



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VII – GOVERNADOR ANTONIO MARIZ
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO**

JOANA D’ARC XAVIER PEREIRA

**QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

**PATOS-PB
2012**

JOANA D'ARC XAVIER PEREIRA

**QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Artigo apresentado ao curso de Bacharelado em Administração da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel

Orientador: Prof. Msc. Dante Flávio Oliveira Passos.

P436q PEREIRA, Joana D´arc Xavier.

Qualidade e acreditação em saúde: O estudo de caso em Hospital no município de Patos – PB: UEPB, 2012, 21f.

Artigo (trabalho de conclusão de curso - (TCC) - Universidade Estadual da Paraíba).

Orientadora: Prof. Msc. Dante Flávio Oliveira Passos.

1. Gestão hospitalar 2. Qualidade

I. Título II. Passos, Dante Flávio Oliveira.

CDD 647.9651

JOANA D'ARC XAVIER PEREIRA

**QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Administração.

APROVADO EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Dante Flávio Oliveira Passos / UEPB
Universidade Estadual da Paraíba
Orientador

Prof.^a MSc. Simone Costa Silva / UEPB
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora

Prof.^a MSc. Milena Nunes Alves de Sousa / FIP
Faculdades Integradas de Patos
Examinadora

QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Joana D'arc Xavier Pereira¹

Dante Flávio Oliveira Passos²

Resumo

O presente estudo tem como objetivo identificar a qualidade e acreditação em uma instituição hospitalar, localizada na cidade de Patos-PB. Inicialmente foi abordado o surgimento dos hospitais e a gestão hospitalar. Em seguida, fala-se sobre qualidade e o início da mesma nos serviços de saúde, até a criação da Organização Nacional de Acreditação. Percebe-se, com isso, que as ações adotadas na implantação e verificação da qualidade estão fortemente ligadas aos princípios da acreditação. Para atingir os objetivos traçados, utilizou-se como métodos, uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório e explicativo, bem como um estudo de caso. Para isso, foi aplicado um questionário com 10 dos 30 funcionários, tendo em vista o alcance dos resultados frente à sugerida proposta central deste trabalho. Através destes resultados foi possível identificar que a mesma ainda não alcançou o nível de qualidade que a enquadre no contexto das instituições acreditadas. No entanto, busca atingir um nível de qualidade através de ações ligadas a esse objetivo.

Palavras-chave: Qualidade; Acreditação; Gestão Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

Diante do atual contexto, marcado pelo acirramento da competitividade, as organizações são impulsionadas a desenvolver estratégias que possibilitem a sua adequação ao ambiente que estão inseridas. Não obstante, as organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas, tem sempre como característica acompanhar as mudanças que estão ocorrendo seja em nível mundial ou nacional.

Visando atender às expectativas dos clientes, os hospitais, assim como as demais empresas que estão atuantes no mercado, buscam metodologias que demonstrem os bons resultados de seus serviços. Assim, de acordo com Azevedo et al. (2002), aumenta-se gradativamente a implantação de programas de qualidade que propõem novos modelos de gestão. Entre estes, surge a acreditação hospitalar, objetivando demonstrar a qualidade nos procedimentos realizados, através da fiscalização dos serviços hospitalares prestados à comunidade.

No entanto, a percepção de qualidade se relaciona com a satisfação dos clientes que se tornam, cada vez mais, exigentes diante da diversidade dos serviços oferecidos,

¹ Joana D'arc Xavier Pereira- Graduanda em Administração - UEPB

² Dante Flávio Oliveira Passos – Professor Orientador -UEPB

buscando os que são capazes de suprir as suas necessidades e até mesmo, superar as suas expectativas. Tal realidade é perceptível nas instituições de saúde, nas quais os clientes apresentam necessidades distintas que precisam ser atendidas da forma eficiente e eficaz.

Leme (2005) apud Sousa (2010) enfatiza que a qualidade nos serviços é um atributo indispensável, tanto para os hospitais públicos quanto para os privados, em razão da competitividade e do grande fluxo de informação. Nesse sentido, será responsável por seduzir os clientes em meio a tanta variabilidade de serviços similares. Levando em consideração que as necessidades mudam rapidamente, a qualidade influencia no processo de fidelização da clientela.

A observância desses conceitos aplicados à organização remete a um estudo cujo objetivo geral é identificar a qualidade e acreditação em um hospital do município de Patos. Para compor o objetivo geral, fez-se necessário formular os seguintes objetivos específicos: verificar o conhecimento acerca da qualidade e acreditação no hospital, averiguar procedimentos de qualidade e acreditação bem como identificar se tais procedimentos estão inseridos no processo de qualidade e acreditação.

Visando alcançar os objetivos traçados foi realizada uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório e explicativo, baseada na abordagem quali-quantitativa. Para a obtenção dos dados foi aplicado um questionário semiestruturado no referido hospital, localizado na cidade de Patos-PB, cuja atenção hospitalar abrange aproximadamente 80 municípios circunvizinhos. A população estudada foi composta por 30 funcionários do setor administrativo e a amostra compreendeu 10 destes funcionários, que corresponde a 33,33% da população, de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos.

