguem imaginar sem estarem envolvidos diretamente em todos os processos, sejam operacionais ou técnicos. E mencionaram que já almejam outro grau de certificação. R3. “Trouxe muita inovação de tecnologia, mudança da cultura dos nossos funcionários, melhorando a qualidade do trabalho”.

4.2.2.6 Dimensões de Inovação

O destaque desta categoria ficou com o indicador de processo e na sequência pelas dimensões de organização, marketing, produto. Ressalva-se que o maior impacto foi à dimensão de processo. Percebeu-se que os entrevistados se sentiram confortáveis em referenciar “como está sendo importante a inovação em processo”. Esta constatação dos entrevistados reforça o objetivo do Nível 1 da Acreditação, que é implementar protocolos e rotinas no atendimento ao paciente, visando a qualidade e a segurança do atendimento.

R2. “Trouxe inovação a partir do momento que cada um se preocupa com a qualidade daquilo que faz. Então revê processos, acompanha processos e fica extremamente crítico, visando a melhoria contínua. Quando se percebe a não conformidade, busca-se corrigi-las. Não se aceita mais em ver a não conformidade e não fazem nada para melhorar. A acreditação faz com que continue avançando e proporcione melhoria.”

4.2.2.7 Mudança Organizacional

Os respondentes destacaram a mudança organizacional ocorrida pela Acreditação. Perceberam melhorias na assistência, gestão administrativa, estrutura física e também reforçaram o amadurecimento dos profissionais frente a essas mudanças. Cabe destacar que o hospital obteve crescimento e desenvolvimento dos seus processos administrativos e assistenciais, obtendo um maior reconhecimento dos pacientes, familiares e entidades representativas. Esta mudança organizacional proporcionou a união de todos os colaboradores com o objetivo de melhor atender os pacientes, além de proporcionar mudanças de conceitos e atitudes internas.

R2. “O marketing em minha opinião é uma consequência, porque, como a gente trabalha com a saúde, todos que forem bem atendidos vão fazer seu próprio marketing. A Organização é o que mais impacta mudanças, pois mexe com processos e protocolos.”

R3. “Organização. Sem dúvida nenhuma, a questão de organização”.

4.2.2.8 Oferta de Novos Serviços

Com o Certificado de Acreditação Nível 1, os entrevistados ratificaram em sua maioria que proporcionou oferta de novos serviços como a tomografia computadorizada, radioterapia, ressonância magnética e a endovascular. Ressalva-se que somente um respondente disse que não tem conhecimento de novos serviços. Este certificado proporcionou junto à União, Estado e Município uma maior confiabilidade e com isso possibilidade de buscar recursos para aquisição de novos equipamentos e ampliação dos serviços. Exemplo disso são os equipamentos e serviços citados anteriormente.

R5. “Sem dúvida, já estávamos construindo a unidade de quimioterapia com radioterapia - UNACON, que já está em pleno funcionamento. Esta unidade é considerada de primeiro mundo, desde as estruturas físicas e funcionais, contendo uma excelente equipe de profissionais que acompanham seus pacientes oncológicos”.

4.2.2.9 Melhoria de Imagem

Segundo os entrevistados, a Acreditação desencadeou melhoria significativa da imagem do Hospital frente à comunidade em geral e também pelo Poder Público em todas as esferas. Os pacientes também foram beneficiados como foco principal na Instituição.

R3. “Sem dúvida nenhuma, o que a Acreditação traz para nós é o destaque como um hospital Acreditado, frente ao poder público e aos pacientes. Isto também facilita na busca de recursos ou até na oferta de novos serviços. O Poder Público, quando repassa algum recurso, sabe que está passando um recurso para um hospital Acreditado, que transmite confiança e seriedade na utilização do recurso financeiro.”

4.2.2.10 Consideração

Quando solicitado aos entrevistados que fizessem suas considerações frente ao processo, destacaram a importância de aquisições de novos equipamentos, reforçaram que os

colaboradores e pacientes se sentem mais seguros em relação aos procedimentos, relataram a melhoria significativa dos processos assistenciais e administrativos. E, por fim, mencionaram que toda esta melhoria dos serviços proporcionou uma maior tranquilidade aos pacientes, familiares e funcionários.

R5. “A Acreditação veio fortalecer para a gestão de um modo geral, que era importantíssima a mudança de cultura do hospital, como também a parte física e de atendimento ao paciente. Diante de todo este crescimento e desenvolvimento dos processos, sempre foi incentivado prestar atendimento qualificado, sem jamais esquecer a humanização. Pois trabalhamos com pessoas, neste sentido a humanização é à base do atendimento.”

Percebe-se nesta pesquisa através das entrevistas que o processo de acreditação trouxe ao Hospital Geral de Caxias do Sul uma mudança cultural. O hospital passou a utilizar protocolos e rotinas hospitalares e adotou políticas de qualidade que visam a segurança do paciente.

Todos enfatizaram a importância da acreditação, mas relataram a dificuldade de implantação do processo. A sensibilização e união de todos foram conquistadas após diversas reuniões e treinamentos, sendo algumas das dificuldades.

Segundo Peixoto (2013), a melhoria nas condições de trabalho beneficia a relação mútua de crescimento, companheirismo, de ânimo e harmonia entre os funcionários, além de contribuir para a satisfação e motivação para o aprendizado e o trabalho em equipe mais eficiente e com maior qualidade. Fazer parte de um hospital Acreditado e estar inserido nos processos relacionados à avaliação motiva o profissional (MANZO, 2009).

Reforça Emidio (2009), que a acreditação evidencia fortemente a necessidade de integração dos processos assistenciais envolvendo a gestão administrativa e clínica. Também foi enfatizada a importância da acreditação como ferramenta de gestão que gerou e disseminou responsabilidades a todos os colaboradores do HG.

Verifica-se que a acreditação proporcionou uma melhoria de imagem junto aos pacientes e órgão públicos. Este reconhecimento auxiliou na busca de recursos financeiros para novos serviços e equipamentos. Os entrevistados afirmaram que a acreditação trouxe inovações ao hospital, considerando suas dimensões. Estas inovações aconteceram na organização, no marketing e no produto.

4.3 ANÁLISE QUANTITATIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

4.3.1 Caracterização da População

Foram realizadas entrevistas com 106 enfermeiros, obtendo 91% de participação dos enfermeiros.

