

FACULDADE NOVOS HORIZONTES  
Programa de Pós Graduação em Administração  
Mestrado

**GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR:  
percepções de gestores de um hospital de Belo Horizonte**

Cristina Torres Lima

Belo Horizonte  
2011

**Cristina Torres Lima**

**GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR:  
percepção de gestores de um hospital de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kely César Martins de Paiva

Área de Concentração: Organização e estratégia

Linha de Pesquisa: Relações de poder e Dinâmica das organizações

Belo Horizonte

2011

Dedico esse trabalho aos meus pais, pelo apoio e pelos ensinamentos que me possibilitaram enfrentar com dignidade os desafios dessa existência.

Aos sobrinhos Daniel e Saulo que me ensinam sobre o viver, pelo amor sincero que é oferecido sempre.

À Lulude, companheira de todas as horas, com quem compartilho o meu processo de vida, pelo apoio incondicional e sincera presença.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Kely, por aceitar o desafio de me orientar, pelo envolvimento com meu trabalho, e por me ajudar a conduzir e compreender minhas buscas. O meu carinho especial por esta realização em conjunto.

Ao professor Fernando Coutinho, pelos esclarecimentos, pelo carinho e assertividade, essenciais para definição do meu caminho no universo da pesquisa.

Aos professores Cristiana e Luiz Honório, pela contribuição em momentos tão importantes da pesquisa: seminário de dissertação, banca de qualificação e também banca de defesa. Que Deus os ilumine!

Aos colegas Arthur, Erica e Leandro, sem os quais o processo de mestrado seria um tanto mais difícil. Junto a eles e também com o Alziro e o Sérgio, pude experimentar a força de um trabalho realizado em equipe.

Agradeço ao Eder, Heloísa e Pedro, amigos com quem venho partilhando uma intensa história; pelo apoio, por tornarem mais suave esse momento difícil de construção da dissertação e por fazerem parte da minha vida.

À minha irmã Ângela, que torce pelo meu êxito e valoriza as vitórias presentes na nossa caminhada fraterna.

Agradeço a Kaxuxa, pelo carinho com que cuida de mim principalmente nos tempos impossíveis de caminhar (literalmente!).

Aos amigos, todos eles, que torceram por mim e que me perdoaram a ausência nesses quase dois anos. Certamente perdi momentos maravilhosos!

À Lismar, pela disponibilidade, apoio e contribuição para essa dissertação e por sempre agregar valor ao trabalho e à amizade.

A todos os colegas da turma, obrigada pela boa convivência, pela solidariedade e estímulo mútuo que permearam nossa relação.

Ao pessoal de secretaria (obrigada Bia!) e do financeiro sempre prontos a ajudar; e a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Em especial, agradeço aos 19 gestores que com ética e profissionalismo se dispuseram a realizar a entrevista e me confiaram suas dificuldades, anseios e expectativas para o exercício da função de gestor hospitalar no Hospital Alfa.

Ao Christiano que endossou junto ao comitê de ética do Hospital Alfa a realização dessa pesquisa.

Também, ao professor Manoel Hygino do Hospital Alfa, pela consideração e interesse em ajudar-me e pela valorização da pesquisa.

Ao pessoal da Comunicação, em especial à Julieta, pela presteza na disponibilização dos documentos, muito obrigada!

## RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi analisar como os gestores de um hospital de Belo Horizonte percebem a gestão da qualidade no processo de acreditação hospitalar. Especificamente, tratou de analisar a percepção dos gestores a respeito do processo de gestão da qualidade; das ferramentas da qualidade utilizadas no hospital e sobre o processo de acreditação no hospital. A metodologia foi desenvolvida tendo em vista a abordagem qualitativa, que realizou a descrição dos dados conseguidos por meio de entrevista e analisados via análise de conteúdo. O estudo de caso teve como unidade de análise um hospital premiado pelo Prêmio Célio de Castro entre os anos 2008 e 2009. As unidades de observação ou os sujeitos participantes da pesquisa foram os gestores do referido hospital. Os resultados apontam que os gestores têm percepção positiva na implantação de um sistema de gestão e apresentam aspectos dificultadores principalmente relacionados com o nível de conhecimento dos profissionais. No estudo, pode-se identificar que as ferramentas mais utilizadas são o Diagrama de *Ishikawa* e o 5W2H. Identificou-se também a utilização de outras ferramentas na medição, avaliação e controle do trabalho gerencial: os indicadores e os *softwares*. Sobre seu papel na gestão da qualidade no hospital, as entrevistas conduziram para a formação de quatro categorias: decidir e liderar, contribuir, gerir os recursos humanos e registrar procedimentos. A respeito do processo de acreditação no hospital, os gestores mencionam ser uma possibilidade distante diante das práticas atuais de gestão e liderança realizadas no hospital. Algumas dificuldades foram visualizadas pelos entrevistados sobre a existência de uma questão cultural negativa forte. Na questão que pesquisou sobre as formas de contribuição do gestor ao processo, foram agrupados indicadores que construíram sete categorias: adotando atitude otimista, buscando qualificação, melhorando processos, atuando na questão cultural, motivando as pessoas, atuando em parceria com a diretoria e assumindo as dificuldades. Sobre os desafios que o processo de acreditação impõe ao hospital, as respostas conduziram a sete categorias: vencer as resistências, mudar a cultura, mudar a gestão, qualificar os profissionais, envolver e reter os talentos, buscar a qualidade e enfrentar as dificuldades. Sobre o momento atual do hospital, os gestores percebem, entre os pontos positivos, o reconhecimento de um setor que tem voz de comando na qualidade do hospital e ainda questionam sobre necessidades de implantação de um sistema de gestão e mencionam a falta de constância de propósitos para o estabelecimento de política de gestão como ponto negativo. Na questão sobre o processo de gestão da qualidade, trouxeram percepções diversas: há aqueles que acham que se deve esperar o curso natural das coisas e aqueles que veem necessidade de buscar alternativas, aprimorar os trabalhos, além da urgência em obter melhores resultados. Diante dos dados apresentados, das limitações do estudo, das sugestões para os gestores e para o hospital, pesquisas futuras foram delineadas.

**Palavras-chave:** Gerência. Gerente. Qualidade. Acreditação. Hospital.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze how managers of a hospital in Belo Horizonte, Brazil, understand quality management in hospital accreditation process. Specifically, it analyzed the perceptions of managers regarding the process of quality management, quality tools used in the hospital and the hospital accreditation process. The methodology was developed from qualitative approach, which held the description of the attained data through interviews and analyzed using content analysis. The unit of analysis of the case study was a hospital awarded with Célio de Castro Prize between the years 2008 and 2009. The observed units or the subjects in the study were the managers of that hospital. The results show that managers have positive perception on the implementation of a management system and show hindering aspects mainly related to the level of professional knowledge. In the study it is possible to identify that the most commonly used tools are the Ishikawa Diagram and the 5W2H. It also identified the use of other tools in measurement, evaluation and control of management work: the indicators and software. About its role in hospital quality management, the interviews led to creation of four categories: decide and lead, contribute, manage human resources and register procedures. Regarding the accreditation process at the hospital, managers mention that it is a distant possibility given the current practices of management and leadership carried out in hospital. Some difficulties were seen by respondents about the existence of a strong negative cultural issue. On the question that studied the ways of manager's contribution to the process, indicators were grouped in seven categories: adopting optimistic attitude, seeking qualification, improving processes, working on cultural issues, motivating people, working in partnership with the directors and assume the difficulties. About the challenges that accreditation process imposes to the hospital, the responses led to seven categories: overcome resistance, change culture, change management, qualify professionals, engage and retain talent, seek quality and face the difficulties. On the present moment of the hospital, managers notice among the positive points the acknowledgment of a sector that has voice of command on hospital quality. They also question about needs for implementing a management system and mention the lack of constancy of purpose for the establishment of management policy as a negative point. In the question about the process of quality management, they brought many perceptions: there are those who think one should expect the natural course of things and those who see the need to seek alternatives, improve work, and urgency to obtain better results. Future research were outlined from the data presented, the study limitations, and suggestions for the managers and the hospital.

**Keywords:** Management. Manager. Quality. Accreditation. Hospital.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Relação das ferramentas da qualidade com o Ciclo PDCA.....	48
FIGURA 2 Figura 2 – Relação entre as principais ferramentas de gestão da qualidade.....	49
FIGURA 3 Perspectiva dialógica do líder gerente .....	66

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Classificação das instituições de saúde brasileiras por nível de acreditação até setembro de 2011.....	17
GRÁFICO 2 Relação quantitativa entre o total de instituições acreditadas e o total de hospitais, por nível de acreditação.....	18



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Metodologia de gestão e melhoria de processos.....	31
QUADRO 2 Componentes da Trilogia de Juran .....	43
QUADRO 3 Relação dos princípios de gestão da qualidade com os Indicadores ilustrativos.....	89

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Número de instituições de saúde e hospitais acreditados no Brasil até 05 de setembro de 2011.....	16
TABELA 2 Distribuição do número de abordagens dos entrevistados às características da qualidade .....	87
TABELA 3 Distribuição do número de abordagens dos entrevistados sobre gestão da qualidade .....	88
TABELA 4 Ferramentas de gestão da qualidade conhecidas, utilizadas e não utilizadas pelos entrevistados .....	96
TABELA 5 Abordagem dos gestores entrevistados sobre o que é acreditação..	101
TABELA 6 Distribuição da percepção dos gestores entrevistados sobre os desafios que o processo de acreditação impõe ao hospital .....	113

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Colégio Brasileiro de Acreditação
CCAC	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CCAOS	Comissão conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
CDL	Câmara de Diretores Lojistas
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Service Accreditation</i>
CME	Central de Material Esterilizado
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
FIEMG	Federação da Indústria de Minas Gerais
GQ	Gestão da Qualidade
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISS	Instituição de Serviço de Saúde
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NURTEG	Núcleo de Trabalho e Tecnologia de Gestão
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PRO HOSP	Programa de Fortalecimento de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS
SES/MG	Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia de informação
TQM	<i>Total Quality Management</i> ou Gestão da Qualidade Total

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Objetivo geral.....	19
1.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 Justificativa.....	20
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>22</b>
2.1 A gestão pela qualidade: histórico, fundamentos e ferramentas .....	22
2.1.1 Qualidade nos serviços de saúde hospitalar.....	32
2.1.2 Ferramentas da qualidade e especificidades na área da saúde.....	37
2.1.3 Gestão baseada em tecnologia de informação.....	49
2.2 Acreditação hospitalar.....	52
2.2.1 Qualidade e acreditação.....	60
2.3 Gerência e gerentes.....	63
2.3.1 Gerência e gerentes no contexto hospitalar.....	66
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>73</b>
3.1 Caracterização da pesquisa.....	73
3.2 Unidades de análise e os sujeitos da pesquisa .....	75
3.3 Técnicas de coleta de dados.....	75
3.4 Técnica de análise de dados.....	75
3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa .....	78
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>80</b>
4.1 O hospital e a questão da qualidade.....	80
4.2 Caracterização dos entrevistados.....	85
4.3 O processo de gestão da qualidade no hospital, na percepção dos entrevistados.....	87
4.4 As ferramentas da qualidade utilizadas no hospital pelos gestores.....	94
4.5 O processo de acreditação no hospital e os gestores.....	101
4.6 Qualidade e acreditação: desafios, melhorias e outras percepções dos gestores.....	113

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>142</b>
<b>Apêndice A Identificação do entrevistado.....</b>	<b>142</b>
<b>Roteiro de entrevista .....</b>	<b>143</b>
<b>Apêndice B Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>144</b>
<b>Apêndice C Termo de consentimento pós-informado.....</b>	<b>145</b>

# 1 INTRODUÇÃO

No Estado de Minas Gerais, diversas ações gerenciais têm sido implementadas pelo governo, há quase uma década. São conhecidas como “Choque de Gestão”, e estão baseadas na utilização de metodologia de gerenciamento de projetos estruturadores, que procura levar para o setor público a lógica produtiva da esfera privada. Tais ações foram implementadas nos quatro níveis do Governo, a saber: político-governamental, estratégico, tático e operacional (MARQUES; MENDES; SILVA, 2009). Uma das ações implementadas na área da saúde foi o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG, Pro-Hosp, que integra o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência da Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2007).

Implantado em maio de 2003, esse programa teve como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar em polos macro e microrregionais de Minas Gerais. Ainda visa possibilitar ao cidadão mineiro atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade, o mais próximo possível de sua residência, segundo a lógica dos níveis de complexidade. Sendo celebrado mediante termo de compromisso de gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde, os hospitais participantes e os gestores locais, por intermédio do estabelecimento de metas, o programa implementa ações destinadas à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS e baseia-se na capacidade de operar com eficiência, de prestar serviços com qualidade e que atendam às necessidades e demandas da população (MINAS GERAIS, 2007). Outra estratégia do programa baseia-se na capacitação de diretores e gestores hospitalares por meio do curso de especialização em gestão hospitalar.

Em 2008, com o objetivo de direcionar a gestão dos hospitais para a qualidade em gestão hospitalar, foi criado o Plano de Gestão da Qualidade em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, SES/MG, com ênfase na atenção hospitalar. Seu objetivo é disseminar a cultura da qualidade nos hospitais. Esse plano envolveu um conjunto de ações coordenadas e complementares que envolveram a capacitação de gerentes e gestores hospitalares na temática Gestão da Qualidade

em Saúde. O plano culminou na instituição do Prêmio Célio de Castro, que representou, além de uma forma de acompanhamento e avaliação, uma oportunidade de reconhecimento das melhores práticas de gestão da qualidade para os hospitais vinculados ao Pro-Hosp (MINAS GERAIS, 2009).

Segundo Campos (2008), as avaliações desse Prêmio foram realizadas em duas etapas, sendo que a primeira, de avaliação e seleção, utilizou metodologia de autoavaliação. A segunda etapa, classificatória, foi realizada de forma presencial por técnicos e profissionais especialistas da SES/MG, e teve como objetivo a seleção de quatro instituições que apresentassem as melhores práticas de gestão da qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A realização do Prêmio possibilitou uma análise dos hospitais conveniados ao Pro-Hosp em áreas estratégicas como gestão da qualidade e qualidade da assistência, por meio de uma avaliação baseada na metodologia de acreditação ONA (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Conforme Oliveira *et al.* (2009), esse Prêmio promoveu o repasse de recursos financeiros destinados à manutenção ou obtenção da acreditação hospitalar a quatro hospitais em cada uma de suas versões, 2008 e 2009 (SES/MG, 2009). Na Edição 2008, foram premiados os seguintes hospitais:

- 1º Hospital Márcio Cunha – Fundação São Francisco Xavier Ipatinga;
- 2º Santa Casa de Misericórdia de Passos;
- 3º Hospital Regional Antônio Dias - FHEMIG Patos de Minas;
- 4º Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes.

Na segunda Edição, em 2009, os hospitais premiados foram:

- 1º Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte;
- 2º Hospital César Leite – Manhuaçu;
- 3º Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora;
- 4º Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

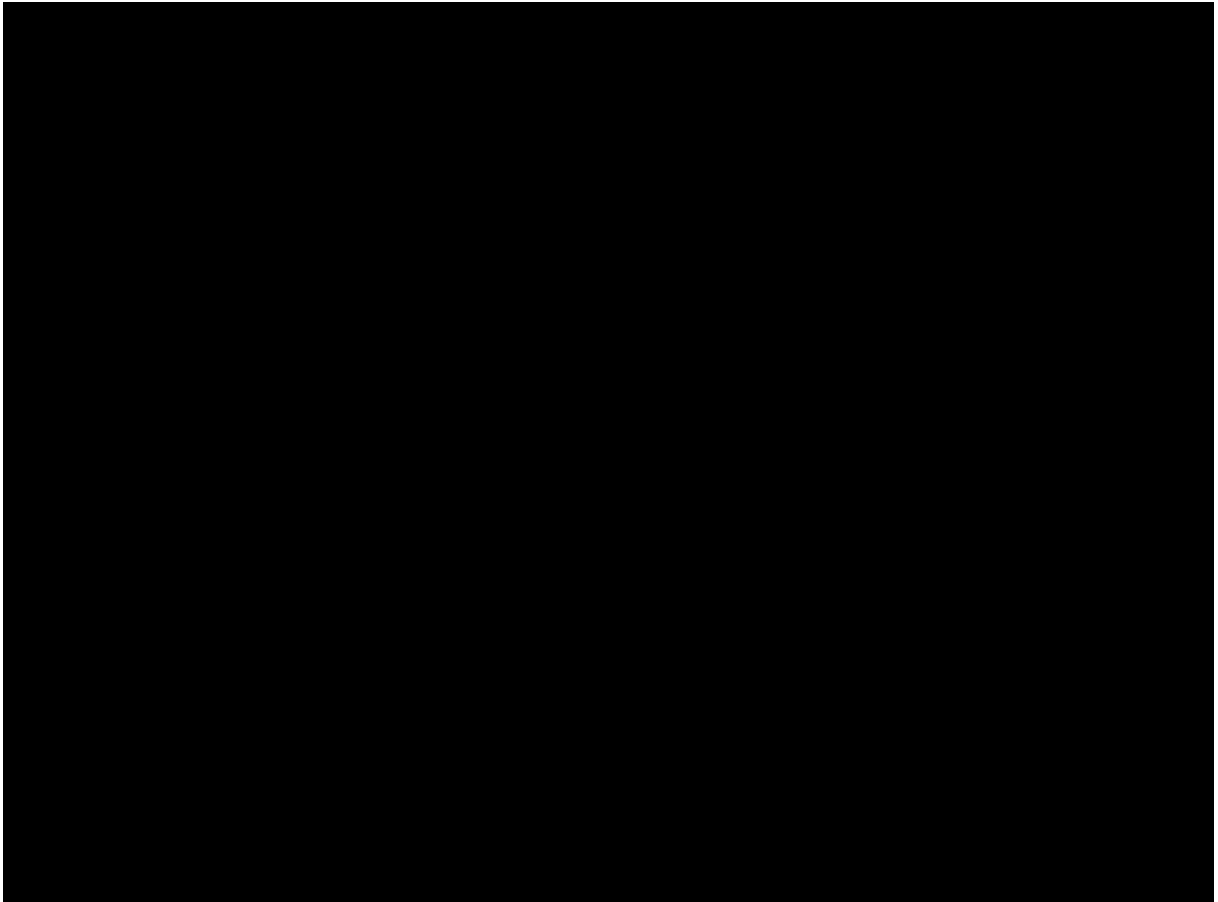
A premiação desses hospitais equivale a dizer que eles possuem gestão reconhecidamente fundamentada em princípios da qualidade formalmente

estabelecidos e que utilizam ferramentas da qualidade aplicadas à saúde para operacionalizar (planejar, medir e avaliar) seus resultados, conforme preconiza a acreditação dos estabelecimentos de saúde como os hospitais (ALMEIDA, 2010).

Cabe mencionar que a gestão da qualidade, é uma metodologia de gestão que se baseia nos princípios da qualidade como foco no cliente, administração participativa, decisões tomadas com base em fatos e dados, gerenciamento de processos e aperfeiçoamento contínuo nas dimensões que agreguem valor ao cliente (CAMPOS, 1999). No setor saúde, a qualidade é enfatizada principalmente devido a característica de serviços que são consumidos durante sua produção. Aqui ela é definida como um conjunto de requisitos que combinam: conhecimento profissional, menor risco ao paciente, maior eficiência no uso dos recursos e alto grau de satisfação (DONABEDIAN, 1982). O sistema de avaliação da qualidade da prestação de serviços nas instituições de saúde e sua certificação, é chamado acreditação (ONA, 2010).

Note-se que há uma forte tendência de aumento do número de instituições de saúde em busca da acreditação. Campos (2008) menciona que, em 2007, somavam-se 84 hospitais acreditados no Brasil, pela metodologia da ONA. Em 2011, observou-se um aumento considerável conforme pode ser verificado na TABELA 1, que apresenta o número total de instituições de saúde acreditadas no Brasil, com destaque para os hospitais acreditados até setembro de 2011, conforme dados disponibilizados pela Organização Nacional de Acreditação (2011).

Tabela 1 – Número de instituições de serviços de saúde (ISS) e hospitais acreditados no Brasil pela ONA até 05 de setembro de 2011.



Fonte: Adaptado de ONA ( 2011).

Por nível de acreditação, as instituições prestadoras de serviços de saúde podem ser visualizadas conforme mostra o GRÁFICO 1:

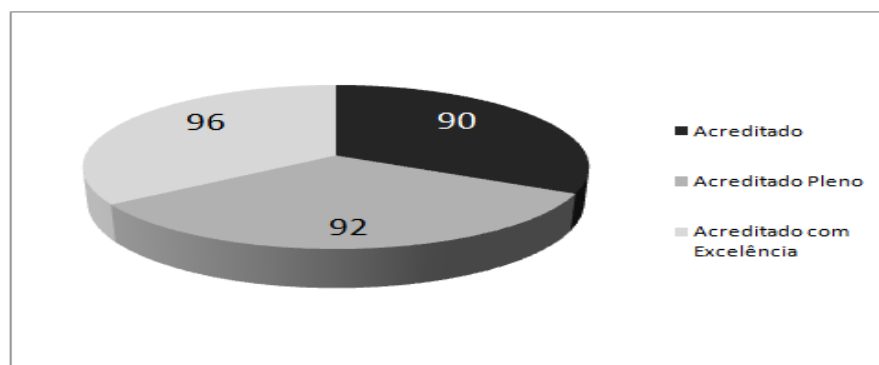


Gráfico 1 – Classificação das instituições de saúde brasileiras por nível de acreditação até setembro de 2011.

Fonte: Adaptado de ONA, 2011.

Convém mencionar que o crescimento da demanda pela implantação da gestão pela qualidade com vistas a acreditação tem sido uma estratégia utilizada pelas instituições de saúde tendo em vista a demonstração do GRÁFICO 2 que apresenta



a correspondência entre o total de instituições de saúde acreditadas e o quantitativo de hospitais.

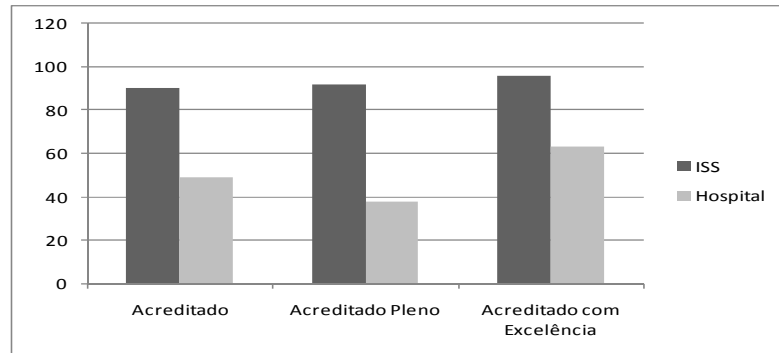


Gráfico 2 – Relação quantitativa entre o total de instituições acreditadas e o total de hospitais, por nível de acreditação.

Fonte: Adaptado de ONA, 2011.

A gestão das organizações hospitalares tem por objetivo coordenar e normalizar sua instituição e os setores que a compõem, como qualquer outro tipo de administração na qual se realizam as funções administrativas de planejamento, organização e controle. No hospital, a gestão é realizada por equipes multidisciplinares, que apresentam demandas muito específicas; desse modo, não apenas o profissional administrador assume essa função (NOGUEIRA, 2003). São esses profissionais técnico-gestores quem realizam a implementação de mudança e também quem as divulga. Para Juran (1991), o gestor tem o papel de representar a alta direção e buscar seu apoio e comprometimento.

No entanto, buscar maior propriedade dos gestores, no exercício de melhoria contínua da gestão, não é uma tarefa simples, pois a função gerencial reúne uma série de atividades de natureza diferenciada, sendo considerada uma atividade complexa, fragmentada e, até mesmo, contraditória (HILL, 1993; MOTTA, 1996; DAVEL; MELO, 2005). Ao mesmo tempo em que o gestor assume responsabilidades em face das estratégias organizacionais, atua no sentido de defendê-las e implementá-las; também carece do apoio e do trabalho de seus subordinados, e lida com expectativas e interesses diferenciados (HILL, 1993; DAVEL; MELO, 2005). Trata-se, portanto, de um grupo de trabalhadores privilegiado, que tem acesso a informações e ao processo de tomada de decisão (REED, 1997).

O trabalho dos gestores depende, desse modo, do trabalho de seus subordinados: se este é eficaz, o gestor alcança seus objetivos; caso contrário, essa dependência pode leva-lo a fracassar e, com isso, gerar impactos negativos no resultado em nível organizacional (HILL, 1993). O autor menciona que, uma equipe treinada e ajustada aos objetivos pode levar o gestor ao sucesso, mas se os subordinados não se envolvem e não são conduzidos para tal, o resultado do gestor fica comprometido. Como o trabalho com qualidade envolve todos os membros da organização (JURAN, 1991), não há como ser realizado se não houver o envolvimento de todos os atores sociais, sob a “regência” do gestor (MOTTA, 1996).

Em face do contexto e do problema delineado, pergunta-se: **como gestores hospitalares de Belo Horizonte percebem a gestão da qualidade no processo de acreditação hospitalar?**

Para responder esta questão, foram traçados os seguintes objetivos:

### **1.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar como gestores de um hospital mineiro percebem a gestão da qualidade no processo de acreditação hospitalar. Para atingir esse objetivo geral, os objetivos específicos foram delineados.

### **1.2 Objetivos Específicos**

São objetivos específicos deste estudo:

- a) analisar a percepção de gestores a respeito do processo de gestão da qualidade no hospital;

- b) analisar a percepção de gestores a respeito das ferramentas da qualidade utilizadas no hospital;
- c) descrever e analisar a percepção de gestores a respeito do processo de acreditação no hospital.

### 1.3 Justificativa

Este estudo justifica-se por apresentar temática atual devido ao crescente número de hospitais que buscam implantar novo modelo de gestão para melhoria dos seus processos internos (CAMPOS, 2008) e também para agregar valor à sua imagem para a sociedade (QUINTO-NETO; GASTAL, 1997). Por outro lado, em busca realizada no site da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, ANPAD, o descritor “acreditação” retornou apenas dois artigos, o que indica que os estudos sobre o tema estão em fase inicial. Já as pesquisas sobre gerência e gerentes vêm sendo desenvolvidas há mais tempo, sendo uma das agendas do Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão, NURTEG, criado em 1991. Na apresentação das “Contribuições do NURTEG – Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão – para os Estudos sobre Gerentes e Gerência” em 2006 (MELO *et al.*, 2006), no IV Encontro de Estudos Organizacionais, promovido pela ANPAD, pesquisas sobre gestores no contexto hospitalar foram incentivadas, enquadrando esta dissertação nessa agenda de pesquisa.

Do ponto de vista organizacional-pragmático, este estudo pode gerar conhecimentos e no futuro vir a contribuir para o diagnóstico e implementação de melhorias nos processos de implantação da gestão pela qualidade na saúde, tendo em vista suas possíveis contribuições para a gestão em meio a processos de acreditação, pautados na gestão da qualidade.

Como argumento social, a dissertação trata do importante papel que as instituições hospitalares cumprem na sociedade brasileira, na promoção de atendimento efetivo à saúde dos pacientes (ONA, 2010). Além disso, estabelece a compreensão de uma

“nova” realidade de trabalho que busca a satisfação dos profissionais e dos clientes (QUINTO-NETO; GASTAL, 1997) nos serviços envolvidos em processos de acreditação.

Este trabalho de dissertação está estruturado em cinco capítulos incluindo esta introdução. A seguir, será apresentado o referencial que apresenta a fundamentação teórica. A terceira seção descreve a metodologia utilizada. A quarta refere-se à apresentação e análise dos dados e a quinta seção destina-se às considerações finais. Por fim, apresentam-se as referências e os apêndices.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este referencial teórico está dividido em três partes, a saber: a gestão pela qualidade, incluindo-se suas ferramentas; a acreditação hospitalar; e a gerência e os gerentes.

### 2.1 A Gestão pela Qualidade: histórico, fundamentos e ferramentas

A definição de qualidade possui uma diversidade de abrangência de interpretação e, nos tempos atuais, marcadas pela competição e globalização, as organizações passam a incorporar qualidade aos objetivos de sobrevivência. Elas objetivam o alcance de resultados com maiores níveis de desempenho e a obtenção de vantagens competitivas por meio da adoção de modelos de gestão da qualidade, os quais visam agregar aos processos vigentes as necessidades e expectativas dos clientes, traduzidas em especificações de produtos ou serviços, com “sobrenome” qualidade (MOURA, 2002).

Segundo a NBR ISO 9000 (2005, p. 8), qualidade é

...grau no qual um conjunto de características inerentes (propriedade diferenciadora), satisfaz a requisitos (necessidade ou expectativa que é expressa, geralmente, de forma implícita ou obrigatória).

Garvin (2002) menciona que a qualidade pode ser definida dentro de cinco abordagens principais, são elas:

- 1- Transcendente: Qualidade é uma percepção intuitiva e vai além das definições racionais e científicas;
- 2- Baseada no produto: A qualidade é baseada em uma série de especificações mensuráveis que a garantem e certificam;
- 3- Baseada no usuário: A qualidade parte da percepção do cliente sobre os requisitos de qualidade;

- 4- Baseada na produção: A qualidade é a eficiência em se produzir exatamente o que foi projetado, de forma otimizada e sem perdas;
- 5- Baseada no valor: É a percepção do custo e do preço. Quanto maior o desempenho com o menor preço ou custo, mais qualificado será o produto.

A evolução do conceito de qualidade passou por várias fases desde a época da revolução industrial até os dias de hoje. Conforme explicam Rossato (1996) e Oliveira (2004), tais fases compreendem cinco períodos:

- a) Período da inspeção (1900) – Oliveira (2004) menciona que nesta fase, o produtor era responsável pela fabricação do produto por inteiro, permitindo que cada um controlasse a qualidade de seu serviço. Então, o próprio produtor inspecionava seus produtos na busca ativa por eventuais defeitos;
- b) Período do controle da qualidade pelo supervisor (1918) - a responsabilidade pela qualidade referente ao trabalho da equipe era assumida por um supervisor que dirigia as ações de execução de tarefas (ROSSATO, 1996);
- c) Período do controle da qualidade por inspeção (1937) – com o estabelecimento de padrões, surgiu com a finalidade de verificar se os materiais, peças, componentes, ferramentas e outros apresentavam-se em acordo e seu objetivo é detectar os problemas nas organizações (ROSSATO, 1996);.
- d) Período do controle estatístico (1960) – Esta etapa ocorreu por meio da percepção da variabilidade na produção industrial, ligada à matéria-prima, operários, equipamentos e outros. A questão era a de distinguir e separar as variações aceitáveis daquelas que indicassem problemas com o aumento da produção. Os produtos eram inspecionados por amostragens (OLIVEIRA, 2004). Neste momento surgiram as 7 ferramentas básicas da qualidade (ROSSATO, 1996);
- e) Período da qualidade total (1980) – o cliente passa a ser o centro das atenções e os esforços são direcionados para satisfazer suas necessidades e expectativas. A qualidade passou de um método restrito para um mais amplo, o gerenciamento (OLIVEIRA, 2004). Entretanto ainda continuou com seu objetivo principal de prevenir e atacar os problemas por meio de instrumentos como o controle da qualidade, zero defeitos, dentre outros (ROSSATO, 1996).

A partir de fevereiro de 1947, a gestão da qualidade nas organizações ficou associada a *International Organization for Standardization (ISO)*, e tem como objetivo facilitar a coordenação internacional e a unificação de padrões técnicos que primassem pela qualidade. Atualmente, essa organização está ligada também à normalização de padrões de gestão, tendo impacto no setor de produção de bens tangíveis e na área de serviços, contribuindo principalmente nos aspectos de segurança e atendimento às exigências legais, o que lhe conferiu alta repercussão econômica e social (VALLS, 2004).

A série ISO, isto é, um conjunto de publicações editado pela organização, é composta por um conjunto de normas técnicas que tratam exclusivamente de gestão da qualidade, na sua forma mais geral e sistêmica (NBR ISO 9000, 2000). Nos anos 1980, sua adoção passou a ser reconhecida como um sinônimo de garantia da qualidade. Sua implementação produzia ótimos resultados e o cliente final começou a ficar cada vez mais atento aos aspectos de qualidade e segurança. A tendência, então, era a de identificar e privilegiar as organizações que dispunham da certificação, pois eram consideradas sinônimo de seriedade e confiabilidade (VALLS, 2004).