Pretende-se com este trabalho, contribuir para a qualidade nos serviços prestados pela instituição, através da identificação do nível de qualidade em que se encontra e propondo sugestões que proporcionem a sua melhoria. E ainda, despertar a necessidade de novos estudos voltados à qualidade e acreditação hospitalar, tema relevante na atualidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SURGIMENTO DOS HOSPITAIS

A definição de um local específico destinado ao tratamento de pessoas doentes dificilmente é encontrada nos relatos dos primórdios da humanidade. “ Num sentido geral, pobres, órfãos, doentes e peregrinos, misturavam-se no que se refere à necessidade de

cuidados” (BORBA; LISBOA, 2006), Em lugares onde outras pessoas, com experiências adquiridas através do convívio com situações parecidas, realizam o tratamento ou opinavam quanto ao tipo de doença.

Cherubin; Santos (2002) relatam sobre as primeiras indicações de um lugar específico destinado ao tratamento dos doentes, surgido na Índia e no Egito que apresentava processos e estruturas precárias. Para Borba; Lisboa (2006) a propagação dos hospitais se deve ao budismo, pois, o príncipe Sindartha Gautama (o Buda) teria construído vários hospitais e decretado a obrigatoriedade de um médico para cada dez vilas e essa prática teria sido continuada por seu filho Upatise que se responsabilizou pela construção de abrigo para doentes e gestantes.

Segundo Foucault apud Gurgel Júnior; Vieira (2002), os primeiros hospitais datam do final do século XVII. E, a forma como são observados na atualidade, é considerado algo contemporâneo, pois suas características são consideradas recentes. Uma organização como instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doentes é uma invenção relativamente nova.

O primeiro local destinado ao cuidado de doentes teria funcionado, segundo Heródoto apud Lisboa (2006), em um mercado municipal indiano, No qual pessoas com determinadas patologias ficavam em busca de outros doentes que tivessem tido problemas semelhantes, na esperança de trocar experiências terapêuticas como à busca pela cura. Ressalta-se que não era admitido passar pelo o enfermo taciturno, ou seja, era obrigatório pelo menos o questionamento sobre a causa da doença.

Na acepção de Cherubin; Santos (2002), os hospitais eram considerados apenas casas de recuperação no qual pobres eram assistidos através de procedimentos simples, executados de forma familiar. Além disso, os serviços eram gratuitos e, por isso, foi originada a ideia de que a medicina pode ser comparada ao sacerdócio.

Com o passar do tempo, foram descobertas e aprimoradas novas técnicas, novos equipamentos e, com isso, surgiram novas estratégias de prestação de serviços hospitalares e uma definição mais completos para os hospitais, passando de uma simples casa de acolhida para um lugar destinado à assistência tanto curativa quanto preventiva.

Estes são definidos pela Organização Mundial de Saúde em seu informe técnico nº 122, de 1957 como

parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de

formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (CHERUBIN; SANTOS, 2002, p.35)

A instituição, portanto, passou a desempenhar uma função muito importante na sociedade, pois seus serviços ajudam no desenvolvimento local e em contrapartida traz benefícios para a saúde da coletividade. Conforme Gonçalves; Feitosa (2008) possuem missão definida e devem ser gerenciados como qualquer outra organização prestadora de serviços, planejando e definindo rumos a serem seguidos. Logo, devem ser pensados como uma empresa com funções e objetivos específicos, influenciada pelas oportunidades e ameaças advindas do ambiente extra organizacional.

Diante do exposto, percebeu-se a necessidade de criar modelos que administrassem essas instituições, surgindo assim, os princípios da gestão hospitalar, tema melhor abordado no próximo tópico.

2.2 GESTÃO HOSPITALAR

Na acepção de Cherubin; Santos (2002, p. 99), “a administração hospitalar não teve muita expressão até o final do primeiro milênio da era cristã”. Logo, a gestão estava pautada apenas na organização dos serviços que eram prestados gratuitamente por médicos que passavam de forma momentânea e esporádica aconselhando sobre a aplicação de produtos destinados à cura das doenças. Cada hospital tinha um responsável que era, na maioria das vezes, o idealizador da obra. Este era responsável pela tomada de decisões relacionadas ao funcionamento adequado, de modo que apresentasse as condições mínimas para a acolhida.

Borba; Lisboa (2006) esclarece que ao observar a história dos hospitais, percebe-se que não havia condições para serem administrados com organizações empresariais, pois os procedimentos ainda eram bastantes escassos devido à falta de recursos financeiros e às estruturas precárias. Somente com o advento da nova conjuntura do hospital e com o desenvolvimento das novas técnicas, foi percebida a necessidade de adaptação a esse novo contexto.

Além disso, a medicina se expandia de forma significativa, forçando a administração hospitalar a acompanhar esse processo de mudança que afetava profundamente a composição da sociedade, garantindo maior eficiência no trabalho dos profissionais, evitando que os doentes corressem riscos na sua ausência. Diante desse desenvolvimento, a gestão começou a criar representatividade em resposta às mudanças ocorridas (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Na contemporaneidade, a gestão hospitalar se encontra muito mais complexa, devido à evolução constante da sociedade. Além disso, está relacionada não só à cura dos doentes, mas também aos estudos que garantem a descoberta de novas técnicas que auxiliem na sua prevenção. De acordo com Gurgel Junior; Vieira (2002), a organização hospitalar dá assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador para o pacientes, além de ser um espaço de ensino – aprendizagem e produção científica.