A pesquisa contou com 97 profissionais da equipe da enfermagem do Hospital Geral de Caxias do Sul. Nas Tabelas 4 e 5 apresentam-se a distribuição da amostra segundo gênero e o nível de escolaridade da equipe de enfermagem.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo gênero da equipe de enfermagem

Gênero	Nº de respondentes	Percentual
Masculino	7	7,2
Feminino	90	92,8
Total	97	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Neste estudo observou-se que a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem é do sexo feminino, ou seja, 92,8% (90) de mulheres e somente 7,2% (7) de homens, características essa da área hospitalar. Esta característica se dá pelo fato de que o cuidado sempre ocorreu pelo sexo feminino, trazendo características do instinto materno. A enfermagem teve o início da profissionalização através da Florence Nightingale e no Brasil através da Ana Nery. E vem aprimorando cientificamente os seus conceitos do cuidado, modificando também o cenário da presença feminina e incentivando a presença masculina.

Tabela 5 – Nível de Escolaridade da equipe de enfermagem

Nível de escolaridade	Nº de respondentes	Percentual
Superior Completo	13	13,4
Especialização Incompleta	27	27,8
Especialização Completa	50	51,5
Mestrado Incompleto	4	4,1
Doutorado Completo	2	2,1
Doutorado Incompleto	1	1,0
Total	97	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados possui escolaridade acima da graduação de nível superior completo por se tratar de profissionais enfermeiros. Esta obrigatoriedade é estabelecida pela Lei 7.489 de 25 de junho de 1986, que estabelece o exercício da enfermagem.

Também é importante relatar que, por se tratar de um hospital de ensino, os profissionais possuem benefícios que incentivam a continuação do aperfeiçoamento pessoal. Na Tabela 6 são demonstradas as medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional da equipe de enfermagem.

Tabela 6 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional

	n	Mínimo (meses)	Máximo (meses)	Média (meses)	Desvio Padrão
Idade	97			33,6907	6,82880
Tempo de Hospital	97	1,00	240	75,4271	56,19192
Tempo de Experiência Profissional	97	6,00	360	89,7604	70,56087

Fonte: Dados da Pesquisa

Analisando a idade dos entrevistados, observa-se que o hospital geral possui um quadro de pessoal jovem. Esta característica se deve pela entidade formar novos profissionais (enfermeiros) e, após a conclusão da graduação, proporciona em muitos momentos a possibilidade de assumir o cargo de enfermeiro.

Quanto ao tempo de Hospital percebe-se que em média os profissionais possuem 75,37 meses ou 6 anos de trabalho junto à entidade, confirmando a característica institucional. Observa-se que em média os entrevistados da equipe de enfermagem possuem 6 anos de tempo de trabalho no hospital. Isto demonstra o comprometimento dos mesmos com a organização e a baixa rotatividade da instituição. O tempo de experiência profissional é de 7 anos, sendo que o que apresenta menor tempo de experiência profissional é de 6 meses.

4.3.2 Análise sobre Acreditação

4.3.2.1 Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada

Inicialmente foi perguntado sobre a percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada, numa escala de 1 a 4 pontos (escala *delikert*), cujos resultados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação (%)
Percepção	97	3,00	4,00	3,7216	0,45052	12,11

Mínimo (3) refere-se – melhorou e o Máximo (4) = melhorou muito

Fonte: Dados da pesquisa

A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem em relação à qualidade e

segurança na assistência prestada pode-se destacar que 72,2% (70) consideram que melhorou muito e 27,8% que melhorou.

O percentual “melhorou muito” retrata o presente cenário que vive o hospital após a certificação. O desenvolvimento e a criação de novos protocolos assistenciais e gerenciais promovem aos colaboradores uma melhor segurança na prática do trabalho diário. Também demonstra que os enfermeiros entrevistados entendem o objetivo das melhorias, envolvendo-se e trabalhando de forma intensa para manutenção e avanços no processo de acreditação.

4.3.2.2 Análise Descritiva dos Dados referentes às contribuições para mudança no âmbito individual e da equipe de enfermagem

Na Tabela 8 apresenta-se a estatística descritiva sobre a participação individual na contribuição para mudança

Tabela 8 – Estatística descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito individual
(continua)

Itens	N	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Variação (%)
1.Participei ativamente do processo de Acreditação	97	4,6289	0,76811	16,59
2. Contribuí positivamente para a obtenção do certificado de Acreditação	97	4,7835	0,66500	13,90
3.Contribuo continuamente para a manutenção do processo de acreditação	97	4,8660	0,51293	10,54
4.Conheço os indicadores de qualidade do meu setor	97	4,7938	0,40667	8,48
5. Conheço a estratégia da organização (missão, visão, valores e objetivos) (Estratégicos)	97	4,5258	0,52227	11,54
6. Recebi treinamento de forma satisfatória para o processo de acreditação.	97	4,5567	0,66095	14,47
7.Sinto-me motivado a cooperar para o processo de acreditação	97	4,8351	0,51398	10,63
8. Sinto-me satisfeito em fazer parte do quadro de funcionários de um hospital acreditado	97	4,9588	0,19987	4,03
9. Preencho os prontuários sempre de acordo com as normas de qualidade	97	4,8969	0,46736	9,54
10. Apresentei dificuldades em me adaptar ao processo de Acreditação	97	2,5052	1,50086	73,14
11. Empenho-me para melhorar os indicadores de qualidade do meu setor	97	4,9175	0,27651	5,62

					(conclusão)
12. Participo de reuniões sistemáticas de análise dos indicadores operacionais	97	4,4021	0,74526		18,53
13. Participo de reuniões onde se discutem planos de melhorias na assistência	97	4,3814	0,80936		18,47
14. Desempenho um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida	97	4,7216	0,83843		17,21

Fonte: Dados da pesquisa

O item que apresentou maior variabilidade foi o que se refere “apresentei dificuldades em me adaptar ao processo de Acreditação” com 73,14%, considerado alto para Pimental-Gomes (2005). E o que apresentou menor variabilidade (4,03%) entre as respostas dadas pelos entrevistados foi “sinto-me satisfeito em fazer parte do quadro de funcionários de um hospital acreditado”, considerada baixa, segundo Pimentel-Gomes (1985).

A Tabela 9 apresenta a estatística descritiva sobre a participação da equipe na contribuição para mudança.