Segundo Rossato (1996), a partir da década de 1980, a qualidade adquire uma visão mais estratégica e tem o objetivo da sobrevivência da empresa e competitividade em termos mundiais para atender às grandes transformações que vêm ocorrendo no mercado. **Dessa forma, produtos ou serviços são considerados de qualidade quando atendem perfeitamente, segundo dimensões como confiabilidade (relacionados, por exemplo, a defeitos), eficiência (resultados com custos adequados), segurança (em todos os níveis), no tempo, local e quantidade contratados e que atendam às necessidades do cliente (CAMPOS, 1999).**

Segundo Moura (2002), as normas internacionais da série ISO 9000 promoveram um movimento rumo à implantação de programas de gestão da qualidade. Esses programas se alastraram mundialmente, inicialmente na Europa e, posteriormente, nos demais países, inclusive Japão, Estados Unidos, Brasil e outros. A autora comenta que se tornaram inquestionáveis os resultados conseguidos pelos

administradores com a introdução dessas tecnologias de gestão, mais especificamente as que tratam a gestão pela ótica da qualidade.

A homologação da norma “NBR ISO 9001 Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos”, em dezembro de 2000, trouxe muitas novidades em relação aos conceitos e fundamentos da gestão da qualidade (NBR ISO 9000, 2000). As mudanças decorrentes da implantação dessa NBR englobam características de estabilidade e flexibilidade, pois os processos são documentados e/ou sistematizados a partir de rotinas existentes. A partir da maturidade alcançada ao longo do tempo e de informações fornecidas pelos *stakeholders* - os parceiros e outros públicos importantes para a organização -, as rotinas são modificadas e aprimoradas continuamente, obedecendo a um dos princípios da qualidade, o de melhoria contínua.

As normas ISO 9001 encorajam as organizações a manterem registros de todos os processos da gestão do planejamento, processos e melhorias do sistema. Dessa forma, elas mencionam que se deve escrever o que deve ser feito, executar o que está escrito, verificar se o que está escrito está sendo seguido e manter registros do que foi feito (NBR ISO 9001, 2008).

Cada uma das normas ISO possui objetivos específicos definidos e tem sido utilizada para apoiar as organizações na implantação de sistemas de gestão da qualidade ou apenas para fornecer base técnico-conceitual para a implantação de melhores práticas. Todas as normas obedecem aos oito princípios de gestão da qualidade descritos na NBR ISO 9000 (2005, p. 5-6), quais sejam:

- 1 – Foco no cliente – As organizações dependem de seus clientes e, portanto, devem entender suas necessidades atuais e futuras do cliente, os seus requisitos e buscar exceder as essas expectativas;
- 2 – Liderança - Líderes estabelecem unidade de propósito e o rumo da organização. Convém que eles criem e mantenham um ambiente interno, no qual as pessoas possam estar totalmente envolvidas no propósito de atingir os objetivos da organização;



- 3 – Envolvimento de pessoas - Pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização, e seu total envolvimento possibilita que as suas habilidades sejam usadas para o benefício da organização;
- 4 – Abordagem de processo - Um resultado desejado é alcançado mais eficientemente quando as atividades e os recursos relacionados são gerenciados como um processo;
- 5 – Abordagem sistêmica para a gestão - Identificar, entender e gerenciar processos inter-relacionados como um sistema que contribui para a eficácia e eficiência da organização no sentido desta atingir os seus objetivos;
- 6 – Melhoria contínua - Convém que a melhoria contínua do desempenho global da organização seja seu objetivo permanente;
- 7 – Abordagem factual para tomada de decisão - Decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informações;
- 8 – Benefícios mútuos nas relações com fornecedores - Uma organização e seus fornecedores são interdependentes, e uma relação de benefícios mútuos aumenta a habilidade de ambos em agregar valor.

Xavier e Batista (1997) argumentam que, além desses princípios de gestão, há importantes e essenciais indicadores, para instituir com êxito, a gestão da qualidade, a saber:

- a) Difusão - os princípios básicos da Gestão da Qualidade – GQ, devem ser amplamente difundidos na organização);
- b) Treinamento - atividades de sensibilização e capacitação em GQ destinadas a funcionários, gerentes e diretores. A capacitação é indispensável para se conseguir aprendizagem e mudança organizacional com bons resultados;
- c) Recompensas - implantar sistema de recompensas contribui para motivar os colaboradores a aceitar e contribuir para o processo de implantação da GQ;
- d) Recursos - o modelo gerencial definido pela alta direção vai refletir no investimento de recursos no programa de implantação da GQ.

A versão NBR ISO 9004 (2000, p. 25) reforça que

convém que a alta direção estabeleça uma organização orientada para o cliente, definindo sistemas e processos que possam ser claramente entendidos, gerenciados e melhorados, tanto em eficácia quanto em eficiência.

Então, a gestão pela qualidade pode ser entendida como estratégia cujo objetivo principal se divide em duas partes: conquistar mercados e reduzir desperdícios (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010). Os clientes representam faturamento e resultados, por isso é tão importante que as organizações atendam aos requisitos deles. Normalmente, os clientes percebem a qualidade por meio de uma combinação de características: “prazo de entrega, pontualidade, bom atendimento, boa reputação, adequação ambiental” entre outros (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010, p. 2). O preço do produto é o único que pode ser avaliado na hora da compra e muitas vezes é determinante para a compra de um produto ou serviço (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010). Estabelece-se, aqui, a segunda parte do objetivo da gestão da qualidade, pois garantir atendimento aos requisitos dos clientes e ter preço compatível pressupõem redução dos desperdícios, racionalização e padronização das atividades visando à aquisição de melhores resultados nas etapas de realização do trabalho, conforme mencionam Carpinette, Miguel e Gerolano (2010).

Entretanto, para que isso aconteça, é essencial o envolvimento e conscientização das pessoas em atividades de melhoria. A esse respeito, a ISO 9004 (2000) sugere que a direção considere ações de promoção da integração das pessoas e que permita os funcionários controlar e melhorar seu local de trabalho:

A organização deve assegurar que seu pessoal esteja consciente quanto à pertinência e importância de suas atividades e de como elas contribuem para atingir os objetivos da qualidade (NBR ISO 9004, 2000, p. 25).

Reforça-se, então, a importância dos gestores na condução dos processos envolvidos em programas de qualidade. Nesse sentido, Carpinette; Miguel e Gerolano (2010) mencionam que, além de comprometimento da alta direção, a gestão da qualidade depende muito de treinamento, capacitação e motivação dos recursos humanos, pois a eficácia de um sistema depende de um firme propósito principalmente no que diz respeito à implantação de política de qualidade.

Sobre essa temática, Xavier e Batista (1997, p. 9) mencionam que “o comprometimento da alta direção com a gestão da qualidade está relacionado às políticas organizacionais”. Destacam-se, então, nesse processo, os seguintes aspectos: o estímulo à comunicação entre as unidades; o desestímulo a informações confidenciais; o estímulo à participação de funcionários; o foco na melhoria dos sistemas; a coordenação do relacionamento entre as unidades; o planejamento estratégico, a ênfase na mudança, além da melhoria contínua de processos, de maneira a aumentar seu desempenho e beneficiar as partes interessadas (MOURA, 2002). A esse respeito, Juran (1991) comenta que a qualidade organizacional baseia-se na capacidade e no comprometimento dos dirigentes em implementar um sistema de gestão que estimule as pessoas a um propósito comum, buscando o cumprimento da missão, dos valores e das diretrizes do planejamento estratégico, comprometendo-os com o resultado.

Nesse contexto, Deming (1990) menciona que a gestão da qualidade tem proporcionado aos dirigentes condições de operacionalizar no mundo globalizado. Porém, não bastam condições e competência, é necessário que eles tenham vontade política, que se envolvam no processo e que mantenham as pessoas comprometidas para haver possibilidade de desenvolvimento e formação de uma cultura pela qualidade. Esse desafio exige profundas alterações nas gerências, que podem, até mesmo, resistir à implementação dos programas de qualidade total. Contudo, se bem utilizados, os princípios da qualidade oferecerão as ferramentas de gerenciamento necessárias para desestimular oposições e obstáculos (DEMING, 1990).

Assim, Deming (1990) entende que somente o elemento humano é capaz de proporcionar as transformações necessárias. O homem é o elemento principal, já que, sem a sua sabedoria e competência, nada acontecerá. Entretanto, o seu trabalho isolado será inútil. É importante que seja executado em equipe, juntamente com o conhecimento, que haja constância do propósito dos dirigentes em busca pela qualidade e melhoria do produto e do serviço. Deming (1990) complementa, mencionando que, dessa forma, o gestor deve estar atento ao desafio, ter consciência de suas responsabilidades e assumir a liderança no processo de transformação. Como responsáveis pelo processo, a alta direção e as gerências

terão de fazer do gerenciamento da qualidade um centro articulador de iniciativas. Os gerentes não podem fugir da responsabilidade. É uma atividade indelegável, pois a gerência é o ponto de articulação para a obtenção dos resultados (DEMING, 1990).

Deming (1990) também registra que a insatisfação gerada por metodologias mal aplicadas ou mal conduzidas pode inclusive comprometer todo o futuro do programa, levando a organização a correr sério risco de sobrevivência, pela incapacidade de modernizar-se. Dentro deste contexto, só sobreviverão as empresas que adotarem constância de propósito pela qualidade e produtividade com inteligência e perseverança, desde que, é claro, ofereçam produtos que atendam ao mercado (DEMING, 1990).

Para o completo estabelecimento da gestão da qualidade, é necessário que os resultados sejam medidos e analisados, gerando ações de melhoria. Então, é necessário que seja projetado e mantido um sistema que defina o que deve e como deve ser feito para gerenciar com qualidade o processo principal – processo finalístico – e as atividades que lhe dão suporte – processos de apoio (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010).

A Gestão da Qualidade Total ou *Total Quality Management* (TQM) foi uma prática de gestão comum nas décadas de 1980 e 1990 nos países ocidentais. Os conceitos dessa prática foram desenvolvidos por autores norteamericanos nas décadas de 1950 e 1960, como Deming, Juran e Feigenbaum, e encontraram no Japão pós-guerra o ambiente para o seu desenvolvimento durante os anos que se seguiram. No início da década de 1980, sobressaiu o elevado grau de competitividade alcançado pelas principais indústrias japonesas, e o mundo voltou sua atenção para seus produtos que, além de terem qualidade percebidamente melhor, possuíam preços relativamente baixos nos mercados consumidores do ocidente, passando a constituir uma ameaça para as suas economias (CORDEIRO, 2004).

Conforme citado por Oliveira (2001), alguns trabalhos comentam sobre a implantação de programas de TQM nos países ocidentais, incluindo o Brasil, destacam alguns pontos que explicam grande parte do declínio da TQM. Entre eles,

pode-se citar: problemas com implementação, o surgimento da reengenharia como “atalho” para os resultados, o foco excessivo na padronização e na certificação proposto pelas normas ISO 9000 e, por fim, as questões relacionadas ao foco no posicionamento estratégico. Dessa forma, abriu-se espaço para que outras abordagens se destacassem, entre elas, as citadas normas do sistema ISO (OLIVEIRA, 2001).

Atualmente, entende-se que as organizações que adotam a ISO 9001 não são perfeitas; elas têm falhas e problemas, mas mantêm sob controle seus processos principais, oportunizando a satisfação de seus clientes e gerenciando melhor seus recursos, pois estão focadas na realização desses propósitos (VALLS, 2004).

Convém salientar que o fundamento do enfoque de processos está em enxergar a organização de forma horizontal, ou seja, independentemente dos setores ou funções envolvidas na realização de uma atividade, seja ela operacional, tática ou estratégica. Ela deve ser analisada e gerenciada de forma linear, desde o seu início até o seu término. Nessa lógica horizontal, o processo “atravessa” vários setores. Dessa forma, vários setores são responsáveis por um mesmo processo (VALLS, 2004). Valls (2004) comenta que, muitas vezes, os problemas de qualidade de um produto ou serviço estão no limite entre os departamentos e setores que, gerenciados de forma isolada, não têm muitas vezes a visão do todo, da organização e, principalmente, do valor agregado à atividade e, conseqüentemente, ao cliente. O QUADRO 1 apresenta uma descrição de uma metodologia composta por etapas necessárias para o sistema de gestão da qualidade, conforme menciona Valls (2004).

Quadro 1 Metodologia de gestão e melhoria de processos

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Comentários</b>
1 <sup>a</sup>	Estabelecimento de responsabilidades frente à gestão do processo	É necessário designar um “dono” para o processo. Ele deve ter a visão do todo e principalmente que ocupe uma posição hierárquica que o permita coordenar todo o processo, incluindo a garantia de que todos os aspectos de gestão e melhoria do processo estão sendo cumpridos.
2 <sup>a</sup>	Definição do processo	Todos os envolvidos no processo devem ter a clara compreensão de sua natureza (começo, meio e fim). As ferramentas da qualidade devem ser utilizadas para apoiar o mapeamento do processo.
3 <sup>a</sup>	Identificação dos requisitos do cliente	Além de definir claramente o que o cliente espera (saídas do processo), é necessário estabelecer mecanismos de comunicação permanente com o cliente.
4 <sup>a</sup>	Estabeleça medidas de desempenho	Devem ser traduzidas as necessidades e os requisitos dos clientes em medidas de desempenho. Ligar diretamente as medidas de desempenho do processo às necessidades dos clientes é um dos aspectos mais eficazes da gestão do processo.
5 <sup>a</sup>	Comparação entre o desempenho do processo e os requisitos dos clientes	As medidas de desempenho do processo devem ser utilizadas para assegurar se o processo está funcionando de maneira estável e previsível.
6 <sup>a</sup>	Identificação das oportunidades de melhoria	As divergências entre o desempenho do processo e as necessidades do cliente devem ser vistas como oportunidades de melhoria.
7 <sup>a</sup>	Melhora do desempenho do processo	Com vistas às oportunidades de melhoria e utilizando as ferramentas adequadas, é possível implantar e acompanhar as melhorias que visam à melhoria contínua do processo.

Fonte: Adaptado de Valls (2004).

Na área da saúde, especificamente, a gestão pela qualidade proporciona “estruturação de um sistema gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança e envolvimento de todos, baseado em indicadores, como monitoramento e avaliações constantes” (ALVES, 2009, p. 15). Segundo Alves (2009), existem muitas metodologias para a implantação do processo de qualidade. O importante na decisão é considerar os pontos primordiais e escolher a que mais se adapte com a realidade da instituição, além de “utilizar ferramentas que realmente agreguem valor ao seu desempenho” (ALVES, 2009, p. 15).

Conforme comenta Valls (2004), de qualquer maneira, importante se faz salientar que as normas ISO 9000 impulsionaram sobremaneira o avanço da gestão da qualidade e o seu atual estágio de evolução nas organizações hospitalares.

A implantação da metodologia de gestão da qualidade na saúde traz profundas mudanças que certamente são frutos de muita dedicação, respeito pelo outro e capacidade de melhorar o trabalho. O gestor hospitalar, como articulador de todo o processo de mudança que a organização espera realizar, tem o importante papel de coordenar seu funcionamento, encontrando soluções para os problemas e trabalhando as inovações com o objetivo de melhorar sempre a qualidade dos produtos e/ou serviços (PALLADINI, 2004).

### **2. 1. 1 Qualidade nos serviços de saúde hospitalar**

Na assistência à saúde, a qualidade vem sendo conceituada como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados tanto para paciente quanto para populações” e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente (WACHTER, 2010, p. 45). Segundo Wachter (2010, p. 45), o *Institute of Medicine*, IOM, definiu em 2001 seis dimensões para a qualidade nos sistemas de saúde, a saber: “segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade”.

Entretanto, a decisão de implantar a Gestão pela Qualidade em uma instituição requer como condição fundamental o apoio e o comprometimento da alta administração, com relação às mudanças necessárias para tal empreendimento. Para isso, são precisos esforços despendidos no sentido de incorporar, em toda a equipe e níveis hierárquicos, os conceitos da busca de melhoria contínua (BALSANELLI; JERICO, 2005), o que envolve ações em vários níveis.

Conforme mencionam Balsanelli e Jerico (2005), essa iniciativa precisa estar acima de disputas políticas, projetos pessoais e dificuldades circunstanciais. Isso implica em um movimento que traz modificações profundas no estilo de gestão e no

comportamento das pessoas envolvidas no programa que enfatiza satisfação das necessidades do ser humano como elemento mais importante em todas suas fases.

Para Gurgel Junior e Vieira (2002), nas organizações, inclusive as hospitalares, os principais atores da gestão da qualidade são as pessoas. Destacam-se os profissionais de planejamento, que ajudam no processo de mudança de comportamento, modificando a lógica da empregabilidade para a lógica da responsabilidade e em especial a alta gerência que deve estar de pleno acordo com a política de gestão e gerenciamento das diretrizes para empreender os resultados. A instituição que implanta esse sistema busca o resultado do produto e, também, a evidência do serviço para melhorar os resultados. Gurgel Junior e Vieira (2002) descrevem algumas características que dificultam a implementação desses programas nas organizações prestadoras de assistência à saúde:

- a) A variabilidade da assistência demandada é enorme, e cada usuário se comporta subjetivamente de maneira diferente, o que dificulta a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços;
- b) Não há simetria de informação neste mercado, pois os usuários são geralmente leigos e não têm capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício das suas opções de consumo;
- c) A produção do serviço é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos;
- d) A categoria médica apresenta forte resistência aos programas por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo;
- e) O consumo do serviço é imediato à produção e, portanto, não há tempo para o controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final.

A identificação de problemas é apenas o primeiro passo na busca da qualidade nos serviços. Esta seria uma forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades e especificidades das instituições hospitalares e que considera a complexidade do seu ambiente organizacional (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002). No setor saúde, os programas de qualidade têm forte tendência a enfatizar a avaliação das condições dos hospitais, focalizados na estrutura, nos processos e



resultados (conhecida como a tríade de Donabedian), inclusive nos níveis de acreditação hospitalar (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002). Esse modelo foi desenvolvido como quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde e corresponde às noções da teoria geral de sistemas (MALIK; SCHIESARI, 1998). Especificamente, a estrutura se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, envolvendo desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos recursos humanos para prestar serviços de atenção à saúde, partindo-se da premissa de que, se a estrutura é adequada, haverá uma maior probabilidade de se prestarem serviços de qualidade.

Exemplos de avaliação da qualidade da estrutura são os sistemas de certificação de pessoal de saúde e de alvarás de funcionamento dos serviços (WACHTER, 2010). Convém esclarecer que processos são formas singulares em que se combinam os diferentes recursos humanos, materiais e financeiros para desenvolver as ações de atenção à saúde. Eles envolvem, sempre, relações entre profissionais de saúde e os usuários, com base em padrões de evidência, e podem ser ações preventivas, promocionais, diagnósticas, terapêuticas, reabilitadoras ou paliativas (WACHTER, 2010). Por último, e não menos importante, os resultados são os produtos finais da atenção à saúde medidos em termos de níveis de saúde ou da satisfação dos padrões técnicos e das expectativas da população. São exemplos de resultados as mudanças na taxa de mortalidade infantil, a morbidade, a opinião dos usuários etc (WACHTER, 2010).

Então, o propósito dos sistemas de atenção à saúde em seu núcleo e em todas as suas partes, segundo Donabedian (1986), é proporcionar o mais alto nível de qualidade, ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas. O crescente número de estudos na área forneceu base para que Donabedian (1990) ampliasse os conceitos e os desdobrasse em sete “pilares da qualidade”, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme descritos abaixo:

1. Eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

2. Efetividade: Relação do impacto real com o impacto potencial numa situação real, ou melhoria gerada pelo sistema oferecido/Melhoria esperada pelo sistema “ideal”;
3. Eficiência: Relação entre o efeito real e os custos da produção, ou melhoria gerada pelo sistema oferecido/Custo econômico desse “sistema”;
4. Otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios;
5. Aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Sobre esse atributo Gastal (1995) comenta que ele é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e quanto aos custos da assistência.;
6. Legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;
7. Equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Portanto, a qualidade da assistência é avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; e a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Dessa forma, a avaliação da qualidade não é feita baseada apenas nos termos técnicos ou da prática específica, mas em um conjunto de fatores que consideram elementos individuais e coletivos no estabelecimento desse juízo de valor (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Assume-se, então, que qualidade em saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição (DONABEDIAN, 1990) e, por isso, deve buscar assegurar ao paciente que toda a organização está voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutica (GASTAL; LEITE, 1997).

Segundo Berwick (1994), a intervenção dos programas de qualidade não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização hospitalar e na gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nesses serviços. A busca por programas de qualidade proporciona uma estruturação sistematizada com foco no usuário, na liderança da gerência, com a participação dos trabalhadores, fundamentada em indicadores, com monitoramento e avaliações constantes.

A gestão orientada para a qualidade enfatiza, ainda, a necessidade de se produzir um ambiente de cooperação e participação, no qual os trabalhadores envolvam-se na consecução dos objetivos organizacionais, desfrutem de maior autonomia no âmbito de suas funções e, enfim, conjuguem realização pessoal e trabalho. Segundo essa visão, a satisfação do trabalhador provoca efeitos positivos sobre a qualidade e produtividade do trabalho, devendo, portanto, constituir interesse da própria organização (FARIAS; VAITSMAN, 2002). Mais uma vez, sublinha-se a importância da atuação do gestor nesse sentido, já que a ele cabe a difícil tarefa de conciliar interesses pessoais e grupais, além de integrar pessoas e processos (HILL, 1993).

Diante disso, produzir tal ambiente e assegurar certo grau de satisfação entre os trabalhadores são uma operação que o gestor realiza mediante variadas ações, mais ou menos difusas, porém articuladas entre si. A orientação de sentido e a coordenação dessas ações situam-se, certamente, na dimensão da gestão de recursos humanos ainda que a operacionalização das mesmas extrapole os limites desses departamentos (FARIAS; VAITSMAN, 2002), concentrando-se no nível gerencial.

No entanto, na concepção de Berwick (1994), no setor hospitalar, observa-se uma grande resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que historicamente detêm o poder dentro dessas organizações, assumindo cargos em que se exerce função gerencial. Geralmente, eles não veem como positiva a ideia de contenção de custos, nem de avaliação do seu trabalho, numa perspectiva de medir a qualidade, por se sentirem fiscalizados ou terem medo de perder sua autonomia na condução clínica dos pacientes.

Por outro lado, segundo Farias e Vaitsman (2002), as organizações hospitalares constituem espaços sociais heterogêneos nos quais interagem diferentes grupos e papéis. Elas possuem uma dinâmica interna que, no cotidiano, impacta identidades, hierarquias, conflitos e alianças. Embora o grupo formado pelos médicos materialize a própria identidade da organização, do ponto de vista quantitativo, ele representa uma parcela relativamente pequena dos trabalhadores. Esse grupo “principal” interage com os outros grupos que dão suporte à realização de suas atividades.

Note-se que conflitos e tensões são inerentes às organizações e, em última instância, alimentam-se das tentativas para conservar ou alterar a distribuição do poder (FARIAS; VAITSMAN, 2002). Nesse sentido, os esforços para implantação de programas de gestão pela qualidade na área hospitalar impulsionaram e estimularam a Acreditação Hospitalar (ANDRADE, 2008). No Brasil, o primeiro certificado de acreditação hospitalar só foi realizado 20 anos após a chegada da ISO no país (ANDRADE, 2008), o que poderia ser entendido como despreocupação das instituições com a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

### **2.1.2 Ferramentas da Qualidade e especificidades na área da Saúde**

Para conseguir fazer uma tarefa, é necessário saber exatamente duas coisas: “o que” precisa ser feito e “como” fazê-lo (NOGUEIRA, 2003, p. 95). Então, é preciso unir técnica e ferramenta. É preciso usar a ferramenta certa para a solução dos problemas do dia a dia das organizações. Nesse sentido, conforme citado por Nogueira (2003), para obter qualidade, é importante seguir um processo, um conjunto de meios para se chegar a um fim, um objetivo. Então, pode-se dizer que processos são sequências de ações que orientam as atividades a serem desenvolvidas. Malik e Schiesari (1998) comentam que, no setor saúde, os processos abrangem todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. É justamente sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência e é do resultado que se retira a base para a valorização da qualidade.

Entende-se, então, que as ferramentas utilizadas na administração dos serviços devam ser essenciais para a implementação desse formato de gestão pela qualidade. Nogueira (2003, p. 95) cita que “99% de todos os problemas dentro de uma empresa podem ser resolvidos por meio de sete ferramentas básicas”, chamadas ferramentas de gestão da qualidade (fluxograma, folha de verificação, diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito, histograma, diagrama de dispersão e carta de controle), descritas mais adiante.

Ao conhecer e controlar os processos, pode-se localizar os problemas e agir sobre a causa fundamental. Convém mencionar que controlar deve ser entendido por um processo que envolve: detectar problemas, analisar buscando suas causas e atuar sobre eles de forma a modificar a situação indesejada causadora do problema, produzindo o efeito desejado, ou seja, a solução do problema (NOGUEIRA, 2003).

As ferramentas da qualidade são amplamente utilizadas na realização do Controle Estatístico da Qualidade, com o intuito de prevenir e atacar os problemas. Conforme comenta Rossato (1996, p. 20), essa etapa permaneceu restrita às áreas de produção e em nível de chão de fábrica, “se desenvolveu de forma lenta e é aplicada nas organizações até os dias de hoje”.

Então, utilizadas com o objetivo de diagnosticar, definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas (desempenho, custo etc.) provenientes da execução dos processos de trabalho, as ferramentas da qualidade são estruturadas como técnicas. Elas são um conjunto de instrumentos cuja utilização tem sido de grande valia para os sistemas de gestão, para melhoria de produtos, serviços e processos (MALIK; SCHIESARI, 1998). Malik e Schiesari (1998) descrevem as Sete Ferramentas do Controle de Qualidade.

A primeira ferramenta é o Fluxograma, que tem como finalidade representar, desenhar e mapear as etapas de um processo. Proporciona uma sequência lógica e integrada do fluxo de um processo técnico, administrativo ou gerencial (ALVES, 2009). É uma ilustração sequencial de todas as etapas de um processo, mostrando como cada etapa está relacionada. Os fluxogramas são um meio para identificação de oportunidades de melhoria (NOGUEIRA, 2003, p. 62). Utiliza símbolos para

denotar os diferentes tipos de operações em um processo. Os símbolos utilizados dos fluxogramas têm por objetivo evidenciar a origem, processo e destino da informação escrita ou verbal componente de um sistema.

A segunda ferramenta é o Diagrama Ishikawa (Espinha-de-Peixe) ou Diagrama de causa e efeito, o qual corrobora a indicação de todas as causas possíveis de uma condição indesejada ou a ocorrência de um problema, vista na ponta do diagrama como o efeito que se quer evitar, representando, assim, a relação causa-efeito. As causas sempre são as contribuições para o surgimento do efeito. Para a construção desse diagrama, é preciso utilizar a técnica do *Brainstorming* como ferramenta auxiliar. Para organizar o diagrama de causa e efeito, podem-se usar as seguintes classificações de causas: os 6M's e/ou os 4P's. Conforme citado por Nogueira (2003, p. 98), os 6M's são:

- a) Mão de obra – profissionais que executam a tarefa;
- b) Meio ambiente – ambiente onde a tarefa é executada;
- c) Método – metodologia da realização do trabalho;
- d) Materia prima – recursos utilizados ou que deveriam ser;
- e) Máquina – equipamentos;
- f) Medida – sistema de avaliação;

Alves (2009, p. 33) exemplifica os 4P's são:

- a) Política – sistema de abastecimento/administração;
- b) Procedimentos – processos envolvidos;
- c) Pessoal – equipe;
- d) Planta – estrutura física, iluminação, preparo do ambiente para o trabalho.

A terceira ferramenta é a Folha de Verificação. Trata-se de planilhas construídas para a coleta de dados. São formulários planejados, *tipo check list*, feitos para organizar a coleta de dados pertinentes à frequência com que um problema ocorre (NOGUEIRA, 2003). Os dados são previamente discutidos, selecionados e anotados e devem representar um ciclo completo da atividade. São anotadas as quantidades

de vezes que cada ocorrência é verificada. Permite rápida percepção da realidade e imediata interpretação da situação. Ao final, serão somadas e avaliadas.

A quarta ferramenta é o Diagrama de Pareto que é uma ferramenta da qualidade em forma de gráfico que apresenta barras verticais e dispõe os itens analisados desde o mais frequente até o menos freqüente, distinguindo com clareza as causas fundamentais do problema analisado (NOGUEIRA, 2003). Dessa forma, podem-se estabelecer prioridades na tomada de decisão e permite-se também o estabelecimento de metas numéricas a partir de uma abordagem estatística. Juran (1991) comenta que o economista italiano Vilfredo Pareto estabeleceu o método (chamado Análise de Pareto) que permite classificar os problemas da qualidade identificando os poucos problemas que são vitais e diferenciando-os dos muitos que são triviais. Segundo a pesquisa de Pareto, 20% das causas são responsáveis por 80% dos efeitos. No campo da qualidade, Juran (1991) aplicou esse princípio demonstrando que alguns poucos fatores são responsáveis pelas maiorias dos efeitos observados; então, o gráfico de Pareto mostra a incidência de um problema através de tipos de ocorrências (causas do problema). A forma gráfica de apresentar os dados estudados por esse método ficou conhecida como gráfico de Pareto ou Diagrama de Pareto. Nogueira (2003, p. 102 – 103) menciona que a esta ferramenta é utilizada para ressaltar a importância relativa entre problemas ou condições, no sentido de:

- a) Priorizar a solução de problemas;
- b) Avaliar o progresso de um processo;
- c) Identificar a causa básica de um problema.

O Histograma, a quinta ferramenta da qualidade, é uma representação gráfica que tem a finalidade de apontar a distribuição de uma série de dados numéricos, como temperatura, tempo, dimensão etc. Ele resume os dados de um processo, coletados ao longo de um intervalo de tempo e apresenta a distribuição de frequência com que eles aparecem, sob a forma de barras. Ele exprime a fotografia de um processo, o comportamento de suas variáveis (NOGUEIRA, 2003. p.106). O histograma tem como finalidade mostrar os dados indicando o número de unidades em cada categoria.

A sexta ferramenta, o Diagrama de Dispersão, mostra o que acontece com uma variável quando a outra se modifica, para testar possíveis relações de causa e efeito. Considerado a “etapa seguinte” (NOGUEIRA, 2003, p.34) do diagrama de causa e efeito, ele ilustra informações estatísticas e visuais para verificar se duas variáveis têm relação uma com a outra ou se ocorrem independentemente, demonstrando, assim, a intensidade da relação que pode ser classificada como:

- a) Correlação forte – onde uma influencia fortemente a outra. Pode ser positiva quando as duas variáveis aumentam juntas;
- b) Correlação moderada – além da relação entre as duas variáveis, há outros fatores que interferem no processo;
- c) Não existe correlação entre as variáveis.

A última ferramenta (as Cartas de Controle) é utilizada na melhoria do processo que objetiva mostrar as tendências dos pontos de observação em um período de tempo, ou seja, como um determinado processo está evoluindo ao longo do tempo, deixando nítidas quaisquer tendências ou padrões indesejáveis (NOGUEIRA, 2003, p. 105). É utilizada para acompanhar a variabilidade de um processo ou grau de não conformidade (ALVES, 2009). É um procedimento interativo, em que primeiramente, os dados são coletados de acordo com um plano. Para implementar melhorias no controle e na capacidade, causas comuns e especiais devem ser identificadas e o processo deve ser alterado para eliminá-las, quando possível. O ciclo, então, se reinicia, visto que mais dados serão coletados, interpretados e usados como base para a ação. Uma carta de controle é composta por:

- a) Um gráfico cartesiano, onde o eixo horizontal representa o tempo e, o vertical, o valor da característica;
- b) Um conjunto de valores (pontos) unidos por segmentos de reta;
- c) Três linhas horizontais: limite inferior de controle, limite controle e linha média.

Essas sete ferramentas fazem parte de um grupo de métodos elementares que devem ser amplamente divulgados dentro da instituição, desde a alta direção aos



empregados de níveis hierárquicos mais baixos e, por isso, devem fazer parte dos programas básicos de treinamentos das organizações (NOGUEIRA, 2003).