A gestão hospitalar surgiu para auxiliar na execução e no controle das atividades hospitalares, apresentando como principal característica, a promoção e integração do ensino-serviço, buscando a reorientação da formação do profissional, assegurando uma abordagem integral do processo de saúde (GONÇALVES; FEITOSA, 2008).

Diante de todas as mudanças que ocorrem desde o surgimento dos hospitais até a gestão hospitalar como forma de melhoria pra saúde, a qualidade se tornou um elemento indispensável nas instituições de saúde. Tais instituições têm buscado de forma contínua melhorias nos seus serviços prestados como forma de atender clientes cada vez mais exigentes.

2.3 QUALIDADE

A qualidade, de acordo com Kotler; Keller (2008), é uma das principais maneiras de uma empresa de serviços se diferenciarem dos concorrentes, por isso, a sua importância no processo de prestação de serviços.

O seu conceito, apesar de ser bastante abordado, vem evoluindo ao longo do tempo. Conforme Lacombe (2004, p.262) é possível defini-la como “todas as propriedades, características ou aspectos de um produto ou serviço, relacionados à sua capacidade de satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas dos que os utilizam”.

Para Conte; Durski (2002), a década de 80 foi um período marcado pelo o início da implantação de programas de qualidade total nas empresas americanas e europeias, essa iniciativa tinha como estratégia conter o avanço das vendas dos produtos japoneses; contudo, pode-se observar que o sucesso das empresas japonesas se dava devido à ótima qualidade dos seus produtos e os preços eram mais baixos do que os praticados em outros países; porém a essas empresas foi em parte creditada a capacidade de implantação de programas de produtividade e qualidade total que contava com a colaboração dos funcionários.

Pacheco (1995, p. 20), enfatiza que “qualidade é a capacidade do contínuo planejamento e desenvolvimento de ações para sempre satisfazer as necessidades dos clientes, independentemente de que estes sejam coisas ou pessoas”.

Esta, portanto, pode ser entendida como uma forma de fiscalização, na qual são usados instrumentos de medição em que método busca alcançar a uniformidade do produto. Para Campos (2004), um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente de forma confiável, de forma acessível, de forma segura, e no tempo certo as necessidades do cliente. Portanto, em outros termos, pode-se dizer que: um projeto perfeito, sem defeito; baixo custo; segurança do cliente; entrega no prazo certo, no local certo e na quantidade certa.

Segundo Ballou (1993), a qualidade voltada aos serviços não se limita apenas aos usuários externos, incluindo também os gestores e funcionários, já que esses resultam de ações e desempenho que engajam todos os envolvidos no processo.

Acerca de todos esses conceitos, é importante que as instituições de saúde estejam atentas para as mudanças que estão acontecendo. Pensando nisso, é que surgem inúmeras ferramentas responsáveis por melhorar a qualidade nesses serviços, utilizadas na implantação e consolidação do processo de qualidade de uma instituição tais como: metodologia do programa 5S, método PDCA, (Plan, Do, Check e Action – Planejar, fazer, verificar e agir) Diagrama de Pareto, Fluxograma, Gráfico de dispersão, Diagrama de Controle, Folha de verificação, Diagrama de causa e efeito, Histograma e Brainstorming.

Neste estudo foram abordadas apenas as ferramentas 5S e PDCA, esta última é usada no planejamento e implantação de processos, bem como na melhoria ou correção. A mesma se divide em quatro fases que são: P (Plan), que é o planejamento no qual são identificados os problemas ou a meta, analisa-se as características do problema ou da meta, nessa ordem o plano de ação será traçado e as estratégias e ações para resolver o problema ou atingir a meta. D(Do) é executar ou colocar o plano de ação em prática, treinamento e implantação das fases. O (Check), verifica se os resultados esperados foram atingidos e por que, Por fim, A (Action) que será normatizar o que está funcionando, revisar as atividades e planejamento, (SEBRAE, 2005).

Já ferramenta 5S tem como objetivo principal promover a alteração do comportamento das pessoas, proporcionando total reorganização da empresa através da eliminação de materiais obsoletos, identificação dos materiais, execução constante de limpeza no local de trabalho, construção de um ambiente que proporcione saúde física e mental e manutenção da ordem implantada, apontando assim para a melhoria do desempenho da organização(PERTENECE; MALEIROS, 2010).

O primeiro senso é SEIRI, que é o de utilização: separar o útil do inútil, eliminando o desperdício; o segundo é o SEITON, caracterizado pela arrumação: o mesmo busca identificar e arrumar tudo para que qualquer pessoa possa localizar facilmente; já o terceiro senso é o SEISO, limpeza: procura manter um ambiente sempre limpo, eliminando as causas da sujeira e aprendendo a não sujar; o quarto senso que é SEIKETSU, identificado como sendo o senso de saúde e higiene: tenta manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene; e, por último, tem-se o SHITSUKE, senso de autodisciplina, que busca fazer dessas atitudes e dessa metodologia um hábito, transformando os 5s num modo de vida (PERTENCE; MALLEIROS,2010).

