

Acreditação como ferramenta de competitividade: um estudo comparativo entre hospitais da rede particular com e sem certificação

Accreditation as a competitiveness tool: a comparative study between hospitals of the particular network with and without certification

Maycon da Silva Gerônimo¹

Ana Valeria Gomes Moreira²

Adailton Batista Santos II³

Ricardo Daher Oliveira⁴

Rialberth Matos Cutrim⁵

¹ Graduado em Engenharia de Produção, Pós-Graduando em Engenharia de Qualidade – Seis Sigma, MBA em Gerenciamento de Projetos e Pesquisador. Universidade Ceuma
maycon.geronimo@hotmail.com

² Graduada em Engenharia de Produção e Pesquisadora. Universidade Ceuma
valeria.anag@outlook.com

³ Universidade Ceuma
Graduado em Engenharia de Produção e Pesquisador
secondd2@hotmail.com

⁴ Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, e Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP e na Hautes Études Commerciales de Montréal – HEC/ Universidade de Montreal, Canadá, certificado com pós-doutoramento pelo Departamento de Ciências Sociais e pela Universidade de Aveiro, Portugal. Graduado em Administração de Empresas, Contabilidade e Economia, com especialização em Auditoria e Controladoria, Finanças e Mercado Futuro e especialista em Formação de Gerentes e Diretores pela Fundação Getúlio Vargas – FVG, Executivo e Professor de graduação, pós-graduação e mestrado da Universidade Ceuma.
Universidade Ceuma
ricardo.daher@hotmail.com

⁵ Mestre em Ciência e Engenharia dos Materiais; Graduado em Engenharia Mecânica; MBA em Gestão de Projetos; Coordenador dos cursos de Engenharia de Produção e Mecânica da Universidade Ceuma.
Universidade Ceuma
rncutrim@hotmail.com

Resumo

Este estudo busca comparar hospitais com e sem certificação hospitalar e demonstrar a importância da certificação para o processo de qualidade do hospital. Tendo um foco comparativo a gerar dados qualitativos a ser realizado na cidade de São Luís, utilizando o Programa de Certificação das Empresas de saúde, cuja base dos questionamentos é o manual de acreditação da ONA, usado pelo Ministério da Saúde do Governo Federal. O instrumento de coleta dos dados foi o check-list de auditoria, onde os resultados foram contabilizados através da análise dos requisitos (liderança, estratégia e planos, clientes, pessoas, processos e resultados) que possibilitaram analisar, avaliar, classificar cada item. As principais conclusões constatarem os benefícios que tem o hospital com do sem certificação, demonstrando a importância de controlar os processos, desenvolver e treinar os colaboradores, ter uma visão estratégica e buscar a satisfação dos clientes através do serviço de qualidade.

Palavras-chave: Acreditação. Hospital. Comparação. Qualidade.

Abstract

This study seeks to compare hospitals with and without hospital certification and demonstrate the importance of certification for the hospital quality process. Having a comparative focus to generate qualitative data to be carried out in the city of São Luís, using the Health Companies Certification Program, based on the questionnaire, the ONA accreditation manual, used by the Ministry of Health of the Federal Government. The data collection instrument was the audit checklist, where the results were counted through the analysis of the requirements (leadership, strategy and plans, clients, people, processes and results) that made it possible to analyze, evaluate and classify each item. The main conclusions confirm the benefits of the hospital with the non-certification, demonstrating the importance of controlling the processes, developing and training employees, having a strategic vision and seeking customer satisfaction through quality service.

Keywords: Accreditation. Hospital. Comparison. Quality.

1 Introdução

Em um mercado cada vez mais competitivo as organizações estão em constante mudança, a fim de aperfeiçoar e aprimorar o desempenho dos seus processos. Para isso, faz-se necessário a utilização de ferramentas que possibilitem planejar e orientar os gestores na tomada de decisão, na busca de oferecer serviços de qualidade que satisfaça e atenda as expectativas do consumidor.

Com o crescente aumento da população, a demanda por atendimento hospitalar tem crescido na mesma proporção, porém os hospitais não têm estrutura para comportar e atender a essa demanda, com isso aumenta o número de usuários do sistema de saúde insatisfeitos com os serviços médico-hospitalares, por diversos fatores tais como: erros de diagnósticos médicos, estrutura física imprópria para atendimento, entre outros

Com isso, determinar critérios e métodos eficazes, são necessários para assegurar qualidade, controle e execução do processo. Oferecendo suporte aos gestores, tendo como foco garantir a disponibilidade de recursos e de informações necessárias para medir e analisar os processos de determinada tarefa ou serviço. Sendo assim, a ferramenta que auxilie nesse aspecto é a Acreditação Hospitalar, que possibilita avaliar a qualidade da assistência ao paciente, através de procedimentos de avaliação dos recursos institucionais de cada hospital com base em padrões determinados, tendo em vista a satisfação do cliente, afinal quando os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis (reduzindo os desfavoráveis) atinge-se o grau de “qualidade” (Bittar, 2004).

No Brasil, as organizações prestadoras de serviços de saúde e, em particular, as organizações hospitalares têm sido pressionadas a aceitarem exemplos de gestão que respondam apropriadamente às transformações sociais e econômicas,

ao agravamento da crise financeira no setor de saúde. Sendo assim, a Acreditação causa choque interno à organização pela melhoria de processos e desempenho superior, e externo, ao apresentar um produto compreendido como diferenciado na sua qualidade. Pode-se dizer que a Acreditação Hospitalar é uma certificação de qualidade, baseado em padrões exigidos por um manual (ONA – Organização Nacional da Acreditação e JCI – *Joint Commission International*).

Considerando-se a relevância do tema abordado por este trabalho, o presente artigo tem como problema de pesquisa: De que forma a Acreditação Hospitalar poderá contribuir para garantir a qualidade nos serviços prestados nos hospitais? Tal questionamento há de requerer tanto, uma revisão bibliográfica quanto, a utilização de mecanismos de observação ou coleta de informações capazes de permitirem que, a temática investigada atinja o objetivo geral da pesquisa que é: Verificar de que forma a acreditação hospitalar contribui para a garantir a qualidade na prestação de serviço dos hospitais.

2 Referencial Teórico

A seguir será apresentado o quadro teórico que forneceu suporte ao desenvolvimento deste trabalho. Para tanto, foram revisados os temas Gestão da qualidade, Qualidade das Empresas de Saúde, Acreditação. Apesar de ser vasta a literatura sobre os três temas, o propósito não foi neste estudo esgotar ambos.

2.1 Gestão da Qualidade

Sistema de Gestão da Qualidade são todos os processos usados por uma organização, grande ou pequena, para gerenciar suas atividades. Sabe-se que na maioria das vezes, em pequenas organizações não possui sistemas padronizados, com

descrição do processo, de forma que a maioria encontra-se apenas em conhecimento do proprietário ou gerente (Paladini, 2004).

Em um ambiente com constantes e crescentes desafios, as atividades de gestão interfere no alcance do objetivo da organização, na busca de garantir a sobrevivência da mesma, possibilitando diferenciá-la quanto a natureza e intensidade. Caberá ainda ao processo de gestão, administrar os recursos, extrair deles a melhor utilidade possível e definir um nível de ação que garanta integral aproveitamento dos potenciais das organizações. (Paladini, 2004)

Sendo assim, observa-se a importância de garantir a qualidade em todos os aspectos da organização e essa qualidade vem desde a revolução industrial, na qual foi um grande marco para o surgimento da gestão da qualidade, pois antes as produções dos bens de consumo eram feitos à mão, na casa dos próprios trabalhadores. Após a revolução houve um crescimento da produção desses bens, o que necessitou a descentralização da produção dos mesmos, onde os produtos que passavam apenas na mão de um operário passaram agora por diversos até chegar ao produto final (Lobo & Silva, 2014).

A gestão da qualidade é bastante abrangente e utilizada no cotidiano das organizações de diversas formas. Mediante a isso diversos são os conceitos que abrangem a qualidade, tais como: transcendental, a qualidade consiste em excelência, é absoluta e universalmente conhecível; qualidade baseada no produto, onde a mesma é uma variável precisa e mensurável; qualidade baseada no usuário, busca melhor atender aos consumidores que almejam produtos que satisfaçam suas necessidades; qualidade na produção, é mensurada no que foi planejado e executado e qualidade no valor, baseia-se no nível de excelência em grau de um valor aceitável (Carvalho & Paladini, 2012).