Tabela 9 – Análise descritiva das questões que avaliam os elementos que contribuem para mudança no âmbito da equipe de enfermagem

Itens	n	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação (%)
1.A enfermagem demonstra motivação em participar do processo de Acreditação.	97	4,5464	0,55940	12,30
2.A enfermagem sempre preenche os prontuários de acordo com as normas de qualidade	97	4,1856	0,63459	15,16
3. A enfermagem contribuiu para a obtenção da Acreditação	97	4,8041	0,39894	8,30
4.A enfermagem contribui continuamente para a manutenção das melhorias alcançadas pela Acreditação	97	4,7526	0,45714	9,62
5.A enfermagem foi treinada para o processo de Acreditação.	97	4,6804	0,60461	12,92
6. A enfermagem não teve dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação	97	3,8247	0,85404	22,33
7.A enfermagem se sente satisfeita em fazer parte de um hospital acreditado	97	4,8866	0,31873	6,52
8.A enfermagem se sente à vontade com todas as cobranças a que estão Sujeitos	97	4,0515	0,76881	18,96
9. A enfermagem dispõe de recursos materiais adequados para o desempenho de suas atividades.	97	4,2268	0,79720	18,86
10. A enfermagem desempenha um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida	97	4,9691	0,17402	3,50

Fonte: Dados da pesquisa

O item que apresentou maior variabilidade foi o que se refere “a enfermagem não teve dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação” com 22,33%, considerado alto para Pimental-Gomes (2005). E o que apresentou menor variabilidade (3,50%) entre as respostas dadas pelos entrevistados foi “a enfermagem desempenha um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida”, considerada baixa segundo Pimentel-Gomes (1985).

4.3.2.3 Análise das contribuições no enfoque individual e em equipe

Na Tabela 10 apresenta-se a estatística descritiva de todos os itens referentes à contribuição individual e em equipe para mudança.

Tabela 10 – Análise descritiva de todos os itens

Construtos	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação (%)
Contribuição para mudança no âmbito individual	4,5552	0,3099	6,80
Contribuição para mudança no âmbito da equipe de Enfermagem	4,4928	0,2855	6,35

Fonte: Dados da pesquisa

Foi realizado um teste t de *student* para os dois construtos referentes à contribuição para mudança no âmbito individual e no âmbito da equipe de Enfermagem, com nível de significância de 5%, pois o $p=0,0762$, ou 7,62%, concluindo-se que não há diferença entre os dois construtos.

4.4 ANÁLISE QUANTITATIVA DA EQUIPE MÉDICA

4.4.1 Caracterização da Amostra

Foram realizadas entrevistas em profundidade com médicos, tomando como referência os médicos coordenadores dos serviços, obtendo 96% de participação dos médicos coordenadores de serviços.

A pesquisa contou com 24 profissionais da equipe médica do Hospital Geral de Caxias do Sul. Nas Tabelas 11 e 12 apresenta-se a distribuição da amostra segundo gênero e o nível de escolaridade da equipe de médica.

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo gênero da equipe médica

Gênero	Número de respondentes	Percentual
Masculino	14	58,3
Feminino	10	41,7
Total	24	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se nesta tabela um equilíbrio entre mulheres e homens, diferente da análise da equipe de enfermagem, onde é predominante o sexo feminino.

Tabela 12 – Nível de Escolaridade da equipe médica

Nível de Escolaridade	Número de respondentes	Percentual
Especialização Incompleta	1	4,2
Especialização Completa	10	41,7
Mestrado Completo	4	16,7
Doutorado Incompleto	1	4,2
Doutorado Completo	8	33,3
Total	24	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na Tabela 12 a qualificação da equipe médica. Destaca-se o nível de escolaridade “Especialização Completa” com 41,7% dos entrevistados, sendo uma característica necessária pela alta complexidade do hospital, onde exige profissionais mais qualificados. Também se destaca o nível “Doutorado Completo” com 33,3% dos entrevistados. Esta qualificação se justifica em função de que grande parte dos médicos que atuam no hospital serem professores da Universidade de Caxias do Sul.

Na Tabela 13 são demonstradas as medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional da equipe médica.

Tabela 13 – Medidas descritivas das variáveis, idade, tempo de trabalho no hospital e tempo de experiência profissional.

Variáveis	n	Mínimo anos/meses	Máximo anos/meses	Média anos/meses	Desvio Padrão	Coefficiente de variação (%)
Idade	24	26	67	45,17	9,98	22,09
Tempo de Hospital	24	8	204	132,29	65,36	49,40
Tempo de Experiência Profissional	24	3	40	20,71	9,36	45,20

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando-se a Tabela 13, pode-se afirmar que a idade média dos entrevistados é de 45,17 anos. Quanto ao tempo de Hospital percebe-se que em média os profissionais possuem 132,29 meses, ou seja, 11 anos de trabalho junto à entidade, confirmando a característica institucional. Observa-se que em média os entrevistados da equipe de médica possuem 65,36 meses de tempo de trabalho no hospital, isto demonstra o comprometimento dos mesmos com a organização e a baixa rotatividade da instituição. O tempo de experiência profissional é de 20,71 meses, sendo que o que apresenta menor tempo de experiência profissional é de 3 meses.

4.4.2 Análise sobre Acreditação

4.4.2.1 Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada

Inicialmente foi perguntado sobre a percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada, numa escala de 1 a 4 pontos (escala de likert), cujos resultados estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação (%)
Percepção	24	3	4	3,63	0,4945	13,62

Mínimo (3) refere-se – melhorou e o Máximo (4) = melhorou muito

Fonte: Dados da pesquisa.

4.4.2.2 Análise Descritiva dos Dados referentes às contribuições para mudança no âmbito individual e da equipe Médica

Na Tabela 15 apresenta-se a estatística descritiva sobre a participação individual na contribuição para mudança.