2.4 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na acepção de Sousa (2010), a qualidade nos serviços de saúde é responsável por aperfeiçoar os métodos utilizados no atendimento ao doente e à família e, para isso, deve existir a humanização na assistência, de modo que garanta a satisfação, tanto dos clientes de saúde, quanto aos prestadores de serviços, possibilitando o alcance dos objetivos traçados.

Nesse sentido, as instituições de saúde devem ter como meta o atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários. Para tanto, é de extrema importância que as atividades desenvolvidas por essas instituições estejam fundamentadas em processos capazes de garantir um elevado padrão de qualidade (PERTENCE; MALLEIROS, 2010).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde não é uma preocupação recente, uma vez que, são identificadas propostas de melhoria através da percepção e conseqüentemente, correção das falhas, abordadas no contexto do surgimento da acreditação hospitalar. Essa melhoria, portanto, tornou-se um fenômeno universal, pois deixou de ser um simples conceito teórico e passou a ser considerada uma atividade cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços.

Dentro do sentido de qualidade as instituições de saúde estão adotando programas que satisfaçam critérios de qualidade em saúde. Tais instituições são motivadas pela intenção de satisfazer seus clientes, cumprir normas governamentais e restaurar sua imagem pública, embora nem todas estejam adaptadas a essas novas exigências, muitas vezes por, desinteresse ou por desconhecimento (AZEVEDO et al;2002).

No que se refere às instituições de saúde, Novaes (1998, p. 9) afirma que o “desenvolvimento de Programas de Garantia de Qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral”. Assim, a comprovação da

excelência na prestação de serviços, está associada a percepção dos clientes, além do cumprimento de normas legais.

Na atualidade, as organizações de saúde tanto públicas como privadas que não buscam a qualidade, na maioria das vezes, acabam destinando seus recursos de forma errada; essa forma ineficaz de aplicar os recursos não só apenas influencia nos seus resultados, mas pode também afetar na capacidade de sobrevivência no mercado, deixando-as, incapazes de acompanhar a evolução pela a qual passa a saúde.

Frente a esse cenário, é perceptível uma preocupação em relação à garantia da qualidade nas instituições de saúde. As mesmas tem tido grande preocupação em relação à sua imagem. Com isso, surgem os programas de qualidade, responsáveis por identificar o nível de acreditação hospitalar.

2.5 ACREDITAÇÃO

Entende-se por certificação o processo pelo o qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou um indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas (BITTAR, 1999).

Em 1910, Ernest A. Codman, cirurgião americano que atuava em Boston, propôs que o hospital deveria acompanhar o paciente individualmente, levando o tempo que fosse necessário para o tratamento atingir os objetivos estabelecidos. Caso houvesse falhas, seria necessário identificar as causas e propor sugestões de correção para garantir sucesso nos casos subsequentes (RODRIGUES et al;2011).

Essa iniciativa tinha como objetivo avaliar a forma como eram prestados os serviços, visando à percepção dos erros e as propostas de melhoria, possibilitando que o hospital estivesse dentro dos padrões estabelecidos.

A padronização dos hospitais também foi proposta por Ernest A. Coldman em sua dissertação intitulada “O produto dos hospitais”. Conforme Rodrigues et al. (2011), esta foi responsável por estimular a reflexão e o debate sobre o assunto, para que fosse possível aprimorar a qualidade nos serviços hospitalares, pois propunha a elaboração de relatórios capazes de identificar, da forma mais exata possível, os resultados obtidos com o tratamento dos pacientes. Além disso, os padrões deveriam ser suficientes para reconhecer os melhores hospitais e estimular a busca constante pela qualidade.

Diante da necessidade de criar um instrumento que avaliasse a qualidade na saúde frente a esse cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu um método capaz de cumprir esse

objetivo na área de acreditação hospitalar. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar busca promover amplo entendimento em âmbito nacional em processo permanente de melhoria da qualidade.

De acordo com Azevedo et al (2002), esse programa foi desenvolvido no Brasil através do Ministério da Saúde com base no Programa de Garantia e aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria do Gabinete do Ministro Ministério da Saúde 1.107, de 14 de junho de 1995. O processo de Acreditação Hospitalar no Brasil é operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação-ONA, com reconhecimento do Ministério da Saúde através da Portaria 538, de 17 de Abril de 2001.

A acreditação hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões em grau de complexidade crescente. Os que orientam a avaliação dos diversos serviços do hospital. O status de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Constitui essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização (NOVAES, 1999, p.11).

A proposta da acreditação é o desenvolvimento de um instrumento capaz de permitir aos hospitais seu interesse pela busca constante da qualidade, através da avaliação dos recursos utilizados, estabelecendo padrões previamente definidos que proporcionem o alcance dos resultados detectados pela utilização dos indicadores capazes de possibilitar o controle e, conseqüentemente, a avaliação das melhorias.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um desses instrumentos, de seções e subseções. Nas subseções são definidos os padrões, organizados por grau de satisfação ou complexidade crescente e correlacionadas. Estes devem possibilitar o alcance de um nível de qualidade superior, o qual os níveis anteriores obrigatoriamente devem ter sido satisfeitos. Os níveis vão do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade (OLIVEIRA et al; 2003).