Em 1927, Deming já afirmava que “85 a 95% dos problemas são resultados de falhas nos processos e não de falhas das pessoas” (NOGUEIRA, 2003, p. 34). Para controlar os processos existentes no ambiente do trabalho e garantir melhoria contínua, Shewhart e Deming criaram o ciclo PDCA, sigla correspondente às iniciais P de *plan* (planejar); D de *do* (fazer, executar); C de *check* (conferir) e A de *action* (ação corretiva) (NOGUEIRA, 2003). Segundo Nogueira (2003, p. 35-36), tais ações são descritas da seguinte forma:

- P** – planejamento e estabelecimento de metas e definição de como alcançá-las;
- D** – execução do planejamento, nesta fase, deverá haver o treinamento dos executantes, fornecendo o material teórico e prático necessário para a operacionalização. Deverá também haver coleta de dados que embasarão decisões futuras;
- C** – verificação dos resultados dos dados coletados, em contraposição à meta planejada, e espelha a qualidade da gestão;
- A** – atuação em relação a todo o processo. Caso tenha conseguido alcançar a meta, padroniza-se o método; em caso negativo, aplicam-se correções e retorna-se a fase P do processo (“rodar” o PDCA).

O ciclo PDCA fornece possibilidade de realização da gestão da qualidade tendo em vista o planejamento, a manutenção e a melhoria dos padrões de qualidade dos produtos e serviços. Conhecidas como “trilogia de Juran”, as atividades básicas do controle de processos estão detalhadas no QUADRO 2.

Quadro 2 - Componentes da Trilogia de Juran

PLANEJAMENTO DA QUALIDADE	CONTROLE DA QUALIDADE	MELHORIA DA QUALIDADE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine quem são os clientes</li> <li>• Determine as necessidades dos clientes</li> <li>• Desenvolva as características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes</li> <li>• Transfira o plano para o nível operacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie o desempenho do serviço</li> <li>• Compare o desempenho real com os objetivos do serviço</li> <li>• Atue sobre a diferença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabeleça a infraestrutura</li> <li>• Identifique os projetos de melhoria</li> <li>• Estabeleça os projetos dos times</li> <li>• Forneça, aos times, recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimular a implantação das soluções, estabelecer controles para garantir os ganhos</li> </ul>

Fonte: MALIK, SCHIESARI, 1998, p. 22.

Além do PDCA, outras ferramentas foram expostas por diversos autores. Fiates (1995), por exemplo, aponta:

- a) Diagrama de Afinidade: O objetivo desta técnica é o agrupamento de um grande número de ideias, opiniões e informações em grupos, conforme a afinidade que possuem entre si. Esta ferramenta parte dos dados e os organiza em grupos, baseados numa relação natural que exista entre eles, os dados. É utilizada em trabalhos de grupos e estimula a criatividade, facilitando o surgimento de novas ideias, novos enfoques ou maior compreensão da situação, além da participação dos membros;
- b) Diagrama de relação: Este diagrama visa "mostrar os diversos fatores ou itens relevantes em uma situação problema, indicando as relações lógicas entre os mesmos através de setas, de modo a facilitar o entendimento, a identificação de fatores e a busca de soluções adequadas" (FIATES, 1995, p. 41);
- c) Diagrama de setas: Esta ferramenta, também chamada de diagrama de atividades, detalha o encadeamento das atividades de um plano, além de permitir o acompanhamento do mesmo através da representação do andamento do processo. Visa formar uma rede que possibilite planejar o

programa diário mais adequado e esclarecer os passos críticos no controle do desenvolvimento de projetos;

- d) Diagrama de árvore: A partir de um objetivo principal, faz-se o desmembramento deste em objetivos menores e assim sucessivamente, respondendo sempre as questões "o que" e "como". Este diagrama é complementado pelo método de planejamento 5W1H. Assim, quando se chega ao menor nível de objetivo ou atividades, estes são considerados como sendo o primeiro W, "o que", e para cada um deles respondem-se as perguntas: por que, quando, quem, onde e como (*what, why, when, who, where, how*);
- e) Matriz de priorização: Esta matriz visa estabelecer um ranking de prioridades para os dados da matriz segundo critérios preestabelecidos;
- f) Matriz de relacionamento: A matriz de relacionamento, conhecida também como diagrama de matrizes, é utilizada para analisar a existência e o grau de relacionamento entre dois ou mais grupos de dados. Existem vários tipos de diagramas de matriz conforme a quantidade de grupos de dados a serem analisados. A matriz mais utilizada é a bidimensional que analisa apenas dois grupos de dados dispostos em uma linha e uma coluna. A matriz gerada pelo método descrito acima é bastante simples. Na maioria das vezes, são feitas várias análises com relação aos dados, como, por exemplo, utilizar uma única matriz para fazer uma análise de prioridades e de relacionamento, unindo assim as duas ferramentas em uma só utilização;
- g) Carta programa de processo de decisão, PDPC: é um método que visa prever as ocorrências durante um processo através de planejamento de possíveis caminhos em diferentes situações escolhendo, então, a situação mais desejável ou prevenindo-se e agindo antes que estas ocorram. O gráfico PDPC não possui uma aparência padrão, depende da complexidade do objetivo e das ideias que surgirem para descreverem possíveis caminhos;

**Nogueira (2003) também acrescenta outras ferramentas à lista:**

- a) Estratificação das causas – o exercício consiste em avaliar os vários ângulos de um determinado problema, identificando até chegar às causas primárias. Podem-se avaliar as causas de um problema pelo seu nível de importância;
- b) Gráfico de tendência ou sequencial – mostra a forma como um determinado processo está evoluindo ao longo do tempo. É de fácil visualização e interpretação. Pretende informar como o processo está se comportando em determinado tempo, se ele está dentro dos limites preestabelecidos, sinalizando assim a necessidade de procurar a causa da variação. Utilizado para controle do processo, não mostra como eliminar as causas das variações, quando ocorrem (ALVES, 2009);
- c) *Brainstorming* – também chamada “tempestade de ideias”, essa técnica é utilizada como ferramenta por um grupo de pessoas em que todos participam com ideias para a solução de um assunto que necessite de solução. O *Brainstorming* é usado para gerar um grande número de ideias em curto período de tempo. Pode ser aplicado em qualquer etapa do processo de solução de problemas, sendo fundamental na identificação e na seleção das questões a serem tratadas e na geração de possíveis soluções. Mostra-se muito útil quando se deseja a participação de todo grupo. O clima de envolvimento e motivação gerado pelo *Brainstorming* assegura melhor qualidade nas decisões tomadas pelo grupo, maior comprometimento com a ação e um sentimento de responsabilidade compartilhado por todos;
- d) Plano de ação ou 5W2H's – é a ferramenta que auxilia na orientação das decisões e acompanha o desenvolvimento das atividades propostas. É utilizada para planejar a implementação de uma solução de problemas de forma organizada, identificando as ações, definindo responsabilidade, métodos, prazos e recursos associados (ALVES, 2009). É importante que já se conheçam as causas das situações problemas, pois se estabelecem as contramedidas para sua solução (NOGUEIRA, 2003). Na atualidade, essa ferramenta foi desdobrada por autores, como Alves (2009), que indicam a

utilização de 5W3H's, devido à inclusão da expressão *How measure* (como medir), apropriada para a linguagem da gestão da qualidade;

e) **Matriz GUT - É utilizada na priorização de problemas e análise de riscos. Os problemas são analisados de forma consensual, sob os aspectos de Gravidade, Urgência e Tendência.** Atribui-se a cada item analisado um valor entre 1 e 5 que seja coincidente com os níveis baixo, médio e alto, tendo em vista os três aspectos. Para contribuir, a cada item avaliado, pergunta-se:

- Qual a gravidade do problema? Que efeitos surgirão caso o problema persista? Qual o impacto do problema sobre o ambiente, as pessoas e os resultados esperados?
- Qual a urgência de eliminar o problema? A resposta tem relação com o tempo disponível para sua resolução?
- Qual a tendência do problema e seu potencial de crescimento? Será que o problema tornar-se-á progressivamente maior? Será que a sua tendência é desaparecer por si só? (ALVES, 2009, p. 50).

Devidamente aplicadas, as ferramentas poderão levar a organização a uma série de resultados positivos, como: elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas; diminuir os custos, com produtos e processos mais uniformes; executar melhor os projetos; melhorar a cooperação em todos os níveis da organização; identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos; identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz (ALVES, 2009).

Há, ainda, que se destacar o Programa 5S. Implantado inicialmente no Japão nas décadas 50 e 60, esse programa tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho e criar o ambiente da qualidade (ALVES, 2009). A prática da qualidade é uma atitude que deve ser buscada sempre; para tanto, o Programa 5S, como descrito por Oliveira (2004), Nogueira (2003) e Filho (2003), estimula a constante busca da melhoria pessoal e profissional. Os 5S são originários de cinco palavras japonesas: *Seiri* (utilização); *Seiton* (ordenação); *Seisou* (limpeza); *Seiketsu* (saúde) e *Shitsuke* (autodisciplina).

No senso de utilização (*Seiri*), cria-se nas pessoas a consciência de utilizar somente o que é necessário para um trabalho racional e equilibrado, eliminando tudo que não seja necessário. No hospital, esse senso controla mais eficazmente os materiais e medicamentos. No senso de ordenação (*Seiton*), cada coisa tem o seu lugar facilitando acesso e localização. No senso de limpeza (*Seisou*), as pessoas são levadas a eliminar toda sujeira de seu ambiente de trabalho e esforçar-se para não sujá-lo, reduzindo, assim, no hospital, a taxa de infecção hospitalar. No senso de saúde (*Seiketsu*), promove-se a saúde pessoal (higiene, hábitos saudáveis de alimentação e atividade física) bem como prevenção de acidentes. No senso de autodisciplina (*Shitsuke*), as pessoas internalizam os conceitos anteriores e praticam independente dos estímulos externos (NOGUEIRA, 2003).

Todas as ferramentas apresentadas têm a sua utilidade, mas a eficiência e eficácia de sua utilização ficam comprometidas se não for dentro de uma abordagem sistemática e de um contexto mais amplo. Conforme menciona Nogueira (2003), ao adotar o sistema de gestão pela qualidade em uma instituição, certamente muitas mudanças afetarão o comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos. Os conceitos e ferramentas devem ser difundidos amplamente e estar, de tal forma, incorporados à cultura organizacional que passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho.

Convém sublinhar que as ferramentas podem ser utilizadas juntamente com outras. Por exemplo, usando-se o ciclo PDCA em suas fases do planejamento, conforme ilustra a FIG. 1, têm-se condições de medir o processo que a organização planejou e detectar se realmente foram obtidos os resultados esperados e se chegaram aos objetivos previamente fixados.

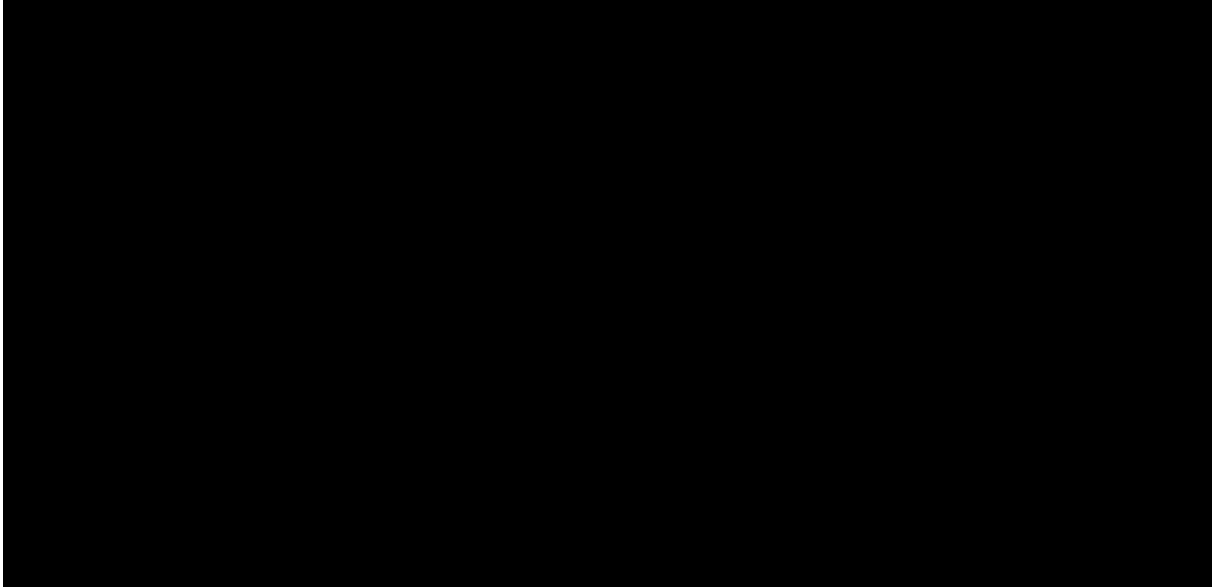


Figura 1 - Relação das ferramentas da qualidade com o Ciclo PDCA.  
Fonte: ESP-MG, 2009

Segundo Nogueira (2003), é importante a disseminação das ferramentas para todos da organização, pois, assim, se pode gerenciar resultados e, ao longo do tempo, permitir ações corretivas e precoces assim como o comprometimento com metas e resultados garantem sobrevivência e crescimento da organização. Então, o conhecimento e a utilização de ferramentas são essenciais ao processo de qualidade (ALVES, 2009).

Conforme cita Alves (2009), cada uma das fases de utilização das ferramentas está intimamente ligada à outra, sendo que uma é o pré-requisito para implantação da outra. Logo, elas consolidam o sistema da qualidade, e seus benefícios de implantação são: utilização racional de materiais e recursos humanos; simplificação de procedimentos; diminuição de fadiga; melhoria da imagem da organização; diminuição de riscos de acidentes; comprometimento de todos com o crescimento no trabalho e individual (OLIVEIRA, 2004). A FIG. 2 ilustra o relacionamento entre as ferramentas:

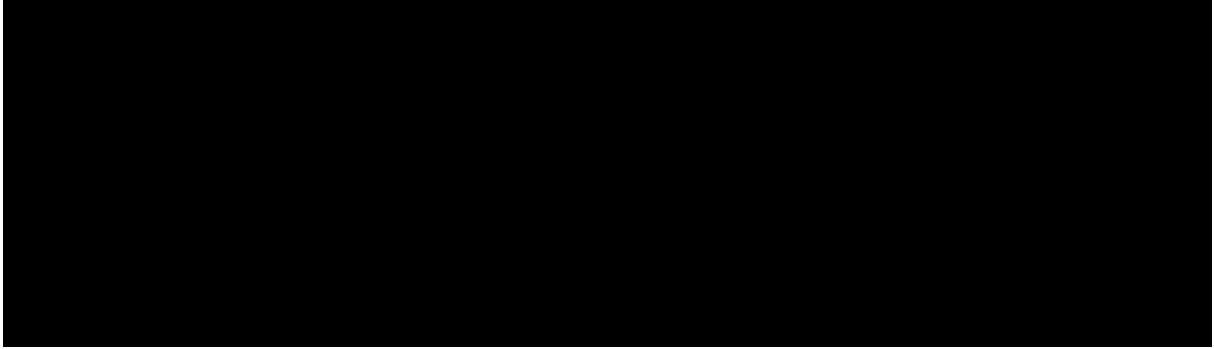


Figura 2 – Relação entre as principais ferramentas de gestão da qualidade

Fonte: Adaptado de Rossato (1996).

Desse modo, para se trabalhar efetivamente com o processo de gestão da qualidade, é necessário educar e treinar as pessoas para que conheçam e dominem as ferramentas que serão utilizadas no dia a dia. Como as mudanças tendem a desestabilizar as pessoas deixando-as inseguras ou amedrontadas, é necessária uma maior informação de todo o processo (ALVES, 2009). Nogueira (2003) corrobora essa ideia ao mencionar que, quanto mais as pessoas se capacitam, melhor será sua condição de solucionar os problemas por meio das ferramentas da gestão da qualidade.

### **2.1.3 Gestão baseada em tecnologia de informação**

Segundo Oliva e Borba (2004), cresce a demanda por ferramentas de sistemas que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tornem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. Qualquer que seja o ramo de atuação de uma empresa, um dos mais fortes fatores de competitividade é o uso da informação e da tecnologia de informação, TI (TORRES; FIGUEIREDO, 2009).

Os serviços de saúde tanto públicos como privados estão sofrendo mudanças e buscando a otimização de processos e aumento de produtividade que resultem em subsídios para um melhor atendimento e um menor custo. A TI tem sido cada vez



mais utilizada por organizações hospitalares na busca do melhor aproveitamento dos seus recursos (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Foi a partir da década de 1990, que a TI apontou a criação de sistemas capazes de processar o conhecimento como o desafio da área da informação, dando respostas às diferentes necessidades dos diferentes indivíduos (CAVALCANTE, 2008). A partir da inclusão das tecnologias de sistemas no trabalho, será cada vez mais exigida a habilidade, de forma que a capacitação nessa área tornou-se de importância fundamental. No setor saúde, a repercussão é idêntica, pois a inclusão digital e tecnológica neste cenário tem exigido dos trabalhadores em saúde a competência para operar equipamentos que funcionam como suporte de decisões importantes no cotidiano do trabalho (CAVALCANTE, 2008). Tornou-se necessário que os profissionais saibam utilizar as ferramentas oriundas da informática com o fim de obter o melhor resultado no seu relacionamento interno e externo (ALMEIDA; MELLO, 2004).

A informação tem sido capaz de transformar e reestruturar os modos de fazer e os processos de trabalho, de acompanhar registros, desenvolver análises, possibilitar diagnósticos, controlar, comunicar informações clínicas e transmitir grandes volumes de informações de maneira segura, flexível, confiável, imediata e com independência geográfica (QUEIROZ; MOREIRA, 2007). Essa “nova” estrutura engloba uma série de serviços complexos que podem requerer um grau diferenciado de tecnologia, conhecimento e relacionamento com a ferramenta (BOHRER, 2009).

Para tanto, segundo Bohrer (2009), os gestores investem em novas ferramentas de TI, porque acreditam que isso lhes permitirá realizar suas operações mais rapidamente e a um custo mais baixo. Eles a utilizam para objetivos estratégicos e para planejar e alcançar um ou mais dos objetivos operacionais independentes, como é o caso de: aumentar a continuidade (integração funcional, automação intensificada, resposta rápida); melhorar o controle (precisão, acuidade, previsibilidade, consistência, certeza); proporcionar maior compreensão das funções produtivas (visibilidade, análise, síntese).

Nesse sentido, é necessária a utilização de indicadores, que funcionam como ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006) e para o monitoramento das instituições de saúde junto aos órgãos reguladores dos diversos níveis do governo, que se preocupam em aprimorar o desempenho das instituições junto aos clientes. “Ocupação, receita, despesa, produção e tempo de espera para ser medicado na emergência são exemplos de índices que podem ser extraídos através do uso dos indicadores hospitalares” (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006, p. 2).

Assim, os indicadores estatísticos são ferramentas de medidas utilizadas para ajudar na descrição situacional de um determinado fenômeno ou problema. São utilizados também nas comparações, verificação de mudanças ou tendências, além de avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo nos quesitos quali-quantitativos (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006). Note-se que setores como os de auditoria, custos e contabilidade utilizam desses dados para composição das informações contidas nos relatórios de análise comparativa, permitindo o acompanhamento gerencial e orçamentário. Outros setores, como recursos humanos, internação, CME, compras, manutenção e outros utilizam-se dos indicadores para suprimento, análise e acompanhamento de sua área (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Para adequada análise de desempenho de uma organização, devem-se desenvolver padrões que reflitam os objetivos estratégicos e as metas organizacionais que indicam níveis aceitáveis de desempenho (CERTO; PETER, 1993). Os Indicadores de qualidade e produtividade são necessários para comparações entre produtos com base na qualidade ou entre processos, já que indicam em quais áreas o desempenho é satisfatório e onde há aspectos a melhorar (CERTO; PETER, 1993). Já os indicadores corporativos prestam-se à gestão das organizações com o objetivo de obtenção de melhores resultados, desempenho ou performance (TIRONI, 1991). A esse respeito, Souza *et al.* (2010) apresentaram um estudo com os indicadores de desempenho em hospitais e constataram que os indicadores hospitalares “Taxa de Ocupação” e “Tempo Médio de Permanência” demonstraram estabilidade da organização. Também mencionam que os Indicadores de qualidade e produtividade

são necessários para comparações entre produtos com base na qualidade ou em processos.

Novaes e Paganini (1992) também descreveram indicadores; no caso, para 48 áreas de um hospital divididas em vários temas: técnicas, administrativa e de especialidades médicas. Os autores mencionam que são necessários vários e diferentes indicadores de qualidade referentes à estrutura do processo e ao resultado para conseguir enxergar de forma multidimensional o fenômeno em análise.

Sendo assim, os profissionais devem perceber que “somente cuidando da qualidade de seus serviços vão garantir um salto de patamar em longo prazo” (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006, p. 2). Para tanto, deve-se considerar - e priorizar, no caso de hospitais - a implantação do processo de acreditação, uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital (BRASIL, 2004).

Detalhes sobre tal processo são apresentados no item seguinte.

## **2.2 Acreditação Hospitalar**

A Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos existentes nos serviços de saúde oferecidos à população (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Ele é realizado de modo voluntário, periódico, reservado e sigiloso (ONA, 2010), e tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões que podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A Avaliação da Qualidade na saúde teve início nos anos 1920. Em 1924, foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar, PPH, definido como um conjunto de padrões mais apropriados que visava garantir a qualidade da assistência aos pacientes. No

manual do PPH, destacavam-se três padrões. O primeiro relacionava-se à organização do corpo médico, ao exercício da profissão e ao conceito de corpo clínico. O segundo preconizava a informação do paciente como preenchimento do prontuário, histórico e exames do paciente, diagnósticos e bem como as condições da alta. Por último, o terceiro referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além do estabelecimento de serviços mínimos como laboratório clínico para análises e departamento de radiologia (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Feldman, Gatto e Cunha (2005) comentam que os primeiros estudos sobre qualidade nos hospitais não levavam em conta o serviço de assistência hospitalar nas 24 horas, nem a satisfação do paciente, além de considerar poucos elementos de estrutura física das instalações. Em 1949, houve a implementação de parcerias com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Em 1951, nos Estados Unidos, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Essa organização, de natureza privada, tratou de disseminar a “cultura da qualidade” em nível nacional. Divulgada nos espaços acadêmicos e institucionais, ela ajudou na criação de condições legais para a assistência, bem como enfatizou a avaliação, a educação e a consultoria hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p. 214).

Modernamente, conceitua-se qualidade ou melhoria contínua da qualidade como um fenômeno continuado de melhorias e aprimoramento, que estabelece progressivamente os padrões de resultados. **Conforme mencionado por Feldman, Gatto e Cunha (2005), esses padrões são estabelecidos por estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras semelhantes. Busca-se, desse modo, o “defeito zero”, ou seja, uma situação não atingível na prática, mas que orienta as ações da gestão da qualidade.**

A qualidade é também um processo essencialmente cultural e, dessa forma, envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da entidade, que são assim estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos, padrões e dos produtos da entidade. Como metodologia de

racionalização e ordenamento dos hospitais, a Acreditação garante a qualidade da assistência hospitalar por meio do estabelecimento de padrões e pela forma de gerir os processos de trabalho (AZEVEDO *et.al.*, 2002).

O processo de Acreditação, no Brasil, começou a tornar-se possível no início dos anos 1990, com a publicação da *Acreditação de Hospitais para a América e Caribe*. Em 1990, foi firmado um convênio entre a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina”, estruturado em padrões e níveis de complexidade, sendo que a avaliação final é determinada pelo nível mínimo atingido. Em 1992, foi realizado em Brasília o primeiro seminário nacional de Acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais de área da saúde, sendo apresentado o *Manual de Acreditação* (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Em julho de 1997, o Ministério da Saúde anunciou medidas para desenvolver a Acreditação na tentativa de unificar os esforços nacionais. O ministério implementou um projeto junto ao Reforço de Reorganização do SUS, o REFORSUS, intitulado Programa de Apoio Financeiro para o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e financiado pelo Banco Mundial. Em novembro de 1998, em parceria com o Banco Mundial, foi lançada a versão brasileira do Manual de Acreditação de Hospitais em Budapeste, e oficializado o Programa Brasileiro de Acreditação no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde. Posteriormente, foram elaboradas propostas para o Sistema Nacional de Acreditação, como: normas básicas do processo de acreditação, credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores e código de ética (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1998, foi elaborada uma versão do *Manual de Acreditação* e discutidas as normas técnicas que regulamentam o papel do órgão credenciador, a relação entre a instituição credenciadora e o Ministério da Saúde, o código de ética e o perfil do avaliador. Em 1999, a Organização Nacional de Acreditação, ONA, foi reconhecida oficialmente e dá início ao ciclo de palestras, que difundiu as ideias aos Estados da Federação. Em agosto de 1999, a ONA, além de órgão credenciador, passou a ser

responsável pelo estabelecimento de padrões e monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Assim, iniciou-se oficialmente, no país, o processo de Acreditação em 2000 (BRASIL, 2002; ONA, 2010).

Convém esclarecer que a ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação. As instituições acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que realizam diagnóstico, capacitação e avaliação dos serviços de saúde em âmbito nacional e que utilizam do Manual de Acreditação Hospitalar para realizar e respaldar as certificações (ONA, 2010).

O Manual de Acreditação Hospitalar é resultado de trabalhos em conjunto de diversos profissionais da saúde, desenvolvidos durante a realização de seminários e oficinas coordenados pela Secretaria de Políticas de Saúde. Naquela ocasião, utilizou-se, por instrumento base e inicial, o Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Adaptado à realidade brasileira, ele foi testado em 17 hospitais com perfil diverso e distribuídos pelo país. No início do ano 2000, a avaliação dos resultados dos testes permitiu a inclusão das sugestões dos avaliadores e consultores técnicos representantes das instituições em nova versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Composto por seções e subseções, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento utilizado para avaliação da qualidade institucional de saúde. Nas suas subseções, existem os padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores. Os níveis representam a estrutura, o processo e o resultado como a tríade de Donabedian. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de verificação que permitem a identificação precisa do que se busca avaliar e a concordância com o padrão estabelecido. Então, para cada serviço, foram estabelecidos padrões que atendam ao nível de atenção esperado. O

padrão inicial representa o limite mínimo de qualidade exigido. À medida que esses padrões são alcançados ou ultrapassados, evolui-se para o padrão seguinte, imediatamente superior (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Conforme citado pela ONA (2010), o objetivo dos padrões na acreditação é o de avaliar os progressos técnicos alcançados pelas instituições de saúde e comparar o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado referência. Assim, eles avaliam se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis e os itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem buscar as comprovações de que o hospital cumpre com determinado padrão (ONA, 2010).

Instrumento base para a certificação, o relatório final, de consenso entre a opinião de cada um dos avaliadores, emite parecer sobre a indicação para a acreditação e em que nível. Os padrões e os três níveis existentes levam os hospitais a serem acreditados, evidenciando que um projeto de acreditação hospitalar deve visar à estrutura, os processos e os resultados como qualquer projeto na área de qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

O certificado de Instituição Acreditada é emitido pela instituição acreditadora. Ele tem validade de dois anos, para o nível I de acreditação, e confere certificado de instituição acreditada. Para esse nível, as exigências contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos profissionais e do responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional (ONA, 2010).

A validade da certificação será de dois anos para o nível II, acreditado pleno, que evidencia a adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referente à documentação, corpo funcional, treinamento, controles, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica, gerencial e práticas de auditoria interna. Seus princípios orientadores são: a existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; as evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários e evidências de atuação focalizada no cliente/paciente (ONA, 2010).

O nível III, cujo certificado é válido por três anos, confere à instituição a menção de acreditado com excelência. Engloba políticas institucionais de melhoria contínua dos aspectos citados para os níveis I e II e ainda evidencia objetivos de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. São princípios orientadores desse nível: buscar evidências de vários ciclos de melhoria de todas as áreas atingindo a organização de modo global e sistêmico; e utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados. Ainda compõe os princípios orientadores desse nível, a utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico (ONA, 2010).

Terminados os prazos mencionados, a instituição de saúde deve buscar submeter-se a um novo processo de avaliação (ONA, 2010). As principais vantagens da acreditação para os serviços de saúde são: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; útil instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; o caminho para a melhoria contínua; treinamentos e educação continuada; comprometimento e envolvimento das lideranças e dos colaboradores; comunicação interna ampliada; maior integração dos setores; existência de protocolos assistenciais (OLIVA, 2004). Além disso, são priorizados o gerenciamento de risco, os procedimentos de rotina e os indicadores de qualidade e desempenho (ANDRADE, 2008).

Quinto-Neto e Gastal (1997) revelam que a existência de um programa de acreditação hospitalar no ambiente dos negócios da saúde proporciona efeitos visíveis nos hospitais. Para Campos (2008), há efeitos positivos observados tanto na perspectiva financeira, quanto nas perspectivas de clientes, do aprendizado e crescimento nos hospitais que implantam o processo de acreditação. Quinto-Neto e Gastal (1997) mencionam que sempre que houver normas e rotinas, descrição de



processos, guias e manuais a serem seguidos, haverá melhoria da qualidade. Os autores esclarecerem que o programa de acreditação hospitalar não substitui um programa de gestão pela qualidade, mas pode, de forma associada, contribuir para padronização e melhoria contínua (QUINTO NETO; GASTAL, 1997).

Quanto às organizações acreditadoras no Brasil, Andrade (2008) menciona quatro, sendo duas nacionais - Organização Nacional de Acreditação, ONA, e o Compromisso com a Qualidade Hospitalar, CQH -, uma norte-americana - a *Joint Commission International, JCI* -, e uma canadense – a *Canadian Council on Health Service Accreditation, CCHSA*.

A *Joint Commission Internacional, JCI*, que começou a atuar a partir de 1970, mudou o cenário hospitalar dos Estados Unidos e buscou alteração no grau de exigência proposto pelas suas teorias e técnicas. Neste ano, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade, considerando os processos e resultados de toda a assistência (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO*, passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica por meio do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade e ao desempenho institucional. Ela assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, na atividade de consultoria e na publicação de documentos como normas, padrões e recomendações. Os resultados das avaliações passaram a ser medidos e expressos em quatro níveis de acreditação: com distinção, sem recomendação, com recomendação e condicional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Conforme mencionam Torres e Figueiredo (2009), o modelo de acreditação da JCI permite a realização de *benchmarking* com organizações de todo o mundo e sua avaliação está dividida em onze capítulos estruturados em duas funções, a saber:

- Funções relacionadas ao paciente: acesso e continuidade do cuidado; direitos dos pacientes e familiares; avaliação do paciente; cuidados ao paciente; educação dos pacientes e familiares;
- Funções relacionadas à organização: melhoria da qualidade e segurança do paciente; prevenção e controle de infecções; governo, liderança e direção;

gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança; educação e qualificação profissionais; gerenciamento da informação.

Como visto, a JCI está fundamentada em princípios claramente estabelecidos e utiliza ferramentas metodológicas reconhecidamente eficazes no campo da avaliação, o que confere alta credibilidade ao processo. A JCI exige que os hospitais brasileiros sigam padrões norte-americanos e dá foco ao trabalho da segurança na assistência. A certificadora canadense tem o mesmo foco embora tenha adaptado seus padrões ao Brasil.

Os padrões internacionais e o método de avaliação de acreditação são desenhados para prover informações e estabelecer indicadores em saúde, voltados para a qualidade do cuidado ao paciente, que possibilitam melhorias efetivas no desenvolvimento das atividades clínicas e gerenciais (CBA, 2010). Nos Estados Unidos, a JCAHO é a maior acreditadora de instituições de saúde e, no Brasil, é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Até 2009, havia 16 instituições brasileiras acreditadas por essa metodologia, que promete vantagens ao profissional, à instituição e ao paciente (ALVES, 2009).

A certificadora Compromisso com a Qualidade Hospitalar, CQH, caracteriza-se por estimular a participação dos profissionais e autoavaliação institucional, além de conter um componente educacional muito importante. Ela incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multiprofissionais, para o aprimoramento do processo de atendimento (ALVES, 2009). Criada em 1991, a partir da experiência dos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde, CCAOS, dos Estados Unidos, a certificadora resultou da discussão de profissionais e entidades ligadas ao Serviço de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Segundo a instituição, há 17 hospitais vinculados ao programa reconhecidos através do selo de qualidade emitido. Todas as instituições estão localizadas no Estado de São Paulo (CQH, 2010).