Tabela 15 – Estatística descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito individual

Itens	n	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação (%)
1.Participei ativamente do processo de Acreditação	24	4,5000	0,78019	17,34
2. Contribuí positivamente para a obtenção do certificado de Acreditação	24	4,4583	1,02062	22,89
3.Contribuo continuamente para a manutenção do processo de acreditação	24	4,5417	0,77903	17,15
4.Conheço os indicadores de qualidade do meu setor	24	4,2917	1,08264	25,23
5. Conheço a estratégia da organização (missão, visão, valores e objetivos. estratégicos)	24	4,1667	0,91683	22,00
6.Recebi treinamento de forma satisfatória para o processo de acreditação.	24	4,1667	1,27404	30,58
7.Sinto-me motivado a cooperar para o processo de acreditação	24	4,9167	0,28233	5,74
8. Sinto-me satisfeito em fazer parte do quadro de funcionários de um hospital acreditado	24	4,9167	0,28233	5,74
9. Preencho os prontuários sempre de acordo com as normas de qualidade	24	4,7917	0,41485	8,66
10. Apresentei dificuldades em me adaptar ao processo de Acreditação	24	2,0000	1,38313	69,16
11. Empenho-me para melhorar os indicadores de qualidade do meu setor	24	4,8333	0,38069	7,87
12. Participo de reuniões sistemáticas de análise dos indicadores operacionais	24	4,0417	1,08264	26,77
13. Participo de reuniões onde se discutem planos de melhorias na assistência	24	4,2500	1,03209	24,28
14. Desempenho um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida	24	4,6667	0,63702	13,65

Fonte: Dados da pesquisa.

O item que apresentou maior discrepância entre as respostas foi o que trata das dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação, com um coeficiente de variação de 69,16%. Neste item, dos 24 respondentes (14), ou seja, 28,6% discordam totalmente que

tenham tido dificuldades em se adaptar ao processo de acreditação. Somente 1 (2%), respondeu que concorda totalmente que teve dificuldades em se adaptar.

Isto demonstra um entendimento do profissional médico em padronizar algumas rotinas dentro dos padrões clinicamente aplicáveis. Outra característica relevante para este resultado é de que grande parte dos médicos entrevistados exerce atividade de docência junto à instituição e também são preceptores de residência médica. Estas atividades necessitam de padrões e rotinas de atendimento devidamente fundamentados cientificamente.

Na Tabela 16 apresenta-se a estatística descritiva sobre a participação da equipe na contribuição para mudança.

Tabela 16 – Estatística Descritiva sobre as contribuições para mudança no âmbito da equipe Médica

Itens	n	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação (%)
1.Os médicos demonstram motivação em participar do processo de Acreditação.	24	3,9167	0,71728	18,31
2.A equipe médica sempre preenche os prontuários de acordo com as normas de qualidade	24	3,5833	0,88055	24,57
3.Os médicos contribuíram para a obtenção da Acreditação	24	4,4167	0,71728	16,24
4.A equipe médica contribui continuamente para a manutenção das melhorias alcançadas pela Acreditação	24	4,2500	0,73721	17,35
5.O corpo clínico foi treinado para o processo de Acreditação.	24	4,0000	0,88465	22,12
6.O corpo clínico não teve dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação	24	3,7500	1,03209	27,52
7.A equipe médica se sente satisfeita em fazer parte de um hospital acreditado	24	4,5833	0,58359	12,73
8.A equipe médica se sente a vontade com todas as cobranças a que estão sujeitos	24	3,8750	0,85019	21,94
9. Na sua percepção, as organizações de protocolos assistenciais contribuirão para uma assistência qualificada e segura.	24	4,8333	0,38069	7,88
10. A participação dos médicos nas comissões intra-hospitalares auxilia na percepção do atendimento prestado e proporcionam mudanças dos processos/protocolos.	24	4,9583	0,20412	4,12

Fonte: Dados da pesquisa

O item que apresentou menor variabilidade, 4,12%, foi o que se refere à participação dos médicos nas comissões intra-hospitalares, auxiliam na percepção do atendimento prestado

e proporcionam mudanças dos processo/protocolos. O que apresentou maior variabilidade foi o item referente ao corpo clínico não ter dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação.

Este resultado reflete que as comissões estão evoluindo suas rotinas internas, envolvendo a equipe multiprofissional para posteriormente apresentar mudança no processo. Para alcançar o certificado Nível 1 foi necessária a criação destas comissões que automaticamente se fortaleceram com a conquista do selo, assim como a importâncias destas.

4.4.2.3 Análise das contribuições no enfoque individual e em equipe

É apresentada na Tabela 17 a estatística descritiva de todos os itens referentes à contribuição individual e em equipe para mudança.

Tabela 17 – Análise descritiva de todos os itens

Construtos	n	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação (%)
Contribuições para mudança no âmbito individual	no 2 4	4,3244	0,52909	12,23
Contribuições para mudança no âmbito da equipe Médica	no 2 4	4,2167	0,46873	11,11

Fonte: Dados da pesquisa

Foi realizado um teste t de *student* para os dois construtos referentes às contribuições para mudança no âmbito individual e no âmbito da equipe Médica, com nível de significância de 5%, o qual confirmou que não existem diferenças significativas entre as médias das respostas em relação às contribuições para mudança tanto no âmbito individual como em equipe.

4.5 ANÁLISE DA DIFERENÇA DOS DOIS CONSTRUTOS ENTRE AS EQUIPES DE ENFERMAGEM E MÉDICA

Para se verificar se havia diferença significativa entre os dois construtos, ou seja, entre as respostas médias referentes às contribuições para mudança da equipe médica e a da equipe de enfermagem, foi realizada uma análise utilizando-se um teste de análise de variância não paramétrica para grupos independentes (Kruskal-Wallis). O uso deste teste se justifica em função de que a amostra formada pelos médicos é uma amostra pequena (24 respondentes).

A estatística calculada para as 4 (quatro) amostras foi de $H = 5,4402$ com um $p = 0,1423$, o que significa que não existe diferença significativa ao nível de significância de 5% entre os postos dos construtos analisados, ou seja: R1(Contribuições para mudança no âmbito individual/Enfermeiros); R2 (Contribuições para mudança no âmbito da equipe de Enfermagem); R3(Contribuições para mudança no âmbito individual/Médicos) e R4 (Contribuições para mudança no âmbito da equipe de Médicos).

4.6 SÍNTESE DA ACREDITAÇÃO

Para atender o último objetivo específico com base nos resultados obtidos foi organizado o Quadro 6, no qual são apresentados os motivos, as vantagens e as desvantagens da implantação da acreditação no Hospital Geral de Caxias do Sul, que foram relatados pelos participantes da pesquisa.