De acordo com o Manual (BRASIL, 2002), a instituição hospitalar deve observar as propostas dos três níveis de avaliação que nortearão o processo de acreditação.

- No nível 1; 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 profissional e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

- O nível 2; evidencia a adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar , referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatística básica para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. São princípios orientadores do nível 2: existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; 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 focalizadas no cliente/paciente.
- Já o nível 3; engloba políticas institucionais de melhoria contínua nos aspectos de estrutura, inovações tecnológicas , atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do hospital, para sua acreditação. Esses itens são fontes nas quais os avaliadores vão procurar provas ou que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre com um determinado padrão e em que nível. As fontes podem ser: qualquer documento do hospital; entrevista realizada com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares; prontuários médicos; registros dos pacientes.

Os resultados são estabelecidos de acordo com o alcance de cada nível, podendo ser apresentados nas seguintes situações: - não acreditado, quando não atende aos padrões e níveis mínimos exigidos; - acreditado, quando está em conformidade com os padrões definidos no nível 1; acreditado pleno, quando está em conformidade com os padrões definidos no nível 2 e acreditado com excelência quando atende aos padrões definidos no nível 3.

Esse processo de avaliação permite que qualquer hospital se empenhe na busca pela qualidade mesmo que em diferentes regiões do país, desde as mais pobres até as mais ricas. Porém, a intenção é que todos os profissionais de saúde possam se envolver para avaliar os pontos fortes e fracos da instituição, diante deste ponto de vista, a instituição deve traçar metas para que possa garantir a qualidade.

3 ASPECTOS METOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Medeiros (2008, p. 38), “se constitui num procedimento formal para a aquisição de conhecimento sobre a realidade. Exige pensamento reflexivo e tratamento científico”, fazendo-se necessário o levantamento de informações capazes de posicionar o autor diante do assunto abordado.

O estudo teve uma abordagem qualiquantitativa que de acordo com Goldenberg (2007), a interação da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões. Ele não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista, pode investigar diferentes questões em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos.

De acordo com Vergara (2010), a presente pesquisa pode ser classificada quanto aos fins como uma pesquisa de caráter exploratório e explicativo. No qual a investigação exploratória é aquela aplicada em uma área com pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Este tipo de pesquisa não comporta hipóteses, porém, as mesmas podem surgir durante ou ao final da pesquisa. Já a explicativa, objetiva tornar algo inteligível, de forma a justificar os motivos. Procura esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma, para a ocorrência de um determinado fenômeno.

Já quando se trata dos meios de investigação, o trabalho trata de um estudo de caso que, de acordo com Vergara (2010), “é o circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como família, produto, empresa, órgão público, comunidade ou mesmo país”. Segundo Gil (2010), os estudos de caso executados com rigor requerem a utilização de fontes documentais, entrevistas e observações.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital do município de patos - pb, cuja atenção hospitalar abrange aproximadamente 80 municípios circunvizinhos. A coleta dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2012.

A população estudada foi composta por 30 funcionários do setor administrativo do referido hospital. A amostra compreendeu 10 destes funcionários, que corresponde a 33,33% da população em análise, caracterizando-se como uma amostragem aleatória simples a qual cada elemento da população tem uma chance determinada de ser selecionada. Em geral, atribui-se a cada elemento da população um número e depois é feita a seleção aleatória, casualmente (VERGARA, 2007). Todos os participantes foram esclarecidos e orientados quanto à natureza e ao significado do estudo proposto, para inclusão dos mesmos na amostra.

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um questionário (APÊNDICE A) previamente elaborado, contendo questões abertas e fechadas. Inicialmente, foram contatados os responsáveis do referido hospital, e em seguida, foi aplicado o questionário aos colaboradores da área administrativa, conforme definido na metodologia da pesquisa.

A análise foi realizada usando a distribuição de frequências simples, elaborada após a tabulação dos dados encontrados e traçando as porcentagens referentes às respostas dadas. Em seguida, procurou-se estabelecer uma relação entre o que foi abordado pelos teóricos ao que foi identificado na prática organizacional.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A instituição estudada foi um Hospital, localizado no município de Patos PB, responsável por atender a população local e de cidades circunvizinhas, fundado por volta da década de 1950.

Depois da realização da coleta de dados, foi feita uma análise com base nos resultados obtidos, procurando relacionar o que foi abordado na fundamentação teórica deste trabalho com o que foi identificado pelos entrevistados, possibilitando o desenvolvimento de conclusões acerca da realidade organizacional da instituição pesquisada.

A primeira questão teve por objetivo investigar quanto ao entendimento dos entrevistados sobre o conceito de qualidade, questionando apenas se sabiam ou não o seu significado e todos afirmaram conhecê-lo. Isso pode ter sido influenciado pelo fato de que este conceito é entendido sob diversas vertentes e estes associaram à ideia de melhoria nos procedimentos de forma que garanta a eficiência no atendimento avaliando enquanto consumidores.

Conforme define Deming (1993), a qualidade está associada ao ponto de vista do cliente quanto à melhoria do produto ou serviço. A resposta dada pode ser comprovada no decorrer do questionário, de acordo com as respostas dadas ao que se investiga acerca deste assunto.