O processo de acreditação canadense *Canadian Council on Health Service Accreditation*, CCHSA, é bastante rigoroso, exige auto-avaliação, vistoria no local e ações de acompanhamento para as melhorias. Ele pressupõe que o planejamento

estratégico seja a base para todo o trabalho, promovendo melhoria contínua dos processos que visam à segurança do paciente, da comunidade e da própria instituição. Ela é representada no Brasil pelo Instituto Qualisa de Gestão e possui quatro instituições acreditadas por intermédio dessa metodologia.

Qualquer que seja a certificação de qualidade adquirida pelo hospital, conforme mencionam Barzotto *et al.* (2009), ela consiste em uma significativa inovação principalmente devido ao reduzido número de hospitais brasileiros que desfrutam de tal credibilidade. Os autores mencionam que a busca pela excelência requer mudança cultural, fomento, ambiente propício a inovações e aprimoramento dos processos de gestão. Para Christensen (2003), produzir inovações é uma questão de sobrevivência para as organizações. Dessa forma, é necessário que os gestores se comprometam para produzir transformações significativas e criar ambiente amplamente favorável, no qual as pessoas se sintam estimuladas a contribuir e buscar sempre o aprimoramento. Entretanto, muitas vezes, a busca pela excelência não é um caminho escolhido pelas organizações porque requer investimentos, não é viável ou pode ser protelada (BARZOTTO *et al.*, 2009).

Assim, a acreditação hospitalar tem sido percebida como um atestado de qualidade e um reconhecimento de esforços coletivos no interior desse tipo de organização.

### **2.2.1 Qualidade e Acreditação**

Nas últimas décadas, os programas de qualidade tornaram-se significativos e estratégicos, pois conduzem as empresas ao êxito organizacional e ao crescimento. Eles visam resultados e ganhos de rentabilidade, decorrentes de melhorias na produtividade, menor custo e significativa liderança competitiva. Então, constituem-se em um meio para gerenciar as organizações (BEZERRA; MOURA, 2010).

Segundo Brocka<sup>1</sup>, citado por Bezerra e Moura (2010), o enfoque em que foram pioneiros Edwards Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, entre outros, foi baseado na ênfase da qualidade e no aperfeiçoamento contínuo de processos e foi, então, chamado gestão da qualidade. Caracterizada pelo trabalho em equipe, foco no consumidor e rápida reação a mudanças, essa modalidade de gestão foi sendo implementada nas empresas que buscavam diferenciação e competitividade. O movimento em busca da qualidade na área de saúde iniciou-se somente nos anos 1980.

Um dos desdobramentos da ênfase nos programas de qualidade é que eles devem funcionar como uma estratégia corporativa na medida em que exalta a postura da empresa diante dos *stakeholders* (colaboradores, clientes, concorrentes e fornecedores) (PEREIRA; ANTONIALLI, 2009). Dessa forma, a organização do trabalho realizado dentro dos pressupostos e princípios da gestão da qualidade impõe maior complexidade nas relações entre as pessoas e nas organizações como um todo. Nesse sentido, pode-se dizer que, para implantação e manutenção dessas técnicas, a organização deve considerar esse processo técnico como também estratégico (PEREIRA; ANTONIALLI, 2009).

Somente na década de 1990, e devido à posição do hospital na rede assistencial e aos movimentos gerenciais voltados para a qualidade, observou-se a necessidade do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados à avaliação de serviços oferecidos à população. As iniciativas regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar se deram mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (QUINTO NETO; GASTAL, 1997). Note-se que:

a análise e a confrontação entre o modelo da acreditação hospitalar, os critérios de excelência, e seus sistemas de avaliação correspondentes, permite concluir que acreditação hospitalar cumpre, para a saúde, o papel dos sistemas ISO nas organizações empresariais (QUINTO; GASTAL, 1997, p.15),

---

<sup>1</sup> BROCKA, B. **Gerenciamento da Qualidade**. Implementando o TQC, passo a passo, através dos processos e ferramentas recomendadas por Juran, Deming, Crosby e outros mestres. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 4.

Na opinião de Oliveira *et al.*, (2003), a avaliação da estrutura (física, tecnológica, de suprimentos, pessoal, etc.) não é difícil, porque se trata de conceitos de tangibilidade e modelos de avaliação padronizados. Contudo, advertem que nem sempre uma estrutura bem desenvolvida garante qualidade durante muito tempo. Então, é necessário conhecer e reconhecer os procedimentos e processos em sua intimidade e aprimorá-los constantemente.

Como projeto estratégico, a implementação de programa de acreditação necessita da participação de representantes de toda a equipe: diretores, administradores, técnicos, enfermeiros, médicos, todas as outras profissões, e deve ultrapassar as barreiras hierárquicas para atender a meta de melhoria dos procedimentos e processos. A execução destes deve contemplar toda habilidade, presteza e segurança. Essa condição propiciará resultados facilmente detectáveis pela utilização de indicadores, que facilitarão o monitoramento e controle das melhorias (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Desse modo, a acreditação hospitalar é, em última análise, um método de desenvolvimento da qualidade que fala a linguagem própria da área da saúde, diferentemente de outras metodologias. Ela foi criada visando apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar, com base em padrões iniciais e de excelência. A garantia da qualidade é uma função específica da organização e tem por finalidade confirmar se suas atividades estão sendo conduzidas de acordo com os requerimentos. No hospital, a acreditação significa confirmar se todas as ações necessárias para o atendimento aos clientes estão sendo conduzidas de forma completa (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006). Espera-se que, com sua implantação, os gestores consigam superar constantes desafios de aprimoramento da qualidade do atendimento à saúde.

Observadas as peculiaridades apresentadas, passa-se à discussão sobre a gerência e os gerentes, atores considerados fundamentais em todos os processos de gestão no interior das organizações.

### 2.3 Gerência e Gerentes

Dentre as transformações que têm sido impostas e enfrentadas pela sociedade contemporânea, uma delas diz respeito à formação de gerentes que, pela difusão dos discursos e práticas de gestão e pelo aumento considerável de gestores nas organizações de saúde, se tornaram “figuras dominantes” nesse meio (BRITO *et al*, 2010, p. 176). Segundo Brito *et al.* (2010), para que os gerentes possam atuar nas organizações, mesmo aqueles que não tiveram uma formação acadêmica em administração, eles necessitam incorporar princípios que garantam sua eficiência, produtividade, competência e desempenho. Além disso, é primordial adotar noções acerca de qualidade, cliente, produto e excelência (BRITO *et al*, 2010).

Assim, diante dessa realidade e forma de realização do trabalho, que visa principalmente ao desenvolvimento de múltiplas habilidades, os gestores devem ser capazes de antever os problemas, desenvolver soluções rápidas e sugerir novos planos para as ações (PEREIRA; BRAGA, 2008). Para que consiga ocupar seu espaço no mundo do trabalho e construir uma trajetória profissional consistente, é imperativo que eles se capacitem a todo o tempo (BRITO *et al*, 2010), pois as mudanças ocorrem muito rapidamente, em todas as áreas do conhecimento.

Neste contexto, Davel e Melo (2005) mencionam que o gerente tem se destacado no contexto organizacional em virtude de exercer uma função que alimenta a dinâmica e garante o sucesso das organizações. Em contrapartida, sua posição intermediária na hierarquia confere aos profissionais um trabalho cheio de nuances, dilemas e complexidades. Os autores comentam que, após a administração ter sido considerada como disciplina científica, os gerentes acabaram por desenvolver identidade coletiva e se posicionaram na intermediação das relações entre dois polos na divisão do trabalho: trabalhadores e proprietários. Assim, eles acabaram por se descobrirem sujeitos a uma “situação flutuante de poder, autonomia, conservadorismo, capacidade de inovar e influenciar as relações entre os diferentes indivíduos” pertencentes à vida no interior das organizações (DAVEL; MELO, 2005, p. 30).

Sendo assim, fica configurada a complexidade dessa função, a incerteza e a instabilidade que a permeiam devido a vivências em um mundo cada vez mais marcado pela turbulência (PEREIRA; BRAGA, 2008). O fato é que os gerentes exercem um papel importante para o funcionamento adequado do sistema organizacional (SILVA, 2008). Eles regulam todo o mecanismo de articulação interna que é necessário para cumprir as demandas do ambiente organizacional, pois este está intimamente relacionado ao exercício da função gerencial, que envolve a contínua interação social entre o gerente e os membros da equipe de trabalho. De acordo com Silva (2008), o resultado da atuação desses profissionais no nível tático são os desdobramentos das estratégias propostas pelo nível “superior” que são executadas pelo nível operacional.

Segundo Pagés *et al.* (1987), o ambiente no qual os gerentes atuam, por ocuparem o espaço intermediário na cadeia hierárquica das instituições, é bem caracterizado tanto pela ambiguidade quanto pelas contradições e conflitos que o gerente deve ser capaz de mediar. Muitas vezes, é esperado que o gerente assuma um comportamento de autonomia, de poder, de capacidade de inovar, de flexibilidade e de influenciar as relações entre os indivíduos que participam diretamente na vida institucional. Em outros momentos, o que se espera é sua submissão e a dos demais sob sua responsabilidade.

Reforçando essa ideia, Silva (2008) menciona que o trabalho gerencial envolve um conjunto complexo de tensões e conflitos. O autor relata que isso se deve a sua atuação como elemento mediador das demandas advindas dos objetivos organizacionais e dos interesses dos membros das equipes operacionais. Nesse contexto, destaca-se uma abordagem de gestão amparada na cultura, na missão, nos valores e nos princípios da instituição: nela, o gestor utiliza estratégias para melhorar a coesão e o consenso entre os trabalhadores (SILVA, 2008). Assim, ele é considerado como “aquele que faz acontecer” ((DAVEL; MELO, 2005, p. 35) e que tem a capacidade de utilizar seus conhecimentos em prol de encontrar soluções para os problemas advindos do sistema do trabalho em processo de transformação (DAVEL; MELO, 2005).

O dia a dia do trabalho do gerente deve ser tomado pelas funções que lhe são próprias: planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar o trabalho desenvolvido em sua unidade (RAUFFLET, 2005). Partindo dessas funções, Raufflet (2005) exalta os múltiplos papéis desenvolvidos pelo profissional que ocupa a cadeira gerencial. O autor cita Mintzberg (1986), para quem os papéis dos gestores se desdobram em praticamente três categorias, quais sejam: papéis interpessoais (símbolo, líder e agente de ligação), papéis informacionais (observador, difusor e porta-voz) e os papéis decisórios (empreendedor, regulador, distribuidor de recursos e negociador). Raufflet (2005) salienta que não há como destacar este ou aquele papel do conjunto apresentado e reforça que o mais importante é que eles estão intimamente ligados às decisões tomadas dentro de um fluxo de ações e de interações, na emergência e na urgência em que os fatos acontecem. Segundo Raufflet (2005), o estilo de gestão de cada profissional consiste em mesclar execução, liderança e administração.

Neste contexto, a liderança deve ser entendida como uma forma de lidar nas relações de poder, como uma qualidade pessoal do gerente. Diz, então, de influenciar o comportamento das pessoas e fazê-las fazer o que se quer, por meio de palavras ou pelo seu exemplo (MOTTA, 1999). Então, líderes são os responsáveis por desenvolver os padrões, facilitar a internalização de valores organizacionais (MOTTA, 1999) e estabelecer os nexos entre os processos de trabalho e as pessoas envolvidas com eles, utilizando e desenvolvendo suas relações interpessoais. Para o gerente-líder, Motta (1996) sugere a substituição do termo gerente por gestor visando sinalizar a co-existência de ambos os aspectos: liderança e gestão.

Ilustrando este pensamento de Motta (1996), encontra-se uma representação do que seja o gestor, a junção entre líder e gerente, conforme Fagundes e Seminotti (2009), representada na FIG. 3:



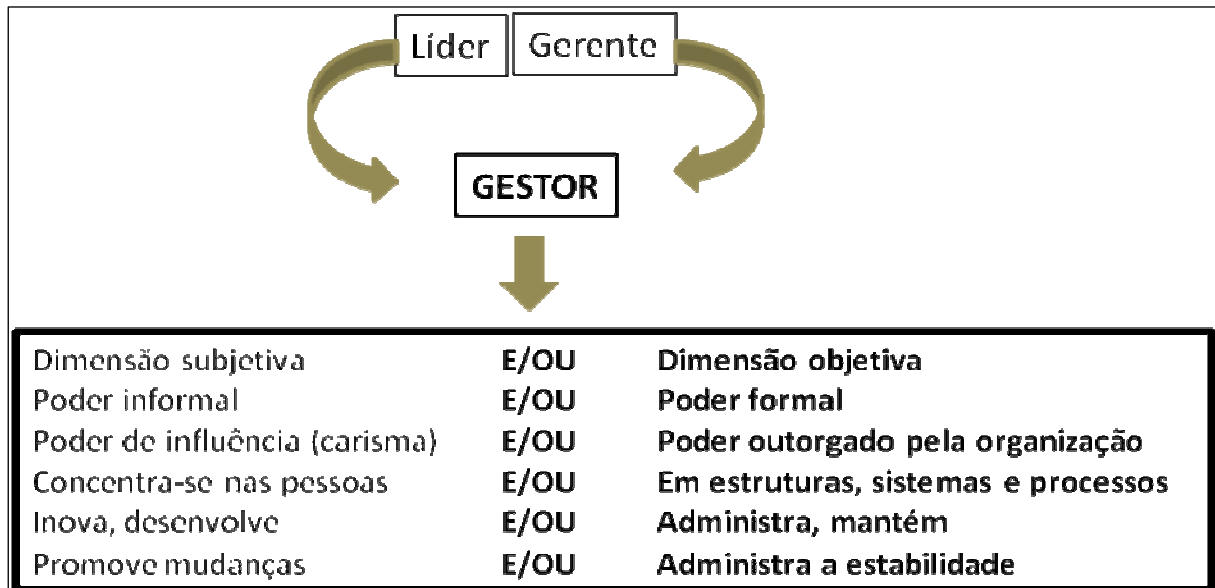


Figura 3 – Perspectiva dialógica do líder-gerente  
 Fonte: Adaptado de Fagundes e Seminotti, 2009.

Dessa forma, o gestor teria a função de convergir esforços organizacionais e individuais com o objetivo de alcançar os objetivos da organização. Compete-lhe não somente a interpretação dos objetivos propostos pela organização, mas também o de buscar, junto à equipe de trabalho, os meios para alcançá-los (MOTTA, 1996).

O gestor, portanto, não muda sua essência em virtude do segmento organizacional, o que quer dizer que, seja em uma organização hospitalar, seja na mineração, na metalurgia, na área educacional ou em qualquer outra, ter empatia, iniciativa e capacidade para gerenciar conflitos constitui competências altamente desejáveis para um gestor (FAGUNDES; SEMINOTTI, 2009).

A seguir, tece-se o referencial sobre as gerências exercidas especificamente no ambiente hospitalar, pois são os atores-alvo para o desenvolvimento desta pesquisa.

### 2.3.1 Gerência e gerentes no contexto hospitalar

A organização hospitalar, como é conhecida e estruturada hoje, é fruto de uma construção histórica que se formou por forte movimento social que envolveu também aspectos políticos, econômicos e científicos (FOUCAULT, 2000). Historicamente, ela

é marcada por crises e tensões além de múltiplos interesses profissionais; na atualidade, ela passou a configurar-se como espaço científico, campo fundamental da produção do saber e da prática da medicina e da assistência modernas (FOUCAULT, 2000; CARAPINHEIRO, 2005).

O hospital é considerado como uma organização profissional (MINTZBERG, 2003) onde o trabalho está centrado nos conhecimentos dos profissionais e habilidades pessoais. Nesse sentido, Pires (1998) afirma que, no ambiente hospitalar, as relações entre os diversos trabalhadores foram estabelecidas em hierarquias cristalizadas em organogramas organizados por categoria profissional. Dessa forma, originaram-se linhas de comando entre as profissões e permitiu-se a existência de três grandes agrupamentos: a medicina, a enfermagem e o corpo administrativo (CECÍLIO, 2002). Dessa forma, o trabalho no hospital se organiza segundo “múltiplos sistemas de autoridade e formas de poder profissional, cujo funcionamento exclui a referência única ou a referência a uma única linha de direção” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 58). Carapinheiro (2005) comenta que as características profissionais inerentes à função, atreladas ao contexto em que o trabalho é executado, afetam os trabalhadores da área de saúde. Aos gerentes, cabe não só administrar de forma eficiente, como também estimular e liderar sua equipe de trabalho para mobilização frente a outras demandas, o que ocorre em todas as organizações, inclusive nas instituições de saúde. Aos gestores, portanto, recai a responsabilidade pela execução do projeto de alcançar as metas determinadas pela organização (CARAPINHEIRO, 2005).

Essa perspectiva do trabalho do gestor remete à coordenação de grupos profissionais. Além desta, há que se considerar os diferentes pontos de vista e de interesses quando se trata de avaliar a sua gestão, tendo em vista a posição que a organização ocupa no sistema de saúde que a aborda como um sistema composto de duas faces: a social e a empresarial (MINTZBERG, 2003). Dessa forma, a inserção dos gerentes no trabalho hospitalar assume identidade própria, pois os profissionais do núcleo operacional controlam seu próprio trabalho assim como buscam controlar coletivamente alguma decisão mais ampla que os afetam diretamente. Assim, para ter sucesso e conseguir exercer sua função, é necessário

que o gerente obtenha apoio dos profissionais dos núcleos (MINTZBERG, 2003), ou seja, médicos, enfermeiros e outras categorias profissionais.

O movimento pela qualidade que surgiu nos hospitais a partir dos anos 1990 atraiu alguns profissionais devido ao discurso de melhoria da assistência. Outros profissionais médicos permaneceram resistentes e temerosos de perderem sua autonomia. Dessa forma, os médicos aderiram à gestão, sem, entretanto, estarem preparados para tal responsabilidade. Assim, a iniciativa não agregou valor e hoje outros profissionais ganharam posição de destaque na gestão, gerando desgastes, resistências e estereótipos ao profissional médico. Conforme comenta Alves e Feldman (2011), grande parte dessa responsabilidade foi delegada ao profissional enfermeiro que desenvolveu perfil para executar atividades de gestão, de controle e de trabalho multiprofissional.

Nesse sentido, Lima-Gonçalves (2002) afirma que o desafio é um fator sempre presente no dia a dia do trabalho de um gestor hospitalar, por este ser um profissional que precisa tomar decisões rápidas e assertivas em função de trabalhar numa organização diferenciada, que lida com vidas. O autor evidencia que, na estrutura hospitalar, há muito mais do que setores encarregados de diagnósticos e tratamento de doenças. Inseridos ao hospital, também podem ser encontrados outros tipos de organizações. Funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele como hotel, farmácia, lavanderia, restaurante, esterilização. Juntos, esses setores apoiam as atividades assistenciais (LIMA-GONÇALVES, 2002; FEUERWERKER; CECILIO, 2007) consideradas como processo primário do hospital. Lima-Gonçalves (2002) ressalta que a visão do hospital como empresa exige desprendimento do amadorismo e improvisação da gestão para assumir a postura de profissionalismo integral, na qual exista a figura de um gestor profissional, nas áreas administrativa, financeira e de prestação de serviços de apoio.

Neste contexto, necessário se faz a operacionalização de um sistema comprometido com a qualidade no atendimento, com foco no cliente e com a superação da rigidez na gestão e com a melhor utilização dos recursos disponíveis (CAMPOS; AMARAL, 2007; CECILIO, 2002). Para alcançar esses resultados, as propostas seguem para a

definição de missão do hospital, seu perfil assistencial, sobretudo revendo a concepção hegemônica, na qual o hospital se constitui como um sistema fechado focado na doença do paciente.

De um modo geral, os hospitais são gerenciados por várias categorias profissionais. A princípio, esses gestores necessitam ter o perfeito entendimento do processo de trabalho na área da saúde, com uma visão integrada de todos os serviços, autonomia e iniciativa para decidir, sempre apoiados nos princípios éticos. Também devem estar comprometidos com a empresa, saber trabalhar com equipe multiprofissional e estar dispostos a aprender diariamente (SEIXAS; MELO, 2004). Seixas e Melo (2004) afirmam que conhecer adequadamente as atividades que constituem o trabalho dos gestores hospitalares é muito importante para que seja aprimorada sua formação e seu treinamento, pois eles são os executivos de um dos principais instrumentos de saúde da comunidade, o hospital.

Note-se que cada uma das organizações hospitalares adotam modelos distintos de gestão. Santos (1998) menciona que os sistemas de saúde, em geral, são complexos e os hospitais, em particular, são considerados como organizações extraordinariamente complexas. Na visão de Seixas e Melo (2004), na gestão hospitalar, assim como nas outras organizações, as atividades desenvolvidas devem ser gerenciadas no dia a dia e precisam ser exercidas de acordo com as metas e objetivos estabelecidos. Para cumprir essa tarefa, o hospital requer profissionais capacitados e comprometidos com o desenvolvimento da organização, realizando uma gestão que se identifique com as necessidades da instituição de saúde e que compreenda como os profissionais atuam e como funciona sua inter-relação de acordo com sua capacidade profissional (SEIXAS; MELO, 2004).

Sobre esse tema, Alves e Feldman (2011) comentam que é imprescindível que sejam adotadas formas de gestão que valorizem resultados de qualidade e que os gestores busquem inovar e fazer uso das ferramentas que assegurem superar as expectativas do cliente, pois, modernizar a gestão e agregar novas tecnologias e remodelar a estrutura física de uma instituição de saúde são atitudes insuficientes para o atendimento qualificado.

Considerando-se a cultura gerencial, percebe-se como necessário desenvolver mais gerentes com habilidade e criatividade para encontrar novas soluções, sobretudo para aumentar a eficiência (ABRUCIO, 1997). Azevedo (2005) enfatiza que, na estratégia da eficiência hospitalar, o modelo gerencial pode valorizar a atuação dos gerentes, particularmente nas ações de decisão e inovação. Em seus estudos, Alves e Feldman (2011) destacam a importância de gestores hospitalares como agentes de disseminação, consolidação e transformação da cultura organizacional.

Diante desse universo da vida dos gestores dos hospitais, públicos ou privados, percebe-se o quanto a prática gerencial destaca um sistema de trabalho de direção ampla e, assim, um modo mais coletivo de processamentos e de resoluções de problemas. O trabalho se molda em função tanto do contexto em que se realiza, pelas políticas de saúde, pelas políticas institucionais e pelas condições gerenciais daí advindas, como também das características dos sujeitos, seus valores, suas experiências, habilidades políticas e técnicas, e também por seus conhecimentos específicos (AZEVEDO, 2005). No contexto hospitalar, é dominante a presença de ações gerenciais estratégicas mais híbridas, voltadas para o âmbito interno do hospital e também para a prática gerencial voltada para a ação, que exige envolvimento direto dos diretores em projetos ou problemas específicos, como a implementação de programas de qualidade (AZEVEDO, 2005).

Nas últimas décadas, e de forma mais intensa nos anos atuais, a introdução de novas tecnologias nos hospitais, principalmente os públicos, levou a um redesenho nas estruturas, nos processos e nos modelos de gestão. Ao discutir uma “sociologia da gestão”, Reed (1996) menciona que a gestão é pressuposta a partir de estruturas racionais formalizadas e sistemas de controle capazes de garantir eficiência na coordenação das ações. As estruturas organizacionais são conceitualmente concebidas como organizações formais, tomadas como determinantes dos comportamentos dos atores organizacionais. Em seus estudos, Reed (1996) identificou três perspectivas de análise sobre gestão: a técnica, a política e a crítica. De acordo com Junquillo (2005), na perspectiva técnica, o papel dos gestores assume caracterizações distintas: cabe aos gerentes buscar resultados eficientes, que, muitas vezes, só são obtidos por meio de instrumentos tecnológicos e técnicas formais.

Reed (1989) completa com a percepção de que a gestão é um processo social, portanto, político. Daí a ênfase na questão do conflito de interesses e colisões entre grupos nas organizações. A organização, inclusive a hospitalar, é o palco da disputa, que objetiva o controle das decisões. Dessa forma, a gestão constitui um sistema político no qual as transações e negociações são realizadas continuamente pelos atores sociais.

Por último, na perspectiva crítica de Reed (1996), os gestores são portadores e defensores de uma ordem econômica que é dissimulada por meio de instrumentos ideológicos. Contudo, nenhuma das três perspectivas é capaz de tratar isoladamente de forma satisfatória, as complexidades e ambiguidades das práticas gerenciais (JUNQUILHO, 2005) e é neste sentido que a perspectiva praxiológica, proposta pelo autor, contribui em termos de integração conceitual, já que entende a função gerencial como um conjunto de atividades necessárias à promoção dos “fazer” individuais, permeados pelas relações de poder que mascaram relações mais amplas de dominação nos moldes do capitalismo. Desse modo, fundem-se atribuições de vários níveis e graus de formalidade. No caso hospitalar, Azevedo (2005) menciona que as estratégias de trabalho dos gestores reconhecem dois principais focos de atenção da ação gerencial: um relativo ao seu funcionamento interno e ao enfrentamento dos problemas organizativos e operacionais que envolvem, e outro que dá destaque às articulações para fora do âmbito hospitalar.

Por outro lado, as dimensões culturais e gerenciais são as que tocam diretamente a problemática da ação gerencial, pois nela estão implícitas propostas de mudanças nas práticas cotidianas de trabalho dos gerentes, uma vez que introduzirão novas tecnologias organizacionais, com base em alguns princípios enumerados por Melo (1995), como: criatividade, flexibilidade, qualidade, multiplicidade e participação popular no controle dos resultados. Para Alves e Feldman (2011), essas mudanças surgem da necessidade de se fazer uma gestão competente, voltada para resultados com qualidade e avaliada por agentes externos, revelando, assim, credibilidade. O produto final da saúde necessita do controle da qualidade durante todo o processo, devido a sua característica de intangibilidade que, diferentemente da indústria, não pode operar com margem de erro mais ampla. Assim, requisitos

como qualidade e competência são impostas ao desempenho da força de trabalho, para que a instituição consiga atingir os seus objetivos estratégicos (ALVES; FELDMAN, 2011). Neste foco, as autoras comentam que há necessidade de que os gestores hospitalares tenham um perfil voltado para o trabalho multidisciplinar, o desenvolvimento de pessoas e a liderança.

Outra característica específica e relevante do trabalho hospitalar é expor o seu profissional ao enfrentamento de situações de sofrimento, dor e morte. Dessa forma, é considerado um trabalho penoso, insalubre e que apresenta importante componente de impotência por estar frente a situações consideradas fora de controle e imprevistas (PITTA, 1994), o que interfere diretamente na ação e nos resultados dos gestores.

Diante das particularidades aqui expostas, necessário se faz mencionar que o trabalho do gestor hospitalar ainda não foi totalmente capturado pelos esquemas da administração (WEBER; GRISCI, 2008). Contudo, a atuação neste setor está na dependência das qualificações do trabalhador, no domínio e na troca de conhecimento técnico, na capacidade de executar o trabalho em situações de imprevistos e ainda manter-se bem entrosado com as pessoas. Além disso, há as exigências do mercado pela operacionalização de um sistema comprometido com a qualidade, com foco no cliente, no atendimento e na assistência, com a flexibilização da gestão e com a melhor utilização dos recursos disponíveis (CECÍLIO, 2002; CAMPOS; AMARAL, 2007; WEBER; GRISCI, 2008).

Desse modo, percebe-se a importância de se investigar como esses atores sociais privilegiados no interior das organizações, no caso da pesquisa realizada nesta dissertação, os gestores hospitalares, percebem o processo de gestão da qualidade com foco na acreditação hospitalar. Assim, segue-se, no próximo capítulo, a descrição da metodologia da pesquisa empírica conduzida.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo tem por objetivo descrever como se deu a operacionalização da pesquisa realizada. Serão apresentados o tipo e método de pesquisa, a unidade de análise, os sujeitos da pesquisa e as técnicas de coleta, tratamento e análise de dados utilizados além de aspectos éticos envolvidos.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Esta dissertação foi desenvolvida com base na abordagem qualitativa, uma vez que visou descrever a percepção de gestores hospitalares sobre a gestão da qualidade no processo de acreditação hospitalar. O caráter qualitativo residiu no interesse da investigação sobre a perspectiva dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo (FLICK, 2009).

Essa abordagem, utilizada quando se deseja conhecer questões particulares, em nível de profundidade que não podem ser quantificadas, visou ressaltar os valores e atitudes dos grupos a quem as ações se dirigem (MINAYO, 2003). Ela traz implicitamente as cargas histórica, cultural, política e ideológica (MINAYO, 2006) presentes no cotidiano que a situação estudada envolve (FLICK, 2009).

A premissa base da abordagem qualitativa é a de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Essa abordagem propicia campo livre ao “rico” potencial das percepções e subjetividades humanas (DYNIEWICZ, 2007).

A pesquisa qualitativa parte da questão ampla e vai se definindo na medida em que a pesquisa se desenvolve (GODOY, 1995). Os dados obtidos são descritivos e há o contato direto do pesquisador com a situação estudada. Segundo Godoy (1995),



essa abordagem procura compreender os fenômenos tendo em vista a perspectiva dos sujeitos entrevistados, que são os atores da situação em avaliação.

Esta pesquisa utilizou a palavra como ferramenta fundamental no processo de obtenção dos dados e também na disseminação dos resultados. Realizou a descrição dos dados da realidade ampliada do fenômeno (GODOY, 1995), pois o objetivo da pesquisa descritiva é a descrição das características de determinada população ou fenômeno, conforme comenta Vergara (2009). A pesquisa descritiva foi além de descrever o comportamento dos fenômenos, uma vez que avaliou as características das questões pertinentes ao foco estudado (COLLIS; HUSSEY, 2005).

A presente dissertação referiu-se a um estudo de caso e constituiu-se de uma investigação empírica que estudou um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real (YIN, 2001). O caso deste estudo foi um grupo de trabalhadores - gestores - de um hospital que representa a possibilidade de explicar a realidade concreta (YIN, 2001), ou seja, o referido hospital foi classificado em um dos quatro primeiros lugares de uma das duas versões do Prêmio Célio de Castro oferecido pelo Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, conferido a instituições do setor que passaram por processo de avaliação da qualidade realizada por órgão acreditador. O estudo visou à descoberta e à “interpretação de um contexto” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.18), retratando a realidade de forma mais profunda.

### **3.2 Unidades de Análise e os Sujeitos da pesquisa**

A unidade de análise deste estudo investigativo foi caracterizada por um hospital participante do projeto de melhoria da qualidade dos hospitais, Pro-Hosp, classificado entre os quatro primeiros lugares de uma das edições (2009) do Prêmio Célio de Castro oferecido pelo Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria Estadual de Saúde. Este hospital teve seus serviços auditados e avaliados conforme preconiza a Organização Nacional de Acreditação Hospitalar com a utilização de instrumento formal. A escolha do hospital se deu pelo critério de acessibilidade

(VERGARA, 2009), mediante a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do mesmo (protocolo nº 086/2010).

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os gestores do hospital premiado. Eles são representantes de várias categorias profissionais (enfermeiro, médico, nutricionista, administrador, economista ou qualquer outra formação) que também atenderam aos critérios de acessibilidade (VERGARA, 2009), tanto em relação à permissão do hospital como na disponibilidade do gestor em conceder a entrevista.

Dos 24 gestores das unidades pertencentes ao hospital pesquisado, 19 foram entrevistados, compondo aproximadamente 80% da força gerencial do hospital. As entrevistas foram gravadas em mídia específica e posteriormente transformadas em gravação MP3 para facilitar a transcrição das falas. A duração média das entrevistas foi de trinta minutos.

### **3.3 Técnicas de coleta de dados**

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi o levantamento documental, de protocolos e jornais internos, com vistas à descrição do hospital e de aspectos relacionados à gestão da qualidade.

O segundo instrumento de coleta foram entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), apoiando-se na ideia de que a “realização da entrevista de pesquisa está vinculada ao interesse em apreender”, a partir das representações feitas pelos sujeitos, dos temas pertinentes à abordagem específica da pesquisa (MACHADO, 2002, p. 34).

Minayo (2003) comenta que essa estratégia é a mais recomendada e utilizada quando se deseja conhecer questões particulares que não podem ser quantificadas e também por permitir a construção de informações pertinentes ao objeto de pesquisa, que é o que se buscou fazer. Assim, as entrevistas tiveram por objetivo

apurar a percepção dos gestores hospitalares sobre a gestão da qualidade, as ferramentas utilizadas e o processo de acreditação.