Quadro 6 – Síntese da Acreditação

Motivos	Estabelecer protocolos Assistenciais
	Implantar atendimento multiprofissional
	Evitar riscos assistenciais que possam causar dano ao paciente/profissional
	Ampliar os serviços com qualidade
	Redução de custos hospitalares
	Melhorar a imagem institucional na comunidade e entes públicos
	Busca de novos recursos com projetos de governo
Vantagens	Implantação de novos serviços
	Segurança e conforto para os pacientes e profissionais
	Maior segurança assistencial aos pacientes e profissionais
	Valorização do colaborador com a imagem do hospital
Desvantagens	Reconhecimento e valorização por parte dos pacientes e do governo
	Envolver as diversas equipes na gestão hospitalar
	Assistência com melhor qualidade seguindo protocolos
	Melhoria contínua das equipes de trabalho
	Instrumento para gestão hospitalar
	Redução de custos hospitalares
Desvantagens	Não foram identificadas vantagens

Fonte: Dados da Pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a percepção dos profissionais da área da saúde com relação ao processo de acreditação hospitalar, o qual foi alcançado. Pode-se observar, desde o diagnóstico inicial até a conquista do certificado, todo o processo desenvolvido para o atingimento dos objetivos. As não conformidades/observações foram desenvolvidas, pelos seus setores respectivos, através de planejamentos e supervisionados e orientados pelos gerentes.

Na análise documental pode-se perceber que houve uma evolução significativa no processo assistencial do Hospital, através de elaborações das comissões obrigatórias e a criação dos protocolos e rotinas que padronizam o atendimento médico/hospitalar.

Como relato deste crescimento, pode-se citar os pontos forte elencados após a conquista da certificação que salientam o envolvimento do ensino na assistência, integração com a Fundação, os programas de Residência Médica, Interface da Educação Permanente com o Ensino e as políticas de tomada de decisão com base em informação.

Quanto à percepção dos profissionais médicos e de enfermagem sobre sua contribuição no processo de Acreditação Hospitalar, que era um dos objetivos específicos da pesquisa, os resultados mostram que os mesmos se responsabilizaram e se empenharam pela obtenção da certificação e manutenção das melhorias alcançadas durante o processo de acreditação. Ratificaram que todos os protocolos e rotinas inseridos na assistência geraram melhoria na qualidade assistencial.

Também importante relatar que os profissionais entendem que a qualidade proporcionou um avanço significativo para o hospital e principalmente aos pacientes. O achado nessa pesquisa vem de encontro com a literatura que afirma que os profissionais de saúde percebem que as mudanças promovidas pelo processo de Acreditação e podem atuar na melhoria contínua da qualidade da assistência prestada aos pacientes (MAZIERO; SPIRI, 2013).

Este processo trouxe uma maior responsabilidade dos todos os colaboradores com a busca contínua pela qualidade e, conseqüentemente, a satisfação do paciente. O processo de acreditação proporcionou mudança nos padrões da qualidade da assistência, destacando-se no engajamento, responsabilidade, envolvimento, motivação, participação de todos os profissionais. Esta certificação proporcionou o aprimoramento no planejamento estratégico da organização e também acesso a recursos materiais e financeiros que visam melhor a estrutura física e de equipamentos do hospital.

Este certificado trouxe reconhecimento por parte do pacientes e entes públicos, consolidando a qualidade do hospital na assistência médica hospitalar. Também se pode destacar a contribuição nos programas de residência médica, pois estes programas necessitam de protocolos e rotinas bem organizadas. Esta qualidade é colocada a disposição dos médicos residentes e de todos os acadêmicos que circulam diariamente nas dependências do Hospital.

A instituição hospitalar é uma instituição complexa, possui diversos profissionais autônomos, mas que atuam conjuntamente em prol do paciente. Verificou-se, na pesquisa, que este cenário proporciona uma maior dificuldade na execução do processo de acreditação, o que torna mais lento o atingimento dos objetivos.

Uma limitação percebida foi a pesquisa ter sido realizada em apenas um hospital, pois se a pesquisa fosse aplicada em outros hospitais possivelmente teria resultados diferentes. A comparação dos diversos resultados fortaleceria ainda mais as informações e com isso contribuiria na qualidade assistencial.

Por ser o único Hospital 100% SUS de ensino acreditado nível 1 no estado, os resultados da pesquisa poderão servir de contribuição para outras instituições que desejam passar pelo processo de acreditação. Os gestores da instituição podem utilizar os resultados obtidos como ferramenta de análise e redefinição das estratégias, visando a manutenção do certificado e a busca dos demais níveis do programa.

Como sugestão de trabalhos futuros, realizar o comparativo entre técnicos de enfermagem e enfermeiros para identificar a existência de diferenças na percepção e também avaliar suas percepções e comprometimento para a busca do Nível 2 da Acreditação Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERNATHY, W.; CLARK, K. Innovation: mapping the winds of creative destruction. **Research Policy**, v. 14, p. 3-22, 1985.
- ALBUQUERQUE, E. M.; SOUZA S. G. A.; BAESSA A. R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, 2004.
- ANTUNES, L. M. **Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- AZEVEDO, A. C. Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**, Brasília, v. 1, n. 1, 1993.
- BARBIERI, J. C. et al. Metodologia para identificação dos fatores organizacionais constitutivos de um meio inovador efetivo: Aplicação em três casos. In: **Anais do 10th Latin-American Seminar of Technology Management ALTEC: Knowledge, Innovation and Competitiveness: Challenges from Globalization**. México, 2003.
- BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 46, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BARDIN. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRAS, R. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, 15, 161-173. 1986.
- BARRAS, R. Towards a theory of innovation in services. **Research Policy**, v. 15, p. 161-173, 1986.
- BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.
- BERNARDES, D. R. C.; TALES, A. **A construção do conhecimento sobre inovação em serviços**. São Paulo: Saraiva, 2007.
- BERRY, L. L.; VENKATESH, S.; DOTZEL T. A Practical Guide to Combining Products + Services. **Harvard Business Review**, v. 87, n. 11, p. 94-99, 2009.
- BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos**. Rio de Janeiro; Makron Books. 1994.
- BESSANT, J. R.; TIDD, J. **Inovação e empreendedorismo**. Porto Alegre: Bookman, 2009
- BILDERBEEK, R.; DEN HERTOOG, P.; MARKLUND, G.; MILES, I. Services in innovation:

knowledge-business services (KIBS) as co-producers of innovation. **StepSynthesisPaper**, n. 3, 1998.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2004.

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA**. Belo Horizonte: 1994.

CECÍLIO, L. C. de O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, 2004.

CERTO, S. C. **Administração moderna**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: Acreditação e gestão em Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROSBY, P. B. **Qualidade sem lágrima: a arte da gerência descomplicada**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1992.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

CUNHA, A.P.; OROFINO, C. L. F.; COSTA, A.P.; JUNIOR. Serviços de enfermagem: um passo decisivo para qualidade. **Revista nursing**. São Paulo, 2003, 60 (6): 25-30.