O questionamento seguinte esteve pautado em avaliar subjetivamente quais as ações efetivadas na instituição para garantir a qualidade nos serviços de saúde, solicitando que fossem identificadas algumas ações desenvolvidas para atingir esse objetivo.

Foram citadas as seguintes: classificação de risco que é um método utilizado para identificar o tipo de atendimento; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA- Que

está ligado à prevenção de acidentes no trabalho; mãos limpas, humanização em saúde e curar brincando, que são projetos desenvolvidos com o objetivo de garantir a melhoria contínua no atendimento aos pacientes, capacitação dos funcionários através de treinamentos em vários segmentos e excelência no atendimento.

Percebe-se, portanto, que os entrevistados mencionaram exemplos de ações ligadas tanto à qualidade voltada ao paciente, quanto ao desenvolvimento de suas atividades. Isso está relacionado à ideia de Campos (2004) ao afirmar que a qualidade de um produto ou serviço está relacionada à forma segura e ao tempo em que são atendidas as necessidades do cliente, pois a instituição procura desenvolver meios que garantam o alcance desses objetivos.

Em seguida, foi questionado se a instituição utiliza o ciclo PDCA, que consiste em um plano de ação utilizado, visando identificar as possíveis falhas e propor melhorias para a tomada de decisão. Os resultados encontrados foram os seguintes:

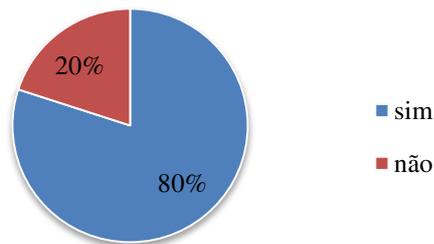


Gráfico 1: Utilização do ciclo PDCA
Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Observa-se de acordo com o gráfico que 80% afirmou utilizar essa ferramenta. No entanto, antes de responder, alguns ainda questionaram sobre o que seria e, quando explicado, afirmavam automaticamente a utilização. É perceptível, portanto, que mesmo fazendo uso da ferramenta, ainda não apresentam uma definição teórica acerca do assunto.

Conforme o manual de ferramentas da qualidade do SEBRAE (2005), esta deve ser usada na organização para possibilitar o planejamento e implantação de processos, inclusive melhorias e/ou correções. Diante disso, nota-se o empirismo nas ações ligadas à qualidade, pois todos deveriam ter conhecimento dos métodos utilizados. Isso possibilitaria maior sucesso no alcance dos resultados.

A questão seguinte investigou se a instituição utiliza ou não a ferramenta de qualidade denominada 5S. As respostas se encontram dispostas no gráfico a seguir:

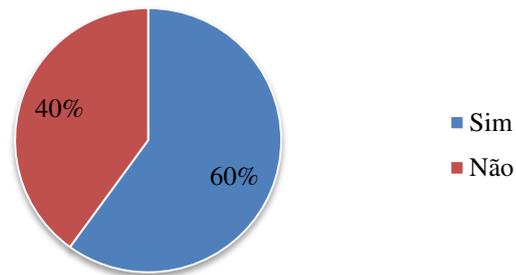


Gráfico 2: Utilização da ferramenta 5S
Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A maioria (60%) afirmou que esta também era uma ferramenta utilizada na instituição e apenas 40% respondeu que não. A resposta da minoria pode estar relacionada ao fato de que estes não a conhecem e não tiveram a curiosidade de questionar sobre o assunto. Dos que responderam “sim”, alguns já tinham ouvido falar, os outros questionaram sobre o que seria esta ferramenta e associaram a algumas ações que apresentam características ligadas a ela.

De acordo com as respostas, nota-se, assim como na questão anterior, que não existe um conhecimento real acerca do assunto. Entretanto, na prática executa o que propõe a ferramenta 5S que, segundo Pertence; Malleiro (2002) está associada à filosofia de qualidade que cria condições necessárias à implantação de projetos que proporcionam a melhoria.

Depois da avaliação quanto às ferramentas utilizadas, questionou-se sobre o que tem sido feito para melhorar os níveis de qualidade. As respostas foram as seguintes: constante preocupação em manter os ambientes limpos e organizados, adequados ao atendimento; realização de treinamentos com os funcionários, visando à melhoria contínua nos procedimentos técnicos; construção e reformas de ambientes destinados ao atendimento dos pacientes; garantia da acessibilidade aos portadores de deficiências.

Isso confirma o que foi identificado na primeira questão quanto à percepção de qualidade, pois estes a relacionam basicamente à capacitação dos funcionários e à melhoria na estrutura física. Sem dúvida, estes são fatores que contribuem para a garantia da qualidade, porém não são os únicos. Azevedo et al. (2002) afirmam que, nesta área, devem ser contempladas a satisfação dos clientes, o cumprimento de normas governamentais, além da restauração da imagem pública.

Deve-se, ainda, de acordo com Novaes (1998), atestar a qualidade dos serviços, através de habilitações e licenças emitidas pelas autoridades sanitárias, garantia da prevenção de riscos e a existência de especialidades médicas. Nesse sentido, é notório que ainda devem

ser executadas várias ações que possibilitam o alcance do nível de qualidade necessário a esse tipo de organização.