Além disso, a entrevista se caracteriza por ser uma situação de interação na qual atuam ao menos dois interlocutores: o entrevistador e o entrevistado. É um procedimento empírico utilizado para gerar conhecimento e dá ao entrevistado uma maior liberdade de expressão; por outro lado, ela exige do entrevistador uma postura não diretiva de escuta atenta, aceitação e não interferência (MACHADO, 2002). Em vista disso, a entrevista é utilizada como estratégia fundamental para realização da investigação qualitativa (GODOY, 1995).

Convém salientar que “essa técnica permite a captação imediata e corrente da informação desejada” com qualquer tipo de informante sobre qualquer tópico (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 34). No caso deste estudo, a entrevista foi realizada individualmente com cada um dos sujeitos da pesquisa e seguir o roteiro apresentado no Apêndice A.

O conteúdo das entrevistas foi gravado em mídia IC Recorder e convertida pelo software a MP3. Conforme comenta Triviños (1987), a gravação permite contar com todo o material fornecido pelo informante. Foi registrada, a cada entrevista, a data completa com horário de início e término. À parte, foi feito registro das observações pessoais, expressões faciais e sinais não verbais, conforme sugestão de Lüdke e André (1986), pois essas impressões são muito importantes para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito, compondo a análise dos dados por meio da análise de conteúdo, técnica detalhada no item seguinte.

Saliente-se que as entrevistas propriamente ditas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B e C) por cada um dos entrevistados; caso contrário, não seria efetuada a entrevista, sendo este excluído da massa de informantes. Caso o sujeito desejasse retirar seus dados antes do término da pesquisa, tal direito também lhe seria assegurado, conforme consta no termo de consentimento apresentado no Apêndice B. Convém frisar que nenhuma das situações de exclusão aconteceu.

### 3.4 Técnica de análise de dados

As informações coletadas por meio das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, com categorias preestabelecidas com o objetivo de aprofundar e esclarecer os fatos estudados (BARDIN, 2004), decorrentes dos objetivos específicos traçados; no entanto, manteve-se abertura cognitiva para o estabelecimento de outras categorias que emanassem das respostas dos sujeitos entrevistados. Sobre análise de conteúdo, Machado (2002, p. 66) comenta que ela requer uma definição clara do problema estudado, com vistas a permitir “uma descrição em profundidade das representações que um ou mais indivíduos ou grupos fazem de si ou mais grupos”.

Lüdke e André (1986) mencionam que o processo de analisar dados qualitativos engloba organização, divisão e análise do material, levando-se em consideração o referencial teórico e o que vai sendo aprendido durante a pesquisa. Bardin (2004) complementa a ideia e comenta que a intenção da análise de conteúdo está na inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou, eventualmente, de recepção (variáveis inferidas) que recorre a indicadores.

De acordo com Franco (2005, p. 16), “um dado sobre o conteúdo de uma mensagem deve necessariamente estar relacionado, no mínimo, a outro dado”. Dessa forma, a técnica da análise de conteúdo define comparações do contexto e visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica e histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base nos indicadores ilustrativos construídos a partir de um recorte de mensagens particulares. Portanto, trata-se de uma pesquisa para descrição objetiva e sistemática dos conteúdos manifestados dos depoimentos dos entrevistados.

Segundo Franco (2005), a análise de conteúdo tem como pressuposto as seguintes fases: definição da unidade analítica; organização da análise ou pré-análise e definição da categoria; produção de inferência; e interpretação. Nesta pesquisa, foram utilizadas unidades pré-definidas, centradas nos temas de interesse (processo

de gestão da qualidade, ferramentas da qualidade e acreditação), cuja possibilidade sinaliza Franco (2006). A etapa de pré-análise corresponde às buscas iniciais que nesta dissertação consistiram em avaliação e escolha do material conforme temas abordados na entrevista e conforme o roteiro previamente definido (APÊNDICE A). A cada entrevista, os dados foram coletados e alinhados; ou seja, organizados (FRANCO, 2005).

A etapa de divisão em subcategorias de análise consistiu em separação do material, baseada em analogias a partir dos critérios estabelecidos em relação aos objetivos de pesquisa. Neste caso, foi utilizado como parâmetro o agrupamento por analogia, no que se consistiu num processo “longo, difícil e desafiante”, conforme menciona Franco (2005, p. 58).

No caso das subcategorias que emergiram das falas dos entrevistados, foram observados os seguintes critérios:

- Exclusão mútua: “um único princípio de classificação orienta a organização” (FRANCO, 2005, p. 65);
- Pertinência: o sistema de categorias reflete as intenções da investigação e o referencial teórico;
- Objetividade e fidedignidade: para codificação em “matriz de categorias” (FRANCO, 2005, p.66).

Quando da apresentação dos resultados, foram utilizados como indicador ilustrativo, a síntese e a seleção dos relatos (partes das falas dos sujeitos da pesquisa) (FRANCO, 2005), as inferências e interpretação dos achados associados à teoria fundamentadora da pesquisa (GOULART, 2006).

Toda a pesquisa seguiu as diretrizes éticas e de estudos envolvendo seres humanos conforme disposto a seguir:

### **3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa**

Esta dissertação apresenta-se em conformidade com os princípios éticos de

pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196 de 9 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A resolução norteia-se pelos princípios de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, que são os quatro referenciais básicos da bioética. Ela prevê, ainda, o desenvolvimento ou contribuição para o conhecimento generalizável.

Aos sujeitos da pesquisa foi garantido o caráter voluntário, não remunerado, garantido por consentimento livre e esclarecido que forneceu anuência ao sujeito livre de fraude, simulação ou erro, dependência, subordinação ou intimidação. Eles tiveram garantida a explicação pormenorizada de todos os aspectos da pesquisa, elaborada no termo de consentimento (APÊNDICE B) e, em virtude de sua forma de participação (entrevista), não foram percebidos riscos à sua integridade física ou mental.

Ao final do Apêndice B, apresenta-se o termo de consentimento pós-informado (Apêndice C), documento que foi confeccionado em duas vias de igual teor e forma, sendo que uma das vias permaneceu com os sujeitos da pesquisa após sua assinatura. Dessa forma, pretendeu-se assegurar aos respondentes sua autonomia, sem qualquer coerção, por meio da obtenção da sua anuência à participação.

Quanto aos dados, eles serão guardados até o término do processo de pesquisa, quando serão destruídos. Independentemente do seu teor, compromete-se a disponibilizá-los (os dados) por meio da dissertação e outros recursos, como artigos científicos, ao hospital que permitiu a realização da pesquisa, além de outros públicos que, por eles, se interessem.

O projeto desta dissertação foi apresentado e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, CEP, do hospital para avaliação e sua aprovação foi concedida por meio do protocolo nº 086/2010.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

Este capítulo está composto por cinco partes, a saber: caracterização do hospital abordado e aspectos da gestão da qualidade; caracterização dos entrevistados; descrição e análise do processo de gestão da qualidade no hospital, na percepção dos gestores entrevistados; ferramentas da qualidade utilizadas no hospital pelos gestores; o processo de acreditação no hospital, além dos desafios, melhorias e outras percepções dos gestores entrevistados.

### **4.1 O hospital e a questão da qualidade**

O texto que segue foi extraído de notas divulgadas pela instituição, por meio de sua assessoria de comunicação, veiculadas entre a comunidade hospitalar. Especificamente, abrange as participações em programas, projetos ou outras iniciativas cujo foco trata da gestão da qualidade, da acreditação, de ferramentas da qualidade ou assuntos correlacionados, visando objetivamente conhecer o contexto histórico e atual das iniciativas de gestão da qualidade no hospital pesquisado.

Criado em 1899, o hospital estudado é o terceiro maior complexo hospitalar do país. É formado por unidades de internação, com cerca de 780 leitos destinados ao SUS e participa de projeto que disponibilizará 1000 leitos para a comunidade mineira em breve. É um hospital filantrópico chancelado pelo Conselho Nacional de Assistência Social da Previdência Social, caracterizado como geral de alta complexidade. Ele conta com 4 mil colaboradores que atendem, além de pacientes do SUS, particulares e convênios também. Há um projeto em andamento que visa transformá-lo em hospital exclusivo do SUS até o ano de 2012.

O hospital Alfa, como será mencionado daqui por diante, atua em 32 especialidades, dentre elas, clínica, cirúrgica e pediátrica. Sua estrutura predial abriga a maternidade, a pediatria, os centros de tratamento intensivo - adulto e infantil -, o

centro de diagnóstico e tratamento, o ambulatório, o centro cirúrgico, e as enfermarias da clínica médica, cardiologia e neurologia, além das unidades de nefrologia, quimioterapia e radioterapia.

O hospital Alfa é intitulado Hospital de Ensino (certificado por meio de portarias dos Ministérios da Saúde e da Educação, do ano de 2010). Por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa, ele desenvolve um Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, no nível de Mestrado, com área de concentração em Medicina e Biomedicina, sendo destinado aos profissionais com formação na área de saúde, biológica e afins. Também mantém cursos de pós-graduação *lato sensu*, de especialização e extensão, com ênfase na Educação em Saúde, visando à formação profissional especializada. Além disso, o Alfa mantém programa de residência em diversas especialidades da medicina, como: cardiologia pediátrica (área de atuação de pediatria); cirurgia geral; cirurgia pediátrica; cirurgia plástica; e medicina intensiva. (jornal interno do ano de 2011).

Quanto ao processo de qualidade, em 1998 o Hospital Alfa promoveu estudos, no sentido de minimizar custos, gerar eficiência e melhorar a qualidade de atendimento aos usuários do Hospital, por força de contrato de gestão administrativa assinado com o Município de Lagoa Santa (Lei de 1998).

O ano de 2003 foi importante por duas razões: primeiro, devido ao convênio assinado com o Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, a partir do qual ele passa a participar como conveniado, do Programa de Fortalecimento e Melhoria dos Hospitais, o já referido ProHosp. A segunda razão se deu pela assinatura de contrato financiado pelas empresas Belgo Mineira, Acesita, Samarco Mineração, Sesi, Câmara de Diretores Lojistas, CDL, e a Federação das Indústrias de Minas Gerais, FIEMG, cujos termos possibilitou mudança na gestão administrativa para reverter resultados negativos que tornaram superavitária a instituição. O trabalho foi focado em resultados, orçamento matricial e gerenciamento da rotina baseado em processos reestruturados. Esse modelo conseguiu resultados e desempenho positivos e se deve ao modelo de gestão adotado que tem sido primordial para o crescimento e administração do déficit do Alfa. Os gestores têm implantado ações



em prol de uma instituição mais independente financeiramente, com a perspectiva de crescimento expressivo nos próximos anos.

Em 2006, um seminário de planejamento chamado “Em Busca da Qualidade” foi realizado com todas as unidades operacionais e objetivou a discussão e elaboração de projetos e *cases* de sucesso. O trabalho foi sucedido por reunião do Comitê Gestor e visou definir o planejamento estratégico com validação da missão, visão e princípios da organização, além de estabelecer as diretrizes estratégicas e operacionais. Nesse ano, foi lançado um *software* que foi desenvolvido visando ao acompanhamento de resultados gerenciais, além de maior agilidade e credibilidade. Esse *software* integrou as receitas ao sistema de despesas da instituição.

No segundo semestre de 2006, o hospital foi classificado entre as dez melhores prestadoras de serviços médicos do país. A classificação obtida foi baseada na melhor margem de retorno sobre a receita auferida, geração de valor sobre a receita líquida e na receita líquida sobre o seu ativo total. A constatação foi de revista especializada em economia e finanças que produz o ranking das maiores empresas do Brasil, editado anualmente. Esses dados, apesar de representarem indicadores técnicos e contábeis específicos dentro dos padrões brasileiros de análise de economia e finanças, são traduzidos como um reconhecimento nacional através de publicações específicas. Isso significa que o Hospital Alfa alcançou, nos últimos três anos, um padrão diferencial de qualidade no setor hospitalar no cenário nacional.

Em janeiro de 2008, o Alfa iniciou sua participação no Programa de Melhoria de Gestão em Hospitais Filantrópicos - Mais Gestão. O Programa foi a realização de um conjunto de instituições que reúnem hospitais como o Alfa pelo Brasil e conta com o patrocínio de empresas como a Gerdau e a Petrobrás. O objetivo do programa foi o de capacitar hospitais filantrópicos para uma gestão de qualidade.

O Programa Mais Gestão foi um dos caminhos para a melhoria na qualidade de hospitais filantrópicos e atendeu ao que o Ministério da Saúde pretende em termos de eficácia em instituições dessa natureza jurídica. O Hospital Alfa passou a ser o Hospital Âncora da sua sub-região e também o Hospital Referência para Minas, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Dessa forma, ele ofereceu suporte técnico ao

desenvolvimento do Programa, planejando e cedendo sua infraestrutura para a capacitação dos representantes das instituições hospitalares durante as visitas de *benchmarking* em gestão operacional financeira e de processos.

Em maio do mesmo ano, por meio de parceria firmada com a Fundação Getúlio Vargas, FGV, foi lançado o curso de MBA Executivo em Saúde, elaborado exclusivamente para os empregados do Alfa. Um dos objetivos do curso foi levar a organização a obter maior excelência na prestação de serviços de saúde. O curso foi desenvolvido visando capacitar os superintendentes, gerentes, médicos e profissionais. Em julho, o hospital sediou treinamento para o uso da ferramenta 5S. O módulo fez parte do Programa Mais Gestão, de melhoria dos processos dos hospitais filantrópicos do país. Participaram do treinamento 40 colaboradores indicados pelos gerentes de diversas áreas, que serão multiplicadores de informações dentro do seu setor. Em agosto, o hospital participou da Semana *Kaizen Blitz* que conferiu o trabalho realizado pelos hospitais participantes do Programa Mais Gestão. A tarefa consistiu em: elaborar o perfil do hospital; ter o processo definido e mapeado; estar com a oportunidade de melhoria e metas definidas; estar com a equipe de trabalho definida e disponível para as atividades, no período de uma semana.

Em setembro de 2009, o hospital anunciou um investimento da ordem de R\$ 10 milhões, a ser realizado em cinco anos por meio de contratos com três grandes empresas de informática que forneceram importantes *softwares* para o melhor desempenho de suas unidades, quais sejam: a WPD (ERP), *Alert* (gestão clínica) e *Sign Health* (gerenciamento de processos). No mesmo mês, o hospital lançou três canais de comunicação com seus empregados, que são um informativo eletrônico quinzenal, um jornal “mural” a ser afixado em todas as unidades, e uma intranet. O objetivo de tais iniciativas é melhor integrar as unidades do Alfa, permitindo que as informações que interessam à organização e ao seu pessoal sejam agilmente difundidas, permitindo interatividade e participação dos públicos internos. A decisão de investir no uso inteligente de informações foi tomada pelo Conselho Gestor durante a elaboração do Planejamento Estratégico do período 2009–2015. Os *softwares* contratados permitiram que o hospital mantivesse seu atendimento humanizado à população, aliando sua assistência à mais alta tecnologia e

performance técnico-científica, criando um ambiente de trabalho livre de papéis a serem preenchidos para os mais diversos procedimentos.

Em novembro de 2009, o hospital recebeu, durante o 4º Seminário Pro-Hosp, o Prêmio Célio de Castro - Qualidade dos Hospitais Pro-Hosp - Edição 2009. Em sua segunda edição, o Prêmio contemplou quatro hospitais participantes do Pro-Hosp, um dos programas estruturadores do Governo de Minas. Para receber o prêmio, o hospital passou por avaliações de vários itens e teve que comprovar a sua qualidade. As avaliações foram feitas por técnicos da Secretaria de Estado de Saúde e Vigilância Sanitária.

Em 2010, um novo software para gerenciamento hospitalar começou a substituir, gradativamente, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), tendo como objetivo o gerenciamento dos processos hospitalares com maior rapidez e eficiência. A nova ferramenta, o *Salux SX*, teve foco no trabalho do pessoal administrativo e assistencial, deverá estar totalmente implantada até 2012. O Hospital Alfa realizou, ainda, seminários das unidades de negócios para discutir o planejamento estratégico, as atividades desenvolvidas e aquelas a serem implantadas nos próximos anos. Foram feitos seminários prévios com a contribuição de parceiros de interfaces com os negócios. Mais de 40 empregados de diversas áreas consolidaram todo planejamento estratégico, que é um ponto principal para as empresas que buscam a excelência em seus serviços e o cumprimento de metas.

O Hospital Alfa vem implantando ações que visam à melhoria da qualidade dos prontuários médicos dos pacientes do SUS. O objetivo é que o documento, de extrema importância para o paciente, hospital e corpo clínico, possa refletir a qualidade dos serviços prestados. Hoje, esse prontuário é considerado modelo pelos auditores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para se manter como referência e aprimorar as informações inseridas no documento, a instituição vem desenvolvendo um “painel gerencial”. Este trabalho consiste na análise dos prontuários para identificação dos problemas mais recorrentes, a partir da escolha de alguns critérios, como Descrição Cirúrgica, Mudança de Procedimento/Nova AIH, Sumário de Alta, e Possíveis Incompatibilidades entre código, descrição e procedimentos. Com esse levantamento, o Alfa preparou para o início de 2011

reuniões e treinamentos periódicos para as secretárias, enfermeiros, coordenadores e gerentes de cada ala, com o objetivo de aprimorar a qualidade do prontuário. Numa segunda etapa, foram realizadas reuniões com as clínicas para orientar o corpo clínico sobre os aspectos a serem melhorados no preenchimento dos prontuários, o que reflete parte dos treinamentos que vêm sendo realizados com vistas à gestão da qualidade.

Assim sendo, a política do Alfa de investir e criar mecanismos de qualificação dos seus recursos humanos foi uma das maiores do país. Em 2010, foram investidos cerca de R\$ 7 milhões em qualificação profissional, e para 2011 houve 20% de acréscimo neste valor. A principal ação nesse sentido é o Projeto Crescer, que buscou promover o desenvolvimento de seus empregados. Como resultado dessa iniciativa, cita-se o índice de rotatividade que passou de 10% ao ano, antes do Crescer, para 1%. Desse modo, o projeto também conseguiu promover a retenção de pessoal, item fundamental na manutenção da qualidade da assistência.

#### **4.2 Caracterização dos entrevistados**

Os dados demográficos e funcionais dos entrevistados referem-se a nove aspectos. O primeiro refere-se ao sexo: 13 dos 19 respondentes são do sexo masculino e os outros 6 são do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, a maioria dos respondentes tem entre 26 a 30 anos (sete deles); cinco deles têm entre 36 e 40 anos; quatro mais de 50 anos; um entre 31 e 35 anos; um de 41 a 45 anos e um de 46 a 50 anos.

Em termos de estado civil, oito são casados e outros oito são solteiros, dois encontram-se em união estável, e um desquitado/divorciado/separado.

Em relação ao nível de escolaridade, ressalta-se que todos os respondentes apresentam nível superior, sendo seis deles em Enfermagem e cinco em Administração. Os demais formaram-se nos seguintes cursos: Administração

Hospitalar, Ciências Contábeis; Comunicação Social; Engenharia de Produção; Farmácia; Medicina; Nutrição e Dietética; e Psicologia. Note-se, também, que 17 dos 19 gestores entrevistados concluíram cursos em nível de pós-graduação *lato sensu*, ou seja, especialização, sendo oito deles em MBA Executivo em Saúde, três em Gestão Hospitalar, dois em Gestão em Saúde, um em Auditoria Externa, um em Enfermagem cardiovascular, um em gastroendoscopia, e um em RedeTelecom. Quatro gerentes informaram, ainda, ter participado de mais de um curso de especialização. Os cursos escolhidos pelos gestores foram: CME e Centro Cirúrgico, Gestão Hospitalar, Gestão de RH e Gestão financeira. Um dos entrevistados possui mestrado em Gestão Pública.

O tempo de atuação do gestor no hospital é bastante diverso. Todos os intervalos de tempo foram contemplados no formulário de identificação do entrevistado (APÊNDICE A): sete deles estão no Alfa por um período de 1 e 5 anos, quatro de 6 e 10 anos, dois deles há menos de um ano, dois de 11 a 15 anos, dois de 16 a 20 anos e outros dois há mais de 20 anos.

Os cargos ocupados pelos gestores entrevistados são: 15 gerentes, três coordenadores e um assessor. O tempo de atuação nesse cargo no Alfa apresenta uma relação temporal bastante diversa, com concentração nos períodos inferiores a 1 ano (cinco gestores) e entre 1 e 5 anos (nove deles); além disso, dois ocupam o mesmo cargo entre 6 e 10 anos, dois entre 11 e 15 anos e um de 16 a 20 anos.

Quanto ao tempo de experiência na função gerencial, verificou-se que três deles têm menos de 1 ano, cinco entre 1 e 5 anos, seis entre 6 e 10 anos, três entre 11 e 15 anos, um entre 16 e 20 anos e um com mais de 20 anos de experiência como gestor.

Em relação ao tempo de atuação do entrevistado no setor saúde, verificou-se uma configuração heterogênea: cinco deles têm entre 1 e 5 anos de atuação na saúde, outros cinco entre 6 e 10 anos, um deles entre 11 e 15 anos, seis entre 16 e 20 anos, e dois têm mais de 20 anos de experiência nessa área.

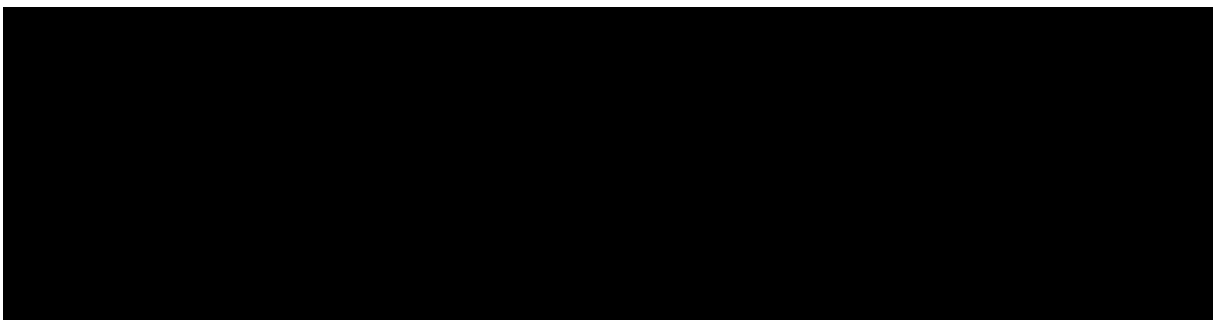
Resumidamente, o perfil do gestor deste hospital pode ser assim caracterizado: maioria do sexo masculino, na faixa etária de 26 a 30 anos, solteiros e casados, possuem formação superior e pós-graduação na área de gestão em saúde. Eles atuam no hospital e como gestores nesse espaço laboral pelo mesmo período, a saber, de 1 a 5 anos, e têm experiência de 6 a 10 anos na função gerencial como um todo e atuam na área de saúde há menos de 10 anos. Desse modo, observa-se a presença de profissionais novos, qualificados e com uma experiência gerencial anterior ao seu ingresso no Alfa.

A partir desse momento, serão apresentadas as respostas dos gestores entrevistados e convém mencionar que a exposição de suas falas seguiu a ordem de atendimento aos objetivos específicos desta pesquisa.

#### **4.3 O processo de gestão da qualidade no hospital, na percepção dos entrevistados**

Na apresentação dos dados a seguir, note-se que como se trata de percepção dos entrevistados, a eles foi permitido mencionar mais de uma resposta. Sendo assim, o número de respostas normalmente foi maior que os 19 profissionais entrevistados. Note-se, ainda, que, em diversas situações, as percepções dos gestores às categoria definidas, foram classificadas em “subcategorias de análise” (FRANCO, 2005) e adotado o critério semântico para sua operacionalização, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número de abordagens dos entrevistados às características da qualidade

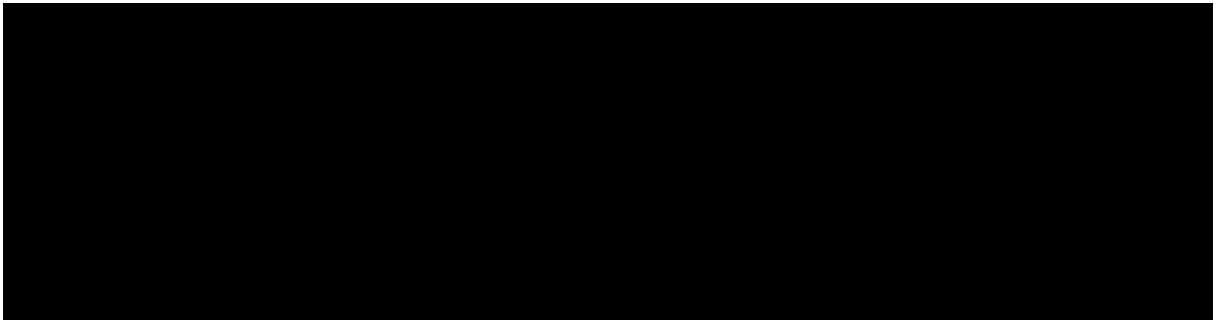


Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem questionados sobre o que é qualidade, notou-se que as respostas conduziram a características voltadas para o conceito em si de qualidade, mas voltaram-se principalmente para o processo de gestão da qualidade, resultados de sua implantação e, por fim, aspectos dificultadores envolvidos no processo de gestão.

Todos os entrevistados manifestaram-se em relação à “gestão da qualidade”, podendo-se identificar que as respostas mencionavam três temas principais: “gestão de processos” (11 deles: G4; G5; G6; G7; G8; G10; G11; G12; G14; G15; G19), “gestão por resultados” (10 deles: G1; G2; G6; G7; G8; G9; G10; G15; G18; G19) e “princípios da gestão da qualidade” (8 deles: G2; G3; G4; G10; G13; G14; G16; G17), conforme demonstra a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do número de abordagens dos entrevistados sobre gestão da qualidade.



Fonte: Dados da pesquisa.

Note-se que os entrevistados percebem que a qualidade está baseada em princípios que a fundamentam e a vinculam ao foco no cliente como item básico (MOURA, 2002). As questões levantadas pelos entrevistados abordam, na sua totalidade, sete dos oito princípios da qualidade. Observou-se que cada entrevistado mencionou um princípio e dois deles (G2 e G16) abordaram pelo mesmo prisma, sendo, então, selecionados dois indicadores ilustrativos para um mesmo princípio: foco no cliente, que é um princípio direcionador da qualidade, uma questão de sobrevivência (OLIVEIRA, 2004). Conforme mencionaram Carpinette, Miguel e Gerolano (2010), não se pode deixar de considerar o perfil dos entrevistados quanto à sua formação acadêmica na área. O conjunto de princípios mencionados pelos entrevistados pôde ser correlacionado com os indicadores ilustrativos, conforme QUADRO 3.

Quadro 3 – Relação dos princípios de gestão da qualidade com os indicadores ilustrativos.

Princípio de gestão da qualidade	Indicador ilustrativo
Foco no cliente	preocupar em agradar o cliente. G2 poder atender o cliente. G16
Benefícios mútuos nas relações com fornecedores	a questão do cliente e o fornecedor. G3
Abordagem factual para tomada de decisões	para que as divergências em cima do planejado possam ser corrigidas. G4
Abordagem sistêmica	Qualidade atende os interesses do negócio. G10
Liderança	está ligado à missão da organização. G13
Melhoria contínua	a busca de melhoria contínua. G14
Abordagem por processos	que todos os processos sejam cumpridos de acordo com o que tem que ser. G17

Fonte: Dados da pesquisa.

O princípio “envolvimento das pessoas” não foi mencionado nenhuma vez nas entrevistas. Esse princípio é preconizado pela NBR ISO 9000 (2005), ao requerer o envolvimento e conscientização das pessoas nas atividades de implantação e em atividades de melhoria do sistema de gestão da qualidade, pois se baseia na administração participativa (CAMPOS, 1999). Xavier e Batista (1997) comungam com essa ideia e ressaltam que cabe à alta direção o estímulo à participação dos funcionários. Curioso o fato de os gestores não o terem mencionado, dado que lidar com pessoas faz parte de suas atribuições clássicas.

Na “abordagem sobre processos”, observou-se que a percepção dos entrevistados esteve focada em alcance de resultados, metas e padrões, conforme sugere Moura (2002). A seguir, apresentam-se alguns indicadores ilustrativos:

...trabalhar dentro de uma metodologia que permite você enxergar a evolução do trabalho e acreditar que as possíveis divergências em cima do planejado possam ser corrigidas e executar ações em cima dos objetivos. G4

Eu acho que qualidade é quando a gente trabalha de forma eficiente, de forma eficaz. G8

...fazer as coisas sempre atendendo os interesses do negócio gastando o mínimo de recursos possível e fazendo o necessário sempre dentro de um padrão. G10



São as melhores práticas de mercado num segmento; a customização dessas melhores práticas registradas e implantadas. G14

O último item sobre a percepção dos entrevistados a respeito da gestão da qualidade refere-se à categoria “resultado”. Intimamente ligados a processos, os resultados representam, por conceito, o valor agregado (NBR ISO 9000, 2005), que deve ser medido (normalmente por indicadores) e analisado para gerar ações de melhoria (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010). Alguns dos indicadores ilustrativos desse item nos relatos dos entrevistados estão dispostos a seguir:

... otimizar seus processos, mas de forma que possa garantir o resultado e controlar. G1

...um processo de qualidade tem que ser medido através dos indicadores. G7

É a melhor maneira de fazer para atingir objetivos, resultados e a melhor condição de atendimento. G15

Tem que atender tanto os requisitos técnicos do produto com o tratamento que as pessoas esperam normalmente receber. G18

Sobre o terceiro tema das respostas referentes à categoria qualidade, “os resultados de sua implantação”, notou-se nos relatos que parte dos entrevistados (sete deles: G1; G6; G7; G13; G16; G17; G18) esperam que as organizações que adotam o sistema de gestão pela qualidade tenham sob controle seus processos, gerencie seus recursos e oportunize a satisfação do cliente, como versam Valls (2004) e a NBR ISO 9000 (2005). Alguns dos entrevistados mostraram-se concordar com essas premissas, conforme pode ser verificar nos indicadores ilustrativos:

Tem que implantar pra fazer a coisa certa no momento certo, utilizando as ferramentas utilizando os meios que você tem de forma correta ... G6

Eu entendo que se cada um fizer a sua parte em prol do objetivo comum, todo mundo vai ter qualidade. G13

Implantar a gestão da qualidade me diz como eu tenho que entregar o serviço, que forma eu tenho que entregar, isso contribui para a segurança e para a qualidade. G16

Alguns gestores entrevistados (seis deles: G1; G2; G6; G10; G13; G19) também perceberam aspectos dificultadores que estão aliados à gestão da qualidade e que versam sobre a capacitação das pessoas. Nesse tema, sublinha-se que, para

implantação de sistema de gestão da qualidade, o treinamento, capacitação, motivação e comprometimento das pessoas frente às determinações devem ser assegurados pela alta direção (NBR ISO 9004, 2000; CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010). Ressalta-se que a capacitação faz parte do processo e não o antecede, conforme sugeriram alguns dos entrevistados. Na sequência, apresentam-se os indicadores ilustrativos:

... a gente não tem formação pra isso. G1

A equipe não é capacitada... G2

Não é fácil e geralmente é complicante. G6

O que falta aqui é o padrão. G10

Se cada um fizesse a sua parte em prol do objetivo comum... G13

Por fim, os conceitos de qualidade, relatados por três dos entrevistados (G1, G10, G19), encontram base nas palavras de Garvin (2002), que menciona cinco abordagens principais da qualidade, dentre elas: o menor gasto, o atendimento aos requisitos do produto para o cliente e os valores baseados no usuário. Eles também apresentam conformidade com Rossato (1996), para quem os produtos e os serviços são considerados de qualidade quando estão atrelados a quesitos, como: confiabilidade, eficiência, segurança.