CUNHA, K. C. **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005.

CUNNINGHAM, P. **Innovation in the public health sector: A case study analysis**. NIFU STEP: Oslo, 2005.

D'INNOCENZO, M., ADAMI; N.P, CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, 2006.

DA SILVA, T. A. F. **Acreditação Hospitalar**: fatores facilitadores e dificultadores do processo no Hospital Santa Rita. 2008. 84 f. Monografia (graduação em Administração) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

DAL LAGO; et al..Análise Crítica dos Ambientes Hospitalares: Um Estudo de Caso em Um Hospital da Região da Serra Gaúcha. In: **II Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde - Convibra Saúde**, 2013, São Paulo.

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

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 de jul, 2010.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: University Press, 1988.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality**: assessment and monitoring. v. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DOSI, G. The Nature of the Innovative Process. In: DOSI, G. et al., **Technical change and economic theory**. London: Pinter, 1982.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor**: práticas e princípios. São Paulo: Pioneira Thomson, 1986.

EMIDIO, L. F. **Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais e Acreditação Hospitalar**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília), Brasília, 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, São Paulo, 2005.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FLICK, U. (2009). **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre. Bookman.

FOGUEL, S.; SOUZA, C. C. **Desenvolvimento organizacional**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

FORTES, M. T.; MATTOS, M. A.; BAPTISTA, T. W. Acreditação ou Acreditações? Um comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, 2011.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. Rio de Janeiro: Ed.Graal, 1981.

G ENTIL, R. C.; SANNA, M. C. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte

histórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, 2009 .

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. S. (Org.). **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Senac São Paulo, p. 23-65, 2001.

GADREY, J., GALLOUJ, F., WEINSTEIN, O. (1994). *New modes of innovation: How services benefit*, 1996.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares** [tese livre-docência] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

GALLOUJ, F. Innovating in reverse: services and the reverse product cycle. *European Journal of Innovation Management*, v. 1, n. 3, p. 123-138, 1998.

GALLOUJ, F.; WEINSTEIN, O. Innovation in services. *Research Policy*, v.26, p.537-556, 1997.

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Talsa multiplicadores: avaliação e qualidade (módulo 2)**. [documento na Internet]. 2006[acessado 2006 jun4]. Disponível em: <http://www.onaeducare.org.br>

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento Sanitário e acreditação**. Módulo 2: Multiplicadores: avaliação e qualidade. Brasília: ONA, 2006.

GIL, A. C. **Gestão de Pessoas: enfoque nos profissionais**. São Paulo: Atlas, 2007.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003, 481p.

GRÖNROOS, C. The perceived service quality concept: a mistake? *Managing Service Quality*, v. 11, n. 3, p. 150-152, 2001.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**, Recife: Fundação FIOCRUZ, 2001.

HAIR, Jr., J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; Samouel; Phillip. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAUKNES, J. Services in innovation: innovation in services. *Step Report*, n. 13, 1998.

HOWELLS, J. **Innovation & Services: new conceptual frameworks**. CRIC Discussion Paper, 38. The University of Manchester & Umist. Aug. 2000

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200025>

ISHIKAWA, K. QC Circle Koryo: General Principles of the CQ Circle. JUSE – **Union of Japanese Scientists and Engineers**, 1990.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. **Controle da qualidade: Conceitos, políticas e filosofia da**

qualidade. São Paulo: Makron/McGraw-Hill, 1991. 377 p.

KIMBERLY, J. R.;EVANISKO, M. J. Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. **Academy of Management Journal**, 24: 689-713. 1981.

KON, A. **Economia de Serviços: Teoria e Evolução no Brasil.** Rio de Janeiro: Campus, 2004.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio.** 10 ed. São Paulo: Pretince Hall, 2000.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LABBADIA, L. L. et al.O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2004.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos.** São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, jul./ago. 2006.

LIMA, S. B. S; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enfer**, São Paulo, v.19, 2010.

LISBOA, T. C. **Breve história dos hospitais: da Antiguidade à Idade Contemporânea.** 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encartehtm#1>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

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

LOVELOCK, C.; WRINGHT, L. **Serviços: marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2004.

MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade e gestão para trabalhadores da área de saúde e outros interessados.** São Paulo: Centro de Educação em Saúde / SENAC,2001.

MANUAL DE OSLO. **Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação.** 3. ed. OECD/FINEP. 2005.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.** Dissertação (mestrado) – universidade federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem UFMG, Programa de Pós-graduação, Belo Horizonte, 2009.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. D. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, 2012.

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; ARAÚJO, J. **Educação Médica em transformação:**

market and organizational change. 3 .ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2011.

MATOS, S. M. et al. Um Olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de Acreditação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, 2006.

MATSUZAWA, A, et al. Essential cytoplasmic translocation of a cytokine receptor-assembled signaling complex. **Science**. 2008

MAZIERO, V. G; SPIRI, W. C. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 15, n.1, 2013.

MENDES, L. M. S.; MACHADO, F. B.; FONSECA, A. S. Perspectivas existentes relacionadas à assistência de enfermagem de um hospital acreditado. **Nursing**. São Paulo, v. 14, n. 167, 2012.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. 2. ed. Brasília/DF: BVSMS/Secretaria de Atenção à Saúde, v.1, 2010

MINTZBERG, H. A. **Adhocracia**. In: Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

NEVES JUNIOR, W. V. **Gestão hospitalar: Sistema de indicadores e o programa brasileiro de acreditação**. 2004. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2004.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Garantia da qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: Acreditação de hospitais para América Latina e do Caribe**. Organização Pan Americana de hospitais/Organização Mundial de Saúde/Federação Latina Americana de Hospitais. Brasília (DF): editora da Federação Brasileira de Hospitais, 1994.

OLIVEIRA, D. V. et al. **Acreditação hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde**. XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção, 2003.

ONA. **Avaliação e Certificação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/33/Avaliacao-e-Certificacao>>. Acesso em: 18/11/10.

ONA. **Instituições Acreditadas no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas/10>>. Acesso em: 20/06/2015

ONA. Organização Nacional de Acreditação, 2015. Disponível em: <http://www.ona.org.br> Acesso em: 20 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade. Brasília (DF): 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2006.

Organização Nacional de Acreditação. **Organizações certificadas**. Disponível em: www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas. Acesso em: 05 de julho de 2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO-ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. 3 ed. Pelotas: Educat, 2001.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (ODCE). **Manual de Oslo**: Diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. Brasília: 2005.

PEIXOTO, V. G. **O processo de acreditação hospital na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital privado**. 2013. Dissertação apresentada a Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças – FUCEPE).

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**: Estratégias para pós-graduação em administração Mestrado em Administração, Porto Alegre, 2007 Produção – Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria

PORTER, M. Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. 20 ed., Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Da casa; 2000.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar**: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde, Porto Alegre: Ed. IAHCS, 1997.

RAUTER, R. Os caminhos da qualidade: sua importância para o alcance da competitividade. **Revista Temas em Debate**, v. 4, p.20-29, 1992.

ROCHA, E. S. B; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.

RUFFINI, S. Certificação de qualidade em saúde, II Simpósio Gestão em Diálise, Caxias do Sul – 13/14 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fsgn.org.br%2Faulas%2FCongresso%2520Nefro.ppt&ei=umKUVae5AYuvggTxzoHACA&usg=AFQjCNHD3tpMEcvPGK62A19_21BAaax7tQ&sig2=hnV1YuD2M_brROaRdq7ZyA&bvm=bv.96952980,d.eXY Acesso em: 28 de junho de 2015.

SAMPAIO, A. V. C. F. **Arquitetura hospitalar**: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Proposta de um instrumento de avaliação. São Paulo: USP. 402 f. Tese (Doutorado– Área de Concentração: Estruturas Ambientais Urbanas) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, S. R. **Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde**. João Pessoa: Editora Universitária; 2011.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev Latino- am Enfermagem**, v. 11, n. 1, 2011.

SCHIESARI, L. M. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil**: evolução histórica e referências externas. São Paulo: USP. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre capital, crédito, juro e ciclo econômico. *Trd. Maria Silvia Possas*. São Paulo: Abril, 1982.

SEABRA, S, A, K. **Acreditação em organizações hospitalares**. Dissertação

significação das ações no olhar da Acreditação Hospitalar no Pronto Socorro. 303f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem Anna Nery. 2007

SUNDBO, J.; GALLOUJ, F. **Innovation in services**. SI4SS Synthesis Paper, n. 2. Oslo, Noruega, 1998.

TAGUCHI, G. **Introduction to Quality Engineering**: Designing Quality into Products and Processes, Asian Productivity Organisation, Tokyo. 1986.

TEECE, D.J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, v. 18, n. 7, 1997.

TIDD, J.; BESSANT, J. PAVITT, K. *Gestão da inovação*. Porto Alegre. Bookman, 2009.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ ago. 2005.

VAN DE VEN, A. H. et al. **The Innovation Journey**. Nova York: Oxford University Press, 1999.

VAN DE VEN, A.H. **Bolsa Engaged**: Um Guia para Organizacional e Pesquisa Social. Conteúdo, Capítulo 1, Capítulo 9, Oxford University Press. 2007.

VARGAS, M. A et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, 2007.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANA, M. F. et al. Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares, **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez. 2011.

WELCH, S.; COMER, J. **Quantitative Methods for Public Administration**. Second Edition, Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company. 1988.

WIN DRUM, P. **Inovação em Serviços Públicos**: Empreendedorismo, Criatividade e Gestão. Cheltenham, Reino Unido: Edward Elga. 2008.

YIN K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Etapa I - Análise documental – Relatório do Diagnóstico Inicial

- a) Descrever os pontos fortes da Instituição
- b) Descrever os pontos fracos da Instituição avaliada
- c) Descrever e analisar as inconformidades apontadas no relatório

Etapa II - Análise documental do Relatório Final – Obtenção da Certificação

- a) Descrever os pontos fortes da Instituição
- b) Descrever os pontos fracos da Instituição avaliada
- c) Descrever e analisar as inconformidades apontadas no relatório

APÊNDICE B – ROTEIRO DE INSTRUMENTO DE ENTREVISTA DA FASE QUALITATIVA (Diretores, Gerentes)

Parte I – Caracterização do entrevistado

1. Idade _____
2. Gênero
 - 2.1. Masculino
 - 2.2. Feminino
3. Setor do Hospital: _____
4. Há quanto tempo trabalha no hospital? _____
5. Tempo de experiência profissional: _____
6. Nível de Escolaridade
 - 6.1 Superior incompleto
 - 6.2 Superior completo
 - 6.3 Pós graduação incompleta
 - 6.4 Pós-graduação completa
 - 6.5 Mestrado incompleto. Qual: _____
 - 6.6 Mestrado completo. Qual: _____
 - 6.7 Doutorado incompleto. Qual: _____
 - 6.8 Doutorado completo. Qual: _____

Parte II – Acreditação

- 1- Qual a importância da Acreditação para o Hospital?
- 2- Diante do diagnóstico inicial realizado pela instituição acreditadora, como foi o seu planejamento para trabalhar a sua equipe visando à correção das inconformidades apontadas?
- 3- Como foi trabalhada a sensibilização e o engajamento dos colaboradores neste processo?
- 4- Quais as principais dificuldades encontradas durante o processo de acreditação?
- 5- Na sua percepção a Acreditação Hospitalar trouxe inovação ao hospital?
Caso afirmativo, descreva-as.
- 6- Considerando as quatro dimensões da inovação (produto, processo, organização e marketing), qual dessas dimensões você considera que se destacou?
- 7- Em sua opinião, a acreditação proporcionou mudanças na organização? Comente-as.
- 8- Diante da conquista do certificado da acreditação, houve ofertas de novos serviços?

9- A acreditação desencadeou melhoria de imagem junto aos seus clientes (comunidade em geral e colaboradores)?

10- Mais alguma consideração com relação à acreditação?

APÊNCIDE C - INSTRUMENTO DE PESQUISA – EQUIPE DE ENFERMAGEM

Prezado (a) Respondente,

Esse questionário faz parte de um estudo inserido em uma dissertação que propõe descrever como foram organizados e realizados os processos assistenciais e administrativos do hospital, visando à conquista do certificado de Acreditação Hospitalar Nível I da ONA. A sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo.

Agradecemos a sua atenção e colaboração.

Sandro de Freitas Junqueira

Aluno do Mestrado em Administração UCS – Caxias do Sul

Parte I - Caracterização do Respondente

1. Idade: _____

2. Gênero:

2.1 Masculino 2.2 Feminino

3. Setor do Hospital: _____

4. Há quanto tempo trabalha no hospital? _____

5. Tempo de experiência profissional: _____

6. Nível de Escolaridade.

6.1 Especialização incompleta. Qual: _____

6.2 Especialização completa. Qual: _____

6.3 Mestrado incompleto. Qual: _____

6.4 Mestrado completo. Qual: _____

6.5 Doutorado incompleto. Qual: _____

6.6 Doutorado completo. Qual: _____

Parte II - Dados sobre a Acreditação

1. Após a certificação qual a sua percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada nessa instituição?

1. () piorou
2. () não mudou
3. () melhorou
4. () melhorou muito

Parte III - Questões sobre contribuições individuais e da equipe

Instruções de preenchimento:

- Leia com atenção e marque o número correspondente à sua opinião em cada uma das afirmativas abaixo, conforme a seguinte escala:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Indiferente
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

III. 1 - Contribuições para mudança no âmbito individual	1	2	3	4	5
1. Particpei ativamente do processo de Acreditação					
2. Contribuí positivamente para a obtenção do certificado de Acreditação					
3. Contribuo continuamente para a manutenção do processo de acreditação					
4. Conheço os indicadores de qualidade do meu setor					
5. Conheço a estratégia da organização (missão, visão, valores e objetivos estratégicos).					
6. Recebi treinamento de forma satisfatória para o processo de acreditação.					
7. Sinto-me motivado a cooperar para o processo de acreditação					
8. Sinto-me satisfeito em fazer parte do quadro de funcionários de um hospital acreditado					
9. Preencho os prontuários sempre de acordo com as normas de qualidade					
10. Apresentei dificuldades em me adaptar ao processo de Acreditação					
11. Empenho-me para melhorar os indicadores de qualidade do meu setor					
12. Participo de reuniões sistemáticas de análise dos indicadores operacionais					
13. Participo de reuniões onde se discutem planos de melhorias na assistência					
14. Desempenho um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida					

III. 2 - Contribuições para mudança no âmbito da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5
1.A enfermagem demonstra motivação em participar do processo de Acreditação.					
2.A enfermagem sempre preenche os prontuários de acordo com as normas de qualidade					
3.A enfermagem contribuiu para a obtenção da Acreditação					
4.A enfermagem contribui continuamente para a manutenção das melhorias alcançadas pela Acreditação					
5.A enfermagem foi treinada para o processo de Acreditação.					
6.A enfermagem não teve dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação					
7.A enfermagem se sente satisfeita em fazer parte de um hospital acreditado					
8.A enfermagem se sente à vontade com todas as cobranças a que estão Sujeitos					
9.A enfermagem dispõe de recursos materiais adequados para o desempenho de suas atividades.					
10. A enfermagem desempenha um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida					

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA - EQUIPE MÉDICA

Prezado (a) Respondente,

Esse questionário faz parte de um estudo inserido em uma dissertação que propõe descrever como foram organizados e realizados os processos assistenciais e administrativos do hospital, visando à conquista do certificado de Acreditação Hospitalar Nível I da ONA. A sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo.

Agradecemos a sua atenção e colaboração.

Sandro de Freitas Junqueira

Aluno do Mestrado em Administração UCS – Caxias do Sul

Parte I – Dados Pessoais e profissionais:

1. Idade: _____

2. Gênero:

2.1 Masculino 2.2 Feminino

3. Setor do Hospital: _____

4. Há quanto tempo trabalha no hospital? _____

5. Tempo de experiência profissional: _____

6. Nível de Escolaridade.

6.1 Especialização incompleta. Qual: _____

6.2 Especialização completa. Qual: _____

6.3 Mestrado incompleto. Qual: _____

6.4 Mestrado completo. Qual: _____

6.5 Doutorado completo. Qual: _____

6.6 Doutorado incompleto. Qual: _____

Parte II – Dados sobre a Acreditação

2.1. Após a certificação, qual a sua percepção em relação à qualidade e segurança na assistência prestada nessa instituição?

1. piorou

2. não mudou

3. () melhorou
4. () melhorou muito

Parte 3- Questões Objetivas

Instruções de preenchimento:

Leia com atenção e marque o número correspondente à sua opinião em cada uma das afirmativas abaixo, conforme a seguinte escala:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Indiferente
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

III.1 -Contribuições para mudança no âmbito individual	1	2	3	4	5
1.Participei ativamente do processo de Acreditação					
2.Contribuí positivamente para a obtenção do certificado de Acreditação					
3.Contribuo continuamente para a manutenção do processo de acreditação					
4.Conheço os indicadores de qualidade do meu setor					
5. Conheço a estratégia da organização (missão, visão, valores e objetivos estratégicos)					
6.Recebi treinamento de forma satisfatória para o processo de acreditação.					
7.Sinto-me motivado a cooperar para o processo de acreditação					
8. Sinto-me satisfeito em fazer parte do quadro de funcionários de um hospital acreditado					
9. Preencho os prontuários sempre de acordo com as normas de qualidade					
10. Apresentei dificuldades em me adaptar ao processo de Acreditação					
11. Empenho-me para melhorar os indicadores de qualidade do meu setor					
12. Participo de reuniões sistemáticas de análise dos indicadores operacionais					
13. Participo de reuniões onde se discutem planos de melhorias na assistência					
14. Desempenho um importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida					
3.2 Contribuintes para mudança no âmbito da equipe	1	2	3	4	5

Médica					
1.Os médicos demonstram motivação em participar do processo de Acreditação.					
2.A equipe médica sempre preenche os prontuários de acordo com as normas de qualidade					
3.Os médicos contribuíram para a obtenção da Acreditação					
4.A equipe médica contribui continuamente para a manutenção das melhorias alcançadas pela Acreditação					
5.O corpo clínico foi treinado para o processo de Acreditação.					
6.O corpo clínico não teve dificuldades em se adaptar ao processo de Acreditação					
7.A equipe médica se sente satisfeita em fazer parte de um hospital acreditado					
8.A equipe médica se sente a vontade com todas as cobranças a que estão sujeitos					
9.Na sua percepção, as organizações de protocolos assistenciais contribuirão para uma assistência qualificada e segura.					
10. A participação dos médicos nas comissões intra-hospitalares auxilia na percepção do atendimento prestado e proporcionam mudanças dos processo/protocolos.					