No tocante à acreditação hospitalar, foi perguntado inicialmente, se os entrevistados tinham conhecimento do conceito. A maioria destes (70%) respondeu que não sabia do que se tratava e 30 % afirmou saber. No entanto, foi observado que, assim como outros conceitos abordados no questionário, houve dificuldade quanto à compreensão, quando era explicado através de exemplos práticos.

Em seguida, foi questionado sobre os instrumentos de avaliação da qualidade utilizados na instituição. Os resultados estão dispostos no gráfico:

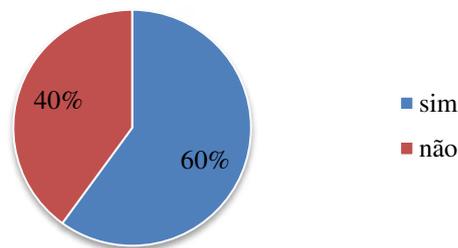


Gráfico 3: Instrumentos de qualidade
Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Por se tratar de uma questão objetiva com apenas duas opções de resposta, não foram exemplificados quais os instrumentos utilizados; no entanto, os entrevistados consideraram, em sua maioria, que estes existem na instituição. Isso comprova o que já foi mencionado em questões anteriores quanto ao empirismo nas ações executadas, na medida em que as respostas foram dadas, levando em consideração alguns procedimentos técnicos usados.

De acordo com Rodrigues et al (2011), as organizações podem utilizar instrumentos elaborados de acordo com as características dos serviços a serem avaliados, além de programas especificamente voltados à acreditação hospitalar.

Seguindo o questionamento sobre a utilização desses instrumentos, investigou-se quanto ao conhecimento do manual brasileiro de acreditação, que é considerado um dos principais. Diante disso, 80% dos entrevistados assegurou que não o conhecia e não sabia qual a proposta deste que, segundo Novaes (2002), é responsável por definir padrões organizados em seções e subseções, envolvendo medidas a serem adotadas pela instituição com o objetivo de avaliá-la como acreditada ou não.

E por último, os entrevistados foram indagados quanto ao interesse da instituição em se tornar acreditada dentro do contexto hospitalar. Os resultados evidenciados sequencialmente no gráfico 4:

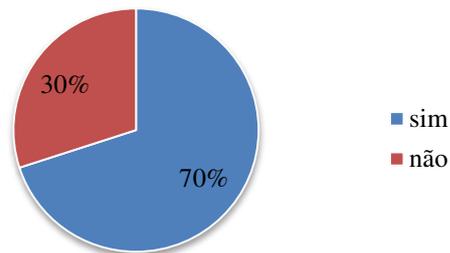


Gráfico 4: Acreditação hospitalar
Fonte: Dados da pesquisa (2012)

De acordo com o resultado apresentado, observa-se que 70% reconhece essa necessidade associada à qualidade percebida pelos pacientes que reflete na credibilidade da instituição.

Portanto, pela pesquisa, foi possível constatar que, apesar de já serem executadas algumas ações voltadas ao alcance do nível de qualidade na instituição, ainda há muito a ser feito para esse objetivo ser atingido, pois é perceptível que ainda não existe um engajamento total da equipe, considerando-se que a maioria não tem conhecimento do que está sendo executado para garantir a eficiência na prestação dos serviços. Além disso, foi possível identificar claramente o empirismo nas decisões gerenciais que estão pautadas em experiências positivas para traçar os novos rumos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste trabalho que consistiu em identificar a qualidade e acreditação hospitalar na instituição pesquisada, foi possível analisar que esta ainda não atingiu o nível de qualidade que possibilite o seu enquadramento no contexto das instituições acreditadas.

Essa avaliação é feita de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, no qual são definidos parâmetros a serem seguidos para alcançar o nível de qualidade esperado. A instituição, portanto, ainda não apresenta um plano estruturado, capaz de garantir o acompanhamento dos serviços prestados, conforme é proposto no manual.

De acordo com os resultados obtidos, foi possível analisar que grande parte das ações sempre esteve baseada em experiências positivas já vividas que garantiram, segundo a percepção dos colaboradores, a qualidade nos serviços prestados. É perceptível, no entanto, que mesmo não conhecendo claramente os procedimentos adotados, todos executam o que é definido pelos superiores.

Partindo do pressuposto de que a acreditação hospitalar está ligada às ações adotadas na implantação e verificação da qualidade, observou-se que a instituição utiliza procedimentos que estão de acordo com essa realidade. No entanto, ainda não segue os parâmetros definidos pelo manual de acreditação, limitando-se à utilização de algumas ferramentas que possibilitem a percepção de qualidade por parte dos usuários.

Diante dessa realidade, propõe-se que o hospital defina instrumentos claros e objetivos de avaliação da qualidade que permitam o acompanhamento do que vem sendo executado na prática, garantindo maior eficiência e alcançando os resultados esperados para se tornar uma instituição acreditada.

Ressalta-se, no entanto, que a busca pela qualidade não está relacionada apenas aos gestores do próprio hospital, mas também aos órgãos competentes que garantem o repasse de recursos, já que se trata de uma instituição pública. Não obstante, esse interesse deve prevalecer diante dessa realidade e todos devem contribuir efetivamente para a melhoria contínua e, conseqüentemente, para a garantia da qualidade.