Chama atenção o fato de a qualidade ser um tema que tem sido recorrente nos meios organizacionais de todos os ramos (ROSSATO, 1996), inclusive o de saúde (OLIVEIRA, 2004). Desde a década de 1980, ele tem sido amplamente utilizado pelas empresas e divulgado nos cursos de formação profissional e nos de pós-graduação. Baseada no perfil dos entrevistados, podia-se esperar que os gestores tivessem conhecimento sobre o conceito e o contexto geral da qualidade. Abaixo, transcreveram-se relatos ilustrativos desta questão:

...gastar menos mas não comprometer aquilo que você está fazendo. G1

...só teremos qualidade se a gente atender tão bem que a pessoa que está sendo atendida reconheça isso. G10

...a gente atinge a qualidade à medida que a gente vai suprindo, porque a cada dia vão surgindo mais requisitos. G19

Qualidade é uma coisa que a gente vai lidar a vida inteira. G19

Diante desses dados, observou-se que as opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade conduziram para questões conceituais da qualidade, da gestão com valorização dos princípios e resultados dos processos. Além disso, os entrevistados correlacionam a qualidade com vantagens de sua implantação e também com aspectos dificultadores.

Outra pergunta realizada para os entrevistados relacionou-se ao seu papel na gestão da qualidade no Alfa. Para a maior parte deles, o comportamento esperado relaciona-se a decidir e liderar (nove deles: G1; G2; G5; G6; G7; G10; G12; G15; G16) e contribuir (nove deles: G3; G4; G7; G8; G9; G11; G13; G14; G17), ou seja, gerir os recursos humanos (sete deles: G3; G6; G8; G12; G16; G18; G19) e, do ponto de vista das rotinas, registrar procedimentos (G6; G9).

A subcategoria “decidir e liderar” foi composta pelas percepções dos gerentes sobre a importância da liderança para definição, implantação e manutenção de um sistema de qualidade (MOURA, 2002), ou seja, voltada para o processo de tomada de decisão (MINTZBERG, 1986). Percebe-se que os entrevistados entendem o papel da liderança (NBR ISO 9000, 2005) como de o articulador do processo de mudança (PALLADINI, 2004), mas eles sentem falta de uma ação mais institucional a respeito da implantação de um sistema de qualidade como um direcionador das ações.

Dentro do meu setor eu sou o timoneiro. G5

Eu to aqui é pra dar padrão pra pessoas que trabalham comigo. G10

Eu sinto muita falta de regras institucionais que respaldam as decisões dos gerentes G12

Meu papel é dar transparência na qualidade nas informações para apresentar p diretoria tomar decisão. G13

...qualidade, mesmo que toda essa teoria da acreditação não tenha sido formalizada, que não sou eu que tenho que formalizar isso... G16

Da mesma forma, a subcategoria contribuir foi observada pela análise das respostas que versaram sobre o espírito de contribuição dos gestores aos resultados que o

hospital vem obtendo nos indicadores institucionais. Notou-se, nas falas dos entrevistados, um certo entusiasmo e interesse em alavancar os trabalhos que contribuem com a sistematização.

... tenho ajudado na implantação dos indicadores assistenciais, inclusive na formatação, na análise estatística... dou um apoio nessas atividades específicas. G4

Ajudar no desenvolvimento protocolos, processos e indicadores para as áreas assistenciais e nas áreas administrativas. G13

Procurar entender o todo, procurar entender a situação, pra procurar nivelar as informações com a equipe, pra gente poder contribuir para a interface e com o todo. G14

Todos os funcionários devem estar empenhados no mesmo propósito de cumprir os objetivos. G17

Gerir os Recursos Humanos foi outra subcategoria construída e que está atrelada à prática da liderança, o envolvimento das pessoas em prol da melhoria contínua, o que encontra eco nas percepções de Carpinette, Miguel e Gerolano (2010). É forte a impressão dos entrevistados de que já há resultado, fruto de uma persistência no trato com os funcionários. Notou-se também a busca de uma nova cultura que valoriza as práticas da qualidade e o estímulo a um propósito comum (JURAN, 1991). Os relatos ilustrativos abaixo mencionam ações que estão sendo aplicadas no dia a dia dos gestores, que, no que tange à qualidade, significam ações concretas rumo a uma mudança de valores (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010).

Mas as pessoas começam a se integrar, a se envolver também. G3

...todo mês a minha equipe tem retorno das situações que são boas e de outras que precisam melhorar. G6

...mas eu posso trabalhar com os meus profissionais e tentar buscar com os médicos segundo as teorias da qualidade. G16

...é realmente importante tentar envolver a equipe nessas mudanças todas. G18

Hoje a gente tem se atentado um pouco mais para a questão do treinamento, pra capacitar, pra treinar... todo procedimento que é definido, a gente senta, se reúne .. a gente discute... as informações são passadas... G19

A última subcategoria, registrar procedimentos, foi mencionada por dois entrevistados e percebida como pertinente no contexto geral da qualidade. A norma

NBR ISO 9001 (BRASIL, 2005) menciona que características de estabilidade e flexibilidade são conseguidas com a documentação de todos os processos e principais atividades. Há, por uma pequena parte desses gestores, a percepção de que a documentação constitui uma evidência das ações e projetos.

Acho que principalmente é criar, documentar, tudo sobre os processos, tudo que precisa ser feito, pop's, fluxos, documentos de regulação da gestão G6

...trabalhar para cumprir toda a legislação que existe a esse respeito. G9

Assim, quanto às percepções dos gestores entrevistados sobre a categoria qualidade, observou-se que as opiniões conduziram para a criação de subcategorias que abordam questões conceituais da qualidade e da gestão. Verificou-se que a percepção dos gestores está de acordo com o conceito e o contexto geral da qualidade que envolve os princípios, processos e resultados, conforme identificado na literatura. Além disso, os entrevistados percebem resultados da implantação de um sistema de gestão e apresentam aspectos dificultadores para tal, principalmente relacionados com o nível de conhecimento dos profissionais envolvidos. Sobre seu papel na gestão da qualidade no hospital, as entrevistas conduziram para a formação de quatro categorias que se traduzem na tomada de decisão, nas contribuições para os processos, na condução das pessoas e no registro dos procedimentos.

A seguir, apresenta-se a percepção dos gestores sobre as ferramentas da qualidade utilizadas na gestão.

#### **4.4 As ferramentas da qualidade utilizadas no hospital pelos gestores**

Quase todos os entrevistados mencionaram conhecer ou lidar com ferramentas da qualidade no seu cotidiano, com exceção do G13. Além disso, oito deles (G1; G3; G5; G6; G7; G14; G16; G17) mencionaram indicadores, sete (G1; G3; G5; G8; G9; G16; G19) a capacitação de recursos humanos voltada para tais ferramentas, seis (G1; G9; G11; G12; G14; G19) as dificuldades de sua utilização e cinco (G4; G8; G10; G11; G14) sua relação com a inovação.

Ao avaliar o item ferramentas de gestão da qualidade, buscou-se identificar aquelas que são conhecidas e utilizadas pelos gerentes. Notou-se que as ferramentas mais utilizadas são o Diagrama de Ishikawa e o 5W2H's, as quais se relacionam com a resolução de problemas (NOGUEIRA, 2003; ALVES, 2009), seguidas pelos gráficos Histograma e Pareto. Outras ferramentas como *Brainstorming*, *Check list*, FMEA, Matriz GUT, PDCA e 5S's foram mencionadas por apenas um entrevistado.

As ferramentas de gestão da qualidade são os meios utilizados para a solução dos problemas do dia a dia do gestor, conforme mencionado por Nogueira (2003). Elas servem para mapear os problemas, analisar, permitem atuar na causa e planejar a situação problema (ALVES, 2009). Após as entrevistas, foi possível verificar o uso de ferramentas como o 5W2H (plano de ação), histograma, *check list* e *brainstorming*. Convém mencionar que, do total de gestores entrevistados, 10 deles (G1, G4, G7, G8, G9, G10, G12, G16, G17, G18) utilizam essas ferramentas.

...no gerenciamento de risco tem sido usado o FMEA. G1

Uso 5W2H's. G17

...nós fizemos o 5S's agora, tava usando o *check list* pra tentar organizar. E uso o plano de ação, gráficos, você não consegue mostrar seus resultados se não utilizar os gráficos, histograma. ... *brainstorming*, G18

...eu usava muito pareto, ainda uso, por causa do estoque. Eu controlo o estoque com pareto. G12

...espinha de peixe, que eu acho muito fácil de trabalhar e nela a gente consegue um resultado melhor pra um problema mais pontual. Os gráficos também a gente usa pra mensurar, medir os resultados. G16

Entre os que conhecem, há aqueles que não utilizam:

Eu conheço o PDCA. G4

A gente não formaliza planos de ação. G7

Não utilizo... espinha de peixe, plano de ação... não uso. G12

E também existem aqueles que não conhecem as ferramentas de gestão da qualidade e, portanto, não as utilizam:

A ferramenta maior que a gente tá implantando agora é um sistema. G3

Como ferramenta a gente usa os indicadores de resultado. G5

A questão das ferramentas, agora a gente já tá partindo pra criação de indicadores. G14

Ferramentas de gestão da qualidade... não sei; não uso. G15

Na TAB. 4, foram sintetizadas as ferramentas de gestão de qualidade citadas por 12 dos entrevistados, conforme sua utilização.

Tabela 4 – Ferramentas de gestão da qualidade conhecidas, utilizadas e não utilizadas pelos entrevistados

Ferramentas de gestão da qualidade	Gestor			
	Utiliza	Total	Não utiliza	Total
Diagrama de Ishikawa ou Espinha de peixe	G1; G4; G8; G9; G10; G16	6	G12	1
Plano de Ação ou 5W2H's	G1; G8; G10; G17; G18	5	G7; G12	2
Histograma	G7; G16; G18	3		
Pareto	G7; G12; G16	3		
5S's	G18	1	G4	1
<i>Brainstorming</i>	G18	1		
<i>Check List</i>	G18	1		
FMEA	G1	1		
Matriz GUT	G8	1		
PDCA	G16	1	G4	1
Matriz Fofa			G4	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Em uma das entrevistas, o gestor menciona:

Eu acredito que toda a gerência da casa conhece as ferramentas, sabem como fazer, só necessita de um norte para fazer... mas isso não tem orientação da instituição. É mais uma forma profissional e prática de fazer o trabalho; porque facilita, mas vai do gerente querer usar ou não. G8

Essa percepção remete a duas considerações. **A primeira refere-se ao fato de o gestor atribuir à instituição a condução do processo, como se ele estivesse sem o “norte” para tal, apesar dos treinamentos realizados. Por outro lado, o nível de escolaridade dos gestores também merece atenção, já que 13 deles mencionam ter cursado pós-graduação no campo da gestão, a saber: MBA Executivo em Saúde (8), Gestão Hospitalar (3) e Gestão em Saúde (2). Dessa forma, deveria haver mais gestores que conhecessem e utilizassem as ferramentas, principalmente pela sua**

**importância para a gestão** conforme salienta Malik e Schiesari (1998) e Alves (2009). Portanto, ao adotar o sistema de gestão pela qualidade nesta instituição, certamente, muitas mudanças afetaram o comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos (NOGUEIRA, 2003). Assim, identificou-se a perpetuação da necessidade de treinamento, já que conceitos e ferramentas devem ser não só difundidos amplamente, mas também devem estar de tal forma incorporados às rotinas que passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho. **Conforme menciona Alves (2009), as ferramentas são fundamentais, pois juntamente com os princípios e métodos de gestão, formam os elementos da gestão pela qualidade (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010), sem os quais os gestores não conseguem atingir seus objetivos.**

As respostas dos entrevistados apontaram também o uso de outras ferramentas de gestão, tais como as tecnologias de softwares e os indicadores (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006). Certo e Peter (1993) mencionam que tais indicadores são necessários, pois apontam em quais áreas o desempenho é satisfatório e onde há aspectos a melhorar.

Pode-se perceber que setores administrativos (custos, controladoria, contabilidade entre outros) do Alfa utilizam indicadores para composição das informações contidas nos relatórios de análise comparativa para acompanhamento gerencial e orçamentário. Outros setores como recursos humanos, internação, CME, compras, manutenção e outros, utilizam indicadores para suprimento, análise e acompanhamento mais técnico e específico de cada área, o que encontra amparo em autores abordados no referencial teórico (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Os indicadores corporativos como Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência, que estão sendo ostensivamente monitorados no Alfa, prestam-se à obtenção de melhores resultados como frisou Tironi (1991) e demonstram estabilidade da organização, conforme comentaram Souza *et al.* (2010). Apresentam-se alguns relatos ilustrativos, oriundos das entrevistas:

Tenho utilizado os indicadores de produtividade, e desempenho. Além de você mostrar o desempenho do setor, o que tá acontecendo no mês, é uma forma de você mostrar o desempenho de cada um. G6



Uso os indicadores de produtividade. G7

...monitorar com indicadores de qualidade, de produtividade. G14

Uso também o indicador como ferramenta. G16

Uso aquele 5w 2h's e treinamento. Indicadores a gente usa para ver onde a gente tá e como a gente pode melhorar. G17

Outra ferramenta ressaltada nas respostas dos entrevistados diz respeito ao uso de *softwares* ou programas de computadores como ferramenta de gestão. Observou-se nas entrevistas a demanda por ferramentas de sistemas de tecnologia de informação (TORRES; FIGUEREDO, 2009) como mecanismo de busca de garantia da qualidade. Segundo Christensen (2003), produzir inovações é uma questão de sobrevivência para as organizações e os *softwares* incluem transparência dos serviços prestados (CAVALCANTE, 2008) e um melhor aproveitamento dos seus recursos e das informações geradas, conforme mencionado por Vieira, Detoni e Braum (2006).

E as ferramentas de informática, que é uma ferramenta também pra você planejar e acompanhar o andamento de um projeto. G4

Outras ferramentas são a matriz de gerenciamento do estoque, são ferramentas informatizadas G8

A gente tem dados que produzem as informações que a gente precisa para poder ter gerir o negócio. Então já é do sistema, entendeu? G13

Não existe outro caminho pra você fazer determinados processos na minha área se não for por meio do sistema (informatizado).G14

A capacitação de recursos humanos foi abordada pelos gestores e também encontra base na literatura. De acordo com Almeida e Mello (2004), é necessário que os profissionais saibam utilizar as ferramentas oriundas da informática. Conforme cita Bohrer (2009), elas podem requerer um grau diferenciado de tecnologia, conhecimento e relacionamento com a ferramenta. Os entrevistados reconhecem a necessidade de treinamento e capacitação para o uso do conjunto de ferramentas da qualidade, indicadores e de TI. Alguns deles mencionaram o aprendizado sobre as ferramentas no curso de MBA realizado pelo Hospital Alfa, que esteve focado na capacitação dos gerentes.

... na capacitação voltada pra gerentes, uma MBA em Gestão em Saúde que foi feita com a Getúlio Vargas e agora com o IBMEC. G3

... MBA onde a gente aprendeu sobre as ferramentas. G8

Pra implantar uma ferramenta tem primeiro... tem que fazer um treinamento. E treinar num hospital desse... é complicado. G9

... para iniciar algum trabalho em conjunto eu vou ter primeiro que ensinar o que é indicador. G16

Foram também apontados pelos entrevistados aspectos dificultadores na utilização das ferramentas. Dentre eles, estão a necessidade de um programa de capacitação contínuo dos profissionais, já que eles identificam um alto nível de *turnover* no Alfa, mencionado inclusive em outros momentos das entrevistas.

Eles levantam muito os problemas, mas não são capazes de colocar na matriz GUT e estabelecer as prioridades. G1

...o pessoal não permanece na casa... o nível de capacitação perde... G9  
Temos dificuldade com nível de capacitação... escolaridade... G14

Além disso, a grande demanda de trabalho do gestor reflete uma sobrecarga de trabalho e também implica a necessidade de ações pedagógicas mais frequentes.

Fica difícil trabalhar as ferramentas de gestão porque os processos não estão alinhados. G12

A gente não é só um gerente que senta e planeja. A demanda é muito grande e nos engole... engole! G19

Em síntese, identificou-se que as ferramentas mais utilizadas pelos gestores entrevistados no hospital abordado são o Diagrama de Ishikawa ou Espinha de peixe e o 5W2H. Verificou-se que há gestores que conhecem e utilizam alguma ferramenta, há os que conhecem e não as utilizam e há aqueles que não conhecem e, portanto, não utilizam. Observou-se, também, a utilização de outras ferramentas na medição e avaliação de processos e resultados, isto é, os indicadores, que privilegiam a qualidade e produtividade, além dos objetivos institucionais. Para conhecimento e utilização das ferramentas, os gestores parecem perceber a importância da capacitação dos profissionais, inclusive deles próprios. Na percepção dos entrevistados, dentre os dificultadores na utilização das ferramentas da

qualidade, estão a sobrecarga de trabalho, a falta de capacitação dos profissionais e o (alto) nível de *turnover* do Alfa.

Na sequência, trata-se do processo de acreditação na percepção dos gestores.

#### 4.5 O processo de acreditação no hospital e os gestores

Para compreensão do processo de acreditação, na percepção dos gestores entrevistados, eles foram questionados sobre o que é o processo de acreditação, como ele vem sendo realizado no hospital, a relação da acreditação com as ferramentas de gestão da qualidade e como o conjunto de gestores pode contribuir para este processo. A esse respeito, verificaram-se três tendências na abordagem dos gestores entrevistados, sendo que a primeira conduziu a uma abordagem conceitual de acreditação, manifestada por 11 dos entrevistados (G1; G2; G3; G7; G8; G11; G12; G14; G15; G17; G18). A segunda enfatiza os processos envolvidos na acreditação e foi mencionada por sete entrevistados (G4; G5; G6; G7; G8; G9; G10). Por fim, a terceira subcategoria trata dos aspectos da sua implantação no hospital, conforme relatos de cinco gestores (G10; G12; G13; G14; G19). Estes dados estão demonstrados na Tabela 5, ilustra a percepção dos gestores a respeito do que seja acreditação.

Tabela 5 – Abordagem dos gestores entrevistados sobre o que é acreditação.

Acreditação	Gerentes		
	Gestor	Número	Percentual
Abordagem conceitual	1;2;3;7;8;11;12;14;15;17;18	11	48%
Abordagem de processos	4;5;6;7;8;9;10	7	30%
Implantação no hospital	10;12;13;14;19	5	22%
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os gestores demonstraram ter noção de que a acreditação se trata de um processo institucional, certificável, que se apresenta dividida em itens de verificação e critérios preconizados para atendimento de níveis diferenciados (ONA, 2010). Também há a percepção de que uma organização acreditada fornece segurança e confiança aos usuários, em conformidade com Oliva, (2004), Andrade (2008) e Barzotto *et al.* (2009). Observem-se os relatos:

É a questão da ONA, que são 3 níveis, 1, 2 e o top é o nível 3. G7

São regras de qualidade de certificação da ONA e tem outras entidades também JCI, que dão norte pra gente cumprir... que vão garantir a qualidade daquela empresa. G8

...são práticas institucionalizadas que transmitem uma acreditação de como estão sendo praticadas na instituição. G14

...transmite segurança, confiança, em quem vai utilizar os serviços. G15

A abordagem de processos mencionada por parte dos entrevistados trouxe novamente para o centro da discussão o tema da gestão da qualidade que tem como um dos seus princípios a abordagem de processo, ou seja, a NBR ISO 9000 (BRASIL, 2005). Percebeu-se, nas respostas dos entrevistados, uma referência a processos como atividades controláveis e gerenciáveis, conforme mencionado por Moura (2002) e Valls (2004).

É o reconhecimento das atividades dentro de um protocolo direto nosso. G5

É uma ferramenta que o ganho do hospital é muito maior que o título. (...) o hospital se organiza muito na preparação pra acreditação. (...) O que você arruma de processo interno acho que é o que vale. G7

São regras legais, de processo, da própria gestão, indicadores... G8

Pra você conseguir ter qualidade, conseguir ter registro dos processos, mapear os processos. G10

Sobre a implantação no hospital, os gestores mencionam que o processo de acreditação é uma possibilidade distante diante das práticas atuais realizadas no hospital. Eles relatam também a falta de determinação da alta direção pela implantação de práticas da qualidade como política da organização. Essas observações remetem novamente aos princípios da qualidade (BRASIL, 2005), os quais incluem a gestão e a liderança (MOURA, 2002) e o importante papel da alta direção (CARPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010).

Eu acho que acreditação aqui no hospital é um negócio muito difícil, um processo muito complicado. G10

Preciso ter a palavra da diretoria pra fazer alguma coisa de qualidade. G12

A gente não tem condições de chegar a uma acreditação de forma rápida não. G13

São práticas institucionalizadas... G14

Isso é muito longe da nossa realidade. G19

Sobre a percepção dos gestores entrevistados a respeito de como o processo de acreditação está sendo trabalhado no Hospital, quatro aspectos chamaram a atenção. O primeiro refere-se à gestão em si, mencionada por 12 dos entrevistados (G1; G4; G5; G8; G11; G12; G13; G14; G15; G16; G17; G18); o segundo aspecto que chamou a atenção nos relatos relaciona-se ao papel da alta direção do Alfa, o que foi verbalizado por nove dos entrevistados (G1; G3; G5; G7; G8; G9; G10; G11; G16); o terceiro aspecto trata da capacitação do pessoal, mais uma vez externalizado por parte dos entrevistados (oito deles: G1; G2; G4; G5; G10; G12; G17; G19); e a última subcategoria apreendida nos relatos de oito gestores (G1; G4; G11; G12; G14; G16; G18; G19) trouxe à tona as dificuldades envolvidas no processo de acreditação.

Como foi observado, os gestores percebem que o processo de acreditação tem ligação com aspectos da gestão e valorizam a necessária interação dos processos (CECÍLIO, 2002; CAMPOS; AMARAL, 2007) e o enfoque sistêmico, conforme comentado por Valls (2004). Os processos são percebidos horizontalmente e de forma que eles atravessem vários setores (XAVIER; BATISTA, 1997), implicando uma relação de integração. O Pro-Hosp foi lembrado como um impulsionador do hospital para implementação de ações atreladas à gestão da qualidade (MINAS GERAIS, 2007).

O Pro Hosp repassa uma verba, mas a gente tem que implantar algumas questões relativas a gestão da qualidade. G1

Na missão dela se tem colocado assim que ela quer referência em alguma coisa, tem que ter acreditação, não tem como fugir. E se um dos valores que ela tá pregando pra mídia é esse, ela tem que fazer o dever de casa, senão fica uma mentira. G11

Eu não acredito que seja possível você trabalhar as pontas sem interfacear com as outras áreas, numa visão sistêmica. G14

...a gente é um setor, mas a gente depende também de outros setores pra conseguir trabalhar bem. G17

Os gestores também percebem a necessidade de capacitação das pessoas de forma sistematizada, conforme recomendam Carpinetti, Miguel e Gerolano (2010). Para os entrevistados, a capacitação é indispensável (BRITO *et al.*, 2010) para se conseguir aprendizagem e mudança organizacional (XAVIER; BATISTA, 1997). Eles

relataram a importância do ensino continuado, num entendimento de aperfeiçoamento contínuo dos profissionais (CAMPOS, 1999). Por fim, os entrevistados perceberam os treinamentos que estão sendo ofertados pelo Hospital como incentivos para a aprendizagem de tópicos da qualidade.

...a gente não tem conhecimentos pra gente chegar na gestão da qualidade.  
G1

O hospital tem realizado treinamentos para os funcionários da casa e procurando estabelecer a equipe... O projeto crescer que é um treinamento em atendimento profissional. G2

Além também de uma mudança cultural, que a meu ver a superintendência vem trabalhando muito, ela tem capacitado e incentivado seus profissionais a fazer cursos de formação e atualização, ela paga 50% do curso. E tem investido também na capacitação do gerente através de MBA em gestão da saúde. Tem o projeto crescer que capacita todos os funcionários da casa e tem o crescer 2 que é voltado para lideranças e gerências. G4

E o que acho mais importante é a manutenção desse protocolo através de ensino continuado. G5

Com referência ao papel da alta direção, nota-se tratar de tema mencionado em outros momentos das entrevistas. Então, cabe reafirmar que o comprometimento da alta direção (VALLS, 2004) é fator primordial para implementação e manutenção de sistema de gestão da qualidade (BRASIL, 2005), tanto que permanece como um dos itens que compõem os princípios de gestão da qualidade, inclusive para promoção da melhoria contínua (BRASIL, 2000). Outra questão levantada diz respeito às tentativas de implantação de iniciativas da gestão da qualidade, como o mapeamento de processos. A questão remete a Deming (1990) quando este menciona que a falta de manutenção do propósito em assumir a gestão da qualidade como prática é considerada como desencorajador para as pessoas e pode gerar insatisfações e comprometer todo o futuro do programa. Instituir uma gestão pela qualidade, como menciona Deming (1990), implica ações dos líderes do processo, da alta direção e das gerências, que deverão fazer do gerenciamento da qualidade um centro articulador de iniciativas. Observem-se os relatos que ilustram o posicionamento dos entrevistados:

...a gente vê a ansiedade da superintendência em querer, mas ao mesmo tempo não dá condições. G1

Várias vezes já foram mapeados os processos aqui, só que ficaram mapeados e esquecidos e sempre tem um levantamento... G7

Acreditação?! Acho que diretoria não tem nem planos. G9

...eu não vejo iniciativa de trabalho na área de qualidade, de uma forma contundente não, e nem no desejo, nem na atitude das pessoas que deveriam estar empenhadas para isso. G16

Outras dificuldades mais pontuais foram citadas pelos gestores devido às suas percepções acerca da existência de condições adversas primeiramente na estrutura física do hospital, que, por ser antiga, muitas vezes, não se adapta às necessidades e recomendações sanitárias. Ações de reforma física e estrutural do prédio do Alfa estão sendo realizadas devido à implantação de um projeto de aumento de oferta de leitos iniciado em 2009 que conta com a participação do governo federal e municipal. O hospital tem passado por uma reforma em todos os andares, esperando-se que, até 2012, as instalações estejam todas adequadas às exigências de acreditação. Vale ressaltar que estrutura física não garante qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003) e nem atendimento qualificado. Alves e Feldman (2011) corroboram essa ideia e mencionam ser imprescindível que sejam adotadas novas formas de gestão que valorizem resultados de qualidade. No entanto, condições físicas mínimas devem ser observadas com vistas à qualidade da assistência.

Nesse sentido, os gestores observam a necessidade de inovar e fazer uso das ferramentas que assegurem superar as expectativas do cliente, como indicado por Alves e Feldman (2011). Conforme recomenda os autores, é necessário conhecer intimamente os processos para conseguir aprimorá-los constantemente. Outra questão colocada pelos entrevistados refere-se às ações isoladas. Conforme Pereira e Antonialli (2009), as iniciativas de qualidade devem funcionar como uma estratégia corporativa, pois não têm muito efeito se realizadas de modo isolado. Se estratégico e bem implantado, o programa é capaz de mudar a cultura de uma organização e conduzi-la ao êxito e ao crescimento (BEZERRA; MOURA, 2010). Normalmente, isso cria estímulo nas pessoas e elas passam a contribuir e buscar sempre o aprimoramento (BARZOTTO *et al.*, 2009), como se pode notar nos relatos dos entrevistados destacados a seguir:

Tem a questão da cultura que é muito forte e as coisas demoram pra entrar na cabeça das pessoas. G11



É muito difícil você organizar uma casa desse tamanho e principalmente com vistas às diretrizes de uma acreditação. G14

Temos ações isoladas... algumas unidades tão mais adiantadas, outras menos. G19

A primeira coisa que ia atrapalhar a acreditação aqui no hospital é a questão da infraestrutura. G18

Relacionando as ferramentas da qualidade com a acreditação, tem-se que 16 dos 19 gestores afirmaram que percebem as ferramentas da qualidade como essenciais no processo rumo à acreditação. Os entrevistados G13, G15 e G19 não responderam à questão relativa a esse tópico. Os relatos que se seguem ilustram a posição dos gestores:

Elas geram um programa de trabalho. G3

A ferramenta vai dar o suporte necessário para tá facilitando o processo de acreditação. G11

...as diretrizes da acreditação são baseadas em ferramentas da qualidade. G14

...a ferramenta é o meio pelo qual você consegue o resultado. G18

As outras respostas deste tema trouxeram subcategorias que dizem respeito à natureza institucional que a qualidade define (BRASIL, 2005), e também levantam algumas dificuldades no manejo com as ferramentas de gestão da qualidade. Quanto à primeira subcategoria - a natureza institucional -, percebe-se que os gestores levantaram questões sobre a necessidade de ter o apoio institucional e a definição da alta direção sobre a forma de execução do trabalho. Verificou-se a necessidade de priorizar e instituir ações (NOGUEIRA, 2003) para que os conhecimentos já adquiridos sobre as ferramentas de gestão, conforme observado anteriormente, agreguem valor ao desempenho operacional, em acordo com o que preconiza Alves (2009).

A partir do momento que você tem uma orientação, se a gente perseguir aquilo, a qualidade é um processo natural. G4

É preciso ter uma metodologia institucional. G12

...pra implantar uma gestão pela qualidade é aliar os indicadores assistenciais com os econômicos. G13

...não tenho o meu mecanismo, o meu método, a minha ferramenta... isso é da instituição. G19

Novamente, os gestores citaram algumas dificuldades para o uso das ferramentas. Percebeu-se que os entrevistados carecem de motivação, compromisso e educação para o emprego de meios para execução do trabalho, como menciona Azevedo *et al.* (2002). Como profissionais que “fazem acontecer” (DAVEL; MELO, 2005), os gestores devem ter a capacidade de utilizar seus conhecimentos em prol de encontrar as soluções do trabalho e adequar ao seu estilo, conforme elucida Raufflet (2005). Também Motta (1996) menciona que cabe ao gestor buscar os meios de realizar o seu trabalho de forma eficiente, o que, muitas vezes, só é possível por meio de técnicas formais, conforme ressalta Junquilha (2005).

...a gente tem que começar a usá-las. G4

...eu aprendi no MBA e eu queria demais que tivesse aplicabilidade. G12

...a gente tem que saber trabalhar com elas e tem usar todas as ferramentas que te ajudar. G16

Se eu acho que devo eu uso. Hoje eu não uso. G19

A última questão sobre o processo de acreditação no hospital e os gestores versou sobre suas possíveis contribuições para o processo de acreditação. Várias foram as possibilidades identificadas pelos gestores, o que demonstra seu potencial para agregar valor ao processo de acreditação, quais sejam:

- a) Adotando atitude otimista: sete deles (G1; G2; G3; G4; G6; G15; G19);
- b) Melhorando processos: sete deles (G6; G7; G8; G10; G13; G17; G18);
- c) Assumindo as dificuldades: sete deles (G3; G6; G8; G13; G17; G18; G19);
- d) Atuando em parceria com a diretoria: cinco deles (G7; G11; G15; G16; G18);
- e) Buscando qualificação: quatro deles (G2; G8; G14; G16);
- f) Atuando na questão cultural: quatro deles (G3; G4; G5; G18);
- g) Motivando as pessoas: três deles (G6; G16; G17).

A primeira forma de contribuição mencionada exerce uma força sobre as outras, pois pode determinar a diferença entre o fazer e o não fazer. Assim, adotar uma atitude otimista reflete uma motivação necessária e uma postura de profissionalismo integral

(LIMA-GONÇALVES, 2002), desprendida de amadorismo e de improvisação na gestão.