As empresas na busca de manterem-se competitivas no mercado utilizam-se de ferramentas que contribuem para diminuir desperdícios, aumentar a produtividade, diminuir custos, controlar os processos, entre outros. Assim sendo, a gestão da qualidade garante as empresas através de melhorias e análises estratégicas, confiabilidade e qualidade do produto, visando o ciclo de vida e maximizando as chances de satisfação do cliente (Carpinetti, 2012).

Com a diversidade de produtos faz-se necessário o aumento da produção, a fim de atender a demanda do mercado, com isso surge a necessidade de aprimorar e controlar de forma mais efetiva os processos dando início ao controle estatístico da qualidade. Nesta etapa, cada parte do processo é organizada e controlada o que facilita na identificação dos gargalos e conseqüentemente auxilia no planejamento de melhorias, através de ferramentas que busque avaliar a decorrência, a frequência e intensidade que esses gargalos acontecem. Mas, para que a ferramenta utilizada seja adequada faz-se necessário a utilização de técnicas estatísticas, que garanta um nível de confiabilidade (Lobo & Silva, 2014).

A implantação dessa nova forma de produção e gestão dos processos gera impacto na organização, que quando se cumpre todos os requisitos se torna mínimo perante aos ganhos que se tem em médio prazo. Robles (1996), afirma que os custos de qualidade podem ser subdivididos em duas macros categorias: custos de controle e custos das falhas dos controles, como mostra o Quadro 1.

Já Slack *et al.* (2015) subdivide esses custos da qualidade como: custos de prevenção, que buscam identificar os erros existentes e planejar processos, a fim de minimizar ou reparar essas falhas; a também os custos de avaliação que visam controlar e inspecionar o decorrer do processo, na busca de obter dados do processamento; e os custos de fa-

Custos de Controle	Custos de Prevenção
	Custos e Avaliação
Custos das Falhas dos Controles	Custos de Falhas Internas
	Custos de Falhas Externas

Quadro 1: Custos da qualidade

Fonte: Robles (1996).

lhas internas e externas, que estão associados a detectar erros relacionados a custos decorridos de uma má qualidade, gerando retrabalhos em operações internas, e nas operações externas têm-se os fatores que são detectados pelos clientes, que são custos de erros já ocorridos, gerando assim, clientes insatisfeitos, custos com garantia. Com isso, faz-se necessário gerenciar esses custos, na busca de prever erros e evita-los, aumentando assim a produtividade e a qualidade dos processos produtivos.

Para auxiliar as organizações a gerenciar seus processos, visando melhorar a qualidade do produto, diminuir custos, satisfazer as necessidades do cliente, utiliza-se um modelo eficaz que a Gestão da Qualidade Total (TQM). Segundo Slack *et al.* (2015) o termo TQM originou-se no Japão onde foram os primeiros a adotarem essa abordagem, em seguida, demais locais começaram a utilizar, passando assim a terem os denominados “gurus da qualidade”, colocando a qualidade no centro das operações. Este grupo de gurus formado por especialistas sendo os mais procurados o W. Edwards Deming, Joseph M. Juran e Philip Crosby. Todos têm a mesma perspectiva do desafio da qualidade, que a mesma só é obtida quando há contribuição de todos envolvidos neste processo. Em contrapartida os gurus discordam no que diz respeito a como melhorar a qualidade.

Juran (2009) descrevendo os itens mais usuais nas definições de qualidade voltadas a presta-

ção dos serviços, destaca: “características; desempenho; competitividade; pontualidade; cortesia; capacidade do processo; ausência de erros e conformidades com os padrões e procedimentos” ele ainda enfatiza como pontos amplamente debatidos a “duração do ciclo; a pontualidade; a ausência de erros; a competitividade e a segurança no local de trabalho e por fim conceitua qualidade”: “é a ausência de defeitos, promove a satisfação do cliente com o produto ou serviço; é a adequação ao uso”.

Com isso o controle estatístico de qualidade começa a exercer sua função que é de prever os limites de variâncias e tentar diminui-los. Após contribuir nessa alavancada para o Japão o mesmo foi convidado pelos EUA para ministrar palestras a líderes de grandes organizações sobre controle estatístico da qualidade, a fim de coletar dados demográficos, econômicos e sociais. Deming a partir daí crítica à gestão empresarial dos EUA, e contesta que a maior parte dos problemas decorre da falta do auxílio da gerência para com os empregados; programas motivacionais falhos; falta de controle no que se trata a qualidade do fornecedor, o que pode ser melhorado através da análise dos credenciamentos dos fornecedores de acordo com os catorze pontos de Deming, mostrados no Quadro 2:

De acordo com Juran, existem dois tipos de qualidade: adequação ao uso e conformidade com as especificações. Nas empresas o que ocorria com frequência produtos conformes às especificações e não adequados ao uso, com isso a solução seria treinar pessoal, selecionar fornecedores, estabelecer planejamento, estreitar a comunicação entre a alta gerência e o operacional, a fim de gerenciar e melhorar a qualidade, Juran contribui com dez passos para melhoria da qualidade mostrados no Quadro 3.

Segundo Carpinetti (2012) as ideias elaboradas por Deming e Juran em relação ao desen-

Os catorze pontos de Deming para a gerência da qualidade
1. Criar constância de propósito em direção à melhoria do produto e serviço.
2. Adotar uma nova filosofia: Não podemos mais viver com os níveis habitualmente aceitáveis de atrasos, erros, materiais defeituosos e mão-de-obra ineficiente.
3. Cessar a dependência da inspeção em massa. Em vez disso, exigir evidência estatística
4. Terminar a prática de recompensar o negócio com base no preço
5. Encontrar os problemas. É tarefa da gerência trabalhar continuamente no sistema
6. Instituir métodos modernos de treinamento na produção
7. Instituir métodos modernos de supervisão para os trabalhadores da produção. A responsabilidade dos supervisores tem de ser mudada de números para qualidade.
8. Eliminar o medo, a fim de que cada um possa trabalhar efetivamente para empresa.
9. Quebrar as barreiras entre departamentos.
10. Eliminar metas numéricas, pôsteres e slogans para a força de trabalho e a emenda de novos níveis de produção sem fornecer os métodos.
11. Eliminar padrões de trabalho que prescrevam quotas numéricas.
12. Remover as barreiras que se interpõem entre o trabalhador horista e seu direito ao orgulho pelo trabalho que faz.
13. Instituir um vigoroso programa de educação e reciclagem.
14. Criar uma estrutura na cúpula para cobrar, todos os dias, os treze pontos anteriores.

Quadro 2: Os catorze pontos de Deming para a gerência da qualidade

Fonte: Adaptado de Miranda (1994, p. 21).

Os dez passos de Juran para a melhoria da qualidade
1. Criar a consciência da necessidade e da oportunidade para melhoria
2. Estabelecer metas para melhoria
3. Organizar ara atingir as metas (estabelecer um conselho da qualidade, identificar problemas, selecionar projetos, indica equipes, designar facilitadores)
4. Fornecer treinamento
5. Desenvolver projetos para solucionar problemas
6. Relatar o progresso
7. Prover reconhecimento
8. Comunicar os resultados
9. Manter os resultados
10. Manter o momentum, tornando a melhoria anual parte dos processos regulares da companhia

Quadro 3: Os dez passos de Juran para a melhoria da qualidade

Fonte: Adaptado Miranda (1994, p. 24).

volvimento do controle de qualidade, se dá em função do declínio das organizações do EUA no que tange a competitividade, em relação aos concorrentes japoneses, que tinha em seus produtos maior qualidade e confiabilidade. Com a evolução do controle da qualidade total no Japão ficou claro a influência da satisfação do cliente em relação ao crescimento da organização.

Segundo Lages e França (2009) o início da utilização de normas da qualidade as organizações na busca de atender as necessidades dos clientes, e garantir a integridade do produto, necessita-se de normas da qualidade que garanta o cliente avaliar as especificações do produto, regem esses requisitos estabelecidos pela *International Organization for Standardization* (ISO).

Segundo Heizer e Render (2008), a Qualidade envolve satisfazer e ultrapassar as expectativas dos clientes quanto aos bens e serviços oferecidos. O termo qualidade, de acordo com a norma NBR ISO 9000, é o grau no qual um conjunto de particularidades intrínse-

cas contentam uma precisão ou perspectiva, que comumente é explanada de modo tácita ou explícita (ABNT, 2000).