Nesse sentido, a realização do presente estudo poderá contribuir para a melhoria nos procedimentos que conduzem ao alcance da qualidade e acreditação hospitalar, na referida instituição, além de motivar a realização de pesquisas futuras que mensurem o nível de qualidade atingido, incentivando assim, a comunidade acadêmica a desenvolver estudos voltados à área como um todo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Daniela Lange. et al. **Gestão da mudança na saúde**. A acreditação hospitalar. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Curitiba/PR, Outubro de 2002.

BALLOU, Ronald. **Logística empresarial**. São Paulo: Atlas, 1993.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. **Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde**. Revista da Associação Médica Brasil 1999.

BORBA, V. R; LISBOA, T. C. **Teoria geral da administração**: estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação hospitalar**/secretaria de assistência á saúde. 3. ed. rev. e atual- Brasília: Ministério da Saúde,2002.

CAMPOS, Vicente Falconi, TQC – **Controle da qualidade total no estilo japonês**. ed. INDG Tecnologia e serviços LTDA, 2004. 256 p.

CHERUBIN, N. A. SANTOS, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos**. 3. ed. São Paulo: Loyola 2002.

CONTE Antônio Lázaro; DURSKY, Gislene Regina. FAE. **Qualidade**. Coleção gestão empresarial. Centro universitário: Gazeta do povo.

COUTO, Renato Camargo, PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Hospital acreditação e gestão em saúde**. 2.ed – Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan, 2007.

DEMING, W.E. **Dr. Deming: o americano que ensinou a qualidade total aos japoneses**. Rio de Janeiro: Record, 1993.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências Sociais**. 10.ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2010.

GURGEL JUNIOR, G. D; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 002, p. 325-334, fev. 2002.

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. **A administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar**. 2008. 28f. Projeto de pesquisa (graduação). Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ). Belém – PA.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. Tradução Ailton Bonfim Brandão. 5. ed. 7 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008

LACOMBE, Francisco. **Dicionário de administração**. São Paulo: Saraiva: 2004.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008

NOVAES, H. M. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília: secretaria de políticas públicas de saúde, Ministério da Saúde, 1998.

OLIVEIRA, David Vital de. et al. **Acreditação hospitalar: como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde**. XXIII Encontro Nacional de Engenharia da Produção Ouro Preto-MG, 2003.

PACHECO, Waldemar Junior. **Qualidade na segurança e higiene do trabalho: série SHT9000, normas para a gestão e garantia da segurança e higiene do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1995.

PERTENCE, Poliana Prioste. MALLEIRO, Marta Maria. **Implantação de ferramentas de gestão de qualidade em hospital universitário**, rev.esc enferm, USP, 2010.

RODRIGUES, Marcus Vinicius et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

SEBRAE, **Manual de ferramentas da qualidade**, Agosto, 2005.

SOUSA, Milena Nunes Alves de. **Gestão hospitalar:** da origem dos hospitais aos aportes teóricos da ciência gerencial e sua aplicabilidade no âmbito hospitalar. Curitiba: CVR, 2010.

SOUSA, Tuérpia Tammises Soares de. **Qualidade no serviço hospitalar patoense:** estudo da percepção do administrador e dos clientes de saúde. Monografia (graduação) UEPB, Patos.

VERGARA Sylvania Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

QUALITY AND ACCREDITATION IN HEALTH: A CASE STUDY IN A HOSPITAL OF THE CITY OF PATOS-PB

Abstract

This study aims to identify the quality and accreditation in a hospital located in the city of Patos-PB. It was initially approached the emergence of hospitals and hospital management. Then, we talk about quality and the beginning of the health services, to the creation of the National Accreditation Organization. It can be seen, therefore, that the actions taken in the implementation and verification of quality are strongly linked to the principles of accreditation. To achieve the objectives outlined we used as methods, a literature search of exploratory and explanatory as well as a case study. For this purpose, a questionnaire was administered to 10 of the 30 employees in order to achieve the opposite results suggested central proposal of this work. Through these results, we found that it has not yet reached the level of quality that fits in the context of accredited institutions. However, seeks to achieve a level of quality through actions related to this goal.

Keywords: Quality; Believing; Hospital management.

Eu, Joana D'arc Xavier Pereira, aluna do curso de Bacharelado em Administração da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) estou fazendo um estudo sobre “Qualidade e Acreditação em Saúde”: O estudo de caso em um hospital do município de Patos-PB. Com este objetivo solicito sua compreensão e colaboração para que responda as questões que se seguem.

QUESTIONÁRIO

1. Você sabe o que é qualidade?
sim () não ()
2. Quais as ações efetivadas na instituição para garantir a qualidade nos serviços de saúde?
3. A instituição utiliza-se do ciclo PDCA para tomada de decisão?
sim () não ()
4. E 5s?
sim () não ()
5. O que você acha que a empresa tem feito para melhorar seus níveis de qualidade?
6. Você sabe o que é acreditação?
sim () não ()
7. O hospital possui algum instrumento de avaliação a qualidade?
sim () não ()
8. A instituição tem algum conhecimento sobre o manual brasileiro de acreditação?
sim () não ()
9. Existe algum interesse do hospital em se tornar uma instituição acreditada?
sim () não ()