...divulgando, mostrando, no trabalho, fazendo o benchmarking. G1

A acreditação te coloca de forma clara, o que se deve fazer... a primeira coisa é comprar a ideia. G3

Acreditando no processo de qualidade. G15

...tem que fazer acontecer! Ou vai ou vai. G19

Na subcategoria de melhoria dos processos, percebeu-se que os entrevistados mencionam o planejamento como necessário ao estabelecimento dos processos de trabalho. Eles percebem também que, para agregar qualidade ao trabalho, é preciso documentar os processos sistematicamente a partir de rotinas existentes, como recomendam os protocolos (BRASIL, 2008). Note-se que prazo de entrega e cumprimento dos objetivos são considerados como itens de qualidade para alguns dos entrevistados, em acordo com Capinette, Miguel e Gerolano (2010). Sobre os resultados dos processos, é necessário que sejam medidos e analisados, para gerar ações de melhoria (CAPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010). A assistência à saúde, foco da operação dos profissionais chamados assistenciais, se molda em função tanto do contexto em que se realiza, como pelas políticas de saúde, pelas políticas institucionais e pelas condições gerenciais daí advindas. Misturam-se com as características dos sujeitos, seus valores, suas experiências, habilidades políticas e técnicas, e também por seus conhecimentos específicos (AZEVEDO, 2005). Nesta questão, os dados também corroboram Alves e Feldman (2011) que mencionam que o produto final da saúde necessita do controle da qualidade durante todo o processo, devido à sua característica de intangibilidade e, diferentemente da indústria, não pode operar com margem de erro. Observem-se os relatos:

...rever todo o processo existente, mudar se necessário, documentar e fazer manutenção através dos indicadores. G6

Tem que olhar pra frente e pensar no que ele vai fazer hoje pra conseguir o resultado, pra melhorar. G13

...a gente tem que cumprir prazos, e os objetivos conforme foi pactuado, interagir com o todo. G17

A gente precisa garantir a operação porque quer tudo funcione bem... os procedimentos.. então fica o gerente por conta disso. G18

A subcategoria “assumindo as dificuldades” focalizou a interação das áreas administrativas e assistenciais (G13 e G18, respectivamente). Sobre essa questão, Mintzberg (2003) comenta que a inserção dos gerentes no trabalho hospitalar assume identidade própria, pois os profissionais do núcleo operacional controlam seu próprio trabalho assim como buscam controlar coletivamente alguma decisão mais ampla que os afetam diretamente. Assim, a gestão, como processo político e social, revela a questão do conflito de interesses e colisões entre grupos nas organizações. A organização, inclusive a hospitalar, é, portanto, palco da disputa de determinados atores - dentre eles os gestores - que objetivam o controle das decisões (REED, 1989). Dessa forma, a gestão constitui um sistema político no qual as transações e negociações são realizadas continuamente pelos sujeitos. Outro aspecto mencionado pelos entrevistados relata novamente a situação de deficiência na manutenção do propósito em assumir a gestão da qualidade como prática (DEMING, 1990), o que pode gerar resistência ou mesmo comprometer uma implantação futura da gestão pela qualidade e, daí, da acreditação.

...todas as vezes que a gente começa a medir alguma coisa, melhora, aí o pessoal deixa. G6

...o foco no assistencial é tão grande que se perde um pouco da gestão mesmo. G8

A empresa é muito lenta, tudo é muito difícil... quando eu resolvo um problema aparecem dez. G10

...não adianta o administrativo ter controle da instituição e saber que o hospital não suporta manter o desgaste e a falta de controle do consumo assistencial. O papel gerencial é algo muito mais estratégico do que o que a gente vê aí. G13

...o produto da instituição é assistência ao paciente. O tempo deles (da área administrativa) é diferente do da gente na assistência. G18

A subcategoria “Atuando em parceria com a diretoria” refere-se ao papel que a alta direção exerce no sistema de qualidade e no processo de acreditação, e que está ligado à formulação de políticas institucionais, conforme destaca Moura (2002). Há solicitação do gestor para que alguém conduza o processo, “de cima pra baixo”. Na gestão pela qualidade, espera-se que os dirigentes tenham capacidade e comprometimento para implementar um sistema buscando o cumprimento da missão, dos valores e diretrizes do planejamento estratégico, comprometendo-se com os resultados (JURAN, 1991). Todos do nível de gerência, assessoria, diretoria

e superintendência são fundamentais e responsáveis por assumir a liderança inerente à gestão no processo de transformação. Conforme comenta Deming (1990), eles necessitam ter a vontade política de manter as pessoas interessadas para desestimular oposições e obstáculos. Desse modo, estabelecer uma relação mais próxima junto aos gestores de nível estratégico é o que se percebe nos relatos que se seguem:

Vai da iniciativa do gestor. Não tanto da direção do hospital. A direção cobra, mas cada gestor trabalha de uma forma. G7

Tanto o nível de gerência e superintendência são fundamentais. G11

...todo hospital vai ter que falar e produzir com qualidade senão tá fora do mercado. Mas se não vir de cima para baixo, de baixo pra cima não dá não. G15

...tem que ter alguém pra conduzir o todo. G16

Eu acho que tem uma coisa que é de cima pra baixo, tem que ter uma política. G18

Quanto a “buscar qualificação”, as respostas dos gestores conduziram à identificação de duas importantes fontes de conhecimento e capacitação que têm sido utilizadas pelo hospital: a pós-graduação focada na capacitação do gestor e, também, os outros meios de qualificação. Os respondentes que focaram na primeira opção, o fazem no sentido de explicitar o ganho que eles têm obtido com o intercâmbio de informações por ocasião do curso. Eles mencionam sobre a importância de treinamento continuado (SEIXAS; MELO, 2004) e valorizam a iniciativa pela qual têm conseguido incorporar conhecimentos que lhes garante melhoria no desempenho (BRITO *et al.*, 2010).

a maioria dos gestores passaram pelo processo de capacitação com a FGV e agora com o IBMEC. G8

...você tem de ter a visão sistêmica - os gerentes adquiriram essa visão muito em função e devido a capacitação, a pós graduação. Num curso *in company*, a compreensão e o entendimento dos pares, os outros gerentes, para com o processo de um e do outro setor... isso fez melhorar demais... Eu acho que facilitou demais hoje, além de nivelar a informação, facilita a comunicação e tá resolvendo uma situação que muitas vezes dificultou ou às vezes impediu o bom resultado de um processo. G14

Outros meios de qualificação foram mencionados pelos gestores entrevistados e remetem à necessidade de capacitação enquanto atividade necessária para o

efetivo processo da gestão (ALVES, 2009), pois, quanto mais as pessoas se capacitam, maior é a possibilidade de que tenham facilidade para solucionar problemas (NOGUEIRA, 2003).

...qualificando funcionários, qualificando fornecedores. G2

Tem que estudar, sempre! Acho que os gerentes têm que apostar no chá da competência. G12

Eu acho que tem sido feito um investimento na busca pela qualidade na capacitação do profissional. G14

...a posição de gerente é a de pegar sua equipe, ensinar sua equipe inclusive a nomenclatura da qualidade. G16

A questão cultural foi alvo de comentários de entrevistados que abordaram a gestão pela qualidade como um processo que envolve valores, motivação e compromisso dos participantes (AZEVEDO *et al.*, 2002). Nessa perspectiva, considera-se que o treinamento e a capacitação são fontes de aprendizagem para a mudança organizacional, conforme mencionam Xavier e Batista (1997) e Motta (1999). Os profissionais devem estar capacitados e informados sobre a importância e pertinência do seu trabalho e como eles contribuem para os objetivos, afinal, a eficácia de um sistema depende de um firme propósito principalmente no que diz respeito à implantação de política de qualidade, pois certamente haverá valorização dessas estratégias (CAPINETTE; MIGUEL; GEROLANO, 2010)

... a questão cultural, de aceitação. G3

... contribuir com uma mudança de postura. G4

Tem que ter o espírito de cooperação, o espírito de equipe. Então tem que trabalhar com o que é melhor para a instituição. Acho que só assim a gente consegue. G5

... desenvolver mais a cultura de inovação e cultura de busca pela qualidade. G18

Por fim, “motivando pessoas” é uma contribuição que três gestores visualizaram e que está relacionada aos atos de produzir e assegurar certo grau de satisfação entre os trabalhadores por meio de ações articuladas (FARIAS; VAITSMAN, 2002). A gestão orientada para a qualidade enfatiza a necessidade de produzir um clima de cooperação, pois a satisfação do trabalhador provoca efeitos positivos sobre a qualidade e produtividade do trabalho além de ser indispensável para a realização

de qualquer mudança organizacional (XAVIER; BATISTA, 1997). Nesse sentido, a utilização de práticas participativas, comuns na gestão da qualidade, também se mostra útil, como Moura (2002) comentou. Observa-se, também, que o comprometimento dos gestores e da alta direção é vital para se estabelecer sistema de estímulo a um propósito único (JURAN, 1991), fato que carece de maior atenção por parte da instituição e dos próprios gestores, tendo em vista outros aspectos relatados anteriormente. Observem-se os relatos ilustrativos que se seguem:

...acompanhar , cobrar se necessário. G6

...quanto mais tiver a prática de acompanhar isso principalmente as variações, você pode atuar em tempo hábil pra cercar a situação. G6

Motivar e envolver o pessoal...G16

...manter equipe interessada... G17

Ao se analisar as respostas sobre a relação entre qualidade e acreditação, verificaram-se três categorias de resposta: a abordagem conceitual de acreditação, outra que enfatiza os processos e a terceira categoria que trata dos aspectos da implantação no hospital. Os resultados levaram a considerar que os gestores têm noção sobre o processo de acreditação tendo em vista a abordagem conceitual. A visão de processos trouxe o tema da gestão da qualidade que tem como um dos seus princípios a abordagem de processo. Quanto à sua implantação, os gestores mencionam que o processo de acreditação é uma possibilidade distante diante das práticas atuais realizadas no hospital. Sobre como a acreditação tem sido trabalhada no hospital, foram identificadas quatro categorias de análise, a saber: a gestão em si, a necessidade de capacitação permanente de recursos humanos, o papel fundamental da alta direção e as dificuldades, principalmente vinculadas à infraestrutura, ações isoladas e questões culturais envolvidas. A respeito da relação entre as ferramentas da qualidade e a acreditação, notou-se que os gestores percebem as ferramentas como essenciais ao processo de acreditação. Observou-se, também, a necessidade de ter o apoio institucional (da alta gerência), além de definições sobre a forma de execução do trabalho. Quanto às dificuldades na utilização das ferramentas de gestão da qualidade, percebeu-se que os entrevistados carecem de motivação, compromisso e educação para o emprego de meios para execução do seu trabalho nessa égide. Em relação às possíveis formas

de contribuição do gestor ao processo de acreditação, foram agrupadas sete possibilidades que giram em torno de processos e pessoas.

Reunindo as duas temáticas, qualidade e acreditação, outros desafios apontados pelos gestores merecem atenção.

#### 4.6 Qualidade e acreditação: desafios, melhorias e outras percepções dos gestores

Quanto aos desafios que o processo de acreditação impõe ao hospital, os gestores visualizaram basicamente sete, quais sejam: enfrentar as dificuldades (11 deles: G1; G3; G6; G8; G9; G12; G13; G14; G15; G16; G18); buscar a qualidade (sete deles: G3; G4; G5; G8; G11; G13; G14); qualificar os profissionais (sete deles: G2; G6; G8; G11; G12; G15; G18); mudar a cultura (sete deles: G1; G5; G9; G7; G10; G16; G19); mudar a gestão (cinco deles: G1; G6; G8; G10; G17); envolver e reter os talentos (cinco deles: G5; G10; G11; G18; G19); e vencer as resistências (dois deles: G1; G10). A TAB. 6 reproduz os achados do conjunto de percepções desses atores:

Tabela 6 – Distribuição da percepção dos gestores sobre os desafios que o processo de acreditação impõe ao hospital.

Desafios	Gerentes		
	Gestor	Número	Percentual
Enfrentar as dificuldades	1;3;6;8;9;12;13;14;15;16;18	11	25
Buscar a qualidade	3;4;5;8;11;13;14	7	16
Qualificar os profissionais	2;6;8;11;12;15;18	7	16
Mudar a cultura	1;5;9;7;10;16;19	7	16
Mudar a gestão	1;6;8;10;17	5	11
Envolver e reter os talentos	5;10;11;18;19	5	11
Vencer a resistência	1;10	2	5
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados coletados da pesquisa



“Enfrentar as dificuldades” foi o desafio mais recorrente na fala dos gestores quanto ao seu dia a dia no Alfa. Várias dessas dificuldades foram comentadas em outros momentos das entrevistas. Entretanto, cabe mencionar que a implantação de gestão da qualidade na saúde traz profundas mudanças que contam com a dedicação, o respeito e a capacidade de realização de melhorias do gestor, que é o profissional responsável por encontrar soluções para os problemas, trabalhando com o objetivo de melhorar sempre a qualidade dos serviços prestados (PALLADINI, 2004) pelas unidades operacionais da organização.

...a gente tem muito processo, muito problema estrutural... É uma luta pra se conseguir mão de obra. G3

Um setor faz e o outro setor não faz. G9

Aqui um hospital muito grande e as coisas têm uma facilidade grande de dispersar. G13

Igual aqui eu não conheço nada, em função do tamanho, pela complexidade, das várias especialidades que são atendidas aqui e é uma instituição de quase 4 mil funcionários... Essa casa é um desafio... G14

Especificamente sobre a questão da participação dos profissionais médicos, Farias e Vaitsman (2002) comentam que as instituições hospitalares possuem dinâmica interna que converge para hierarquias, identidades, conflitos e alianças. Embora esses profissionais materializem a própria identidade da organização, quantitativamente eles não são maioria, mas têm elevado poder no interior do Alfa.

A gente que é gestor, a gente sabe o que tem que ser feito, mas depende do médico. G6

...o médico daqui não trabalha numa parceria direta com o hospital. Eles não caminham juntos: administração e corpo clínico...Por esse hospital não ter dono. G12

...eu acho que mudanças aqui são meio complicadas de trabalhar porque tem gente que trabalha de uma determinada maneira há 20 anos e acha que não precisa mudar. G19

O segundo desafio mais relatado pelos entrevistados foi buscar a qualidade, sob o qual repousa o enfoque de processos. Conforme Valls (2004), trata-se de uma maneira de enxergar a organização, numa lógica horizontal, em que os processos sejam trabalhados por vários setores. Muitas vezes, os problemas de qualidade de um serviço estão nos limites entre as unidades operacionais que, caso gerenciadas

de forma isolada, não conseguem ver o todo da organização e principalmente o valor agregado ao cliente (VALLS, 2004). A gestão pela qualidade deve proporcionar a estruturação de um sistema gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança e envolvimento de todos (ALVES, 2009) e existem muitas metodologias para a implantação de processo de qualidade que se adapte com a realidade da instituição conforme comenta Alves (2009). Observem-se os relatos:

A gente ainda não criou essa rotina de processo mas se tiver a estrutura e os documentos todos ok, isso não vai dar muito trabalho. Acho que não vamos ter muita dificuldade. G1

Primeiro o de aceitar; porque muitas vezes as pessoas acham que não precisam de acreditação G3

...pra pelo menos trabalhar dentro de uma mesma metodologia. Sei que a acreditação é uma coisa boa pro hospital, que vai ser bacana pra todo mundo. G4

O desafio pra trabalhar com qualidade é que não dá pra trabalhar com um setor isolado. G8

...os gestores têm que cumprir o objetivo do seu setor, que ta ligada na missão... se você tem qualidade para administrar o seu trabalho mas o outro não tem, você não vai conseguir fazer qualidade. G13

...o maior desafio é sistematizar isso aqui... G14

Qualificar os profissionais foi outro desafio mencionado pelos entrevistados. A gestão pela qualidade preconiza que a capacitação é indispensável para que a organização consiga aprendizagem e mudança organizacional com bons resultados (XAVIER; BATISTA, 1997). A capacitação dos profissionais também é recomendada pelas organizações acreditadoras (ONA, 2010) e *Joint Comission Internacional* (CBA, 2010), pois é o caminho reconhecido para a efetividade dos programas de qualidade e de acreditação, que pressupõem a necessidade de garantir a segurança dos pacientes. Nesse caso, o investimento no desenvolvimento das pessoas torna-se um requisito indispensável para assegurar um padrão de qualidade (ALVES; FELDMAN, 2011). Somam-se a essas recomendações os esforços que o hospital vem fazendo no sentido pedagógico de seus membros, porém muito voltados para os gestores, que não são os únicos envolvidos; além disso, a já referida rotatividade de mão de obra se coloca como anterior e de primordial alvo de gestão.

O principal desafio que eu encontro aqui é a qualificação de mão de obra. G2

...tá precisando mais é das pessoas investirem mais... G8

Tem que primeiro mostrar, falar qual é o objetivo e treinar, porque não adianta falar que é pra fazer e não explicar. Não faz mesmo! G11

Necessita treinar e capacitar as pessoas... G12

Então a questão é educacional. G15

O desafio é a questão do alinhamento da equipe... G18

Mudar a cultura, de acordo com a percepção dos entrevistados, é um desafio que inclui a necessidade de as lideranças se comprometerem a produzir as transformações significativas e criar ambiente amplamente favorável no qual as pessoas se sintam estimuladas a contribuir, conforme mencionou Barzotto *et al.* (2009). Alguns entrevistados mencionam a questão dos profissionais médicos que, em consonância com Alves e Feldman (2011), tem o seu poder questionado continuamente na organização. A transformação do trabalho em saúde permite que o médico considere diluída sua responsabilidade e percebe-se que eles não conseguem obter sucesso no trabalho em equipe multidisciplinar a não ser no desenvolvimento de protocolos clínicos, atualmente utilizado como a ferramenta mais moderna para imprimir qualidade à assistência. A esse respeito, Alves e Feldman (2011) comentam que a hegemonia dos profissionais médicos ainda está em voga no Brasil, já que o médico tem se recusado a dar qualquer informação a profissionais de outras categorias. Uma questão citada por Alves e Feldman (2011) que deve ser mencionada é a necessidade de maior clareza no relacionamento com o corpo clínico aberto ou uma melhor organização dos médicos nos hospitais onde o corpo clínico é fechado. Este tema oculta múltiplas classes profissionais, portadoras de poderes e saberes muito assimétricos e que configuram arranjos institucionais complexos, instituídos nos seus interesses, ocultamentos e esquemas de todos os tipos. Nesse sentido, alguns modelos de gestão são vistos como ameaçadores por alguns trabalhadores (CECÍLIO, 1999) e que esbarram também na cultura da organização.

Considerando-se a cultura gerencial, conforme conta Abrucio (1997), percebe-se que é necessário desenvolver, nesses profissionais, a habilidade e a criatividade para encontrar novas soluções, sobretudo visando aumentar a eficiência. Nesse sentido, Azevedo (2005) enfatiza que, na estratégia da eficiência hospitalar, o

modelo gerencial pode valorizar a atuação dos gestores particularmente nas ações de decisão e inovação. Melo (1995) comenta que, nas práticas cotidianas dos gestores, estão implícitas propostas de mudanças. Estas incluem a necessidade de inserção da participação dos profissionais das equipes no controle dos resultados, mesmo que o trabalho apresente componente de impotência por estar frente a situações imprevistas e fora de controle, o que interfere diretamente na ação dos gestores (PITTA, 1994). Esse ciclo pode ser ilustrado por meio dos seguintes relatos:

...existe uma cultura de “AH! de novo?” “Aqui pode”. “Aqui ninguém faz nada mesmo!” G1

...precisa quebrar os vícios, os tabus. G5

O médico, não só aqui, como em outros hospitais, ele vai ali pra trabalhar mas ele não tem assim aquele vínculo, aquela questão de vestir camisa da empresa, então se mudar isso eu acho que resolve a questão mais complicada do hospital hoje. G7

...as pessoas ainda têm um discurso de que eu to aqui há 30 anos, eu não faço assim, eu sempre fiz assim... G19

Mudar a gestão também foi um desafio percebido pelos gestores entrevistados e apresenta-se em um contexto hospitalar que, além de organização profissional que se constitui espaço de múltiplos interesses (FOUCAULT, 2000), é onde a execução do trabalho depende do conhecimento e habilidades dos profissionais (MINTZBERG, 2003). As relações ali desenvolvidas levaram à criação de vários sistemas de autoridade e formas de poder profissional, cujo funcionamento exclui a referência a uma única linha de direção, como menciona Carapinheiro (2005). Entretanto, cabe aos gerentes a responsabilidade pela execução do projeto e o alcance dos objetivos (CAPINHEIRO, 2005), independentemente de sua formação acadêmica. A esse respeito, Braga Neto (1991) comenta que o modelo tradicional de organização interna dos hospitais tem sido composto de dois sistemas que atuam em paralelo: um sistema administrativo e um sistema médico-assistencial. Assim, existe um sistema de tomada de decisões descentralizado, conduzido por médicos, que inclui a escolha e o acompanhamento da conduta clínica a ser oferecida a cada paciente, sem nenhuma associação com mais ou menos custo gerado. Essa atitude segue na “contra mão” da qualidade, conforme contam Alves e Feldman (2011), pois o que se busca nas organizações de saúde é, além da eficácia, a eficiência nos processos.

Segundo as autoras, para resolver tal conflito, seria necessário desenhar uma nova linha de distribuição de responsabilidades com maior clareza dos limites de competência funcional e melhor relação de complementaridade entre as esferas administrativa e assistencial.

Entretanto, produzir inovações, tanto nas relações quanto na execução dos trabalhos, é uma questão de sobrevivência para as organizações (CHRISTENSEN, 2003) sendo necessário que as lideranças se comprometam a criar um ambiente amplamente favorável, no qual as pessoas se sintam estimuladas a contribuir e buscar o aprimoramento. O hospital, organização considerada extraordinariamente complexa na visão de Seixas e Melo (2004), tem sido questionado quanto a sua atuação como empresa (WEBER; GRISCI, 2008) e isso tem impactado nas ações comprometidas com a qualidade no atendimento, com foco no cliente, superação da rigidez na gestão e melhor utilização dos recursos, conforme comentam Campos e Amaral (2007) e Cecílio (2002). A gestão pela qualidade, vinculada ou não a programas de acreditação, traz modificações profundas no estilo de gestão (BALSANELLI; JERICO, 2005) e impõe maior complexidade nas relações entre as pessoas e na organização como um todo (PEREIRA; ANTONIALLI, 2009). O hospital necessita, então, do desenvolvimento de uma visão de negócios em que cada processo esteja devidamente mapeado para que se possa implantar uma gestão estratégica, alinhada com o sistema da qualidade, contribuindo para a melhoria contínua (AMARAL; FELDMAN, 2011), o que traz implicações para os processos de gestão, principalmente considerando-se o caso do Alfa (que parece não se constituir em exceção no setor) com relação à duplicidade de comando, entre gestão e corpo médico, além das questões decorrentes relativas à autonomia.

Neste período (avaliação prêmio Célio de Castro) tivemos cento e tantas não conformidades na avaliação que a gente recebeu o IQG. A gente caiu pra 59. (...) ...então, raciocínio gerencial é o que a gente ta procurando nas pessoas. G1

Preciso ter foco maior nos processos e resultados, não esquecendo da assistência porque o foco do hospital é assistência, mas procurar mudar a visão do médico ... no geral eu vejo que a preocupação é em atender bem mas extrapola e não garante a eficiência, produtividade, desempenho. Tem que melhorar os indicadores assistenciais e a performance do hospital. G6

...ter uma visão mais orgânica da instituição e ainda buscar e atuar na sua parte, atuar com qualidade, com todos os seus parceiros, outros setores... não têm outro caminho. G8

não depender muito dos setores... assim... tentar resolver as situações...  
G17

O sexto desafio mais recursivo na fala dos gestores foi “envolver e reter os talentos”, o que diz respeito ao diferencial necessário para atender às necessidades dos indivíduos no mercado de trabalho, que inclui valorização e capacitação. Comprometimento, envolvimento e motivação das pessoas são importantes e essenciais indicadores para mudança na gestão e implantação de gestão pela qualidade (XAVIER; BATISTA, 1997). Corroborando essa ideia, Juran (1991) comenta que a qualidade de uma organização baseia-se na capacidade da gestão em estimular as pessoas a um propósito comum, em busca do comprometimento. Segundo Farias e Vaitsman (2002), a gestão orientada para a qualidade enfatiza a produção de ambiente de cooperação e participação com o envolvimento do trabalhador, o que provoca efeitos positivos sobre a produtividade e realização pessoal. Isso pode ser observado nos relatos de entrevistados, como os que se seguem:

Mas tem que ter união. Do gerente com seus funcionários, do corpo clínico com a instituição. Aí estão os grandes desafios! Se nos não tivermos esse comprometimento hoje nos vamos voltar a 10 anos atrás quando nos quase fechamos as portas. G5

...o desafio é reter as pessoas, motivá-las a querer ficar. G10

tem que ter o envolvimento das pessoas e o comprometimento da equipe.  
G11

...quando todos estão envolvidos a gente ainda consegue G19

Não menos importante, apesar de ter sido o desafio menos recursivo identificado nos relatos dos entrevistados, “vencer as resistências” remete às várias forças que atuaram no hospital sob a perspectiva da qualidade, sem que se tenha sido efetivamente apresentada como política da organização, sem que as pessoas pudessem experimentar resultados positivos de sua implantação. Cabe mencionar que, no papel exercido pelos gestores, destaca-se a disseminação, consolidação e transformação da cultura institucional, conforme comentam Alves e Feldman (2011), sendo que vários recursos são utilizados para isso, nem sempre com autonomia para tal, como salientam Pagés *et al.* (1987).

...muitos desses processos já começaram e se perderam. (...) Aquilo que teve no passado, começa e para, começa e para, isso não faz mais parte da cultura. (...) A gente não quer que as coisas fiquem no empirismo, mas um mínimo de organização a gente já quer. G1

...tem que atentar para o fato que o hospital já fez esse movimento... G10

Quanto às melhorias identificadas pelos gestores com a implantação de políticas de gestão de qualidade, o quadro foi delineado como positivo por nove dos entrevistados (G2; G3; G4; G5; G6; G7; G8; G14; G17) e como negativo por outros nove (G5; G9; G10; G11; G12; G13; G15; G16; G19). As respostas de quatro deles (G3; G4; G14; G19) permitiram também apurar uma percepção de mudança interna na instituição, além de terem sido feitos dois comentários (G10; G19) sobre o papel da alta direção.

A percepção positiva referiu-se aos indicadores utilizados pelos hospitais para balizamento e estatística e, também, os resultados conseguidos com iniciativas implementadas, como o curso de pós-graduação MBA Executivo em Saúde e o Projeto Crescer, já mencionados em outra ocasião neste trabalho e o convênio com o Pro-Hosp. Evidenciou-se, nas respostas, que alguns setores estão colhendo frutos de um trabalho mais coletivo. Outra percepção positiva foi a identificação de um setor considerado “líder” nas ações de qualidade.

Acho que a coisa começa a mudar dentro da casa, um cobra do outro. Do colega de trabalho, começa a pedir a participação do médico, parece que eles não são funcionários da casa... não sei! Mas as pessoas começam a se integrar, a se envolver também...houve redução do absenteísmo a gente acha que pode ser retorno do investimento feito nas pessoas. G3

A iniciativa é tímida porque está começando com 5 indicadores para cada gerência. G4

Percebo sim, a questão da educação permanente, do acompanhamento dos indicadores, e o foco em processo, performance e resultados ...a gente percebe a preocupação e a conscientização das pessoas e também com a mudança de algumas pessoas... No dia a dia é importante essa parceria, essa interação porque a gente cria coisas boas. G6

Consigo perceber porque a gente trabalha muito junto. G7

O movimento não é imposto, mas é sugerido e o planejamento é quem sugere. G8

...neste caso do Pro Hosp, a gente percebe que ajudou numa organização. G14

Acho que o curso de especialização contribui muito, com certeza. G17

Já as percepções negativas expressaram ausência de melhorias, desconhecimentos das áreas em que a implantação se deu e desconexão entre algumas áreas:

Eu não consigo enxergar nada de qualidade na casa. G9

Eu não sei com quais áreas estão sendo contempladas. G11

A qualidade que eu percebo é pouca. G12

...eu tô com dificuldade de identificar o movimento. G15

...até vejo esforço... mas eu não sei se ele é só aqui na minha área, que tá muito atrasada ... Sinceramente eu não vejo isso aqui. G16

...eu acho que o alcance é pequeno ainda G19

A percepção da mudança, por sua vez, reflete alterações na gestão que têm levado à mudança da cultura de trabalho voltada ao cumprimento de objetivos que estão sendo monitorados. Assim, aspectos menos tangíveis, simbólicos, demonstram sua importância na condução e nos resultados dos processos relativos à qualidade:

... se você quiser acompanhar algum outro indicador na área de saúde, tudo bem, mas vamos acompanhar os macros primeiro pra começar a entender o geral do negócio. Estamos fazendo isso e está sendo uma demanda pra casa inteira. Ai já tem os indicadores deles, cada setor já tem o seu. E a gente está cada vez envolvendo mais as pessoas. Esses indicadores são mostrados a todos no final do mês. G1

...queremos é gerenciar a mão de obra do hospital. G3

...eu acho que a nossa realidade hoje é bem tímida, está no processo de mudança de cultura...Não adianta você ter um prédio todo reformado, todo novo, com práticas antigas, assim não vai alcançar qualidade que a gente quer! G4

Acho que ainda faltam condições de se criar um escritório da qualidade aqui. G14

É um momento de muitas cobranças... a gente tá tendo agora uma cobrança que não tinha anteriormente... estamos no meio de uma mudança muito grande. G19

Por fim, sobre o papel da alta direção, as percepções apresentadas reforçam as opiniões, que já foram mencionadas anteriormente, a respeito da necessidade de implantação de um sistema de gestão e sobre a falta de constância de propósitos,



ou “continuidade no apoio” como verbalizou um dos entrevistados (G10), para que sejam estabelecidas as ações.

Percebo também a falta da diretoria, isso é muito preocupante ... eu acho que aqui tem que ter até uma superintendência de qualidade pra ter poder e mando de fazer. G10

Pra eu melhorar, preciso ter um modelo pra todo mundo da casa G19

Ao final das entrevistas, foi dada a oportunidade de os entrevistados acrescentarem algo que julgassem importante. Dentre os que utilizaram esse espaço, oito deles (G6; G8; G11; G12; G14; G15; G18; G19) detalharam alguns aspectos do processo de qualidade no hospital, enquanto outros sete (G2; G3; G9; G13; G14; G16; G19) frisaram dificuldades e desafios.

Sobre o processo de qualidade no hospital, os gestores comentam sobre a determinação de uma política mais clara e efetiva, a necessidade de cumprimento de requisitos legais que não são cumpridos e mencionam ser “momento propício” (G6) para implementar mudanças na gestão, conforme pode ser verificado nos relatos abaixo:

O momento hoje tá propício. Antes a gente tinha muita limitação na parte financeira. Hoje temos salários em dia, não falta material. Então, tá mais fácil e a gente conseguir desenvolver mais o setor, o trabalho e o processo. G6

Eu espero que venha logo uma determinação mais efetiva porque fica mais fácil de conduzir o trabalho; uma determinação para todos. G8

A acreditação, eu acho que parte de cima. Se partir deles a coisa fica mais fácil porque você consegue absorver isso mais cadenciado. G11

Acho que a gente tem que seguir as normas existentes no ministério da saúde, da ANVISA, pra depois partir pra uma acreditação. Acho que primeiro a gente que buscar outras coisas... segurança, padrão, processo... humanização! G12

Isso tudo já é fruto do trabalho, acho que essa formalização acontecendo acho que, sempre vai levar para a qualidade. G14

Acredito que algum dia a acreditação vai ser uma exigência de funcionamento e as pessoas têm que saber disso, pois é um diferencial no mercado. ...Eu vejo que condição existe. Vai demorar, mas ta no caminho. G18

A minha visão é que da minha melhoria eu posso dizer: tem tido muito empenho de todos para melhorar e a gente tem conseguido avançar.. os resultados de março foram muito melhores que o de fevereiro... em janeiro

tava péssimo... vamos rever... o que estou fazendo de errado? Chama todo mundo e fala: gente, o que ta acontecendo? G19

Já as dificuldades e os desafios apontados reforçam a percepção de que a implantação de uma política institucional deve conduzir ao cumprimento de objetivos e de que há muito trabalho a ser realizado. Houve entrevistados que se manifestaram “por esperar o curso natural das coisas” (G16) e aqueles que veem necessidade de “buscar alternativas” (G2), “aprimorar os trabalhos” (G14), além da urgência (“o hospital tem que correr porque tem muita coisa pra alavancar” (G9)) em obter melhores resultados (“pouco bom” (G19)). Observem-se os relatos:

Então, a gente trabalha dentro de normas da empresa e de algumas limitações. O desafio é tentar vencer essas limitações e os entraves que surgem pra alcançar a qualidade. O sistema como um todo tem entraves que dificulta a gente a achar o objetivo. A gente precisa é buscar alternativas. G2

Se a qualidade está chegando e a acreditação tem que vir pra ficar, então o hospital tem que correr porque tem muita coisa pra alavancar, tem muito trabalho parado no tempo. G9

Na verdade eu acho que todos os setores deveriam ter um trabalho de gestão da qualidade. Eu noto que de pouco tempo para cá houve uma melhoria com relação à entrega de documentos nos prazo. G13

...eu acho que precisa aprimorar muito os trabalhos, o pessoal deve estudar os processos, a forma como estão sendo feitos, os protocolos, a forma com que estão sendo desenvolvidas todas as atividades, mapear... G14

Acho que as pessoas ainda não amadureceram o suficiente para assumir a implantação da qualidade, então é melhor a gente esperar o curso natural das coisas. G16

O resultado que estamos tendo é bom, mas é pouco bom. G19

Assim, o papel do gestor, que define e reúne processos e pessoas rumo ao atingimento dos resultados organizacionais, mais uma vez, veio à tona, denotando a centralidade dessa função na condução de processos de mudança, como os envolvidos na gestão da qualidade, tendo em vista a acreditação hospitalar visada.