Na tentativa de sintetizar normas para o desenvolvimento do sistema da qualidade como um consenso internacional (Maximiano, 2008, p. 175), elucida:

International Organization for Standardization (ISO) é uma organização internacional, privada e sem fins lucrativos, que criada em 1947 e tem sede em Genebra. [...] Publicou em 1987 manuais de avaliação do sistema da qualidade chamados Normas ISO série 9000 de Padrões Internacionais, que sintetizavam diversas normas nacionais já existentes, que regulamentavam as relações entre fornecedores e compradores. [...] Devido a sua grande aceitação, as normas ISO passaram a ser adotadas como mecanismos de auditoria da qualidade (Maximiano, 2008, p. 175).

Almeida, Souza e Mello (2010, p.64), compactuando com as ideias anteriores afirmam: “[...] para que a qualidade esteja instituída dentro de uma organização, é necessário que haja compromisso das pessoas envolvidas no processo. Todos devem trabalhar efetivamente a seu favor”. Nessa ótica, a responsabilidade é de todos, é uma questão de cultura impregnada na consciência de cada um dos envolvidos e que se traduz num treinamento contínuo até que se torne hábito.

De acordo com Araújo (2007) a qualidade também pode ser definida como a busca pela perfeição visando agradar os clientes que são cada vez mais exigentes e conscientes da quantidade de organizações e o que elas têm para oferecer. Essa filosofia busca a eliminação do retrabalho (fazer

novamente devido à falha) e visa o defeito zero, assim as organizações permanecem no mercado e obtêm mais lucros.

Segundo Araújo (2007), existem dois pontos de vista da Qualidade: de quem produz e de quem consome. Quem produz possui visão objetiva e segue normas e procedimentos de fabricação, onde a qualidade deve “estar em conformidade” com especificações para a produção (garantia técnica). Quem consome tem visão subjetiva, ou seja, aquilo que ele espera do produto, onde a qualidade precisa se adequar as expectativas dos clientes. (Barros, 1996 & apud. Araujo, 2007).

Meira e Ceron (2004) salientam que para o alcance de todos os objetivos do sistema de gestão da qualidade deve haver oito princípios:

- a) foco no cliente;
- b) liderança;
- c) envolvimento de Pessoas;
- d) abordagem de Processo;
- e) abordagem Sistêmica para a gestão;
- f) melhoria Contínua;
- g) abordagem Factual para tomada de decisão;
- h) benefícios mútuos na relação com fornecedores.

2.2 Qualidade das Empresas de Saúde

Segundo Labbadia *et al.* (2004), a inclusão da gestão da qualidade nas organizações prestadoras de serviço de saúde é um fator eficaz para a sua sobrevivência e confirma a necessidade dos profissionais pensarem, revisarem seus valores e as questões teóricas que garantem as boas técnicas no processo de trabalho.

O coeficiente de qualidade e o nível de satisfação são influenciados pela qualidade técnico científica dos profissionais, tipo de acolhimento, acesso e organização dos serviços, confirmando o conceito de qualidade que fundar-se na estabiliza-

ção da tríade estrutura, procedimento e resultado de um sistema (Feldman *et al.*, 2005).

Nota-se importantes transformações na área da saúde no que se menciona à necessidade de obter uma maior concorrência e conquistar novos mercados. O avanço crescente nos custos dos cuidados oferecidos, a precisão de consentir a perspectiva e direitos do cliente, a preocupação com a garantia da segurança de atendimento são aspectos que estabelecem dos profissionais de saúde uma transformação na forma de administrar a saúde, sendo inovadores e, além de tudo, mostrando nobreza no seu trabalho. Para avaliar essa excelência e seguir os avanços, os hospitais sentiram a necessidade de instituir procedimentos avaliativos para a prestação de seus serviços (Feldman *et al.*, 2005).

A implantação de mecanismos de gestão voltados para a melhoria da qualidade, como é o caso da acreditação, se torna essenciais para o futuro dos hospitais no setor privado ou público. A acreditação desponta no panorama mundial como uma das estratégias válidas para melhor encarar o desafio da avaliação e da qualidade dos serviços e do sistema de saúde (Correio Hospitalar, 2011).

Os padrões exigidos e verificados na avaliação da ONA são divididos por níveis 1, 2 e 3, com seus inícios norteadores e por modelos, sendo que cada modelo concebe um significado e uma lista de comprovação que consente a identificação da sua necessidade e a concordância com o padrão estabelecido:

Nível 1 – Acreditado – As exigências do padrão têm o foco exclusivo na estrutura/segurança, gerenciamento do risco da prestação de serviços e desempenho dos recursos humanos;

Nível 2 – Acreditado Pleno – O foco é a organização do trabalho, suas normas, rotinas e

protocolos atualizados e aplicados. Melhoria dos processos;

Nível 3 – Acreditado com Excelência – As exigências possuem foco na gestão da qualidade e de seus resultados. Gestão dos processos e indicadores.

A acreditação compara detalhadamente os serviços e os métodos de uma instituição com um conjunto de padrões preestabelecidos e aprovados por organismos nacionais e internacionais. Nessa situação, a acreditação é uma tecnologia de gestão adotada pelos hospitais que buscam aprimorar a segurança de seus procedimentos assistenciais e administrativos e a eficácia gerencial (Quinto Neto & Gastal, 2000).

2.3 Acreditação

A acreditação surgiu inicialmente nos Estados Unidos e logo se espalhou para vários outros países (Novaes, 2007). No princípio, a acreditação, foi implantada com a preocupação de proteger a profissão médica dos efeitos negativos de ambientes precários e organizações deficientes.

Em 1995, a acreditação começou a ser explicada de forma intensa no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, por meio da criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), o qual originou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade. Essa Comissão se incumbiu de debater e determinar estratégias para implementar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados.

A acreditação passou a ser vista como elemento respeitável para desencadear e amparar empreendimentos de qualidade nos serviços de saúde. Com isso, o procedimento de qualidade ambicionava cooperar para uma transformação esquematizada de hábitos, de modo a gerar nos profissionais de todos os níveis e serviços a nova incitação para regular as fraquezas e forças da instituição,

com o planejamento de metas intensas e mobilização fiel para o aperfeiçoamento dos objetivos no que se menciona à segurança da qualidade da atenção médica (Antunes, 2002).

O Ministério da Saúde divulgou no período de 1998 e 1999, o projeto da “Ac creditação do Brasil”, por meio de uma série de palestras que tinha como objetivo de expor o projeto desenvolvido pelo Ministério, para sensibilizar e aprimorar a concepção sobre o sistema brasileiro de Ac creditação (Schiesari & Kisil, 2003).

Em 1999, nasceu a Organização Nacional de Ac creditação (ONA), instituição não governamental e sem fins lucrativos, sendo reconhecida pela ANVISA em 2002 como instituição competente e liberada a operacionalizar o desenvolvimento do procedimento de ac creditação de organizações e serviços de saúde no Brasil (Anvisa, 2004, MBA,OPSH,& ONA, 2006).

A partir do Manual editado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e das experiências estaduais, buscou-se, então, estabelecer uma concordância de conceitos para conseguir modelos exclusivos de avaliação. Nasce então, em 1998, o “Manual Brasileiro de Ac creditação Hospitalar”. Diante da necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e metodologias relacionadas a um sistema que avalie a certificação dos serviços de saúde, é instituída em 1999 a Organização Nacional de Ac creditação (ONA), iniciando-se, a partir daí a implantação das normas técnicas, a credenciação de instituições ac creditoras (aquelas que poderiam impor às organizações a ac creditação), código de ética da qualidade e capacidade dos avaliadores (Oliveira *et al.*, 2009).

A Organização Nacional de Ac creditação é uma instituição privada sem fins lucrativos criada em 1999 como um recurso para ampliar um Sistema Brasileiro de Ac creditação. O Programa de Ac creditação Hospitalar brasileiro que criou o Manual Brasileiro de Ac creditação conheceu a

ONA como uma instituição particular prestadora deste serviço de caráter público. A ONA age por Instituições Ac creditoras (IAC) que são habilitadas e podem exercer os serviços de avaliação das organizações de saúde, mas não podendo assessorar ou prestar consultoria.

O processo de ac creditação começa quando a instituição – que pretende adotar o mesmo – preenche um formulário de inscrição e firma um contrato que estabelece os termos do relacionamento entre essa instituição e o CBA. Após a elaboração conjunta de um cronograma, inicia-se um programa de educação, que visa “disseminar o método através de um grupo facilitador, constituído por profissionais de diversas áreas da instituição de saúde, que analisa o manual para anuncia-lo internamente” (Fortes 2007, p. 40).

Para Novaes (2007), a ac creditação é um método que desenvolve instrumentos de avaliação para a melhoria contínua da qualidade do atendimento aos pacientes e do desempenho organizacional, oferecendo confiança à comunidade, por ser um processo em constante desenvolvimento e evolução.

Segundo ONA (2013), a ac creditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, recorrente e particular, que tende a assegurar a qualidade da assistência por meio de exemplos com antecipação definidas. Constitui-se, fundamentalmente, em um programa de educação continuada e, jamais, em uma forma de fiscalização. Objetiva, também, incitar o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência e de fornecimento de produtos e serviços”.

A ac creditação refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais protegidos, tanto para o exercício profissional, quanto para a aquisição da cura ou progresso das condições de saúde do paciente (Mezomo, 2001).

Os objetivos fundamentais da Ac creditação Hospitalar são aperfeiçoar a qualidade dos cui-

dados aos pacientes e acompanhantes e adequar um espaço livre de riscos para todos aqueles que rodeiam no Instituto, dentro de padrões de excelência reconhecidos internacionalmente (Hortale et al., 2002).

3 Metodologia

Em detrimento ao objetivo geral, este trabalho apresentará um estudo de caso na cidade de São Luís, que contará com a colaboração de 2 hospitais, sendo 1 deles já com acreditação baseado na ONA implantado e outro que não possui, com a avaliação qualitativa dos dados obtidos, e o comparativo entre a prestação de serviço dos dois hospitais, através da resposta de um *Check-list* de avaliação, baseado no modelo de auditoria para hospitais acreditados ONA – (Organização Nacional de Acreditação).

Diante disto, a metodologia se retrata pelo desenvolvimento de diversas maneiras de produzir o conhecimento científico percorrendo sete etapas principais como: descobrimento do problema, análise do problema, busca por teorias, métodos, técnicas ou dados que auxiliem no entendimento do problema, tentativa de resolução por meio de teorias existentes, análise das consequências da solução, comprovação da solução e correção da hipótese, técnicas ou teorias (Nascimento, 2012, p. 11).

4 O caso dos hospitais em São Luís

O primeiro hospital (com certificação conta com 27 anos de existência, 2600 empregados distribuídos em administrativo e técnico, 240 quantidades de leito e especializações (cardiologia, medicina intensiva, medicina diagnóstica,

neurocirurgia e neurologia, oncologia)). O segundo hospital sem certificação (com 43 anos de existência, 545 empregados distribuídos em administrativo e técnico, 51 quantidades de leito e especializações (ortopedista, clínico da emergência, cirurgia geral)).

Os hospitais selecionados responderão a um *Check-list* de avaliação, baseado no modelo de auditoria para hospitais acreditados ONA – (Organização Nacional de Acreditação) Programa de Certificação das Empresas de saúde), cuja base dos questionamentos é o manual de acreditação da própria ONA, usado pelo Ministério de Saúde do Governo Federal a fim de se constatar a eficácia da implantação de um SGQ nas empresas de saúde.

Os formulários aplicados na pesquisa constam de pontuação e ponderação para cada item avaliado, e uma folha onde são demonstradas as evidências relativas a cada nota dada. O formulário aplicado possui uma totalização de 400 pontos para hospitais que atingirem a nota máxima em todos os itens avaliados. Para certificação seriam necessários 90% desses pontos atingidos, desde as não conformidades não comprometam a atividade fim dos hospitais.

Os questionários possuem uma regra básica para avaliação e um critério definido pela organização avaliadora, o qual está demonstrado no Quadro 4.

GRAU DE ATENDIMENTO	COMENTÁRIOS
0	Não atende o requisito
1	Atende parcialmente o requisito
2	Atende o requisito, mas faltam algumas evidências.
3	Atende o requisito e há evidências para comprovação.
4	Atende plenamente o requisito e há evidências de práticas proativas, inovadoras e refinadas.

Quadro 4 Critério de pontuação dos fatores por requisito

Fonte: Manual ONA (2015).

Após a análise estatística dos questionários será desenvolvida a conclusão da pesquisa demonstrando os pontos positivos e negativos dos hospitais, baseada na pontuação acima citada, além de sugestões para os hospitais que ainda não se decidiram pelo sistema de implantação de acreditação ONA.

Os pontos avaliados serão analisados para demonstrar de maneira rápida e prática as vantagens e desvantagens das melhores práticas a partir da acreditação de um sistema da qualidade baseado nas normas do ONA.

5 Análise e Discussão dos Resultados

Após a coleta dos dados feita através da pesquisa de campo em hospitais da rede particular foram constatados pontos de vantagens que serão apresentados em gráficos ao longo desse capítulo. Os gráficos emitirão um entendimento dos resultados cuja interpretação fica facilitada no processo visual, as questões analisadas fazem parte do *check-list* presente no (Anexo A) seguindo os itens de liderança, estratégias e planos, clientes, pessoas, processos e resultados. Através de pontuação e ponderação para cada item avaliado, e uma folha onde são demonstradas as evidências relativas a cada nota dada no (Anexo B).

As informações estarão contidas em tabelas apresentadas dos requisitos avaliados, cada tabela

indica o peso atribuído a cada fator assim como as pontuações correspondentes. A pontuação atribuída a cada requisito é de acordo com os critérios apresentados no Quadro 5.

A pontuação atribuída a cada item é multiplicada pelo peso resultando em uma média. A soma das médias após totalizadas em todo o *check-list* correspondendo aos seis grupos, deve atingir uma pontuação máxima de 400 pontos. O cálculo para se obter o percentual geral de cada hospital é dado pela seguinte forma:

$$\frac{\text{Total de Pontos Alcançados pelo Hospital Avaliado}}{400} \times 100$$

A Tabela 1 demonstra os itens do requisito de liderança que apresenta três questionamentos com as respectivas ponderações onde o mesmo será atribuído de acordo com as pontuações analisadas nos hospitais.

O Gráfico 1 a seguir compara o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando a análise que totalizou 20 pontos em 20 possíveis no que corresponde 100%, já segundo totalizou 18 pontos em 20 possíveis no que corresponde 90%.

Observa-se neste requisito que os empregados, tanto do hospital certificado como do não certificado conhecem os seus principais desafios visão, missão, metas não havendo assim uma grande diferença.

Tabela 1: Critério de avaliação para lideranças

Requisitos		Peso (P1)	Pontuação(P2)					P1XP2
			0	1	2	3	4	
Liderança								
1	A missão e a visão do hospital estão definidas, documentadas, divulgadas e compreendidas por seus colaboradores?	2						0
2	A missão e a visão do hospital são analisadas quanto a sua adequação (realidade da empresa e mercado de atuação)?	1						0
3	Os empregados conhecem os seus principais desafios (metas do hospital)?	2						0

Fonte: Manual ONA (2015).

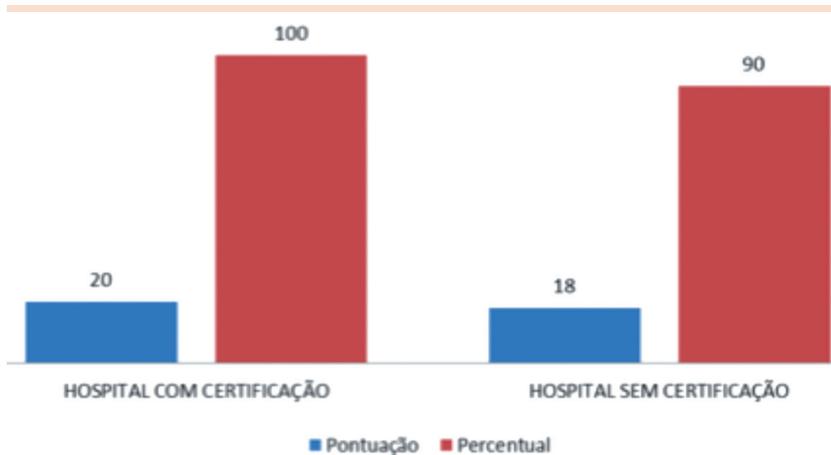


Gráfico 1: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado sobre liderança
 Fonte: Os Autores

Quando uma organização não tem os valores organizacionais intensos, os colaboradores estão mais sujeitos aos conflitos, pois os valores pessoais de cada indivíduo podem se embater, deixando as pessoas constantemente frustradas por não conseguirem obter os resultados da organização. A seguir tem-se destaque aos valores da organização:

- a) Ética: Atuar de forma responsável com atitudes e deveres pautados na valorização dos princípios da ética profissional;

- b) Atendimento humanizado: Responsabilidade no atendimento ao cliente;
- c) Preocupação máxima com higiene e limpeza;
- d) Credibilidade: Promover sensação de segurança e bem-estar aos clientes valorizando a clareza das informações e a qualidade nos serviços prestados;
- e) Preocupação com pontualidade;
- f) Gestão do conhecimento: proporcionar desenvolvimento permanente visando aperfeiçoamento contínuo na atuação profissional;
- g) Avanço tecnológico.

A Tabela 2 demonstra os questionamentos analisados no requisito de estratégias e planos, que compõem seis perguntas, que irão servir para analisar o desempenho e o direcionamento dos hospitais.

O Gráfico a seguir compara o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando a análise que totalizou 69 pontos em 80 possíveis no que corresponde

Tabela 2: Critério de avaliação das estratégias e planos

Requisitos	Peso (P1)	Pontuação(P2)						
		0	1	2	3	4	P1XP2	
Estratégias e Planos								
4	O hospital possui Planejamento Estratégico e/ou Plano de Negócios (incluindo políticas, missão, visão, valores, ameaças, oportunidades, pontos fortes, pontos fracos e descrição do negócio)?	5						0
5	Existe um planejamento para o alcance dos objetivos e metas?	3						0
6	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para os clientes/mercado?	3						0
7	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para o processo/produto?	3						0
8	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para o negócio?	3						0
9	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para pessoas?	3						0

Fonte: Manual ONA (2015).

86,25%, já segundo totalizou 25 pontos em 80 possíveis no que corresponde 31,25%.

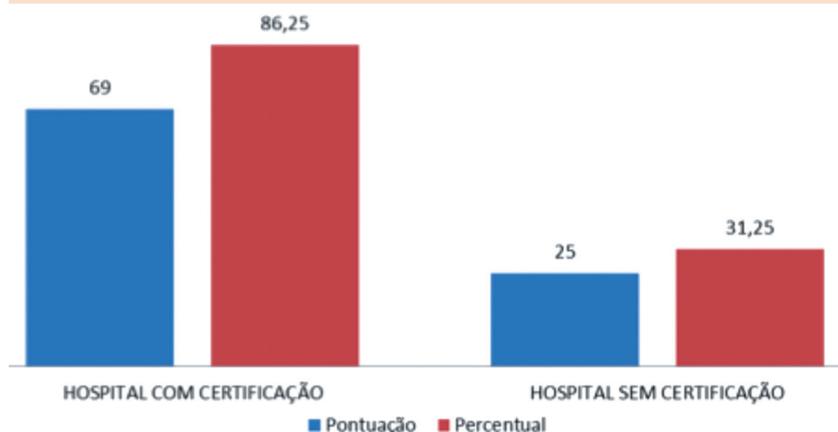


Gráfico 2: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado sobre estratégias e planos

Fonte: Os Autores.

Segundo Tavares (2005) a gestão estratégica visa garantir que as mudanças organizacionais aconteçam com a colaboração de todos os envolvidos no processo. Correspondendo assim, ao conjunto de atividades organizacionais, estratégicas, visando adequar a capacidade interna da organização com relação ao ambiente externo. E além de tudo, demonstrar o quanto é de suma importância a organização elaborar suas estratégias e planos, visando alcançar as metas estabelecidas na busca do seu crescimento.

A Tabela 3 demonstra os questionamentos analisados no requisito de avaliação de clientes,

que possibilita analisar, avaliar, classificar as sugestões dos clientes e a partir daí utiliza-las na busca de melhorar seus processos e manter a permanência dos mesmos.

O Gráfico 3 faz a comparação entre o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando a análise que totalizou 28 pontos em 40 possíveis no que corresponde 70%, já segundo totalizou 22 pontos em 40 possíveis no que corresponde 55%.

Faz-se necessário manter os clientes satisfeitos, analisando-os e observando-os, a final são essas análises que definem o negócio gerando uma série de demandas que são avaliadas e servem para medir o desempenho da organização.

Bezerra (2013, p. 12) descreve que:

Satisfazer um consumidor não é fácil. Acredite! O que é satisfatório para uma pessoa pode ser insatisfatório para outra. Clientes são indivíduos que possuem características, opiniões e gostos diversos (...). Nunca é possível satisfazer 100% dos clientes, mas é necessário fazermos o máximo de esforço para conseguirmos alcançar o mínimo de satisfação esperada por eles.

Tabela 3: Critério de avaliação para clientes

Requisitos		Peso (P1)	Pontuação(P2)					P1XP2
			0	1	2	3	4	
-	Clientes							
10	O hospital possui alguma sistemática para classificação de clientes atuais?	1						0
11	O hospital possui alguma sistemática para classificação de clientes potenciais?	1						0
12	O hospital utiliza alguma sistemática para tratamento de sugestões e/ou reclamações de clientes (incluindo análise de dados)?	3						0
13	O hospital utiliza alguma sistemática para avaliação da satisfação de clientes (incluindo análise de dados)?	5						0

Fonte: Manual ONA (2015).

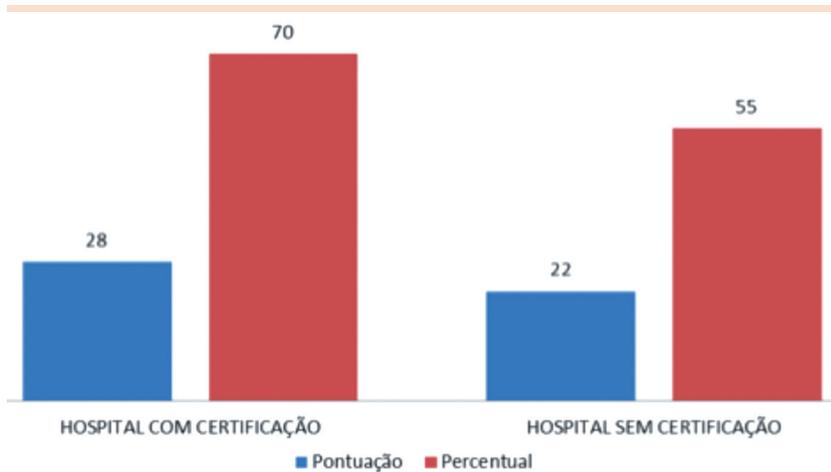


Gráfico 3: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado sobre clientes

Fonte: Os Autores.

A Tabela 4 demonstra os itens do requisito de pessoas que apresenta sete questões com as respectivas ponderações onde o mesmo será atribuído de acordo com as pontuações e análises nos hospitais. Onde essas análises iram possibilitar avaliar o desempenho das pessoas envolvidas no processo para saber se a adequação em suas atividades de acordo com suas competências, melhorando a produtividade.

O Gráfico a seguir compara o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que

o primeiro demonstrando a análise que totalizou 76 pontos em 76 possíveis no que corresponde 100%, já segundo totalizou 39 pontos em 76 possíveis no que corresponde 51,31%.

Segundo Maximiano (2015), o fator humano é essencial no processo da organização, pois a interação dos mesmo com os sistemas auxiliam no processo decisório, além de contribuir para análise de outros aspectos tais como: comportamentais e desempenho, possibilitando assim ao gestor uma visão de sua gestão, e uma dessas análises é feita através de avaliação de desempenho. Onde o processo de avaliação de desempenho torna-se importante no fato de que o colaborador forneça dados para que os gestores realizem o feedback, afim de avaliar, informar ou corrigir o desempenho humano para que os objetivos sejam alcançados, já que este é um dos fatores humanos que mais influenciam na forma em que as organizações são administradas.

Tabela 4: Critério de avaliação para pessoas

Requisitos	Peso (P1)	Pontuação(P2)						
		0	1	2	3	4	P1XP2	
Pessoas								
14	O hospital tem o seu organograma definido e documentado, indicando as lideranças?	1						0
15	O hospital tem definido um perfil de competência para os seus diversos cargos (incluindo responsabilidade e autoridade)?	3						0
16	O hospital possui Plano de Classificação de Cargos e Salários?	2						0
17	O hospital possui um Plano de Capacitação e Desenvolvimento para seu corpo administrativo e docente?	5						0
18	O hospital possui sistemática para avaliação de empregados?	2						0
19	O hospital utiliza alguma sistemática voltada para a organização do ambiente de trabalho, programa 5S?	5						0
20	O hospital possui algum programa, voltado para os empregados, para a geração de idéias, inovações, melhorias e sugestões?	1						0

Fonte: Manual ONA (2015).

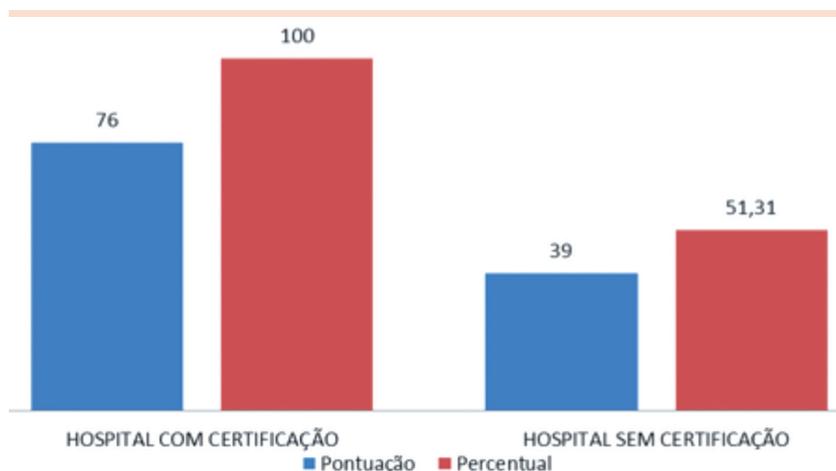


Gráfico 4: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado sobre pessoas

Fonte: Os Autores.

Gonçalves (2002, p. 16) afirma que a arte de gerenciar pessoas envolve várias aptidões, é preciso ter competência de inventar, obter efeitos aprovando as ambições dos cooperadores envol-

vidos e perceber que pessoas não são meros recursos. A Gestão de Pessoas, como passou a ser designada na administração de recursos humanos, envolve especialidades que antes eram ignoradas e até consideradas desnecessárias para uma pessoa que fundamentalmente só completava relatórios sobre os funcionários de uma empresa. Algo como número de faltas no mês, descontos ganhos, bônus recebidos, valor da folha de pagamentos, etc.

A Tabela 5 demonstra os questionamentos analisados no requisito processos, com dez questões onde será atribuído sua ponderação de acordo com as pontuações e análises nos hospitais.

Tabela 5: Critério de avaliação dos processos

Requisitos	Peso (P1)	Pontuação(P2)						
		0	1	2	3	4	P1XP2	
Processos								
21	O hospital possui Manual da Qualidade?	3						0
22	O hospital possui, de maneira formal, a organização de seus principais processos de gestão. (procedimentos de gestão)?	5						0
23	O hospital possui, de maneira formal, a organização de seus principais processos operacionais. (procedimentos operacionais ou instruções de trab.)?	5						0
24	O hospital possui sistemática para avaliação do desempenho de fornecedores?	2						0
25	O hospital possui sistemática para programação e controle da produção de serviços?	5						0
26	O hospital realiza auditorias internas?	2						0
27	São tomadas ações corretivas e preventivas para as não conformidades e não conformidades potenciais observadas?	3						0
28	O hospital utiliza ferramentas da qualidade na sua gestão?	2						0
29	O hospital identifica e controla suas principais máquinas e equipamentos, com relação a estrutura física (no mínimo os críticos ao processo)?	2						0
30	O hospital identifica e controla seus principais instrumentos (no mínimo os críticos ao processo)?	2						0

Fonte: Manual ONA (2015).

O Gráfico a seguir faz o comparativo entre o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando a análise que totalizou 124 pontos em 124 possíveis no que corresponde 100%, já o segundo totalizou 75 pontos em 124 possíveis no que corresponde 60,48%.

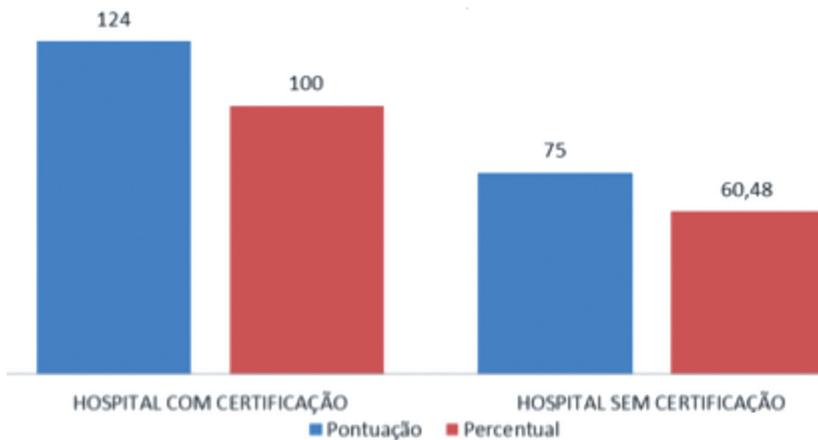


Gráfico 5: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado sobre processos

Fonte: Os Autores.

A gestão dos processos na organização traz consigo vários direcionamentos para a satisfação do cliente, integrando toda estrutura organizacional, gerindo pessoas cultura e valores, entre outras características da empresa.

Segundo Gonçalves (2000) os processos se distinguem tanto em sua hierarquia, quanto na geração de fluxo, tendo assim uma relação com toda sua estrutura organizacional. Os processos de negócio são essenciais para a produção de re-

sultado para os clientes, como os processos organizacionais; e podem realizar as ações para dar suporte a todas as áreas, assim como auxiliar os processos gerenciais.

Oliveira (2009, p.9) diz que o processo é um “conjunto de atividades conectadas que processam os insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas), os quais concebem soluções para os problemas dos clientes internos e externos da empresa”. Os processos devem ser idealizados de acordo com o objetivo que a organização almeja, de forma que atenda às necessidades de seus clientes e colaboradores.

A Tabela 6 demonstra os resultados, contendo três questões onde será atribuído sua ponderação de acordo com as pontuações e análises nos hospitais.

O Gráfico a seguir representa a comparação do resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando a análise que totalizou 60 pontos em 60 possíveis no que corresponde 100%, já segundo totalizou 35 pontos em 60 possíveis no que corresponde 58,33%.

No que se refere ao requisito resultados podemos verificar que o hospital certificado obteve resultados superiores ao hospital não certificado.

Tabela 6: Critério de avaliação dos resultados

Requisitos	Peso (P1)	Pontuação(P2)					
		0	1	2	3	4	P1XP2
-							
Resultados							
31 Resultados relativos ao serviço/processo	5						0
32 Resultados relativos aos clientes/mercado	5						0
33 Resultados relativos às pessoas	5						0

Fonte: Manual ONA (2015).

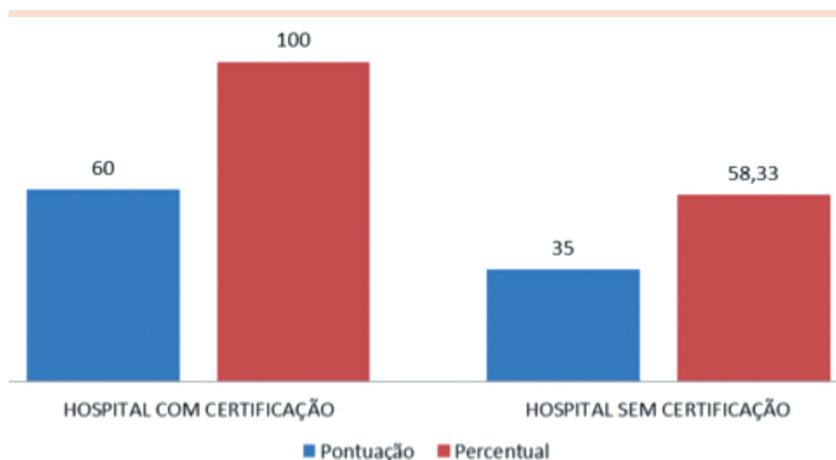


Gráfico 6: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado dos resultados

Fonte: Os Autores.

Que demonstra a importância de um hospital ter acreditação, na busca de manter seus serviços com qualidade.

O Gráfico 7 compara o resultado do hospital certificado e não certificado, sendo que o primeiro demonstrando onde que o primeiro obteve 377 de pontuação para 400 possíveis, com desempenho de 94,25%, já o hospital não acreditado teve pontuação obtida de 214 de pontuação para 400 possíveis, com desempenho de 53,50%.

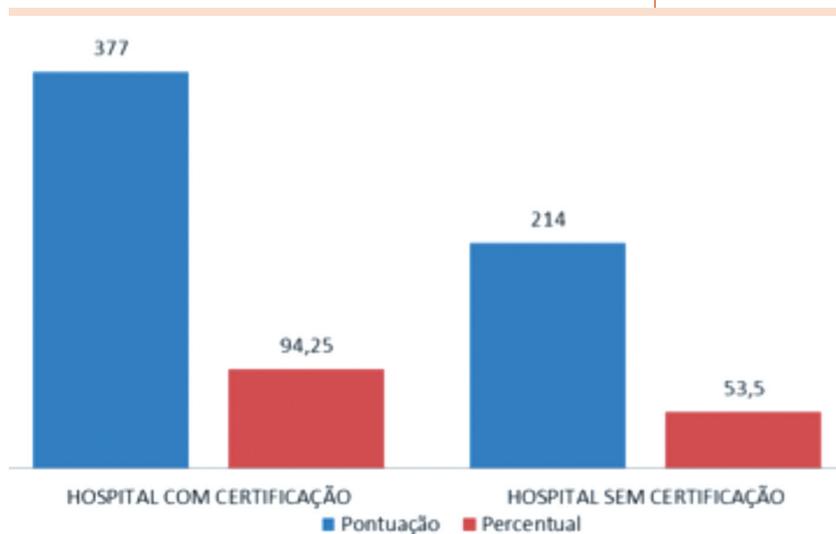


Gráfico 7: Comparação entre o hospital acreditado e não acreditado do somatório dos resultados

Fonte: Os Autores.

Após a análise do gráfico pode-se comparar o resultado do hospital certificado e não certificado, demonstrando a importância do hospital possuir a certificação baseado na ONA (Organização Nacional de Acreditação), onde o primeiro atingiu o esperado de acordo como mencionado acima que para possui a certificação seriam necessários 90% desses pontos atingidos, desde que as não conformidades não comprometam

a atividade fim do hospital. Já o segundo como foi possível verificar este percentual foi menor do que o é necessário.

6 Considerações finais

A utilização da acreditação hospitalar apresentada no trabalho como método de avaliação das atividades realizadas no serviço de saúde, demonstra a necessidade da busca constante da excelência na priorização do cuidado ao paciente. É perceptível o interesse em adaptação desse método para aplicação à realidade do sistema de saúde.

No primeiro momento constatou-se a necessidade de fazer uma revisão bibliográfica, com embasamento nas normas, articulada as teorias do sistema de qualidade nas empresas de saúde e acreditação hospitalar, a fim de dar veracidade científica ao estudo realizado. Foram evidenciados os desafios apresentados na implantação no processo de

acreditação nos hospitais, tais como a defasagem na comunicação, comprometimento, baixa flexibilidade e qualidade em determinados serviços, escassez de recursos, dentre outros.

Após a análise e discussão dos resultados extraídos da coleta de dados por meio do *check-list* realizadas nos hospitais da rede particular com e sem certificação, baseado no modelo de auditoria para hospitais acreditados ONA (Organização Nacional de Acreditação), verificou-se que os níveis de satisfação dos clientes e o requisito liderança do hospital com certificação e sem certificação não diferem. Embora o hospital sem certificação possua diversas características desejáveis, existem muitas possibilidades de melhorias em relação ao hospital certificado relacionadas aos requisitos tais como: estratégias e planos, pessoas, resultados e falta de formalização dos processos.

Conclui-se que há acreditação hospitalar é necessária, pois a mesma possibilita a implantação do manual da qualidade, planejamento estratégico e/ou plano de desenvolvimento institucional; regula os procedimentos possibilitando o tratamento das não conformidades e das ações preventivas; define e documenta a missão e visão do hospital; identifica e controla seus principais equipamentos, com relação a estrutura física; identifica os indicadores gerenciais voltados para os clientes/mercado, processo/produto, negócio e gerenciais voltados para pessoas.

Dentro dessa prerrogativa, espera-se o rompimento de barreiras no que tange a compreensão sobre acreditação como ferramenta de gestão da qualidade, preparando as instituições de saúde na construção de equipes comprometidas, a sistematização de ações bem como critérios de avaliação e controle. Recomenda-se estudos posteriores buscando dar continuidade a temática investigada e da importância da mesma no alcance da qualidade nas instituições de saúde.

Referências

- ABNT, NBR, & ISO 9001. (2000). *Sistemas de gestão da qualidade: requisitos*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas.
- Almeida, L. M. DE S., Souza, L. G. M. DE A., & Mello, C. H. P. (2010). A comunicação interna como um instrumento de promoção da qualidade: estudo de caso em uma empresa global de comunicação. *Gest. Prod.*, 17 (1).
- Antunes, L. M. (2002). *Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA*. 102 f. Dissertação de Mestrado em Engenharia. Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Anvisa; ONA; & IAC's; (2004). *Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares* (4a ed.). Rio de Janeiro: RDC nº 12.
- Araujo, L. C. G. (2007). *Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional: arquitetura organizacional, benchmarking, empowerment, gestão pela qualidade total, reengenharia* (3a ed. Vol. 1). São Paulo: Atlas.
- Bezerra, I. S. (2013). *Qualidade do ponto de vista do cliente*. São Paulo: Biblioteca 24horas.
- Bittar, Olímpio J. Nogueira V. (2004); *Cultura & qualidade em hospitais*. In: Quinto Neto, Antonio, Bittar, & Olímpio J. Nogueira (Orgs.). *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa, p. 15-31.
- Carpinetti, L. C. R. (2012). *Gestão da qualidade* (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Carvalho, M. M., & Paladini, E. P. (2012) *Gestão da qualidade: teoria e casos* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Elsevier
- Correio Hospitalar. (2011). *Acreditação hospitalar: modelo de qualidade assistencial pode ser um diferencial de mercado*. Veículo de Comunicação da AHERJ. Rio de Janeiro. 2011.
- Feldman, L. B, Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K.O. (2005, abril/junho). *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação*. *Acta Paul Enferm.*, 18(2). Recuperado em 13 abril, 2018, de < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>
- Gonçalves, D. C. de L. (2002). *A Gestão de Pessoas e a Tecnologia de Informação na Internet: Uma Proposta de Recrutamento On-line*. Monografia do curso (Especialização em Recursos Humanos) – Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande.

Gonçalves, J. E. L. (2000). *As empresas são grandes coleções de processos*. RAE – Revista de Administração de empresas, 40(1), 6-19.

Heizer, J., & Render, B. (2008). *Operations Management* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hortale, V. A., Obbadi, M., & Ramos, C. L. (2002). *A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública*. Cad. Saúde pública, 18(6), 1789-1794.

Juran, J. M. (2009). *Juran na liderança pela qualidade*. São Paulo: Pioneira Editora.

Labbadia, L. L. et al. (2004). *O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira*. In: Quinto Neto, Antonio, & Bittar, Olímpio J. Nogueira (Org.). *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa.

Lobo, R. N., & Silva, D. L. (2014). *Gestão da qualidade*. São Paulo: Érica.

Lages, R. T. S., & França, S. L. B. (2009). *Ações necessárias para adequações da nova norma NBR ISO 9001:2008*.

Marconi, M. De A., & Lakatos, E. M. (2010). *Metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Maximiano, A. C. A. (2015). *Fundamentos da Administração: introdução à teoria geral e aos processos da administração* (3a.ed.). Rio de Janeiro: Editora LTC.

Maximiano, A. C. A. (2004). *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada*. São Paulo: Atlas.

Meira, A., & Ceron, G. (2004). *Guia Digital ISO 9000*, Curitiba: Domo.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.

Miranda, R. L. (1994). *Qualidade Total*. São Paulo: Makron Books.

Novaes, H. M. (2007). *O Processo de acreditação dos serviços de saúde*. Rev. Adm. Saúde, São Paulo, 9 (37), 133-140.

Oliveira, D. de P. R. (2009). *Administração de processos: conceitos, metodologia, práticas*. (3a. ed.) São Paulo: Atlas.

Paladini, E. P. (2004). *Qualidade total na prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total*. São Paulo: Atlas.

Quinto Neto, A., & Gastal, F. L. (2000). *Acreditação hospitalar: proteção aos usuários dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Dacasa.

Robles, Jr. (1996), A. *Custos Da Qualidade: Uma Estratégia Para A Competição Global*. São Paulo: Atlas.

Schiesari, L. M. C., & Kisil, M. (2003). *A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros*. Rev. Adm. Saúde, São Paulo. 5 (18), 7-17.

Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2015). *Administração da produção* (4a. ed.). São Paulo: Atlas.

Tavares, M. C. (2005). *Gestão estratégica*. São Paulo: Atlas.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS									
GESTÃO DA QUALIDADE									
Requisitos		Peso (P1)	Pontuação(P2)					P1XP2	NA
			0	1	2	3	4		
Liderança									
1	A missão e a visão do hospital estão definidas, documentadas, divulgadas e compreendidas por seus colaboradores?	2						0	
2	A missão e a visão do hospital são analisadas quanto a sua adequação (realidade da empresa e mercado de atuação)?	1						0	
3	Os empregados conhecem os seus principais desafios (metas do hospital)?	2						0	
Estratégias e Planos									
4	O hospital possui Planejamento Estratégico e/ou Plano de Negócios (incluindo políticas, missão, visão, valores, ameaças, oportunidades, pontos fortes, pontos fracos e descrição do negócio)?	5						0	
5	Existe um planejamento para o alcance dos objetivos e metas?	3						0	
6	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para os clientes/mercado?	3						0	
7	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para o processo/produto?	3						0	
8	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para o negócio?	3						0	
9	O hospital possui indicadores gerenciais voltados para pessoas?	3						0	

Anexo A

(Continua...)

- Clientes									
10	O hospital possui alguma sistemática para classificação de clientes atuais?	1						0	
11	O hospital possui alguma sistemática para classificação de clientes potenciais?	1						0	
12	O hospital utiliza alguma sistemática para tratamento de sugestões e/ou reclamações de clientes (incluindo análise de dados)?	3						0	
13	O hospital utiliza alguma sistemática para avaliação da satisfação de clientes (incluindo análise de dados)?	5						0	
- Pessoas									
14	O hospital tem o seu organograma definido e documentado, indicando as lideranças?	1						0	
15	O hospital tem definido um perfil de competência para os seus diversos cargos (incluindo responsabilidade e autoridade)?	3						0	
16	O hospital possui Plano de Classificação de Cargos e Salários?	2						0	
17	O hospital possui um Plano de Capacitação e Desenvolvimento para seu corpo administrativo e docente?	5						0	
18	O hospital possui sistemática para avaliação de empregados?	2						0	
19	O hospital utiliza alguma sistemática voltada para a organização do ambiente de trabalho, programa 5S?	5						0	
20	O hospital possui algum programa, voltado para os empregados, para a geração de idéias, inovações, melhorias e sugestões?	1						0	
- Processos									
21	O hospital possui Manual da Qualidade?	3						0	
22	O hospital possui, de maneira formal, a organização de seus principais processos de gestão. (procedimentos de gestão)?	5						0	
23	O hospital possui, de maneira formal, a organização de seus principais processos operacional. (procedimentos operacionais ou instruções de trab.)?	5						0	
24	O hospital possui sistemática para avaliação do desempenho de fornecedores?	2						0	
25	O hospital possui sistemática para programação e controle da produção de serviços?	5						0	
26	O hospital realiza auditorias internas?	2						0	
27	São tomadas ações corretivas e preventivas para as não conformidades e não conformidades potenciais observadas?	3						0	
28	O hospital utiliza ferramentas da qualidade na sua gestão?	2						0	
29	O hospital identifica e controla suas principais máquinas e equipamentos, com relação a estrutura física (no mínimo os críticos ao processo)?	2						0	
30	O hospital identifica e controla seus principais instrumentos (no mínimo os críticos ao processo)?	2						0	
- Resultados									
31	Resultados relativos ao serviço/processo	5						0	
32	Resultados relativos aos clientes/mercado	5						0	
33	Resultados relativos às pessoas	5						0	
Somatório		100	0	0	0	0	0	0	0
Pontuação Obtida		0							
Pontuação Possíveis		400							
Desempenho		0,00%							

(...continuação) Anexo A
 Fonte: Os autores.



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
GESTÃO DA QUALIDADE	
Evidências	
	Liderança
1	O hospital demonstra claramente sua missão e visão a partir da documentação existente e a divulgação por todo hospital, inclusive com televisões de LCD distribuídos por pontos estratégicos do hospital
2	Sim, são analisadas periodicamente, quando da discussão do relatório gerencial trimestral.
3	Sim, conhecem todas as áreas possuem seu plano de objetivos e metas, que são discutidos nas reunião setoriais.
	Estratégias e Planos
4	O hospital possui o PDI, que significa planejamento de desenvolvimento institucional, similar a um planejamento estratégico.
5	Sim, existe um plano de ação para que cada área alcance seus objetivos e metas.
6	Sim vários indicadores que buscam demonstrar dados reais aos clientes/ mercado do hospital
7	Sim vários indicadores que buscam demonstrar dados reais aos processos e a prestação de serviços.
8	Sim vários indicadores que buscam demonstrar dados reais a gestão da empresa.
9	Sim vários indicadores que buscam demonstrar dados reais a gestão de pessoas.
	Clientes
10	Sim, foi verificado a classificação de clientes atuais por classe social.
11	Sim, foi verificado a classificação de clientes potenciais na busca de convênios com empresa e outras entidades para busca desses clientes.
12	Sim o hospital possui uma sistemática própria tratar as reclamações dos clientes, bem como, ressaltar os elogios dados pelos clientes. incluindo alunos e pais de alunos)
13	Sim o hospital possui uma sistemática para avaliar o grau de satisfação dos clientes (Alunos e pais) analisando os dados para aplicação da melhoria contínua no atendimento.
	Pessoas
14	Sim, o hospital possui um organograma documentado que demonstra todos níveis hierarquicos e suas responsabilidades.
15	O hospital possui um documento chamado de DAC (Descrição e Análise de Dados)
16	Sim, o hospital possui um plano de cargos, carreiras e salários
17	Sim, o hospital possui um plano de desenvolvimento de colaboradores do administrativo e dos professores.
18	Sim, o hospital possui uma sistemática de avaliação de desempenho dos colaboradores, inclusive com medição mensal das objetivos e metas a serem alcançados individualmente.
19	Sim, o hospital possui o 5S, um programa desenvolvido exclusivo para hospital.
20	Sim, o hospital possui programa "Sua ideia é Mais", que premia os colaboradores de acordo com os critérios do plano de sugestões.
	Processos
21	O hospital possui manual da qualidade, pois é item obrigatório na certificação
22	Sim o hospital possui todos os procedimentos de gestão
23	Sim o hospital possui todos os procedimentos operacionais.
24	Sim, possui avaliação de fornecedores, principalmente de uniformes.
25	Sim, o hospital possui sistemática para programação e controle de serviços
26	Sim, semestralmente já que é item obrigatório para certificação
27	Existe um procedimento que regulamenta o tratamento das não conformidades e das ações preventivas.
28	Usa frequentemente para identificação das causas das não conformidades.
29	O hospital possui uma programação de manutenção referente a estrutura física.
30	O hospital possui uma programação de manutenção preventiva e corretiva para seus equipamentos

Resultados	
31	Possui os gráficos que corresponde aos resultados referentes a produto/processo
32	Possui os gráficos que corresponde aos resultados referentes a cliente/mercado.
33	Possui os gráficos que corresponde aos resultados referentes a mercado.
Parecer	
O hospital está dentro dos padrões de certificação	

(...continuação) Anexo B
 Fonte: Os autores.

Recebido em 26 jul. 2017 / aprovado em 2 out. 2017

Para referenciar este texto

Gerônimo, M. S., Moreira, A. V. G., Santos II, A. B., Oliveira, R. D., & Cutrim, R. M. Acreditação como ferramenta de competitividade: um estudo comparativo entre hospitais da rede particular com e sem certificação. *Exacta*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 187-207, 2018.