Diante desses achados, considerações finais foram traçadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi analisar como gestores de um hospital de Belo Horizonte percebem a gestão da qualidade no processo de acreditação hospitalar. O referencial teórico foi dividido da seguinte forma: gestão pela qualidade, histórico, fundamentos e ferramentas; qualidade nos serviços de saúde hospitalar; especificidades na área da saúde; acreditação hospitalar; qualidade e acreditação; e, gerência e gerentes no contexto geral e com ênfase na gerência e gerentes no contexto hospitalar.

O estudo de caso efetivado pautou-se em abordagem qualitativa e teve como unidade de análise um hospital de Belo Horizonte participante do Pro-Hosp e que recebeu o prêmio Célio de Castro no ano 2009. Os sujeitos participantes da pesquisa foram 19 gestores deste hospital cujos dados, coletados por meio de entrevistas, foram submetidos à análise de conteúdo.

Dentre os objetivos propostos para o desenvolvimento deste trabalho, o primeiro foi o de analisar a percepção dos gestores a respeito do processo de gestão da qualidade no hospital. Observou-se que as opiniões dos entrevistados conduziram a atenção para questões conceituais da qualidade e da gestão. **Verificou-se que a percepção dos gestores está de acordo com o conceito e com o contexto geral da qualidade que envolvem os princípios, processos e resultados, conforme identificado na literatura apresentada.**

De acordo com o nível de escolaridade dos gerentes, seria de se esperar que a contribuição do gestor rondasse pelos temas abordados, pois fazem parte dos conteúdos discutidos nos cursos de pós graduação em gestão na área da saúde. Destacou-se, dentre os princípios da gestão da qualidade, o envolvimento das pessoas que não foi mencionado por nenhum gerente, sendo este um pré requisito essencial para o bom desempenho dos processos de trabalho do gerente. Os gestores elencaram dificuldades à implantação de gestão pela qualidade devido à falta de capacitação dos profissionais. Vale ressaltar aos gestores, que a

capacitação das pessoas está atrelada ao processo de implantação da gestão pela qualidade e que de forma alguma preconiza capacitação precoce dos operacionais.

Além disso, os entrevistados percebem resultados - positivos ou não - da implantação de um sistema de gestão e apresentam aspectos dificultadores principalmente relacionados com o nível de conhecimento dos profissionais. **Sobre a função gerencial na condução da gestão da qualidade no hospital, as entrevistas conduziram para a identificação de quatro categorias centrais: decidir e liderar, contribuir, gerir os recursos humanos e registrar procedimentos. Verifica-se que todas as categorias construídas referem-se ao que se espera que seja a competência de um gestor, sem menção a outras competências também desejadas.**

O segundo objetivo específico desta pesquisa tratava da percepção do gestor quanto ao uso das ferramentas da qualidade no hospital. **No estudo, pode-se identificar que as ferramentas mais utilizadas são o Diagrama de *Ishikawa* ou Espinha de peixe e o 5W2H. A estratificação dos dados permitiu constatar a existência de gestores que conhecem e utilizam alguma ferramenta; há também aqueles que conhecem e não as utilizam; e há os que não conhecem e, portanto, não utilizam qualquer ferramenta.**

**Identificou-se também a utilização de outras ferramentas na medição e avaliação de seus processos e resultados, ou seja, os indicadores de qualidade e produtividade, além dos institucionais. Os *softwares* também foram percebidos como ferramentas importantes na execução e controle do trabalho gerencial. Fazem parte das subcategorias apontadas a necessidade de capacitação dos profissionais para o uso adequado e aspectos dificultadores como o elevado *turnover* e a demanda de trabalho do gestor.**

A pesquisa mostrou que os gestores devem valer-se do conhecimento obtido por meio das capacitações e refletir sobre a utilização de ferramentas da qualidade para adoção de técnicas profissionais de gestão. Apesar de ser importante a disseminação das ferramentas de gestão da qualidade a toda a comunidade hospitalar, os atores que mais fazem uso são os do nível tático, os gestores. Então, a falta de treinamento do pessoal operacional, assim como o *turn over*, não causam

grandes impactos na utilização das ferramentas. Note-se também que o gestor espera que a alta gerência conduza processo de gestão do setor que ele gerencia, uma vez que aqueles esperam uma determinação sobre a forma de condução dos trabalhos.

O terceiro objetivo específico foi analisar a percepção dos gestores a respeito do processo de acreditação no hospital. As respostas dos entrevistados levaram a identificar três aspectos: a abordagem conceitual de acreditação, outra que enfatiza os processos, que na verdade tem ligação íntima com a gestão da qualidade e a terceira que menciona sobre a deficiência de condições para implantação da metodologia, diante das práticas atuais de gestão e liderança realizadas no hospital.

A acreditação é entendida pelos gestores em quatro aspectos. O primeiro relativo à sua gestão: os gestores percebem que o processo de acreditação tem ligação com aspectos da gestão, associam com o Pro Hosp e valorizam a necessária visão sistêmica e interação dos processos; o segundo aspecto refere-se à capacitação de recursos humanos, que foi percebida como necessária, de forma sistematizada; já o terceiro diz respeito ao papel da alta direção, reafirmando que o comprometimento da alta direção é fator primordial para implementação e manutenção de sistema de gestão da qualidade; por fim, as dificuldades constituem o quarto aspecto identificado na fala dos gestores. As dificuldades levantadas remetem à infraestrutura, realização de ações de qualidade em setores separadas do conjunto hospitalar, e da existência de uma questão cultural vista como forte e negativa pelos gestores.

Notou-se que todos os gestores percebem as ferramentas da qualidade como essenciais ao processo de acreditação. Entretanto, verificando-se resultados anteriores sobre o item ferramentas, pode-se observar que poucas delas são utilizadas e poucos gerentes são os que as utilizam. Percebe-se uma contradição às respostas anteriores e propicia uma abertura para sua implementação por meio de institucionalização das políticas de gestão.

Outros relatos referentes a esse tema evidenciaram a conexão entre a natureza institucional, o propósito que a qualidade deve assumir, e o efetivo apoio

institucional, contando-se com definições da alta direção sobre a forma de execução do trabalho. Sobre as dificuldades na utilização das ferramentas de gestão da qualidade, percebeu-se que os entrevistados carecem de motivação, compromisso e educação para o emprego de meios para execução do trabalho. Aqui, reflete-se sobre as implicações que a implantação de novas tecnologias de gestão tem para os profissionais. É necessário pensar sobre o desenvolvimento profissional, sobre o modelo de gestão implantado nesta organização e sobre como esta gestão garante eficácia, resolutividade na assistência e no atendimento ao usuário que são condições básicas desejáveis a uma instituição de saúde.

Sobre como contribuir com esse processo, os gestores se manifestaram capazes de agir adotando atitude otimista, buscando qualificação, melhorando processos, atuando na questão cultural, motivando as pessoas, atuando em parceria com a diretoria e assumindo as dificuldades. A estas formas de contribuição ao processo de qualidade aqui relacionadas, questiona-se: qual o verdadeiro papel do gestor na instituição? Isso se faz pois as categorias criadas foram percebidas como de competência do gestor hospitalar. Sendo assim, é imprescindível que este profissional amplie sua visão sobre o tema para que possam se adaptar ao paradigma da qualidade que o trabalho na saúde vai demandar daqui por diante.

Dentre os desafios por eles enfrentados, sete merecem destaque: enfrentar as dificuldades; buscar a qualidade; qualificar os profissionais; mudar a cultura; mudar a gestão; envolver e reter os talentos; e vencer as resistências. Esses desafios, assim como as dificuldades enfrentadas, foram alvo de comentários durante toda a entrevista. Percebeu-se que a subcategoria Dificuldades, destacou-se na percepção do público pesquisado.

É necessário reconhecer que as instituições, sobretudo o hospital pesquisado necessitam profissionais qualificados para fortalecer e possibilitar o trabalho em gestão hospitalar e a integração dos diversos serviços. Nos tempos atuais, caracterizado por busca pela qualidade e pelo aprimoramento na gestão, há que se adequar os serviços de saúde às necessidades da sociedade. As mudanças da prática do gestor hospitalar, o perfil necessário do gestor frente às perspectivas

conjunturais do trabalho e a necessidade em consolidar a eficiência dos serviços, apontam para a adoção de práticas voltadas à qualidade nas instituições de saúde. Dessa forma, é imperativo que a alta direção ofereça as condições e institucionalize tais práticas, mesmo sem estar atrelado a programas de certificação, como a acreditação. Somente pela via da gestão da qualidade é que serão identificados e trabalhados as soluções aos problemas da cultura interna e outros inerentes à assistência ao usuário. Associada a estas, outras questões poderão ser respondidas, como: segurança do paciente, gestão do risco em saúde, gestão da clínica, capacitação e envolvimento dos profissionais.

Nesta pesquisa, ainda houve avaliação da percepção dos gestores quanto aos aspectos gerais da qualidade no hospital pesquisado. Aspectos positivos (o conhecimento que vem sendo adquirido e o resultado de iniciativas que alguns gestores já implantaram e principalmente o reconhecimento de um setor no comando pela implantação das iniciativas da qualidade) tanto quanto negativos (ausência de projeto integrado e desconexão entre áreas) chamaram atenção nas falas dos entrevistados.

De forma geral, as respostas dos entrevistados facilitaram a percepção de que a gestão da qualidade se consolida como metodologia necessária a re-organização do trabalho nesta organização, uma vez que poucas são as experiências internas consolidadas nos setores. Então, necessita-se de uma política de gestão que privilegie a qualidade sob qualquer outra forma de gestão, que se aproprie do conhecimento oferecido aos gerentes por meio das especializações e que planeje estratégias para implantação efetiva.

Dentre as limitações da pesquisa, registra-se a falta de elementos de verificação como documentos, projetos e outros que fornecessem evidências da utilização efetiva das ferramentas de gestão. Além disso, o fato de se tratar de um estudo de caso limita as conclusões ao caso estudado, ou seja, ao Hospital Alfa.

Assim, diante dos achados e das limitações apontadas, três sugestões se fazem presentes ao final deste estudo. A primeira relaciona-se ao grupo de gestores abordado: tendo em vista sua importância na consecução do trabalho e no

atingimento dos objetivos organizacionais, os gestores carecem de se apropriar das ferramentas utilizadas na gestão da qualidade de modo a torná-las mais efetivas, principalmente junto aos seus subordinados. Tendo em vista seu acesso a programas de pós-graduação, os gestores podem assumir a responsabilidade por multiplicar internamente os conhecimentos apreendidos sobre os processos em questão (gestão da qualidade e acreditação), de modo a promover uma mudança de cultura que influencia, inclusive, as relações de poder observadas, podendo, até mesmo, diminuir a distância entre os processos de tomada de decisão. Desse modo, é fundamental que os gestores promovam a eficiência e a eficácia, utilizando-se, para tanto, de uma autonomia a ser diariamente construída e legitimada.

Ao hospital, especialmente à alta gerência, torna-se primordial, em face dos achados, refletir sobre como vem sendo feita a condução dos referidos processos, já que qualidade refere-se não apenas a processos e resultados, mas também, e fundamentalmente, a pessoas. Aqui se inserem tanto trabalhadores da instituição pesquisada como seus clientes, visando a uma assistência humanizada, de fato.

Para a academia, sugere-se a realização de pesquisas futuras em outras unidades do grupo que o Hospital Alfa faz parte, além de outros hospitais públicos e privados, de modo a ampliar e aprofundar o conhecimento a respeito de como tais processos são vistos e, portanto, e apropriados no interior dessas organizações. Sugere-se, também, incluir os demais públicos internos, indo além da visão gerencial. Além disso, em função de pontos de tangência observados, outros temas carecem de aprofundamento no contexto abordado, como é o caso das relações de trabalho e de poder, da cultura e dos valores organizacionais, dos vínculos organizacionais, dos processos de mudança e inovação, da dicotomia entre gerência e liderança, dentre outros.

Essa agenda de pesquisa parece importante para a compreensão de fenômenos que permeiam o hospital, essenciais para o cumprimento de seus objetivos institucionais, e outros que se fazem comuns na área de saúde, em especial no contexto hospitalar.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilberto. Entendendo a Gestão por Processos – Parte 1; **Toxiclin News**, Ano 1, n. 5. 2009, disponível em <[http://www.gdaconsultoria.com.br/artigos/Processos\\_01\\_2009\\_05\\_08.pdf](http://www.gdaconsultoria.com.br/artigos/Processos_01_2009_05_08.pdf)>, acesso em 19/10/10.

ALVES, Vera L. Souza, **Gestão da Qualidade ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. São Paulo: Martinari, 2009.

ALVES, Vera L. Souza; FELDMAN, Liliane B. **Gestores da Saúde: atuação e competências, abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2011.

AMANCIO FILHO, A., Dilemas e desafios da formação profissional em saúde, Botucatu: **Interface** v. 8, n. 15, Aug. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 de junho de 2009.

ANDRADE, Luiz I. Caribe Cincurá. **Inovação Gerencial no setor saúde: um estudo sobre a aplicação do Balanced Scorecard em um hospital privado situado em São Paulo – SP**. 2008. 210 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 9000**. Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos. Rio de Janeiro:. Dez 2000.

AZEVEDO, C. S., **Sob o domínio da urgência**: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. 2005. 572 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICO, Marli de Carvalho. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 jan. 2010. doi: 10.1590/S0103-21002005000400008.

BARDIN, J. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARZOTTO, Luciano da Costa; MACHADO, Denise D. P. Netto; LOESCH, Cláudio; FACHIN, Solange. Ambiente de inovação em instituição hospitalar. **Anais do XXXIII Encontro da ANPAD**; São Paulo, setembro, 2009.

BELINI, Cledorvino. Construindo um Novo Tempo. **Gestão Minas, Belo Horizonte**, ano 1, n. 2.; dezembro 2007. Disponível em <[http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/gestao\\_minas/Gestao2.pdf](http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/gestao_minas/Gestao2.pdf)>, acesso em 22/10/10.

BERWICK, D. M. Aplicando o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1984. (p. 18-27)

BEZERRA, Paulo R. Cosme, MOURA, F. Venâncio, **Controle estatístico de qualidade hospitalar** - Departamento de Estatística – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/81D60459E3289CAC03256EED0071B751/\\$File/NT0008E292.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/81D60459E3289CAC03256EED0071B751/$File/NT0008E292.pdf)>, acesso em 06/07/10.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado 1988.

BRASIL, **Lei nº 8.080** Brasília (DF): Congresso Nacional. 1990. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>, acesso em 17/05/11.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1996.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Pro gestores – Para entender a gestão do SUS, v.1, **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (p.21-71)

BRASIL, Associação Brasileira de Normas Técnicas, **NBR ISO 9004** – Sistemas de gestão da qualidade - Diretrizes para melhorias de desempenho, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1996. Institui a **Política de Educação Permanente e dá outras providências**. Brasília, 08/2007.

BRASIL, Associação Brasileira de Normas Técnicas, **NBR ISO 9000** - Sistemas de gestão da qualidade — Fundamentos e vocabulário, 2ª ed., 2005

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Programa de Melhoria da Qualidade na gestão institucional**. Brasília: IBGE, 2009.

BRASIL, Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2010.

BRITO, M. J. Menezes; MONTENEGRO, L. C.; MELO, M. C. O. Lopes; ALVES, Marília. Singularidades das práticas gerenciais da enfermeira em hospitais privados. In: HELAL, D. H.; GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (coord.). **Relações de poder e trabalho no Brasil contemporâneo**. Curitiba: Juruá, 2010. (p. 177–196)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849- 859, 2007.

CAMPOS, Lismar Isis. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008.

CAMPOS, V. Falconi. **TQC controle da qualidade total** (no estilo japonês). 8ª ed., Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa: Afrontamento, 2005.

CARPINETTI, L. C.; MIGUEL, PAULO A. C.; GEROLANO, M.C. **Gestão da Qualidade – ISO 9001:2008 Princípios e Requisitos**. 3ª ed., São Paulo: Atlas, 2010.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. **Sistema de informação e o cotidiano de trabalho de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte**. 2008. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação. **O processo de acreditação internacional**. disponível em [http://www.cbacred.org.br/front/acreditacao\\_conjunta.php](http://www.cbacred.org.br/front/acreditacao_conjunta.php)>, acesso em 10/07/2010.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de junho 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (p. 293-319)

CERTO, C. Samuel.; PETER, J. Paul. **Administração estratégica: Planejamento e implantação de uma estratégia**. São Paulo: Makron Books, 1993.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5a Edição. São Paulo: Ed. Prentice Hall, 2002.

CHRISTENSEN, C. M. **O crescimento pela inovação: como crescer de forma sustentada e reinventar o sucesso**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORDEIRO, J. V. B. de Mello. Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão? **Rev. FAE**, Curitiba, v.7, n.1, p.19-33, jan./jun. 2004

COSTA, N. Rosário. **Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996 . disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso)>, acesso em 31/05/09.

CQH – **Compromisso com a Qualidade Hospitalar**. Disponível em [www.cqh.org.br](http://www.cqh.org.br)>, acesso em 10/07/2010.

CUNHA, M. Bastos. Metodologias para estudo dos usuários de informação científica e tecnológica. **R. Bibliotecon.** v. 10; n. 2; p. 5-19, jul.-dez., 1982.

DAVEL, Eduardo; MELO, M. C. O. Lopes. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: DAVEL, Eduardo; MELO, M. C. O. Lopes (org). **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial.** Editora: FGV, 2005. (p. 03-28)

DEMING, W. E. **O Método Deming de Administração.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: WHITE, K.L.; FRANK, J. (orgs). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington, DC, OPAS, 1992; p. 382 – 404.

DONABEDIAN, Avedis *et al.* **Medical care chartbook.** Ann Arbor, Mich: Health Administration Press. 1986. 483 p.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.** n. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DRUCKER, P.F. **Administrando para o futuro: anos 90 e a virada do século.** São Paulo: Pioneira, 1992.

DUSSAULT, G., A gestão dos serviços públicos de saúde: Características e exigências. **Revista de Administração Pública,** v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

DYNIEWICZ, Ana Maria, **Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes.** São Caetano do Sul. São Paulo: Difusão Editora. 2007.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Projeto Político Pedagógico.** 2009.

FAGUNDES, Patrícia Martins, SEMINOTTI, Nédio Antonio. Competências de Liderança e Competências Gerenciais: um Olhar Dialógico. In: EnANPAD, XXXIII, 2009, São Paulo, **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009.

FARIAS, L. Otávio; VAITSMAN, Jeni. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18; n. 5; p. 1229-1241, set - out, 2002 disponível em <[www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10995.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10995.pdf)>, acesso em 12/01/10.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O.; História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.** 2005. v. 18; n. 2; p.213-219; disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>, acesso, 20/01/2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971 2007.

FIATES. Gabriela. G. Silveira. **A utilização do QFD como suporte a implementação do TQC em empresas do setor de serviços.** 1995. xx f.. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder.** 15a. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. (p. 99-111)

FRANCO, M. L. P. Barbosa. **Análise de conteúdo.** 2ª. Ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GARVIN, David A. **Gerenciando a qualidade:** a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2002.

GASTAL F. L. **Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica.** Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

GODOY, A. Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** v.35, n.2, p.57-63, 1995.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, 2002. p. 325 - 334, 2002.

HILL, Linda A. **Novos gerentes**: assumindo uma nova identidade. São Paulo: Makron Books, 1993.

JURAN, J. M. **Controle da qualidade**. Handbook. Vol. II. São Paulo: Makron Books, 1991.

JUNQUILHO, G. S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: DAVEL, E. MELO, M. C. O. L. **Gerência em ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 2005. (p. 140-169)

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital empresa. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v.1, n2, p. 01-20, 2002.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Marília N. da Mata. **Entrevista de Pesquisa**. Belo Horizonte: Editora Com Arte, 2002. 151 p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. In: **Saúde e Cidadania, Handbook**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Núcleo de Assistência Médico Hospitalar – NAMH/FSP – USP. São Paulo, 1998. (p. 47-83)

MARQUES, A. Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Jomara Alves; SILVA, Marcus C. Pestana (org). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 224 p. 2009.

MELO, M. C. O. L. Os dramas e as tramas da carreira gerencial. In: Encontro nacional de programas de pós-graduação em administração, 1995, João Pessoa. **Anais do...** João Pessoa: ANPAD, 1995. (v. 19, p. 01-16).

MELO, M. C. O. L. *et al.* Contribuições do NURTEG – Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão – para os Estudos sobre Gerentes e Gerência. In: EnEO, IV, 2006, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre: ANPAD, 2006.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade.** 12 ed. Petrópolis / Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp),** Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2007. 121 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Edital de convocação nº 007/2008,** disponível em <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/editais/premio-celio-de-castro/Edital%20Premio%20Celio%20de%20Castro.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/editais/premio-celio-de-castro/Edital%20Premio%20Celio%20de%20Castro.pdf)>, acesso em 14/01/10.

MINTZBERG, H. Trabalho executivo: do o folclore e o fato. **Coleção Harvard de Administração.** São Paulo: Nova Cultural, 1986. (v. 3, p.5-37)

MINTZBERG,H. **Criando organizações eficazes.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** Rio de Janeiro: Record, 1996.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar.** 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1999.

MOURA, G. Garcia. **Comportamentos de Resistência à mudança da média gerência diante da implantação da NBR ISO 9000.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) 2002, 144 f. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

NOGUERIA, L. C. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 2003.



NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Garantia da qualidade: acreditação de hospitais da América Latina e Caribe**. São Paulo: OPAS, 1992.

OLIVA, F. A.; BORBA, V. R. **BSC Balanced Scorecard** – ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Látria, 2004, 284p.

OLIVEIRA, Marcos A. L. ISO 9001/2000: rumo ao TQC. **Banas Qualidade**, set. 2001.

OLIVEIRA, David Vital; GODOY, Leoni Pentiado; KERPEL, Cássia Letícia; RIBEIRO, Roberto Portes. Acreditação hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, XXIII, 2003, Ouro Preto, **Anais...** Ouro Preto: AnEP, 2003

OLIVEIRA, Otávio J. **Gestão da qualidade**: tópicos avançados. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004.

OLIVEIRA, Bruno Reis; RIBEIRO, Helen C. T. Couto; TAVARES, Débora Marques; NETO, José Ferreira; Processo e metodologia no Prêmio Célio de Castro: uma análise pontual da política de gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez, p.13- 24. 2009.

OLIVEIRA, Marcelo Soares de; DE MUYLDER, Cristiana Fernandes. A Acreditação no Evento Enanpad 2008. In: SIMPEP – Simpósio de Engenharia de Produção, São Paulo, **Anais...** São Paulo: SIMPEP, 2009.

Organização Nacional de Acreditação – ONA - site do órgão, disponível em <[http://www.ona.org.br/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite=oqe](http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=oqe)>, acesso em 25/01/10.

Organização Nacional de Acreditação – ONA - site do órgão, disponível em <[http://www.ona.org.br/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite=oqe](http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=oqe)>, acesso em 05/09/11.

PAGÈS, M. *et al.* **O poder das organizações**: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. São Paulo: Atlas, 1987.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004

PEREIRA, L. Zille; BRAGA, C. Daguer. A função gerencial em foco: estudo em instituição financeira nacional de grande porte com aplicação do modelo teórico explicativo do estresse ocupacional em gerentes. In HELAL, D. H.; GARCIA, F C.; HONÓRIO, L. C. (coord.). **Gestão de Pessoas e competência: teoria e pesquisa**. Curitiba: Juruá. 2008. (p. 185–204)

PEREIRA, Maria Cecília; ANTONIALLI, Luiz Marcelo. Programas de Qualidade Como Abordagem Estratégica: os sentidos produzidos em uma indústria no setor de auto-peças. In: EnANPAD, XXXIII, 2009, São Paulo, **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, Nov. 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Jan. 2010. doi: 10.1590/S0100-15742001000300008.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

QUINTO NETO, Antônio. GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação hospitalar proteção aos usuários dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 1997.

RAUFFLET, Emmanuel. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In DAVEL, Eduardo; MELO, M. C. O. Lopes (org). **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Editora: FGV, 2005. . (p. 67-82)

REED, M. **Sociologia da gestão**. Oeiras: Celta, 1997.

ROSSATO, Ivete de Fátima, **Uma metodologia para a análise e solução de problemas**. 1996. 200 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistema, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

SANTOS, N. A. A. P. **O Trabalho do Administrador Hospitalar no Gerenciamento do dia a dia dos Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no Estado do Rio Grande do Sul**. 1998. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração) -

Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1998. Disponível em [http://volpi.ea.ufrgs.br/teses\\_e\\_dissertacoes/td/000077.pdf](http://volpi.ea.ufrgs.br/teses_e_dissertacoes/td/000077.pdf) >Acesso em 08 de maio de 2010.

SEIXAS, Maria A. Souza; MELO, Hermes Teixeira. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**. Ano 5, nº 9. Salvador, 2004. p. 16-20. disponível em <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/viewFile/185/188>>, acesso em 03/05/10.

SILVA, Wanderley. **O impacto de ações de capacitação na atuação gerencial: um estudo de caso no setor público**. 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOUZA A. Artur de, LARA, Cynthia. O.; NEVES, Ana P. T. P. ; MOREIRA, Douglas R. Indicadores de Desempenho para Hospitais: análise a partir dos dados divulgados para o público em geral. In: Congresso USP de Iniciação Científica, VII, 2010, **Anais...** Disponível em <http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos102010/518.pdf>>, acesso em junho 2011.

STRUCHINER, Miriam; ROSCHKE, Maria Alice; RICCIARDI, Regina Maria Vieira. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica** , Washington, v. 11, n. 3, Mar. 2002 . Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 de junho de 2009.

TIRONI, L.F. Indicadores da qualidade e produtividade: conceitos e usos. **Revista Ind. da Qualidade e Produtividade**. v.1, p. 7-17. 1991.

TORRES, Renata Cesar; FIGUEIREDO, Kleber Fossati. O processo de Acreditação do HemoPar. **Anais** do XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo. Setembro, 2009.

VALLS, Valéria Martin. O enfoque por processos da NBR ISO 9001 e sua aplicação nos serviços de informação. Relatório de Qualificação doutorado em Ciências da Comunicação pela ECA/USP. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 172-178, maio/ago. 2004.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**, 11 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 94 p.

VIEIRA, Dirce Krassuski; DETONI, Dimas José; BRAUM, Loreni Maria dos Santos. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. In: SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, III, 2006, **Anais...** Rio de Janeiro: SEGeT, 2006.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEBER, Lílian, GRISCI, Carmem L. I., Trabalho, Gestão e Subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar In: EnANPAD, XXXII, 2008, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

YIN, Robert, **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

XAVIER, Antonio C. da R. , BATISTA, Fábio F. Um novo paradigma de gestão ou mais um programa de qualidade? A Experiência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Brasília: **IPEA**, 1997. Texto para Discussão, n. 487 disponível em <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_487.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_487.pdf)>, acesso em 25/01/10.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

#### Identificação do entrevistado

Por gentileza, assinale a resposta mais adequada ao seu caso no quadro a seguir:

<p>1 – Sexo</p> <p>e) Masculino f) Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>g) ( ) até 25 anos h) ( ) de 26 a 30 anos i) ( ) de 31 a 35 anos j) ( ) de 36 a 40 anos k) ( ) de 41 a 45 anos l) ( ) de 45 a 50 anos m) ( ) mais de 50 anos</p> <p>3 – Estado Civil</p> <p>f) ( ) solteiro g) ( ) casado h) ( ) desquitado / divorciado / separado i) ( ) viúvo j) ( ) união estável k) ( ) outro: _____</p> <p>4 – Escolaridade</p> <p>a) ( ) Ensino superior completo em _____</p> <p>b) ( ) Especialização em: _____</p> <p>c) ( ) Mestrado em: _____</p> <p>d) ( ) Doutorado em:</p>	<p>5 – Há quanto tempo você trabalha no hospital?</p> <p>( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) de 11 a 15 anos ( ) de 16 a 20 anos ( ) mais de 20 anos</p> <p>6 – Qual o seu cargo?</p> <hr/> <p>7 - Há quanto tempo você atua neste cargo neste hospital?</p> <p>a) ( ) menos de 1 ano b) ( ) de 1 a 5 anos c) ( ) de 6 a 10 anos d) ( ) de 11 a 15 anos e) ( ) de 16 a 20 anos f) ( ) mais de 20 anos</p> <p>8 – Quanto tempo de experiência você tem em função gerencial, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) menos de 1 ano</li> <li>• ( ) de 1 a 5 anos</li> <li>• ( ) de 6 a 10 anos</li> <li>• ( ) de 11 a 15 anos</li> <li>• ( ) de 16 a 20 anos</li> <li>• ( ) mais de 20 anos</li> </ul> <p>9 – Há quanto tempo você atua no setor de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) menos de 1 ano</li> <li>• ( ) de 1 a 5 anos</li> <li>• ( ) de 6 a 10 anos</li> <li>• ( ) de 11 a 15 anos</li> <li>• ( ) de 16 a 20 anos</li> <li>• ( ) mais de 20 anos</li> </ul>
--	--

**Roteiro de entrevista**

1 Para você, o que é qualidade?

2 O que é acreditação?

3 Como o processo de acreditação vem sendo trabalhado no hospital?

4. Qual o seu papel na gestão da qualidade neste hospital?

5 Quais as ferramentas de gestão você conhece?

6 Quais você utiliza no hospital?

7 Existe relação entre as ferramentas da qualidade e a acreditação?

8 Como gestores como você podem contribuir para o processo de acreditação?

9 Que desafios estes processos (qualidade e acreditação) impõem à gerência neste hospital?

10 Diante das perguntas realizadas, você quer acrescentar algo?

Obrigada!

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado gestor, você participará da pesquisa intitulada “**GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: percepção de gestores de um hospital de Belo Horizonte**”, que tem por objetivo: descrever e analisar como as ferramentas de qualidade se relacionam com o processo de acreditação, na perspectiva de gestores hospitalares.

Este trabalho destina-se à elaboração da dissertação da mestranda Cristina Torres Lima, como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em Administração, pela Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, sendo orientada pela Profa. Dra. Kely César Martins de Paiva.

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa em que a coleta de dados será através de entrevista. Sua participação é voluntária. A qualquer momento poderão ser solicitadas informações sobre o andamento da pesquisa. O participante não terá qualquer despesa e nem será submetido a prejuízos ou constrangimentos. É garantido ao participante o direito à privacidade e ao anonimato das informações, bem como à liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento e, até mesmo, de retirar seu consentimento, caso opte por deixar de participar do estudo.

Os resultados obtidos com o estudo só serão utilizados e divulgados para fins técnico-científicos. Agradeço a colaboração e solicito sua assinatura no Termo de Consentimento Pós-Informado.

Atenciosamente,

Cristina Torres Lima

### APÊNDICE C - Termo de consentimento pós-informado

Eu, \_\_\_\_\_, CI:\_\_\_\_\_ pelo presente Termo de Consentimento Pós-Informado, DECLARO ter sido informado(a) e orientado(a) de forma clara sobre os objetivos, a metodologia, a justificativa e método de coleta de dados da pesquisa intitulada “**GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: percepção de gestores de um hospital de Belo Horizonte**”, da mestranda Cristina Torres Lima sob a orientação da Prof. Dra. Kely César Martins de Paiva

Além disso, fui ESCLARECIDO (A) sobre:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade para recusar-me a responder alguma pergunta da entrevista ou para retirar meu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho, sem prejuízos e/ou constrangimentos;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; e
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

DECLARO que estou ciente de que as respostas servirão de base ao estudo em questão e de que, após cinco anos, as mesmas serão inutilizadas. CONCORDO em participar do estudo e AUTORIZO a divulgação científica dos resultados desde que respeitado meu anonimato.

Local:

Data:

---

Assinatura do(a) participante

Pesquisadora responsável: Cristina Torres Lima

Av. Augusto de Lima, 2061 – Barro Preto - Belo Horizonte – Minas Gerais.

Telefone: (31)34637291 / (031)86346557

Email: [ctlima@terra.com.br](mailto:ctlima@terra.com.br)

Contato do CEP: