

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA  
EM GESTÃO HOSPITALAR**

**ELIZANE TEREZINHA BIACO JANNING  
JACQUELINE GONÇALVES MULLER  
MAYARA SABRINA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**O USO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAIS:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Joinville  
2018**

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA  
EM GESTÃO HOSPITALAR

ELIZANE TEREZINHA BIACO JANNING  
JACQUELINE GONÇALVES MULLER  
MAYARA SABRINA PEREIRA DE OLIVEIRA

O USO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAIS:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão  
Hospitalar do Campus Joinville do Instituto  
Federal de Santa Catarina para obtenção do  
diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Ms. Daniel de Souza Barcelos

Joinville  
2018

Janning, Elizane T. Biaco; Muller, Jacqueline Gonçalves; Oliveira, Mayara Sabrina Pereira de.

O Uso dos Indicadores de Qualidade em Hospitais: Uma Revisão Bibliográfica/  
Elizane T. Biaco Janning, Jacqueline Gonçalves Muller, Mayara Sabrina Pereira de  
Oliveira; orientação de Daniel de Souza Barcelos. Joinville, SC, 2018, 77 Fl.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Instituto Federal de Santa Catarina,  
Campus Joinville. Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar.  
Inclui Referencias.

1 - Qualidade. 2 - Indicadores. 3 - Acreditação. 4 - Hospitais.

I – Daniel de Souza Barcelos. II – Instituto Federal de Santa Catarina. III - Título

## **AGRADECIMENTO**

“Agradeço a Deus pela vida e saúde, a minha família pela força e incentivo, por entenderem minha ausência e pelo amor a mim declarado, aos amigos pelo apoio, orações, e palavras de incentivo.”

Elizane Terezinha Biaco Janning

“Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido força, disposição e saúde para concluir o curso, a minha família por sempre estar disposta a me auxiliar e aos amigos de curso pelas caronas e palavras em momentos difíceis”.

Mayara Sabrina Pereira de Oliveira

“Gostaria de agradecer a Deus em sua infinita bondade que me permitiu a construção, desenvolvimento e conclusão deste trabalho, agradeço as minhas colegas de (TCC) que uniram forças, tempo e paciência para concretizar este momento”.

Agradeço e Dedico este trabalho de conclusão de curso, as minhas filhas Bianca, Ana e Maria Alice que sempre estando ao meu lado apoiando, motivando e fortalecendo minha vida.

Agradeço minha coordenadora Alessandra Patrícia Piva Assini como motivadora inspiradora e colaboradora em minha vida profissional e bem como coadjuvante líder Ciclei Gatini e Cristiane Valejo.

Agradeço minha Pastora Ana e minha Líder Lena por acreditarem, por estar sempre orando por mim e assim fortalecendo a seguir em frente.

“Agradeço ao grande homem em minha vida Valdenei (Pai) que me ajudou, apoiou, orou e acreditou que seria difícil, mas é possível”.

Jacqueline Gonçalves Muller

## **Dedicatória**

“Dedico esse trabalho para meu esposo Hudson G. Janning que foi essencial durante todo o tempo da faculdade, me dando assistência necessária para não desistir. Dedico também aos meus filhos Victor e Hérica, pois são a razão de todas as conquistas”.

Elizane Terezinha Biaco Janning

“““ “““ Dedico primeiramente a minha mãe Vera Lúcia, minhas tias Luiza e Silvia, ao meu esposo Jomar, pois foram essências em me auxiliar com a minha filha, ao meu grande incentivador Jorge Bioche” in memorian” e a minha filha Maria Luíza”.

Mayara Sabrina Pereira de Oliveira

“Dedico a Conclusão do meu trabalho a essas pessoas Maravilhosas que sempre estiveram de alguma forma apoiando e acreditando na minha capacidade de seguir em frente”.

“Dedico também a todo corpo docente desta instituição que oportuniza e desenvolvem profissionais, guiando, estimulando e formando novos Profissionais”.

Jacqueline Gonçalves Muller

## RESUMO

O presente estudo de revisão de literatura aborda os instrumentos de avaliação da qualidade nas instituições hospitalares. As informações são hoje imprescindíveis para a gestão de qualquer empresa, incluindo as instituições de saúde e os hospitais. Ao transformar essas informações em indicadores, é possível ao gestor tomar decisões quanto ao aspecto organizacional, equipe de trabalho e satisfação dos usuários e da sociedade em geral. O estudo apresenta como objetivos demonstrar a importância das informações transformadas em indicadores para medir a qualidade em instituições hospitalares e apresentar, por meio de uma revisão de literatura, os indicadores de qualidade nos serviços médico-hospitalares, enfatizando a Acreditação como importante instrumento de avaliação e medição da qualidade nas instituições hospitalares. O método utilizado é a pesquisa bibliográfica em obras e artigos científicos sobre o tema. Os resultados demonstraram que a Acreditação hospitalar, como um dos procedimentos mais usuais de avaliação do nível de qualidade da prestação de serviços em saúde nos hospitais, tem capacidade de gerar melhorias relacionadas à gestão dos processos, satisfação dos clientes e desenvolvimento de profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Qualidade; Indicadores; Acreditação; Hospitais.

## **ABSTRACT**

The present study of literature review addresses the instruments of quality evaluation in hospital institutions. Information is now essential for the management of any company, including health institutions and hospitals. By transforming this information into indicators, it is possible for the manager to make decisions regarding the organizational aspect, work team and satisfaction of users and society in general. The objective of the study is to demonstrate the importance of information transformed into indicators to measure quality in hospital institutions and to present, through a literature review, the indicators of quality in the medical-hospital services, emphasizing Accreditation as an important evaluation instrument and quality measurement in hospital institutions. The method used is the bibliographical research in works and scientific articles on the subject. The results showed that hospital accreditation, as one of the most common procedures for assessing the quality level of health services delivery in hospitals, has the capacity to generate improvements related to process management, customer satisfaction and health professionals development

**Key words:** Quality; Indicators; Accreditation; Hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 - Representação do Diagrama de Causa e Efeito.....</b>	<b>51</b>
<b>FIGURA 2 - Representação 5W2H.....</b>	<b>51</b>
<b>FIGURA 3 - Exemplo de diagrama de Pareto.....</b>	<b>52</b>
<b>FIGURA 4 - Estrutura de fluxograma.....</b>	<b>53</b>
<b>FIGURA 5 - Descrição dos 5S.....</b>	<b>54</b>
<b>FIGURA 6 - Níveis de planejamento: estratégico, tático, operacional.....</b>	<b>56</b>
<b>FIGURA 7 - BSC como estrutura para a ação estratégica.....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 8 - Impactos da acreditação hospitalar.....</b>	<b>62</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - Instituições credenciadas por Estado.....</b>	<b>46</b>
<b>QUADRO 2 - Dimensões que integram o BSC.....</b>	<b>59</b>

## LISTA DE SIGLAS

**CBA:** Consórcio Brasileiro de Acreditação

**CQH:** Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar da Associação Paulista de Medicina.

**ISO:** International Organization for Standardization é uma entidade de padronização e normatização, e foi criada em Genebra, na Suíça, em 1947. Objetivo principal é aprovar normas internacionais em todos os campos técnicos, como normas técnicas, classificações de países, normas de procedimentos e processos, e etc.

**JCI:** A JCI (Joint Commission International) é um grupo a nível mundial sem fins lucrativos, que estabelecem aspectos para acreditação no que tange o atendimento de qualidade e segurança do paciente.

**OHSAS:** Occupational Health and Safety Assessments Series (Série de Avaliação de Segurança e Saúde Ocupacional)

**ONA:** Organização Nacional de Acreditação

**OPAS:** Organização Pan-Americana de Saúde.

**SCIELO:** Scientific Electronic Library Online

**SUS:** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	10
1.2 PROBLEMAS DE PESQUISA.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	10
1.3.1 OBJETIVO GERAL .....	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
2.1 DEFINIÇÃO DE PESQUISA.....	12
2.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	13
2.3 TIPO DE PESQUISA .....	13
2.3.1 PESQUISA QUALITATIVA .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
3.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
3.2 GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR .....	23
3.2.1 PLANEJAMENTO.....	24
3.2.2 ORGANIZAÇÃO .....	27
3.2.3 DIREÇÃO.....	27
3.2.4 CONTROLE.....	28
3.3 O SETOR DE SERVIÇOS: UM ENFOQUE NO SETOR DE SAÚDE .....	32
3.4 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	33
3.4.1 INDICADORES DE QUALIDADE.....	38
3.5 MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR.....	41
3.5.1 JCI – JOINT COMMISSION INTERNETIONAL .....	43
3.5.2 ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO.....	44
3.5.3 ACI – ACREDITAÇÃO CANADENSE INTERNACIONAL.....	45
3.6 MODELOS DE CERTIFICAÇÕES.....	47
3.6.1 ISO INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION.....	47
3.6.2 OHSAS OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENTS SERIES .....	47
3.7 FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE .....	48
3.7.1 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE .....	48
3.7.2 FERRAMENTAS DE QUALIDADE COMO PLANEJAMENTO EM SAÚDE .....	49

3.7.3 BRAINSTORMING.....	49
3.7.4 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO.....	50
3.7.5 FERRAMENTA DE QUALIDADE 5W2H.....	51
3.7.6 DIAGRAMA DE PARETO.....	52
3.7.7 FLUXOGRAMA.....	52
3.7.8 MÉTODO 5S.....	53
3.7.9 BENCHMARKING .....	54
3.7.10 BALANCED SCORECARD: SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	55
3.7.10.1 PERSPECTIVAS COMO BASE PARA O BALANCED SCORECARD .....	58
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a busca da qualidade é a tônica do momento e mobiliza esforços de toda ordem nas organizações, incluindo as instituições hospitalares. Tendo-se em conta que a prestação integral dos serviços de saúde é um direito fundamental do cidadão, a melhoria contínua nas instituições de saúde representa um instrumento de cidadania e da efetivação de direitos. Além disso, os indicadores de qualidade auxiliam na melhoria contínua destas instituições, tanto em relação à parte organizacional, como em relação à mudança de comportamento da equipe de trabalho e mudança na satisfação dos clientes, com maior reconhecimento e melhoria na imagem do hospital.

O que se percebe é que nas últimas décadas, em diversos países, passou a existir uma concentração em torno do tema qualidade nas instituições hospitalares, visando à melhoria do gerenciamento e da eficiência dos serviços de saúde prestados nos hospitais. Da mesma forma, o Brasil vem desenvolvendo, há alguns anos, instrumentos para avaliá-la as organizações hospitalares, estabelecendo assim um conjunto de critérios que as instituições hospitalares devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, a partir de técnicas e conceitos de qualidade total, usadas nas organizações de forma geral.

Estes programas de qualidade vêm sendo desenvolvidos tanto nas redes públicas (com critérios estabelecidos pelo Sistema único de Saúde) como nas instituições privadas (com critérios estabelecidos por organizações avaliadoras com reconhecimento internacional, que certificam os hospitais que apresentam qualidade na prestação dos serviços). Estas iniciativas, tanto públicas quando privadas, demonstram a preocupação com a qualidade na prestação dos serviços de saúde.

O fator determinante para efetuar o presente trabalho foi que a incorporação da gestão da qualidade nas instituições que prestam serviços de saúde é fator primordial para sua sobrevivência em tempos de concorrência acirrada e alta competitividade neste setor. Os programas de gestão da qualidade trazem à tona a necessidade de reflexão dos profissionais da saúde para que revejam seus valores e as questões necessárias para assegurar as boas práticas no processo de trabalho (LABBADIA, *et.al.*, 2004).

Nesse sentido, os programas de qualidade têm sido considerados como importantes recursos a serem desenvolvidos e aprimorados pelas organizações que

prestam serviços de saúde, pois, a busca pela excelência tem se mostrado como importante alternativa de sobrevivência e de sucesso das instituições hospitalares (BETTIO, 2007).

Os programas de qualidade em gestão hospitalar incluem as certificações e a acreditação. Apesar de se fundirem, estes processos possuem algumas diferenças: as creditações possuem caráter técnico e são produzidas com grande desenvolvimento de áreas científicas e clínicas. São vetores de qualidade, ou seja, definem a melhor gestão de qualidade e atendimento aos usuários dos serviços médico-hospitalares. As auditorias nestas instituições são realizadas por profissionais de profundo conhecimento técnico sobre a área médica. Já as certificações possuem caráter procedimental, ou seja, um órgão competente certifica que tal instituição hospitalar possui processos, produtos e critérios de qualidade de acordo com normas preestabelecidas. Além disso, as avaliações se diferenciam em cada processo. Na certificação, é o estabelecimento de saúde quem define os itens a serem avaliados. Nas creditações, a avaliação é determinada pelo órgão avaliador e pelas normas de acreditação (ABATE, 2018).

O importante é que, tanto as certificações como as creditações, garantem um selo de qualidade à instituição avaliada, que ganha superioridade competitiva sobre as demais instituições do mercado e que não são credenciadas.

O presente trabalho de revisão de literatura, com base em artigos da base de dados da *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO e obras literárias, aborda a importância dos instrumentos de qualidade nos serviços médico-hospitalares, como a acreditação hospitalar e as certificações, importantes instrumentos de avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros.

O trabalho está organizado em 5 capítulos assim organizados o primeiro capítulo é composto pela introdução, com a descrição do objetivo geral e dos específicos, da justificativa e do problema de pesquisa. O segundo capítulo aborda a metodologia utilizada, com a respectiva fundamentação. O terceiro capítulo traz uma fundamentação teórica e uma revisão bibliográfica sistemática, com a revisão de recentes artigos científicos publicados sobre o tema. O quarto capítulo traz uma discussão sobre o tema e o quinto capítulo traz as conclusões sobre o assunto descrito.

## **1.1 Justificativa**

No decorrer do curso identificou-se a importância de garantir ao paciente um atendimento de qualidade, onde o paciente tenha confiança e sinta-se seguro, e é responsabilidade da instituição garantir ao paciente essa segurança. No entanto, o uso de indicadores é importante para levantar dados, fazer um apontamento e avaliação do serviço prestado, que se dá através de metas e ações que, se colocadas em prática, garantem a satisfação por parte dos clientes e o sucesso da instituição. Vale ressaltar que indicadores precisam ser trabalhados com dados fiéis e análise criteriosa.

## **1.2 Problemas de Pesquisa**

Observa-se que não é habitual o olhar crítico por parte de instituições em relação à satisfação do paciente, pois esta se apresenta atrelada apenas à recuperação da saúde. Mas é preciso trabalhar com particularidades e informações de cada paciente como crenças e ambientes socioculturais, para assim ter uma visão ampla sobre a perspectiva do paciente.

O estudo apresenta como questão de pesquisa: qual a importância das informações transformadas em indicadores para medir a qualidade em instituições hospitalares?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral da pesquisa é apresentar, por meio de uma revisão de literatura, os indicadores de qualidade nos serviços médico-hospitalares, enfatizando os processos de acreditação e as certificações como importantes meios de avaliação e medição da qualidade nas instituições hospitalares.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a importância dos indicadores para medir a qualidade nos serviços de saúde.
- Compreender modelos de avaliação da qualidade no âmbito hospitalar.
- Verificar como se aplicam os programas de qualidade na gestão hospitalar e quais seus resultados práticos.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura descritiva e analítica realizada em artigos científicos do Portal de Periódicos do *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO, cujas buscas foram realizadas durante os meses de abril e maio de 2018, a partir dos termos: Indicadores; Qualidade e Saúde; Hospitais. Foram incluídos os artigos científicos com humanos, na língua portuguesa, nos últimos 5 anos. Foram excluídos estudos não disponíveis na íntegra, estudos duplicados nas bases de dados e aqueles que trataram de outro tipo de tema, que não os indicadores de qualidade nos serviços de saúde, públicos e privados.

Das buscas, a partir dos termos selecionados, retornaram 17 artigos na base de dados SCIELO, dos quais foram incluídos 7 artigos, que atenderam aos critérios de inclusão (em português, publicados nos últimos 5 anos e que atenderam ao tema pesquisado). Portanto, dos 17 artigos selecionados nas buscas, 7 artigos foram revisados, em razão de atenderem os critérios de inclusão, sobre os quais foi erigida a presente revisão bibliográfica.

Além dos artigos revisados, a presente revisão bibliográfica teve como base metodológica a pesquisa em obras literárias publicadas sobre o tema, sendo livros, artigos diversos e legislação sobre o tema. E ainda, foi consultado o site da Associação Paulista de Medicina, que é responsável pelo CQH e também edita a "RAS - Revista de Administração em Saúde".

### 2.1 Definição de Pesquisa

Segundo Ferreira (*apud* VANZIN, 1998, p39) pesquisa é: “Investigação minuciosa para averiguação da realidade. Investigação e estudo sistemático com o fim de descobrir fatos ou princípios relativos a um campo qualquer do conhecimento”.

A pesquisa proporciona ao pesquisador novas descobertas, é um processo de várias fases, que exige disciplina, foco e planejamento sobre o que se deseja pesquisar, pois do contrario se torna desagradável e faz com que o trabalho se torne improdutivo, podendo levar o pesquisador a desistir de sua pesquisa.

## **2.2 Classificação da Pesquisa**

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, esta pesquisa é bibliográfica que, segundo Lakatos E Marconi (2010, p.166) “é uma pesquisa que já é tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc”.

Na pesquisa bibliográfica, conforme ensina Gil (2002), tem-se como base o material já elaborado e comprovado cientificamente e se constitui, sobretudo, por livros e artigos científicos já publicados.

A pesquisa bibliográfica, segundo Fachin (2003, p.125),

Diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como finalidade fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e proporcionar a produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

Através de pesquisa em livros de autores consagrados, revistas especializadas e consultas à Internet, elaborou-se uma fundamentação teórica sobre os assuntos ligados ao tema. A pesquisa bibliográfica oferece ao pesquisador o benefício da informação já testada para o embasamento de um novo estudo.

O presente trabalho é também composto por uma pesquisa de revisão sistemática de literatura, ou seja, uma investigação científica que reúne um conjunto de estudos já publicados sobre o tema em estudo, utilizando-se os bancos de dados de periódicos, fazendo uma seleção e análise sistemática dos trabalhos disponíveis, buscando-se realizar uma revisão crítica e ampla da literatura (SOUZA e RIBEIRO, 2009). Por não incluir uma meta-análise, com o uso de instrumentos estatísticos, o presente trabalho é classificado como uma revisão sistemática qualitativa (LOPES e FRACOLI, 2008).

## **2.3 Tipo de pesquisa**

### **2.3.1 Pesquisa Qualitativa**

Quanto aos objetivos é exploratória, pois “a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer

informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses, conforme Cervo, Bervian e Silva (2011)". Quanto à abordagem, ela é qualitativa.

A abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, existe um vínculo indissociável entre o sujeito e o mundo e que os números não podem traduzir. Na pesquisa qualitativa a importância reside na interpretação dos fenômenos e na atribuição de significados a esses fenômenos. Para isso, a pesquisa não exige o uso de técnicas ou métodos estatísticos. O ambiente natural é a fonte de coleta dos dados e o instrumento chave nesse processo de pesquisa é o próprio pesquisador. A pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (GIL, 2002).

É a modalidade usada quando o desenho da pesquisa está direcionado para responder à pergunta "qual?" que é feita pelo pesquisador por meios descritivos oriundos de observações, entrevistas, coletas de dados, entre outros que explicitam o pensamento do sujeito ou o fenômeno, enquanto objeto da pesquisa. (CANZONIERE, 2011, p.38).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O Sistema de Saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro, conforme a Constituição Federal de 1988, a faz parte da seguridade social:

Art. 194º. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social (BRASIL, 1988, p.151).

A Constituição da República de 1988 positivou o assunto em seu art. 196, segundo o qual, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p.151).

O sistema de saúde prevê ainda a complementariedade do setor privado, ou seja, contratação de serviços privados quando há a insuficiência no setor público levando em conta os princípios básicos e normas técnicas do SUS, dando preferência às entidades não lucrativas e filantrópicas (ANDRADE, 2001).

Neste sentido, mesmo tendo determinado que o Estado é responsável pela saúde no Brasil, transformando-a em fator de relevância pública, a Constituição de 1988 permitiu que os serviços de saúde poderiam ser prestados por terceiros, pessoas físicas (médicos) ou jurídicas (clínicas particulares) de direito privado.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p.153).

O art. 199 da Constituição Federal de 88 diz que: “Art. 199 - a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p.153).

Portanto, as instituições de direito privado podem, conforme prevê a Constituição Federal de 1988, atuar no sentido de complementar os serviços públicos de saúde, custeados pelo Estado e prestadas por instituições de direito público. Os serviços de assistência privada à saúde são custeados pelos particulares e prestados por instituições de direito privado.

O sistema de saúde brasileiro, portanto, é formado por serviço de assistência à saúde tanto pública como privada, que visam garantir o direito a saúde a todos os brasileiros. E ainda, outros dispositivos constitucionais estão diretamente ligados ao direito à saúde, como o direito fundamental à vida (art.5º, caput), a dignidade da pessoa humana (art.1º, III), prevalência dos direitos humanos, (art.4º, II), entre outros que garantem a saúde como um direito fundamental da pessoa humana (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O direito à saúde está ainda previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

Art.196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p.153).

O direito à saúde visa, portanto, a prevenção e cura das doenças, mediante políticas públicas que reduzam os riscos de doenças e que permitam o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde que envolva a promoção, proteção e recuperação dos usuários da saúde.

Contudo, apesar dos mandamentos constitucionais, sabe-se que os serviços de saúde no Brasil, aqueles serviços públicos e que deveriam ser de qualidade, são ineficientes e mal geridos. Nesse sentido, afirma Couto Filho (2018), que a crise da saúde no Brasil vem de longa data, e continua presente na sociedade até os dias atuais. São comuns notícias da mídia revelando as filas de pacientes nos hospitais brasileiros, nos postos de saúde e outros serviços públicos, além da escassez de leitos, equipamentos, medicamentos, entre outros. Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, em relação ao direito fundamental à saúde, não consegue se materializar, deixando a população brasileira desprotegida e a mercê de uma saúde pública ineficiente, com médicos e outros profissionais trabalhando em condições precárias, o que aumenta os riscos de negligências ou erros.

Por isso, muitos usuários migram para a saúde privada, o que resulta no crescimento dos planos de saúde, proporcional a baixa qualidade do SUS. Contudo, as reclamações sobre planos de saúde privados também lideram o ranking de consumidores insatisfeitos. Nos últimos anos, segundo a ANS (2018), as reclamações aumentaram mais de 480% (MOIMAZ *et.al.*, 2010).

Estes números e evidências, da grande insatisfação dos usuários tanto da saúde pública como privada, demonstra a grande importância de se discutir a qualidade médico-hospitalar.

### 3.1.1 A Evolução da Saúde no Brasil

A República Velha trouxe ao Brasil a ciência como base de soluções de problemas de saúde pública e higiene, devido ao aumento crescente das populações urbanas. Em São Paulo, no ano de 1892, criou-se o Serviço Sanitário Paulista, instituto que serviu de modelo para outras instituições no País.

Nesta época,

A forte intervenção higienista em São Paulo a partir dos últimos anos do século IX, especialmente na capital e no porto de Santos, só foi possível porque a rica oligarquia local decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública. Foram as maiores quantias até hoje investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro (ALMEIDA FILHO, 1996, p.16).

Percebe-se, na citação, que foi somente a partir do final do século XIX que a saúde pública ganhou destaque no Brasil, fato que adveio do investimento da rica oligarquia, interessada em melhorar os serviços de saúde no Brasil.

Conforme Bertolli (2003, p.17),

Nesse sentido as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência há higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas (...). As (...) perspectivas abertas pela medicina europeia e o desejo de superar a barbárie do passado colonial renovaram o serviço sanitário paulista. Criado em 1892, em pouco tempo ele se tornou a mais sofisticada da organização de prevenção e combate às enfermidades do país (...). Dispondo de equipamentos e funcionários especializados. O serviço sanitário pôde fiscalizar as ruas e as casas entendendo a vigilância a praticamente tudo.

Cabe destacar que passou a ser obrigação do estado notificar oficialmente todas as pessoas contaminadas com doenças contagiosas.

Mais tarde, para garantir a eficiência das tarefas dos higienistas e dos fiscais sanitários, o governo paulista organizou vários institutos de pesquisas, articulados à estrutura do Serviço Sanitário. Em seguida, vários outros institutos foram fundados como, por exemplo, o Instituto Osvaldo Cruz, que permanece até hoje como o principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas. Assim, a partir de novas

inovações e concepções científicas na área médica, a propagação de várias doenças contagiosas diminuía, tornando-se quase estáveis nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (ALMEIDA FILHO, 1996).

Com as medidas sanitárias, houve uma redução significativa das várias doenças infecciosas que se alastravam, sobretudo nas grandes cidades, devido ao aumento indiscriminado da população urbana e da falta de saneamento básico.

Contudo, o aspecto autoritarista destas medidas (os médicos da equipe de Oswaldo Cruz invadiam as casas de forma agressiva), faz com que a população se revoltasse, iniciando a Revolta da Vacina. O ponto alto dessa revolta resultou no afastamento de Oswaldo Cruz (INDRIUNAS, 2018 *apud* CUNHA, 2010).

Na opinião de Almeida Filho (1996), as medidas de controle do Estado eram autoritárias, pois intervinham na vida cotidiana das pessoas. Isso resultou, na maioria das vezes, em discussões e movimentos de revoltas contra estas medidas estatais. A Revolta da Vacina foi uma das respostas do descontentamento da população, que assustada reagiu contra o programa de vacinação em massa.

Isto provou que medidas autoritárias não condizem com a democracia e, mesmo sendo em função da saúde da população, a imposição deste controle sanitário descontentou os cidadãos brasileiros. A revolta surgiu como resultado deste descontentamento.

Segundo Indriunas (2010 *apud* CUNHA, 2010 p.15), “apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos problemas e colher muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária”.

O cenário da saúde pública começa a ganhar outro sentido na era Vargas, entre 1930 e 1945, pois o seu governo foi marcado por medidas populistas e as políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar, diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela “bondade” do presidente. Neste período, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional. Um Ministério próprio foi criado, (Ministério da Educação e da Saúde Pública). Esta nova ordem do setor da saúde tinha como compromisso zelar pelo bem-estar sanitário da população. Nos estados mais ricos, já existiam serviços de saúde organizados, centros de saúde atendiam e orientavam enfermos, além de funcionarem também como porta de entrada para o internamento hospitalar (ALMEIDA FILHO, 1996).

Os direitos sociais, incluindo saúde e previdência, representaram o norte do governo Vargas, que buscava apoio político para um governo ditatorial através da instituição de legislações sociais.

O marco inicial do Direito Previdenciário no Brasil deu-se com a promulgação da Lei Eloy Chaves, Decreto Legislativo n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923, que determinou a implantação de Caixas de Aposentadorias e Pensão para os empregados das empresas ferroviárias, sendo a primeira a dos empregados da Great Western do Brasil (SETTE, 2005, p.46).

A Lei Eloy Chaves foi a primeira que instituiu a Previdência Social em nível nacional, sendo os empregados ferroviários importantes mão-de-obra de um setor vital para a época: as ferrovias.

Desta forma, mediante desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta das empresas, ficava assegurado aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou invalidez, de tratamento médico e de medicamentos, de auxílio para funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido (ALMEIDA FILHO, 1996).

Mais tarde, foram estendidos os benefícios sociais, de saúde e de previdência, aos demais trabalhadores brasileiros, porém estes investimentos são ainda financiados pelas próprias empresas em sistema de seguro.

Ainda segundo Almeida Filho:

A situação tornava-se ainda mais trágica para o operário que não tinha carteira assinada e que por isso não podia contribuir para a caixa de sua categoria profissional. Para esse trabalhador, restava o apelo à caridade pública. Era qualificado pela administração dos hospitais filantrópicos como indigente, triste rótulo para quem perdera a saúde e não tinha dinheiro para pagar o tratamento (ALMEIDA FILHO, 1996, p. 33).

No governo Vargas, o investimento no setor da saúde pública e no tratamento dos enfermos continuou a ser muito pequeno em relação à demanda, e muitos brasileiros necessitados continuavam a morrer sem receber a ajuda médica necessária.

Inicia-se, neste período, um movimento de conscientização e educação sobre a saúde e a higienização, sobretudo nas grandes cidades onde se concentra a maior parte da população urbana. A principal finalidade desta campanha de

conscientização era mudar os hábitos da população em relação aos cuidados com saúde e os hábitos de higiene.

Entre os anos de 1940 e 1964 umas das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Previdência) como forma de tornar o sistema mais abrangente. Em 1953 é fundado o Ministério da Saúde e em 1960 é editada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), sistema este que unificava os institutos de aposentadoria em regime único, abrangendo todos os trabalhadores regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Não eram abrangidos os trabalhadores rurais, os funcionários públicos e os empregados domésticos (INDRIUNAS, 2010 *apud* CUNHA, 2010).

Em 1960, com o surgimento da Medicina Comunitária, iniciou-se um apelo a participação da comunidade para a resolução dos problemas de saúde.

Entretanto, por trás deste apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade. As práticas de educação em saúde comunitária partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, devendo, para isto, ser conscientizadas. Os determinantes sociais desses problemas, contudo, não eram levados em consideração (ALVES, 2005, p. 05).

A crise econômica e política brasileira foram agravadas com o regime militar, a partir dos anos 70, e a sociedade voltava a mobilizar-se exigindo liberdade, democracia e eleição direta para presidente da República, cujo movimento foi conhecido historicamente como: Diretas Já.

Nesse mesmo período, a saúde passou por grande crise, com hospitais precários, dificuldade para encontrar atendimento médico e muitas mortes sem socorro especializado, junto com um surto de epidemias e doenças infectocontagiosas que assolavam o País.

Conforme explica Indriunas (2010 *apud* CUNHA, 2010, p.30),

Em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%. De 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984.

Assim sendo, na década de 70, quando a população começa a despertar para uma resistência e insatisfação quanto à atenção dada à saúde, os movimentos

sociais, que reuniram intelectuais e populares, resgataram propostas pedagógicas, como a de Paulo Freire. A partir disso, os profissionais da saúde iniciaram experiências articuladas às teorias das ciências humanas, construindo um novo projeto de atenção em saúde, que, contrárias às práticas educativas autoritárias e normalizadoras, caminhava para uma ruptura (ALVES, 2005).

Entre os movimentos sociais da década de 70 que buscavam romper com o modelo tradicional de saúde o que se destacou foi o Movimento Popular em Saúde. Foi um movimento em que os profissionais da saúde se dirigiam até os centros urbanos e regiões rurais, aproximando-se das classes populares e dos movimentos sociais locais.

A aproximação favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações, o que levou muitas profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados (ALVES, 2005, p.6).

A partir desta prática o movimento de Educação Popular em Saúde priorizou a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação do profissional da saúde com o usuário. Contrapondo o modelo tradicional de saúde, este movimento valoriza a troca interpessoal dos usuários através do diálogo, buscando a explicitação e compreensão do saber popular.

Historicamente, a saúde sofre transformações a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, em que profissionais da área da saúde, com apoio de movimentos populares, reivindicaram melhorias na área, pois, “até o início da década de 70, a assistência à saúde existente no Brasil quase se resumia à medicina curativa” (VASCONCELOS, 1997, p. 17). Compreende-se que o atendimento à saúde se resumia à consulta médica e ao medicamento.

A partir dos anos 80 surgem, então, em decorrência da ação dos movimentos sociais, novas propostas de melhorias na saúde pública brasileira.

Após muitas reivindicações populares aconteceram mudanças nos órgãos de saúde, e universidades passaram a formular um diferente modelo de assistência médica, denominado Medicina Comunitária.

O modelo da Medicina Comunitária, na medida em pregava a utilização de técnicas simplificadas, de baixo custo, e com a participação da população, era bem mais barata. Além disso, a valorização de ações preventivas e de

alcance coletivo, em vez das ações unicamente individuais da medicina curativa, aumentava a sua eficiência (VASCONCELOS, 1997 p.18).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, na cidade de Brasília, foi o evento mais importante da década de 80, que teve como objetivo discutir a incorporação da Reforma Sanitária, juntamente com a proposta de um Sistema Único de Saúde, na nova Constituição. Os temas abordados nesta Conferência, que tiveram mais relevância foram: a reformulação do sistema nacional da saúde, o financiamento setorial e a saúde como direito de todos.

A partir desta Conferência, que contou com a participação de 4.500 pessoas, dentre elas 1000 delegados, foi um marco importante, pois as entidades representativas e a população começam a debater questões da saúde.

Com o objetivo de ampliar a assistência à saúde em todo o País, a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe a proposta de novas diretrizes para o Sistema Único de saúde:

A descentralização (gestão única em cada esfera de governo), Municipalização (deslocamento dos centros de decisão. O município deve assumir autonomia para gerenciar os seus recursos), Financiamento de Serviços (de caráter público, de arrecadações de impostos e contribuições das esferas federal, estadual e municipal), Participação Social (está garantida na Constituição/88 a participação da população nas decisões, através dos conselhos e conferências), Universalidade (acesso a todo e qualquer serviço de saúde, sendo de caráter estatal ou privado, conveniado ao SUS), Equidade (igualdade na prestação dos serviços oferecidos pelo sistema único de saúde), Integralidade (saúde e pessoas vistas como um todo, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde). (HOSTINS, 2005, p. 8).

O movimento pela Reforma Sanitária foi importante para o avanço na área da saúde. Surgiram propostas e reivindicações modernizadas e democráticas para a transformação político-jurídica, operacional e institucional de atenção à saúde. “Foi a partir do movimento da Reforma Sanitária que o Estado foi obrigado a reconhecer a saúde como um direito de todo cidadão, e forçado a se tornar responsável pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde” (HOSTINS, 2005, p. 8).

Desta forma, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Reforma Sanitária, ocorreram mudanças na política de saúde brasileira. A saúde passa a ser compreendida como resultado das condições de vida das pessoas, e para se ter saúde é necessário: alimentação, moradia, lazer, emprego, renda, e de mais condições que permitam a reprodução digna de vida. Assim, a saúde se torna

intimamente ligada às políticas sociais e econômicas brasileiras e, por consequência, o Estado responsabilizado por garantir condições de vida as pessoas, mesmo que isso ainda não seja realidade no País.

Neste sentido, a partir do novo conceito ampliado de saúde, a garantia do direito à saúde passou a ser discutido em seus determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde. Estas deveriam estar sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente da educação em saúde (ALVES, 2005).

Nesta perspectiva, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber e não somente o saber técnico-científico dos profissionais de saúde.

A integralidade da saúde, modelo de saúde garantida pela Constituição de 1988, requer uma saúde de qualidade, que leve satisfação ao paciente. O alcance dessa qualidade é um processo lento e complexo, hoje orientado por órgãos de certificação da qualidade em saúde e pelos órgãos de Acreditação Hospitalar.

Nesse contexto, quando se fala em qualidade na prestação dos serviços de saúde, seja nos hospitais públicos ou particulares, é imprescindível abordar o tema sobre gestão e administração hospitalar.

### **3.2 Gestão e Administração Hospitalar**

Segundo Chiavenato (2018), administrar significa conduzir, direcionar os esforços das pessoas e dos recursos materiais e financeiros da empresa para atingir os resultados esperados. Nesse sentido, pode-se dizer que administrar é orientar, dirigir e controlar os recursos da empresa (materiais, financeiros e humanos) para que, ao final, as metas e objetivos previamente estabelecidos possam ser alcançados com êxito.

Para Razza (2006, p.130) “seria desejável que os dirigentes das empresas percebessem a importância das técnicas da administração como um atributo para o sucesso do negócio”.

Fayol (1994 apud GIGLIOTTI, 2004, p. 2), acreditava que “administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar”. Esta definição de Fayol, que sobrevive até os dias de hoje, deixa claro que são esses pontos imprescindíveis para a empresa atingir sua meta empresarial.

No processo administrativo, as funções de planejamento, organização, direção e controle são dependentes, integradas e sistemáticas, sendo praticamente impossível uma administração de sucesso sem que todas as estas funções sejam desempenhadas com eficiência.

Loures Junior (2012, p.7), descreve a função de administrar como:

Administrar é a arte de fazer com que as coisas sejam feitas da melhor maneira possível, através dos recursos disponíveis, a fim de atingir os objetivos. O administrador tem por função integrar e coordenar os recursos organizacionais (pessoas, materiais, dinheiro, tempo e espaço, etc.) em direção aos objetivos definidos de maneira tão eficaz quanto possível.

Neste contexto, administrar é desempenhar as funções organizacionais da melhor maneira possível, utilizando os recursos disponíveis para alcançar os objetivos previamente planejados.

Portanto, o planejamento é a função organizacional que atua na definição da missão da empresa, na formulação dos objetivos, na definição dos planos (caminho) para atingir os objetivos pré-estabelecidos e os programas e atividade.

A organização é a função da divisão do trabalho, da designação e agrupamento das atividades, da alocação dos recursos a serem usados e definição das autoridades e responsabilidades organizacionais.

A direção da empresa envolve designar pessoas, coordenar os esforços para atingir o que foi estabelecido, comunicar, motivar liderar e orientar os recursos humanos da empresa.

A função de controle envolve a definição de padrões, o monitoramento e avaliação do desempenho e a implantação de ações corretivas, sempre que necessário.

### **3.2.1 Planejamento**

O planejamento é o primeiro elemento que compõe o processo de gestão e deve ser muito bem elaborado, sob o risco de comprometer os resultados da organização. Um bom planejamento, segundo Certo (2005), produz muitos benefícios, pois ajuda os gestores a se orientar para o futuro.

Segundo Chiavenato (2018, p.32), as premissas do planejamento são onde a empresa está agora e onde pretende chegar. Deve-se definir a atual situação da

empresa, planejar e estabelecer objetivos futuros. Isso se chama planejamento. Figueiredo e Caggiano (2007), afirmam que planejar é a função mais básica do Administrador, pois sem planejar, não há gerenciamento. Todo administrador deve refletir antes de agir. Isso é planejamento.

Conforme ensinam os mesmos autores, o planejamento contribui com o estabelecimento de objetivos para a empresa, independente do seu tamanho ou ramo de atividade. Além disso, ao planejar, fica possível ao administrador avaliar o cenário onde a empresa está inserida, verificando os fatores externos que possivelmente irão (em algum momento) interferir nas operações da empresa. Por meio do planejamento, o administrador poderá ainda avaliar os recursos disponíveis na empresa e estudar formas de utilizar estes recursos da forma mais eficiente possível. Na fase de planejamento, pode ainda o administrador estabelecer a estratégia que será usada para alcançar os objetivos e metas estabelecidas para a empresa (FIGUEIREDO E CAGGIANO, 2007).

O planejamento pode ser operacional, tático ou estratégico, sendo que todos os modelos de planejamento são essenciais para alcançar os objetivos e metas da organização, seja ela uma pequena, média ou grande empresa.

O primeiro nível do planejamento como visto, é o planejamento estratégico, que define um modo de pensar e agir de forma estratégica. Surgiu e evoluiu no século XX, pois antes disso, algumas ações poderiam até ser chamadas de planejamento, mas nada que se compare ao que é conhecido hoje, no mundo globalizado. Para Sandroni (2003, p.462), “o planejamento estratégico é aquele voltado para os objetivos-fins de uma empresa ou de uma economia”.

O planejamento estratégico considera a empresa como um todo, onde suas partes trabalham em sinergia para que o todo obtenha sucesso. As pessoas envolvidas precisam da consciência desse contexto para entender os objetivos fins do planejamento estratégico.

No processo de gestão estratégica, todas as funções da organização estão inter-relacionadas, ou seja, é um modelo sistêmico, onde todas estas funções devem trabalhar em harmonia com o meio ambiente.

Para Certo (2005, p. 25), um plano estratégico é uma visão específica do futuro da empresa, que contém as seguintes descrições:

- Como será o setor de atuação da empresa;
- Quais os mercados em que ela irá competir;
- Quais os competidores no mercado;

- Quais produtos e serviços à empresa oferecerá;
- Quem são e como são os seus clientes;
- Que valor oferecerá a seus clientes através de seus produtos e serviços;
- Quais vantagens ela terá no longo prazo;
- Qual será ou deverá ser o seu porte;
- Qual será ou deverá ser a sua rentabilidade;
- Quanto será agregado de valor aos acionistas.

Portanto, no processo de planejamento estratégico, algumas questões futuras da empresa devem ser avaliadas e o administrador deve pensar e planejar como vai resolver estas questões quando chegar a hora.

Segundo Barros (2003, p.87), que não se pode esquecer, porém, que pensar estrategicamente não pode ficar no terreno de “entes inanimados – pois, o planejamento estratégico lida com pessoas, seres que pensam e possuem a capacidade de se autodeterminar, perspectivas da realidade que precisam ser ouvidas”. Portanto, não basta ao administrador saber aonde quer chegar, mas sim é preciso que ele saiba como vai negociar, convencer, transferir responsabilidades e contribuir um pensamento coletivo em busca do objetivo a ser atingido.

O segundo é o planejamento tático. Segundo Sandroni (2003, p.462), “o planejamento tático é aquele que se ocupa da escolha dos meios para atingir aqueles objetivos”.

O planejamento tático, conforme Ferreira *et al* (2007) envolve um tempo mais curto que o destinado ao planejamento estratégico. Apresenta como principal objetivo analisar áreas de desempenho determinadas, como setores, divisões e funções empresariais, entre outros. Encontra-se no interior do planejamento estratégico, em um nível organizacional inferior a este.

O terceiro é o planejamento operacional. Este, segundo Peleias (2002, p.23), é:

(...) uma etapa de detalhamento das alternativas pré-selecionadas no pré-planejamento operacional, relacionada a recursos, produtos, volumes, preços e outras variáveis, compreendendo um horizonte de tempo (curto, médio, e longo prazo); é a programação elaborada no momento mais próximo da realização dos eventos, com base no conhecimento mais seguro das variáveis envolvidas.

O planejamento operacional também é parte do planejamento estratégico, referindo-se, porém, ao detalhamento das variáveis referentes aos recursos- tecnológicos, materiais, humanos e financeiros -, resultando em cronogramas e

tarefas específicas, envolvendo os responsáveis por cada unidade onde o planejamento está sendo desenvolvido.

### **3.2.2 Organização**

Organizar, segundo Certo (2005), é um dos pilares da administração e representa a capacidade do administrador de usar de forma eficiente e ordenada os recursos do sistema administrativos que estão a sua disposição. O principal objetivo da organização é direcionar os recursos disponíveis (seja material, financeiro ou humano) para que, combinando seus esforços, possa se alcançar os objetivos e metas organizacionais estabelecidos na fase de planejamento.

A organização se refere ao resultado do processo de organizar. O administrador busca extrair, através do ato de organizar, um retorno positivo de cada investimento do sistema administrativo. A organização apropriada desses recursos aumenta a eficiência e a eficácia de seu uso.

Portanto, organizar um negócio representa ordenar os recursos e as funções de forma a facilitar o trabalho e criar uma nova visão da empresa. Para isso o administrador precisa ordenar os seguintes recursos: O espaço (de modo a organizar cada coisa no seu devido lugar); Organizar o tempo (a) adequar um tempo para cada tarefa e determinar cada tarefa em seu tempo devido; Controlar os compromissos; listar as prioridades; ser pontual nas tarefas planejadas); organizar o trabalho; listar as tarefas e agrupá-las de forma eficiente e no menor tempo possível; determinar quem é responsável por cada tarefa); organizar as pessoas (determinar unidades de comando e unidades de direção); organizar os recursos financeiros (usar corretamente e eficientemente os recursos financeiros da empresa, visando alcançar com estes, o maior rendimento possível) (PORTAL ADMINISTRADORES, 2018).

### **3.2.3 Direção**

A etapa de direção, depois de planejadas e organizadas as ações, representa a fase de dirigir os recursos humanos da empresa para alcançar os objetivos planejados.

Conforme Silva e Albuquerque (2007, p. 66), a “direção é o processo administrativo que conduz e coordena o pessoal na execução das tarefas antecipadamente planejadas”.

Nesta fase, o administrador atua na gestão de pessoas, desempenhando um papel de orientar o capital humano da empresa na realização das suas atividades, além de atuar na administração de conflitos entre as pessoas e entre os setores da empresa. Atua no sentido de envolver as pessoas da organização para que todas participem, de forma motivada, da busca pela realização dos objetivos e metas estabelecidas na fase de planejamento.

O administrador deve ser um bom líder e deve desenvolver as habilidades de comunicação, motivação do pessoal, habilidades para exercer autoridade com respeito, capacidade para avaliar desempenhos e habilidades para tomar decisões que tragam maiores benefícios à empresa e ofereçam menores riscos (PORTAL ADMINISTRADORES, 2018).

#### **3.2.4 Controle**

O controle, como o próprio termo sugere, controla todas as outras etapas do processo administrativo, visando comparar o resultado alcançado com o que foi planejado. Com isto, visa ajustar e corrigir eventuais falhas.

Segundo o site ADMINISTRADORES (2018), a fase de controle consiste em realizar as seguintes atividades: Retomar as metas que foram estabelecidas; recolher informações sobre os resultados; comparar as metas com os resultados obtidos; corrigir as distorções ou possíveis falhas.

#### **3.2.5 Gestão Hospitalar**

Depois de conhecer as fases do processo de gestão, com um breve enfoque de cada uma dessas fases (planejamento, organização, direção e controle), o administrador já está apto a analisar os dados coletados e programar seu plano de ação, buscando a melhoria do processo analisado.

Dessa forma, a administração, assim como em uma empresa, aplica-se às instituições que prestam serviços de saúde, no caso deste trabalho, às instituições hospitalares.

A gestão hospitalar apresenta algumas especificidades em relação aos processos de gestão desenvolvidos em outros tipos de organizações. Para Drucker (1999), a área de saúde apresenta um processo de administração muito mais complexo que em outras organizações.

Para Alves (1998), os hospitais apresentam um tipo especial de administração, muito mais complexa e peculiar, pois envolvem a união de recursos humanos e procedimentos bastante diversificados. Os hospitais reúnem diversas áreas, como lavanderia, hotelaria, alimentação, suprimentos, entre outros, e todas devem ser geridas pela administração da organização da saúde, com perfeita interação entre estas áreas, para que a instituição atinja seu objetivo maior, que é a satisfação integral do paciente.

As teorias da administração, vistas no capítulo I, foram gradativamente sendo adaptadas às organizações hospitalares contemporâneas. Para Rotta (1994 *apud* GONÇALVES, 2006, p.42), “até 1930, os hospitais eram frequentemente dirigidos por enfermeiras, religiosas ou empresários aposentados, pessoas bem-intencionadas guiadas pelo bom-senso e intuição”.

Somente após esse período é que os hospitais passaram a ser vistos como organizações vivas e dinâmicas, que precisavam de gestão especializada.

A partir da década de 1960 o setor de serviços expande-se no Brasil, passando a ser considerados também como produto. A padronização da qualidade atinge não só os bens de consumo, mas também, os serviços oferecidos à sociedade. Os serviços de saúde são envolvidos neste contexto, e a sociedade passa a exigir maiores níveis de qualidade no serviço de saúde brasileiro.

A gestão agora passa a ser uma necessidade das instituições de saúde, devido às exigências da sociedade.

Para Gonçalves (2006, p.43), “compreender a atividade hospitalar como um negócio e equilibrar esse conceito com a função social exige uma gestão empresarial ética, competente e desafiadora”. Hoje todas as organizações, inclusive os hospitais, precisam se adequar aos novos paradigmas da qualidade, por uma questão de sobrevivência.

O complexo sistema organizacional que envolve o hospital, abrange tanto a gestão de recursos materiais, como a gestão de pessoas.

Todos os funcionários do hospital são responsáveis pelas mudanças estratégicas dessa organização, porém, é a alta administração quem viabiliza,

facilita e proporciona estas mudanças. Todas as ações devem convergir para o bem estar das pessoas que se utilizam dessa instituição e para a melhoria na qualidade de vida de quem trabalha na organização hospitalar.

O tema administração hospitalar é um assunto recente no Brasil. Segundo Bittar (1996, p.1),

A Administração Hospitalar no Brasil iniciou-se na década de 40, com os primeiros trabalhos publicados, a respeito do assunto, pelo médico Odair Pacheco Pedroso. Foi por meio dele também que se iniciou em 1951 o primeiro curso de Administração Hospitalar no País, na faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nessa tarefa, contou com o apoio dos médicos Lourdes de Freitas Carvalho e José Gabriel Borba, recém-chegados dos Estados Unidos da América, onde realizaram cursos de Mestrado na área de Administração Hospitalar respectivamente, nas Universidades de Minnessota em Mineápolis e Colúmbia em Nova Iorque.

Percebe-se que as teorias de administração hospitalar, introduzidas no Brasil na década de 40, são frutos de teorias trazidas dos EUA por médicos brasileiros que lá foram se especializar.

No entender de Campos (*apud* BITTAR, 1996, p. 1), “a existência dos hospitais é bem anterior à era cristã, e dos anos 40 até a presente data a evolução do hospital foi impulsionada pelo desenvolvimento tecnológico, ocorrido principalmente após os anos 70”.

Neste sentido, mesmo sendo os hospitais anteriores ao nascimento de Cristo, sua evolução se dá somente nas últimas décadas, devido a uma série de fatores políticos, sociais, econômicos e devido, sobretudo, à evolução dos meios de comunicação e da revolução tecnológica.

Na década de 1990, houve um grande crescimento do número de hospitais no Brasil e, na atualidade, o hospital transformou-se em uma instituição complexa e completa, como define o próprio Ministério da Saúde (1978) afirmando ser a instituição hospitalar parte integrante de uma organização médica e social, onde a função básica reside no fato de proporcionar à sociedade assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, incluindo o atendimento domiciliar. Neste contexto, incluem-se também a educação continuada, a capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como a supervisão e orientação dos estabelecimentos de saúde.

Percebe-se que o conceito de hospital se torna ampliado diante deste conceito do Ministério da Saúde. Simplesmente curar não é mais a única finalidade dos hospitais. Segundo Bittar (1996, p.2), a assistência à saúde, nos dias atuais (...),

Deve ser prestada de maneira integral, isto é, mantendo-se a vinculação dos níveis primário, secundário e terciário, significando que ações de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação (física, psicossocial e ocupacional) estejam necessariamente interligados e sejam proporcionadas em seqüência lógica, dentro do tempo e da necessidade exigida (e desejada) pela comunidade.

Assim sendo, a saúde, na atualidade, envolve tanto o aspecto físico do paciente, quanto sua condição psicológica, social e ocupacional.

Segundo Bittar (1996, p.2), o hospital é uma instituição complexa, onde “atividades industriais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos utilizados diretamente em humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados”.

Diante dessa complexidade, o hospital, como empresa que é, precisa de gestão, para alcançar a eficiência dos serviços prestados e a eficiência dos recursos disponíveis (material, humano e financeiro).

Para Gurgel e Vieira (2002, p.330):

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar.

A gestão hospitalar é confrontada diariamente com inúmeros desafios, tanto em relação a recursos financeiros como no tocante à gestão das pessoas que foram as organizações hospitalares, o que requer administradores hospitalares bastante competentes.

Segundo Mezomo (2001), quando os administradores dos hospitais brasileiros tiverem algumas das habilidades exigidas, uma grande parte dos seus problemas será equacionada e resolvida. Não que os administradores hospitalares devam se transformar em super-heróis, mas que assumam suas responsabilidades

com empenho e disposição, pois só assim alcançarão melhoras e maior nível de qualidade nos processos de gestão.

O hospital oferecido à comunidade deve ter um novo enfoque, com nova organização, conforme Mezomo (2001, p.199), a performance organizacional dos hospitais “deve ser melhorada, porque todos: governo, prestadores de serviço e consumidores estão exigindo mais qualidade, menores custos, maior acesso, mais informação e resultados mais consistentes”.

Não é mais possível que os hospitais brasileiros continuem com sua gestão burocrática, pesada, ultrapassada, sem visar à qualidade, a melhoria dos processos e sem prestar atenção aos clientes-pacientes.

A filosofia da qualidade é hoje uma condição determinante em qualquer instituição hospitalar, seja ela pública ou privada. Para o alcance de uma gestão hospitalar que resulte em qualidade no atendimento ao paciente essencial é a melhoria contínua dos processos e dos serviços prestados.

### **3.3 O Setor de Serviços: Um Enfoque No Setor de Saúde**

No âmbito da economia mundial, a expansão das atividades de serviços constituiu uma das mais importantes mudanças introduzidas no cotidiano humano no século XX.

Diferentemente do mercado voltado a produtos, o setor de serviços se destina a bens intangíveis, que não podem ser colocados em estoque, estão diretamente ligados a quem vende e quem compra o serviço, e variam muito mais em termos de qualidade e eficiência do que os produtos.

Segundo Kotler (2003, p.450), “os serviços são intangíveis. Ao contrário dos produtos físicos, eles não podem ser vistos, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados antes de serem adquiridos”.

De acordo com Sandroni (2003, p. 553), o setor de serviços,

É a denominação dada ao conjunto de atividades que se desenvolvem especialmente nos centros urbanos que são diferentes das atividades industriais e agropecuárias. Tais atividades normalmente se enquadram no assim chamado setor terciário da economia.

Desta forma, pode-se dizer que o setor de serviços pode ser representado pelo conjunto de serviços oferecido por setores como transportes, publicidade, comércio, telecomunicações, educação, saúde, recreação, organização de eventos, entre muitos outros.

A saúde, como setor de serviço que é, sempre esteve mais próxima ao cliente do que o setor industrial. Segundo Mezomo (2001, p.76), somente há pouco tempo, o setor de serviços se deu conta do novo perfil do cliente: “mais exigente, mais crítico, mais consciente de seus direitos, mais protegido pela lei (Lei de Defesa do Consumidor, Procon, etc)”. E ainda, conforme o autor, “as organizações de serviços estão, portanto, exigindo novo estilo de gestão: a gestão pela melhoria da qualidade, com enfoque no atendimento dos clientes, no conhecimento da concorrência e na redução dos custos”.

A avaliação em serviço de saúde é similar ao controle de qualidade no setor industrial, que foi onde o conceito de qualidade se desenvolveu.

Mezomo (2001) dá como exemplos de indicadores de qualidade dos serviços de saúde: a efetividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a continuidade, a acessibilidade, a segurança, a ética e outros. Para que estes indicadores demonstrem alto grau de qualidade é necessário que haja uma administração capacitada, comprometida com as mudanças necessárias de melhoria contínua e dotada de liderança, propiciando condições de envolver todas as pessoas no processo de transformação.

“Com trabalho e persistência os serviços de saúde podem ter processos mais estáveis, resultados mais amplos e custos mais controlados” (MEZOMO, 2001, p.108).”

Dessa forma, diante da concorrência e do aumento da exigência do paciente/cliente por melhor qualidade nos serviços de saúde, este setor vem, cada vez mais, buscando aprimoramento e melhorias contínuas na disponibilização de serviços à sociedade.

### **3.4 A Qualidade em Serviços de Saúde**

Novaes (2000 *apud* HADDAD, 2004), explica que foi a partir da década de 60 que a prestação de serviços de saúde passou a ter maior importância na vida do cliente, passando a ser reconhecida também como produto, passível de

padronização nos quesitos de garantia de qualidade. Assim, além de adquirir importância crescente no setor de saúde privada, a qualidade começou a ganhar destaque também nos serviços prestados no serviço público de saúde. Neste período, houve uma expansão gradativa dos serviços de saúde, exigindo das instituições a reorganização dos seus processos de trabalho, visando a garantia da melhoria dos serviços oferecidos, com custo menor.

Uma melhor prestação do serviço de saúde está intimamente ligada à gestão da qualidade que vem se desenvolvendo com força desde a metade do século XX. As instituições de saúde cada vez mais necessitam da implantação e gerenciamento do novo modelo de gestão imposto pelo mundo globalizado e pelo acirramento da competitividade. A prestação de serviços eficientes está fundamentada no modelo de qualidade total implementada pelas indústrias (com base nos princípios e práticas que fundamentam a gestão desenvolvida por Crosby, Juran, Deming, entre outros) (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Para Tronchin, Meleiro e Takahashi (2010), a intensificação pela qualidade nos serviços de saúde ocorreu na década de 1980, quando se elevaram os custos assistenciais, culminando com a evolução tecnológica e com a mudança no perfil dos clientes de saúde, que passaram a exigir maior qualidade nos serviços oferecidos pelo setor de saúde no Brasil.

Segundo Cavalcante *et.al* (2015), no setor de saúde, seja pública ou privada, o conceito de qualidade vem atrelado ao conceito de excelência profissional, e ainda intimamente vinculado ao uso eficiente dos recursos materiais, financeiros e humanos, ocasionado o menor risco possível ao paciente ou a família, resultando em um grau elevado de satisfação dos usuários.

Conforme Portela (2000, p.265),

O conceito de qualidade aplicado a cuidados à saúde é, na prática, abordado em termos de um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) propõe sete atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Desses atributos, três apresentam interesse especial para a rotina de trabalho nos laboratórios de controle de qualidade em saúde: eficácia, efetividade e eficiência.

Como observa o /autor citado, a qualidade em saúde está ligada aos sete atributos desenvolvidos por Donabedian, na década de 1990. Segundo Cavalcante *et al* (2015, p.788),

Avedis Donabedian foi um dos primeiros autores a escrever sobre avaliação da qualidade em saúde. Este autor propõe o conceito de qualidade pautado em sete pilares. Estes são: eficácia, compreendida como a capacidade de promover a melhoria do cuidado; efetividade, definida como o máximo alcance possível da melhoria; eficiência, relativa à habilidade de obter-se o melhor resultado a partir do menor custo; otimização, relação entre custos e benefícios das atividades; aceitabilidade, relacionada à adaptação do cuidado às necessidades do paciente; legitimidade, refere-se à conformidade entre a cultura da sociedade e os serviços prestados pela instituição; equidade, como a distribuição dos serviços segundo as necessidades da população.

Donabedian, portanto, foi pioneiro em descrever os atributos da qualidade em saúde, pautado em pilares da qualidade, ou seja, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Dessa forma, foram somente nas últimas décadas, devido à preocupação com a redução dos custos e com o aumento da concorrência, é que os hospitais brasileiros passaram a demonstrar preocupação com o nível de qualidade dos serviços oferecidos à população.

Na atualidade, apesar de cada instituição de saúde necessitar de um programa diferente de gestão da qualidade, identificam-se aqui alguns componentes da qualidade que são comuns ao setor de serviços e da saúde.

Conforme Donabedian (*apud* MEZOMO, 2001), estes componentes são os seguintes:

**Eficácia:** através da aplicação da ciência e da tecnologia, dentro das condições mais favoráveis possíveis, obtêm-se os níveis de qualidade esperados;

**Efetividade:** é a realização efetiva do que foi planejado. “É a relação existente entre a melhoria possível e a efetividade obtida” Donabedian (*apud* MEZOMO, 2001, p.112).

**Eficiência:** “é a habilidade em reduzir os custos sem diminuir a efetividade deles” Donabedian (*apud* MEZOMO, 2001, p.112). Ou seja, as pessoas da organização de saúde devem desenvolver competências e habilidades para elevar a qualidade dos serviços prestados e reduzir custos, sem diminuir a efetividade destes serviços.

**Otimização:** o termo é bastante significativo e representa o estado ótimo entre melhoria da saúde e custos. Ou seja, um não ocorre em detrimento do outro, mas sim ocorrem ao mesmo tempo.

**Aceitabilidade:** “é a adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos pacientes e de seus responsáveis” Donabedian (apud MEZOMO, 2001, p.114).

- a) *Acessibilidade:* é possibilitar aos pacientes acessos irrestritos ao serviço de saúde, sem imposição de obstáculos de qualquer natureza, seja este físico, geográfico, financeiro, psicológico, ou outro qualquer (MEZOMO, 2001).
- b) *Oportunidade:* é ter acesso aos serviços de saúde no tempo certo.
- c) *Relação profissional-paciente:* relação baseada no respeito, lealdade e ética.
- d) *Comodidade:* Locais que apresentam condições adequadas aos serviços de saúde.
- e) *Resultados:* com qualidade e de acordo com o retorno que o paciente espera.
- f) *Custo:* o mínimo possível, sem a redução da qualidade e sem prejudicar os resultados.
- g) *Equidade:* “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (CONSTITUIÇÃO da REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

**Legitimidade:** Segundo Donabedian (apud MEZOMO, 2001, p.115), “é a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes”.

**Equidade:** é a distribuição dos cuidados de forma justa e honesta, sem privilegiar uns ou desprezar outros.

Estes são os elementos básicos que devem existir em qualquer programa de qualidade no setor de serviços de saúde.

O mesmo autor Donabedian (apud MEZOMO, 2001, p.115), propõe que sejam considerados, nos programas de qualidade na saúde, três aspectos: a estrutura, os processos e os resultados.

Segundo Donabedian (1980 apud PORTELA, 2000, p.262), a estrutura, processos e resultados podem ser assim conceituados:

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos.

Portanto, a estrutura são todos os recursos que a organização possui como equipe de trabalho, recursos materiais e capital financeiro. Os componentes processos, conforme o autor, são especificamente as atividades realizadas pela instituição para atender os usuários da saúde, e, por fim, o componente 'resultados' representa as mudanças alcançadas na saúde da população, após a implantação de melhorias na qualidade dos serviços.

Portela (2000, p.263), com base nas teorias de Donabedian,

A avaliação de estrutura é a que menos informação oferece sobre a qualidade da atenção à saúde. Mas pode ser importante para complementar avaliações do processo e dos resultados, ou, em alguns casos, ser a única possível. Ao realizar somente a avaliação de estrutura, porém, o avaliador deve ter o cuidado de evitar confundir a capacidade de um serviço gerar cuidados de boa qualidade com a qualidade de atenção em si mesma.

Dessa forma, a atenção à saúde se alicerça, principalmente, nos componentes de processos e resultados, mas, contudo, o componente de estrutura também é relevante, pois contribui como complementação nas avaliações dos outros elementos.

Segundo Mezomo (2001), os aspectos básicos da qualidade em serviços de saúde estrutura, processo e resultados.

Por estrutura entende-se: Os recursos materiais, como as instalações e os equipamentos; os recursos humanos, como sua quantidade, variedade e qualificação; as características organizacionais, como a organização do *staff* médico, de enfermagem e dos demais profissionais, a existência das funções de ensino e pesquisa, o tipo de supervisão exercida, os processos de revisão e métodos de pagamento pelos cuidados.

Por processo entende-se: Todas as atividades relacionadas aos cuidados de serviços de saúde, como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do paciente; Todas as contribuições aos cuidados vindos da família.

Por resultados entende-se: as mudanças (no indivíduo ou na população) que podem ser atribuídas aos cuidados de serviços de saúde realizados. Estas mudanças podem se referir ao estado de serviços de saúde, ao conhecimento adquirido (pelo paciente ou pelos familiares) que pode incluir na saúde futura e ao comportamento (do paciente ou da família) que pode favorecer ou prejudicar a

manutenção da saúde futura; a satisfação com os cuidados e com seus resultados por parte dos pacientes e de seus familiares (MEZOMO, 2001).

A administração da qualidade supõe, segundo Mezomo (2001), uma administração participativa com a equipe de trabalho, a implantação de ações de educação continuada, em todos os níveis; o envolvimento e comprometimento de toda a equipe na melhoria contínua da qualidade; administrar a qualidade pressupõe ainda a existência de um processo, uma metodologia de soluções e problemas; apoio integral às mudanças, a criatividade e à inovação; todos devem ter uma visão de futuro; devem exercitar a prática do *benchmarking*, para superar metas; avaliação do processo de qualidade permanente e a tomada de decisão com base nas informações coletadas, de forma fundamentada e consciente.

Percebe-se assim que a qualidade no serviço de saúde pressupõe estruturas adequadas, processos eficientes e resultados positivos.

Neste sentido, os serviços de saúde devem melhorar suas estruturas e seus processos para que possam obter bons resultados e pacientes satisfeitos. A pessoa humana tem hoje direito ao respeito e dignidade, garantias previstas na Constituição Federal de 1988. Cabe aos órgãos de serviço de saúde respeitarem estes direitos e prestarem atendimento de qualidade aos usuários.

Para Mezomo (2001), todos os serviços de saúde precisam mudar, e, as pessoas envolvidas com estes serviços precisam descobrir o 'gosto pelo bem feito' e a dimensão ética do seu trabalho. Os gestores da saúde necessitam desenvolver suas competências e habilidades, aprendendo a liderar, tomar decisões, avaliar resultados, avaliar as prioridades e interpretar dados, para que possam gerir com eficiência os serviços de saúde e cujo resultado é a qualidade dos serviços prestados.

Neste contexto, as organizações que prestam serviços de saúde visam a gestão da qualidade para maximizar o uso dos seus recursos, reduzir os desperdícios e administrar estes recursos de forma eficiente e de forma a satisfazer os usuários.

### **3.4.1 Indicadores de Qualidade**

Indicador de modo geral orienta e direciona uma organização quanto a melhoria contínua, através de dados que se pode obter dos indicadores faz-se uma

avaliação, se o indicador estiver fora do que se deseja na maioria das instituições é incluindo ações para melhorar e ajustar processos para que um resultado positivo possa ser alcançado.

Para Takashina (1999 *apud* GAVASSO 2016) “os indicadores são representações quantificáveis das características de produtos e processos, sendo assim utilizados para melhoria da qualidade e desempenho de um produto, serviço ou processo, ao longo do tempo.”

Segundo Kaplan e Norton (1997) “o que não é medido não pode ser gerenciado”

Indicadores devem ser visto como algo importante dentro das organizações, é através dele que podemos mensurar a qualidade do serviço que está sendo oferecido, é importante que os gestores estejam atentos e capacitados para oferecer veracidade nos dados analisados.

Na visão de Scucuglia (2014, p1),

Os indicadores que demonstram quantitativa e objetivamente as fragilidades da organização se transformam em vetores de ação para a transformação. Estas são as métricas efetivamente relevantes. Talvez o desempenho global e macro da organização possam ser resumidos em poucos indicadores cujos resultados sejam todos positivos. Mas são indicadores que comunicam desempenho. Para a gestão do dia a dia, são insuficientes.

Os indicadores são indispensáveis, pois são como ferramentas de controle e desempenho capaz de mensurar o que se produz, e a qualidade com que se produz. Todo gestor deve saber qual a finalidade dos indicadores, criando metas reais, com dados suficientes para ser avaliado corretamente, uma vez que o indicador é criado para mensurar a qualidade, produção ou perda de algum produto este deve ser o mais real e fiel possível.

De acordo com Martins e Costa Neto: (1998, p.305 *apud* GAVASSO 2016, p.19).

A medição do desempenho deve ser feita não somente para planejar, induzir e controlar, mas também para diagnosticar. Nesse sentido, é importante ir sofisticando a medição de desempenho conforme a empresa vai passando pelos níveis de maturidade na implementação da gestão pela qualidade total (encenando, demonstrando, comprometida e incorporada)

O indicador deve ser acompanhado constantemente, não somente como controle, mas também para diagnosticar possíveis causas no desfecho do apontamento, seja ele positivo ou negativo.

Scucuglia (2014, p.2) afirma que:

Um sistema de medição de desempenho não pode ser apenas o mensageiro da boa nova. Precisa ser também o comunicador dos problemas, o publicitário de cenários adversos, o delator dos pontos de processos onde há maior risco de intercorrência negativa. Precisa, de fato, ser o instrumento que transmita à Pessoa Jurídica a capacidade de sentir dor.

O indicador pode e deve ser usado principalmente para apontar o que dificulta a qualidade, é preciso estar atento ao contexto do qual o indicador a ser avaliado está inserido.

Bittar (2001, p. 23) fala sobre atributos necessários para os indicadores, são eles:

- Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.
- Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.
- Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.
- Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.
- Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.
- Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado

Entende-se que antes de criar um indicador, é necessário que seja avaliado o impacto que a organização terá, é necessário também que esse indicador não seja algo inimaginável, mas com meta dentro da realidade da instituição. Deve ser usada para diagnosticar problemas que interferem na qualidade, com dados de fácil análise para que a compreensão seja mais fidedigna possível e com objetivo de melhoria, aumentando a qualidade.

### 3.5 Modelos de Avaliação da Qualidade na Gestão Hospitalar

A procura pelos modelos de avaliação externa da qualidade tem evoluído no Brasil nos últimos anos. As instituições hospitalares têm buscado nestes modelos instituir melhorias contínuas e serem reconhecidas nacional e internacionalmente como organizações que prestam serviços de saúde qualificados.

A Acreditação Hospitalar é um dos principais sistemas de avaliação da qualidade.

No Manual de Acreditação Hospitalar (1997), entende-se que o termo Acreditação está ligado à qualidade nos serviços de saúde, pois representa um sistema de avaliação contínua, periódica, voluntária e reservada, que visa o reconhecimento da existência de padrões definidos de forma prévia na estrutura, nos processos e resultados de uma instituição de saúde. Esse sistema apresenta como finalidade estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência médico hospitalar e da segurança e proteção da saúde dos pacientes em geral.

O termo "Acreditação" não é encontrado em dicionários e o verbo "acreditar", que vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder à Acreditação, significa, segundo o dicionário "Aurélio", "crer, (...) dar crédito a, (...) conceder reputação a, (...) conferir poderes a" etc. A tentativa é caracterizar uma atuação diferente da empregada tradicionalmente por aqueles preocupados com qualidade (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Segundo a Organização Nacional de Acreditação – ONA (2013), uma instituição que possui um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde possui um selo de qualidade: a Acreditação. Seu processo é voltado para a melhoria contínua dos processos, estruturas e resultados. Não tem caráter regulatório ou de controle oficial, mas sim é essencialmente educativo, voltado sempre para a melhoria em todos os níveis. É um processo voluntário não imposto às instituições de saúde; é periódico, tanto durante a certificação, como em todo o período da sua validade; as informações de cada instituição são sigilosas, não divulgadas ao público externo.

Pode-se dizer que a Acreditação é um sistema de avaliação externa que visa verificar se a instituição está cumprindo um conjunto de padrões, os quais, quando aplicados, resultam na qualidade do serviço prestado. A Acreditação Hospitalar tem

como princípio básico a ideia de que os hospitais devem ser locais seguros para a prática profissional e para o atendimento qualificado ao usuário. Traduz a preocupação da instituição de saúde com a resolução dos problemas com erros e falhas que possam ocorrer na prestação dos serviços. É um processo de melhoria contínua dos processos e da qualidade final dos serviços prestados.

São eles:

ONA- A metodologia de avaliação da ONA foi desenvolvida a partir da revisão desses modelos de acreditação regionais e dos manuais da América Latina e de países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra. Para ser utilizado nacionalmente, o manual da ONA foi testado em instituições de saúde nas cinco regiões do Brasil.

JCI- A JCI faz parte de uma empresa global de organizações dinâmicas e sem fins lucrativos que abordam todas as dimensões de acreditação, atendimento de qualidade e segurança do paciente.

ACI- A Acreditação do Canadá oferece programas de avaliação de alto impacto e alto valor, incluindo certificação e credenciamento para clientes canadenses e internacionais. (*ACREDITATION*, 2018).

NIAHO- National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations é uma norma norte-americana específica para organizações de saúde, desenvolvida em um esforço para melhorar os resultados dos hospitais.

Possui elevado foco na segurança do paciente. Sua avaliação no Brasil é realizada por auditores americanos que verificam detalhadamente a conformidade das organizações com as determinações da norma (*IAGSAUDE*, 2018).

HIMSS- É uma organização global, sem fins lucrativos, baseada em causas, focada em melhorar a saúde por meio de informações e tecnologia. A HIMSS lidera os esforços para otimizar os compromissos de saúde e os resultados de cuidados usando a tecnologia da informação (*HIMSS*, 2018).

A seguir será abordado sobre os mais importantes modelos de avaliação de qualidades hospitalar aplicados no Brasil.

### 3.5.1 JCI – Joint Commission International

Segundo Malik e Schiesari (1998), o estabelecimento de padrões a serem seguidos, desenvolvidos inclusive com a participação dos usuários, vem sendo aprimorado, ficando a cargo de organizações constituídas para esse fim específico, como é o caso da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), dos Estados Unidos.

Os primórdios dessa comissão remetem ao Colégio Americano de Cirurgiões, tendo sido, portanto, uma iniciativa da categoria médica. No início, foram estabelecidos alguns padrões, gradativamente aprimorados, cobrindo mais áreas e tornados mais rigorosos. Simultaneamente, cresceu a participação das instituições de saúde. Em razão da maior complexidade das exigências e das áreas abrangidas, aos poucos, outras instituições passaram a fazer parte desse processo - a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Hospitais, representantes de profissionais e consumidores. A partir de 1988, a *Joint Commission on Hospital Accreditation* (JCHA) passou a ser denominada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), o que indica a ampliação de seu escopo de atividades (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Na atualidade, muito embora existam outros órgãos trabalhando com iniciativas semelhantes, a JCAHO conta com a adesão de importante contingente de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, tornando-se, de certa forma, parte do sistema oficial norte-americano. Atua como uma regra não escrita de que possuem qualidade os hospitais por ela acreditados, recebendo financiamento oficial somente estas instituições. O mesmo ocorre com os financiamentos privados, ou seja, para recebê-los é preciso ser acreditado pelo JCAHO ((MALIK e SCHIESARI, 1998).

Em 1999, esta instituição criou o ramo internacional - a *Joint Commission International Accreditation*, com a finalidade de ampliar suas atividades de forma sistematizada aos países que tivessem interesse de projetos semelhantes de avaliação externa da qualidade de seus serviços. Os padrões chamados internacionais seguem as normas norte-americanas, adequando-se à legislação vigente nos diferentes países. Desde então, instituições hospitalares em todos os continentes foram acreditadas, sendo o primeiro um hospital brasileiro, o Hospital Israelita Albert Einstein (MALIK e SHIESARI, 2018).

### 3.5.2 ONA - Organização Nacional de Acreditação

Foi a partir de 1990 que nasceram no Brasil algumas iniciativas relacionadas à Acreditação Hospitalar. Nessa década, muitas foram as instituições com intuito de desenvolver modelos de avaliação dos seus serviços de saúde. Até mesmo o Ministério da Saúde se dedicou com maior atenção em relação aos indicadores de qualidade nas instituições de saúde e em 1998 formou um grupo técnico para aplicar o instrumento de avaliação da qualidade em cerca de 20 hospitais por todo o país, possibilitando assim uma revisão final e unificação do instrumento de avaliação (MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 1997).

A ONA foi fundada em 1999 por entidades públicas e privadas do setor de saúde. Sua criação está ligada às mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todo cidadão.

Na década de 1990, instituições de saúde e governos começaram a se preocupar fortemente com a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Desde sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA, que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento.

Este órgão é quem credencia as instituições de saúde acreditadoras, ou seja, aquelas instituições que avaliam os hospitais no cumprimento dos padrões previamente estabelecidos pela ONA. Várias são as instituições acreditadoras - CQH (Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar da Associação Paulista de Medicina) e CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) acima mencionados além do modelo próprio, também trabalham como o modelo nacional. Outras instituições acreditadoras foram credenciadas, algumas das quais com tradição na área de certificação por meio do modelo ISO (MALIK e SCHIESARI, 1998).

A divulgação deste sistema se ampliou, principalmente, nos anos de 1999 e 2000, sendo que em 2001, ocorreram as primeiras acreditações dos hospitais. O manual veio, ao longo do tempo, sofrendo mudanças após sua aplicação em campo, com o objetivo de adequá-los à realidade nacional (MALIK e SCHIESARI, 2018).

Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002) desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), assim

dispõe sobre os níveis a serem avaliados nas instituições hospitalares em busca da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento de avaliação da qualidade e traz os seguintes indicadores: Liderança e Administração; Serviços Profissionais e Organização da Assistência; Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente; Serviços e Apoio ao Diagnóstico; Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento; Serviços de Apoio Administrativo e Infraestrutura; Ensino e Pesquisa (ONA, 2002).

Percebe-se que é um instrumento integrado de avaliação da qualidade, pois os indicadores atendem a todos os aspectos da gestão hospitalar, alcançando estrutura organizacional, equipe profissional, assistência ao paciente, incluindo serviços de diagnósticos, até ensino e pesquisa, essenciais para o processo de melhoria contínua.

### **3.5.3 ACI – Acreditação Canadense Internacional**

A Acreditação do Canadá é uma organização sem fins lucrativos dedicados a trabalhar com pacientes, formuladores de políticas e o público para melhorar a qualidade dos serviços sociais e de saúde para todos.

O programa Qmentum International da Acreditação do Canadá apoia o desenvolvimento de uma cultura sustentável de segurança e melhoria de qualidade que se torna essencial para a sua organização. Isso impulsiona a melhoria da qualidade e a segurança do paciente em benefício dos pacientes, das famílias, da equipe, das partes interessadas e da comunidade. O Programa de Acreditação Internacional Qmentum para Hospitais permite que as organizações avaliem uma ampla gama de serviços, como governança, liderança, controle e prevenção de infecções, serviços de internação e muito mais, abrange a qualidade e a segurança de toda a organização. (ACI, 2018)

A filosofia de credenciamento do Canadá para melhoria da qualidade é baseada no envolvimento de toda a organização. São avaliados todos os aspectos e é oferecido um prêmio de reconhecimento, no qual reconhece toda a organização e não apenas um programa específico.

Sobre o programa de credenciamento multinível, as organizações recebem credenciamento no nível Gold, Platinum ou Diamond, oferecendo uma oportunidade para se diferenciar no mercado. O programa Acreditação do Canadá baseia-se em mais de 100 padrões de influência global, desenvolvidos por nossa organização afiliada, a HSO. (ACI, 2018)

Os hospitais hoje enfrentam uma variedade de desafios que podem incluir um aumento na demanda por serviços, diminuição de orçamentos e falta de leitos disponíveis, entre outros. Acreditação Canadá trabalha para ajudar os hospitais a aproveitar ao máximo seus recursos e gerenciar custos.

A seguir, apresenta-se um quadro dos hospitais brasileiros com acreditação hospitalar distribuído por Estados.

Quadro 1 – Instituições credenciadas por Estado

Estado	ONA			JCI	QMentum	Sub- total
	Acreditação	Pleno	Excelência			
Alagoas	2	0	1	0	1	4
Amazonas	1	1	2	0	1	5
Bahia	5	4	6	1	3	19
Ceara	1	2	2	0	1	6
Distrito Federal	2	1	8	0	6	17
Espirito Santo	1	0	7	0	1	9
Goiás	5	3	2	0	0	10
Maranhão	0	1	2	0	2	5
Mato Grosso do Norte	2	0	1	0	0	3
Mato Grosso do Sul	1	1	0	0	1	3
Minas Gerais	2	16	25	1	6	50
Pará	4	1	5	1	3	14
Paraíba	1	0	1	0	1	3
Paraná	5	4	9	1	1	20
Pernambuco	0	0	3	3	2	8
Piauí	1	0	0	0	0	1
Rio de Janeiro	36	16	18	6	7	83
Rio Grande do Norte	0	1	0	0	0	1
Rio Grande do Sul	5	2	5	2	0	14
Rondônia	1	1	0	0	0	2
Roraima	1	0	0	0	0	1
Santa Catarina	4	2	7	1	2	16
São Paulo	115	72	105	20	22	334
Sergipe	2	0	4	0	1	7
Total	197	128	213	36	61	635

Fonte: Adaptado de ONA(2017), JCI(2017) e IQG(2017).

### **3.6 Modelos de Certificações**

A certificação é o processo de verificação externa de cumprimento de padrões e normas internas estabelecidas pela própria empresa. As normas são voltadas para a melhoria dos processos internos, capacitação dos colaboradores, monitoramento do ambiente de trabalho e verificação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores. (LABORATORIO PADRÃO, 2018)

#### **3.6.1 ISO International Organization for Standardization**

A ISO, (Organização Internacional para Padronização) desenvolve e publica padrões internacionais. É uma organização internacional não governamental independente com uma adesão a 161 organismos nacionais de normalização.

Através de seus membros, reúne especialistas para compartilhar conhecimento e desenvolver Normas Internacionais relevantes, voluntárias, baseadas no consenso e baseadas no mercado, que apoiem a inovação e forneçam soluções para os desafios globais.

A história da ISO começou em 1946, quando delegados de 25 países se reuniram no Instituto de Engenheiros Civis em Londres e decidiram criar uma nova organização internacional "para facilitar a coordenação internacional e a unificação dos padrões industriais". Em 23 de fevereiro de 1947, a nova organização, ISO, iniciou oficialmente as operações.

As Normas Internacionais da ISO garantem que os produtos e serviços sejam seguros, confiáveis e de boa qualidade. Para as empresas, elas são ferramentas estratégicas que reduzem os custos minimizando o desperdício e os erros e aumentando a produtividade.

#### **3.6.2 OHSAS Occupational Health and Safety Assessments Series**

Um dos principais objetivos da OHSAS é atender a legislação relacionada à segurança e saúde do colaborador, identificar os riscos e perigos das atividades da organização, conscientizar os colaboradores e todos aqueles que possam exercer

atividades em seu nome das consequências de suas ações para com a saúde e integridade física de todos e contempla todas as atividades do colaborador.

As organizações se mostram preocupadas em demonstrar o seu compromisso com a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Para isso fazem avaliação, implementam indicadores a fim de garantir uma estrutura que permite à organização identificar e controlar seus riscos à segurança e saúde, reduzindo o número de acidentes, auxiliando na conformidade legislativa e melhorando o desempenho geral.

### **3.7 Ferramentas para Avaliação da Qualidade**

#### **3.7.1 Gestão da Qualidade em Saúde**

Partindo-se do pressuposto de que qualidade em organizações é a fidelização do cliente e a alma do negócio, na área da saúde, não só se fideliza o cliente, como se trata do principal fator crítico na hora da escolha. Afinal em saúde a importância da qualidade em seus serviços é o que vai garantir a segurança do cliente no resultado final esperado por ele.

Pode-se dizer que ao longo do tempo o conceito de qualidade na área da saúde vem passando por constantes transformações, mas um dos conceitos que permanece forte é o de DONABEDIAN (1980) onde escreve:

“Há muitas definições ou muitas variáveis de uma só definição de qualidade e cada uma é legítima no seu contexto apropriado”. “A qualidade na atenção médica consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para os pacientes, e ao menor custo.

JURAN (1992) sugere que a qualidade seja planejada com metas de curto, médio e longo prazo, propõe tarefas concretas de organização, responsabilidade e recompensas com base em resultados alcançados. A “trilogia Juran” é baseada em planejamento, controle e melhoria para implementação de sistemas de qualidade. Avaliar metas e planos de ação, definir etapas de estabelecimento, se necessário estabelecer melhorias contínuas para a satisfação do cliente.

JURAN (1992, p. 16), “Qualidade é a satisfação do cliente e a ausência de deficiências”. O fato de certo produto ser mais caro, não significa que será de maior

qualidade. O problema de qualidade dá-se quando existe não conformidade, logo a qualidade deixa de existir quando um produto não está de acordo com seus requisitos, sendo assim ele não está conforme. Quanto a valorização do indivíduo na organização, possibilita resultados favoráveis, proporciona um recrutamento de pessoal dando ênfase no potencial para o desenvolvimento, gerando qualidade.

Portanto no pressuposto que indivíduos fazem parte de uma cadeia de trabalho onde a qualidade influencia o processo social. É preciso conhecer e entender as mudanças atuais em suas diferentes esferas sociais, econômicas, organizacional e psicológica para poder administrar. O Grande diferencial para o sucesso da organização são as pessoas, que em suas funções desenvolvem seus mais variados talentos e contribuem com resultados positivos.

### **3.7.2 Ferramentas de Qualidade como planejamento em saúde**

O controle da qualidade é um processo que exige bastante cuidado, praticidade, envolvimento de todos, fluxo e principalmente a avaliação dos resultados. Pode-se dizer que para uma organização de saúde utilizar-se da gestão de qualidade deve basicamente planejar-se, através de dados e ocasiões ocorridas dentro da organização; organizar-se, através destes dados coletados fazer uma triagem e estabelecer prioridades do que deve ser averiguado; promover ações, a partir dos resultados obtidos na análise dos dados intercorrendo medidas que mudem a situação do ocorrido. Mas o que muitas pessoas não sabem é que existe todo um aparato de ferramentas utilizadas que se utiliza para fazer estas mensurações, bem como desenvolver melhorias através destas.

Pode-se listar inúmeras ferramentas de qualidade existentes no mundo todo, porém as mais utilizadas para o serviço de saúde são as estratégicas de modo administrativa e as estatísticas de modo quantitativo, será citado neste trabalho as ferramentas: Brainstorming, Diagrama de causa e efeito, Ferramenta de Qualidade 5W2H, Diagrama de Pareto, Fluxograma, Método 5S e Método 5S.

### 3.7.3 Brainstorming

De acordo com Godoy (2001) o Brainstorming, que traduzido para o português significa “Tempestade de ideias”, é a ferramenta que se utiliza para gerar a chamada “tempestade” a partir de um determinado grupo, listando todas as questões de todos os processos. Muitas lideranças utilizam desta ferramenta não apenas com algumas pessoas de sua organização e sim com todas, afinal de contas todos possuem um conhecimento sobre aquilo que fazem, lideranças que pensam assim sobressaem-se perante outras.

De acordo com Rodrigues (2010, p. 159) “Brainstorming ou Tempestade Cerebral é uma técnica para auxiliar uma equipe a gerar/criar diversas ideias no menor espaço de tempo possível”.

### 3.7.4 Diagrama de Causa e Efeito

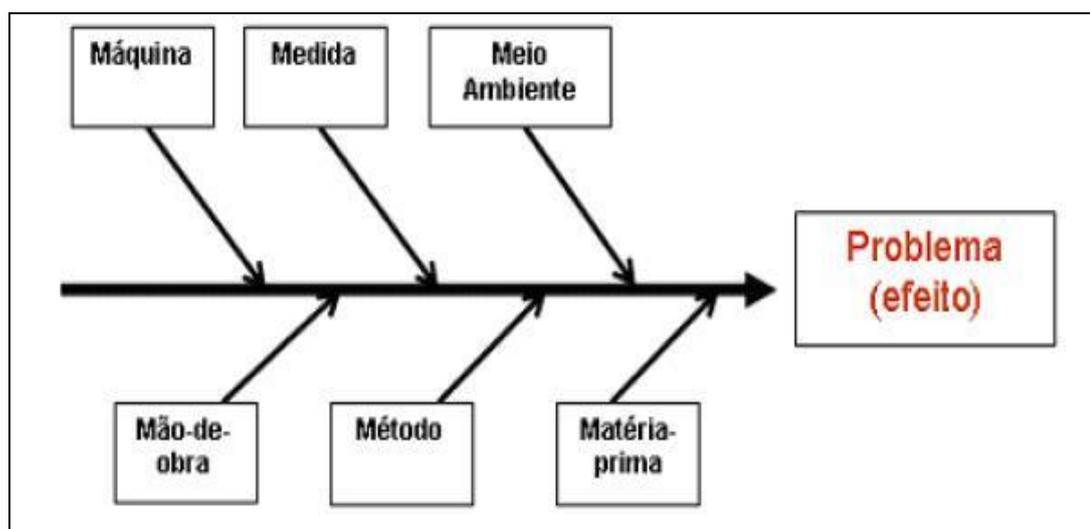
Kaoru Ishikawa foi o criador do diagrama em 1943 por este motivo o Diagrama de Causa e Efeito também é conhecido como Diagrama de Ishikawa ou Espinha-de-peixe, devido ao seu formato, foi e ainda é utilizado na indústria verificando a dispersão na qualidade de produtos/processos.

A análise de processo é a análise que esclarece a relação entre os fatores de causa no processo e os efeitos como qualidade, custo, produtividade, etc., quando se está engajado no controle de processo. O controle de processo tenta descobrir os fatores de causa que impedem o funcionamento suave dos processos. Ele procura assim a tecnologia que possa efetuar o controle preventivo. Qualidade, custo e produtividade são efeitos ou resultados deste controle de processo (ISHIKAWA,1993).

Utilizando deste modelo, pode-se determinar os problemas possíveis e assim ataca-los de todas as formas possíveis.

O diagrama de Causa e Efeito é uma ferramenta utilizada para apresentar a relação existente entre um resultado de um processo (efeito) e os fatores (causas) do processo que, por razões técnicas, possam afetar o resultado considerado. (WERKEMA, 2006 *apud* TRIVELLATO, 2010).

Figura 1- Representação do Diagrama de Causa e Efeito



Fonte: Adaptado de Werkema 2006.

### 3.7.5 Ferramenta de Qualidade 5W2H

É uma ferramenta muito utilizada na qualidade com um método definido por 7 palavras originárias do inglês sendo elas: What (o que), Where(onde), Who(quem), Why(porque), When(quando), How(como), e How much(quanto).

Utilizada como método de planejamento e desenvolvimento, segundo SILVA et al(2013), foi uma ferramenta desenvolvida pelos japoneses na época da ascensão da indústria automobilística para ser suporte e auxílio durante as fases de planejamento empresariais. Já para Behr et al.(2008, p. 39) esta ferramenta é definida como "uma maneira de estruturarmos o pensamento de uma forma bem organizada e materializada antes de implantarmos alguma solução no negócio".

Figura 2 – Representação 5W2H

Itens de Controle	O que? (What)	Onde? (Where)	Quando? (When)	Quem? (Who)	Por quê? (Why)	Como? (How)	Quanto custa? (How Much)
Manejo Nutricional	Identificar necessidade individual	Projeto	Antes do início do processo	Gestor e veterinário	Não faltar alimento	Planejar confinamento	Até R\$ 500,00
Genética	Melhorar rebanho	Compra	Na renovação de plantel	Gestor	Melhor rendimento e criação de rebanho homogêneo	Definir raça Desenvolver programa de seleção e descarte eficiente	Até R\$ 15mil
Manejo Sanitário	Prevenir doenças	Propriedade	Épocas de vacinação	Capataz	Evitar mortes e desperdício	Vacinar gado Fazer rodízio de piquetes	Até R\$ 1 mil
Condições Climáticas	Prevenir rebanho de intempérie	Propriedade	Épocas determinadas	Gestor ou veterinário	Evitar perda de peso	Introduzir forragem Ração Infraestrutura	Até R\$ 10 mil
Aspectos Econômicos	Minimizar custos Motivar capataz	Propriedade	Sempre	Gestor	Ter maior rentabilidade Evitar rotatividade de funcionário	Comprar e vender bem Participação nos resultados	% resultado

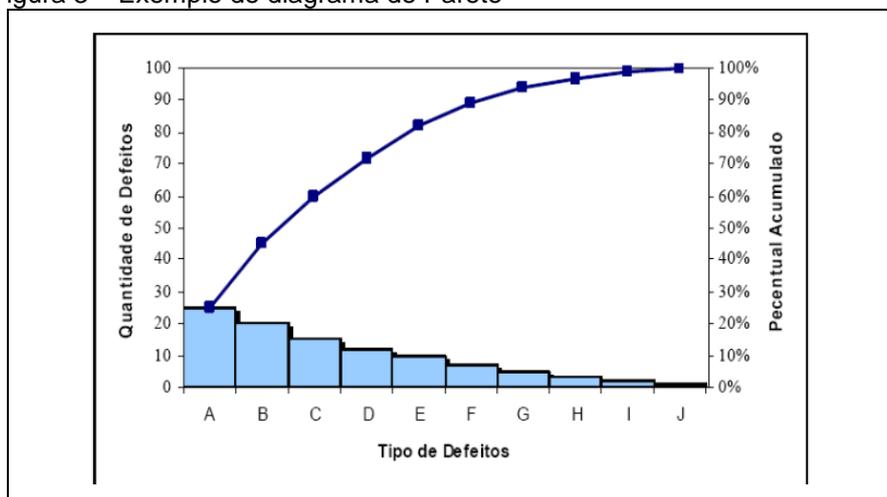
Fonte: Adaptado de Campos 1996.

### 3.7.6 Diagrama de Pareto

O diagrama de Pareto se dá através de um processo de coleta de dados, onde em um gráfico em formato de barras, são apresentados os resultados obtidos nesta coleta.

Segundo Werkema (2006 *apud* TRIVELLATO, 2010 p. 30) “O gráfico de Pareto é um gráfico de barras nos quais as barras são ordenadas a partir da mais alta até a mais baixa, e é traçado uma curva que mostra as porcentagens acumuladas em cada barra”.

Figura 3 – Exemplo de diagrama de Pareto



Fonte: Adaptado de César (2011)

### 3.7.7 Fluxograma

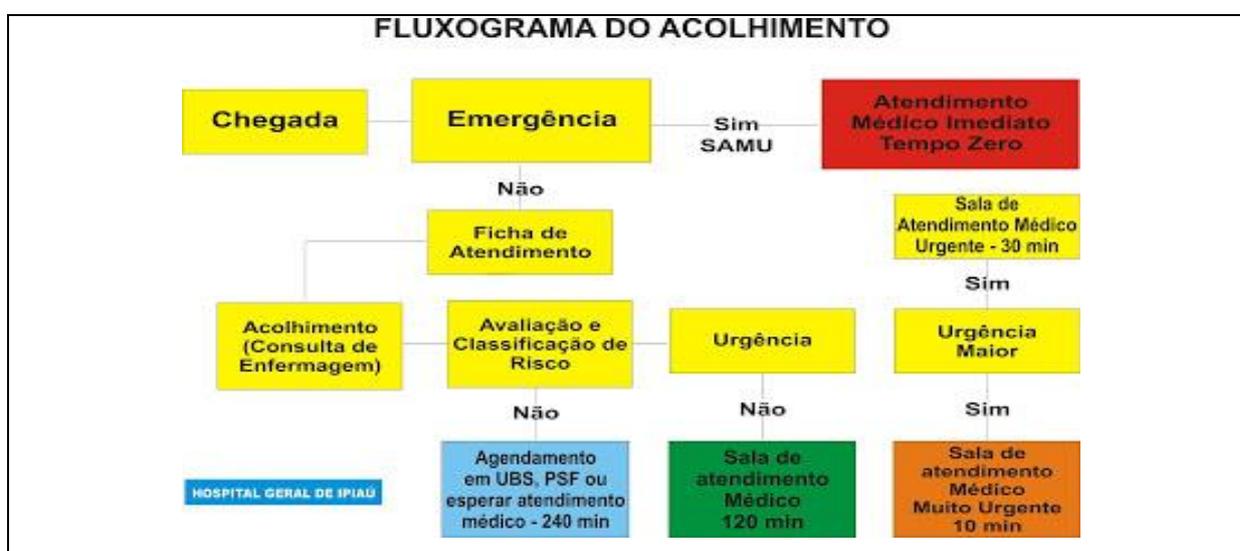
O uso de símbolos para descrever e mapear as etapas do processo, bem como uma forma que segue uma sequência lógica e ordenada é o que descreve o fluxograma. Identificar possíveis erros, duplicidade, tarefas sem valor, tempo, produtividade, tudo isto através do fluxograma (RODRIGUES, 2010).

Mapear os locais de trabalho, estudo de processos, fluxo de materiais, pessoas e equipamentos, uso de figuras padronizadas de segurança e qualidade, bem como identificar áreas de risco, todos estes conceitos podem envolver-se no fluxograma. Saber os locais para onde se locomover, ou para onde enviar certo

material, se tudo isto estiver mapeado no fluxograma, a gestão do ambiente torna-se muito mais fácil e ágil.

Apresentar o processo passo-a-passo e representar graficamente todas as ações envolvidas, relacionar cada processo. D'Ascenção (2001, p. 110) diz que “é uma técnica de representação gráfica que se utiliza de símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa do fluxo, ou sequência, de um processo”.

Figura 4 – estrutura de fluxograma



Fonte: Adaptado Portal da Saúde 2013.

### 3.7.8 Método 5S

Originário na década de 50, após Segunda Guerra Mundial, no Japão, teve como objetivo de reorganizar o país. Não existe uma real origem, porém historicamente, foi criado pelo Dr. Kaoru Ishikawa, principal pregador dos conceitos de qualidade total. (RIBEIRO, 2006).

O método 5s faz com que aqueles que não possuem um método organizacional implantado façam através dos passos que a empresa crie não apenas uma nova cultura, mas sim um padrão antes não perceptível a todos em seu redor. A busca pela Qualidade Total é constante, e com a implantação destes 5 senso torna-se muito mais fácil e organizado de se realizar, com avaliação continua e preparação de toda a equipe envolvida, conhecer os conceitos do método é

diferente de saber coloca-los em prática, pois todos os seus passos tem sua devida importância.

O 5S mais conhecido como os 5 sentidos é originário de palavras japonesas iniciadas com a letra S, que de acordo com RIBEIRO (2006) são:

Figura 5 – Descrição dos 5S

SEIRI	Organização	Organizar os objetos necessários dos desnecessários.
SEITON	Ordenação	Organizar para facilitar o acesso.
SEISO	Limpeza	Saber zelar pelos recursos e pelas instalações.
SEIKETSU	Saúde e padronização	É ter higiene no local de trabalho e regras de convivência.
SHITSUKE	Autodisciplina	Cumprir rigorosamente as normas, regras e procedimentos.

Fonte: Adaptado de Ribeiro (2006, p.17).

### 3.7.9 Benchmarking

A utilização desta ferramenta nos tempos de hoje, está se tornando muito mais comum entre as organizações, ela consiste na visita entre as organizações para busca de aperfeiçoamento de seus métodos de trabalho, comparados a outros métodos por meio de visitas, para (OLIVEIRA, e ABREU, 2009) a utilização desta ferramenta toma como referência outras organizações, melhoria das práticas, e menos discrepância entre os concorrentes.

Spendolini (1992, apud MELO GOMES, 2001) define benchmarking como o processo de mensurar suas operações em confronto com operações similares no sentido de melhorar os processos de sua organização. O protótipo do benchmarking o de melhorar a qualidade dos produtos e processos buscando atender da melhor maneira as necessidades do cliente.

Segundo Daychoum, (2007, p.37) benchmarking é “um processo de medição e sistematização dos negócios de uma organização com os líderes naquele processo em qualquer parte do mundo para obter informações que ajudarão esta organização a programar ações para melhorar seu desempenho”.

O benchmarking pode ser realizado em diferentes unidades da organização em exame, junto a competidores em mercados geográficos distintos e também em firmas em outros países. De forma similar, mais que um tipo de parceiro pode ser usado. Cada tipo de benchmarking mencionado, segundo DREW (1997, apud MELO GOMES, 2001), pode ser realizado de 3 maneiras: informal, semi-formal e formal.

### **3.7.10 *Balanced Scorecard*: Sistema de Avaliação de Desempenho**

Surgido na década de 1990, o *Balanced Scorecard* é um sistema de avaliação de desempenho e está ligado à gestão estratégica de uma organização.

Segundo Crepaldi (2011, p.330), o *Balanced Scorecard* (BSC) ou também conhecido como painel equilibrado de indicadores:

(...) é um conceito desenvolvido por Robert Kaplan, professor da *Harvard Business School*, e David Norton, presidente do *Renaissance WordWide Strategy Group*, que constataram a incapacidade dos indicadores contábeis financeiros de medir as atividades criadoras de valor relacionadas principalmente com os ativos intangíveis como as habilidades, competências e tecnologias da informação.

Kaplan e Norton (1997) descobriram, no decorrer da coleta de dados para sua pesquisa, que os sistemas de gestão apresentavam foco exclusivamente financeiro, não espelhando a real situação das organizações.

Portanto, inicialmente, a finalidade do BSC era superar as limitações das gestões estratégicas com base apenas nos indicadores financeiros.

De acordo com Kaplan e Norton (1997, p. 2), “os executivos, assim como os pilotos, precisam de indicadores sobre vários aspectos do ambiente e desempenho organizacional, sem o que não teriam como manter o rumo da excelência empresarial”.

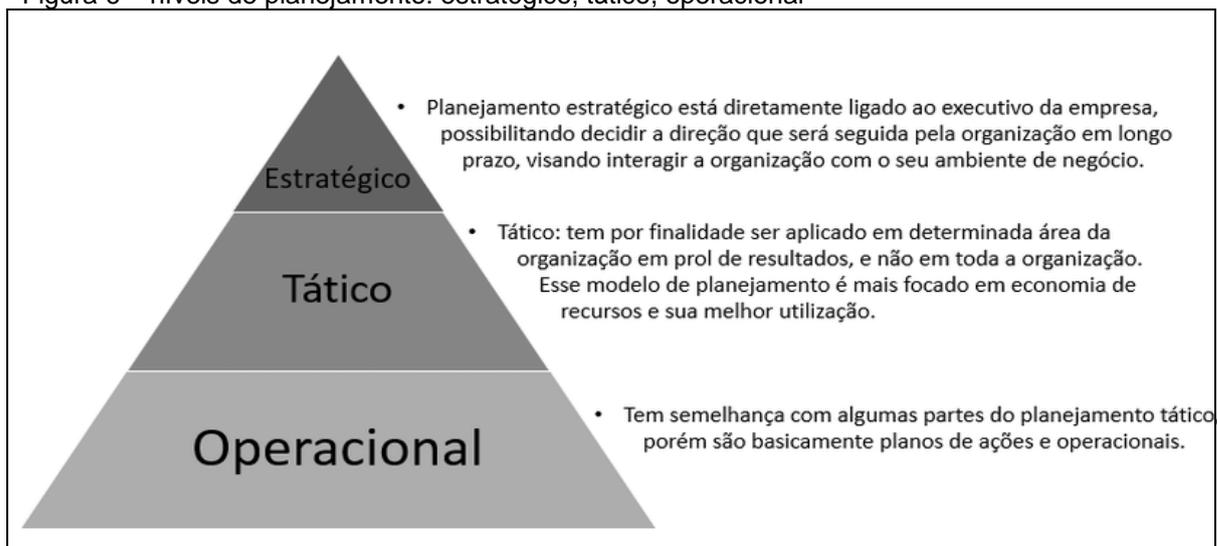
Para os autores, os relatórios financeiros não são suficientes para revelar os aspectos imprescindíveis sobre o ambiente onde a empresa está inserida. Assim como o piloto precisa de informações sobre o ambiente onde está voando, também os gestores precisam ir além dos relatórios gerenciais financeiros e contábeis, necessitando de informações sobre o ambiente organizacional onde a empresa está inserida.

Segundo Crepaldi (2011, p.330), em função do processo de globalização, da era da informação e do aumento constante da competitividade, as empresas precisam ter “um instrumento de gestão que permita integrar a visão de curto, médio e longo prazo e assim poder contemplar tanto a estratégia como os aspectos operacionais”.

Assim sendo, o BSC busca integrar as perspectivas empresariais mais relevantes. É um sistema balanceado e equilibrado de mensurações.

Crepaldi (2011, p.332) também relata que o BSC funciona como “um painel de controle para a empresa. Com ele, a alta cúpula consegue visualizar a organização de várias perspectivas de uma só vez”. Portanto, o BSC tende a atuar nos diversos níveis de planejamento, conforme mostra a figura 1 a seguir:

Figura 6 – níveis de planejamento: estratégico, tático, operacional



Fonte: Adaptado

Na figura 6, podem-se visualizar os três níveis de planejamento (estratégico, tático e operacional), que o BSC contempla, observando-se a organização por vários ângulos diferentes, possibilitando localizar os problemas existentes, definir os rumos a ser seguidos pela empresa e prever as intempéries que possam ocorrer no caminho da organização. Ao avaliar essas variáveis, torna-se possível entender melhor para onde a empresa está indo.

O *Balanced Scorecard* (BSC) é, sem dúvida, um instrumento de avaliação de desempenho empresarial. É comprável, segundo Campos (1998), a uma ‘mesa de

controle' ou a um 'radar' organizado para compreender as operações da organização e identificar a sua posição no mercado em que a tua.

Para Crepaldi (2011, p.332),

Pode-se definir o *Balanced Scorecard* como um Sistema de Gestão Estratégica que permite a tradução da Visão, Missão e Aspiração Estratégica da empresa em objetivos tangíveis e mensuráveis. Seu princípio é mensurar indicadores ligados à satisfação dos clientes, aos processos internos e ao aprendizado e desenvolvimento dos funcionários, além, é claro, das finanças, e ligar tudo isso à estratégia.

Portanto, o BSC, conforme o autor citado, tem a capacidade de traduzir o que foi determinado na visão e na missão da empresa, além das aspirações estratégicas, em objetivos reais, que possam ser avaliados e mensurados. Não adianta dizer que a empresa, dentro da sua visão, será a melhor da cidade em tantos anos, se isso não puder ser avaliado e mensurado em números reais e factíveis. Ou que a missão da empresa é satisfazer os seus clientes, se isso também não puder ser avaliado sistematicamente, para verificar se estes clientes realmente estão satisfeitos.

Kaplan e Norton (1997, p. 2) expõem que: “o *Balanced Scorecard* pode ser entendido como uma filosofia que traduz a visão e a missão das empresas, através da utilização de medidas de desempenho”.

O BSC permite ainda que sejam avaliados os desempenhos dos funcionários da empresa, mensurando o clima organizacional e a aprendizado e desenvolvimento pessoal dessa equipe de trabalho. Tem, por fim, a capacidade de mensurar os indicadores financeiros.

Antes do BSC os gestores não tinham uma referência para a descrição da estratégia. Eles não conseguiam implantar algo do qual não sabiam descrever. É por isso que ao desenvolver os mapas estratégicos no BSC, gerenciar tornou-se uma tarefa mais eficiente.

Na visão de Crepadi (2011, p.331),

Tal sistema integra medidas financeiras e não financeiras e estas passam a ser parte do sistema de informações dos colaboradores, podendo ter uma noção mais clara da contribuição nas diversas medidas e dos resultados obtidos.

Portanto, os funcionários passam a ter, com o instrumento de BSC, uma noção mais clara sobre a contribuição de cada objetivo traçado, individual ou coletiva, para os resultados finais obtidos pela empresa. Os gestores também se apropriam destas informações para corrigir as falhas e visualizar o desempenho de cada um dos elementos avaliados.

### **3.7.10.1 Perspectivas como Base para o *Balanced Scorecard***

Segundo Kaplan e Norton (1997), o BSC integra medidas tanto financeiras como medidas não financeiras, ou seja, tanto medidas convencionais oriundas de relatórios financeiros e contábeis, como medidas menos convencionais, como qualidade de vida no trabalho, eficiência dos processos internos, satisfação dos clientes, aprendizado e crescimento organizacional.

Portanto, o BSC permite que as empresas acompanhem o desempenho financeiro, monitorando, ao mesmo tempo, a satisfação e retenção do cliente, a melhoria e inovação dos produtos e processos internos, o aprendizado contínuo e o crescimento de seus colaboradores e parceiros, buscando o equilíbrio entre a eficiência (produtividade) e a eficácia (qualidade) (KAPLAN e NORTON, 1997).

Assim sendo, o BSC é um instrumento que ajuda os gestores a monitorar tanto a performance de toda a organização, como de cada funcionário, individualmente.

Segundo Crepaldi (2011, p.336), “o processo formal de execução de estratégia representa a soma de duas ferramentas: o mapa e o *Balanced Scorecard*”.

Os mapas estratégicos do *scorecard* deixam clara a hipótese da estratégia. Um mapa descreve uma cadeia de causa e efeito que apresenta resultados que a empresa deseja alcançar. Para otimizar a eficiência dos sistemas de gestão, o BSC propõe que seja divulgada para toda a empresa a visão da administração, utilizando uma estrutura de causa e efeito. Deve-se medir apenas o que é importante através dos indicadores, para avaliar se cada área da empresa esta atingindo os objetivos que foram inicialmente propostos (KAPLAN e NORTON, 1997).

Segundo Crepaldi (2011, p.336), “o BSC de uma empresa é criado com base em quatro perspectivas básicas”. São elas as dimensões financeiras, dos clientes,

dimensões internas da empresa e dimensões de inovações e aprendizado organizacional.

Quadro 2 – Dimensões que integram o BSC

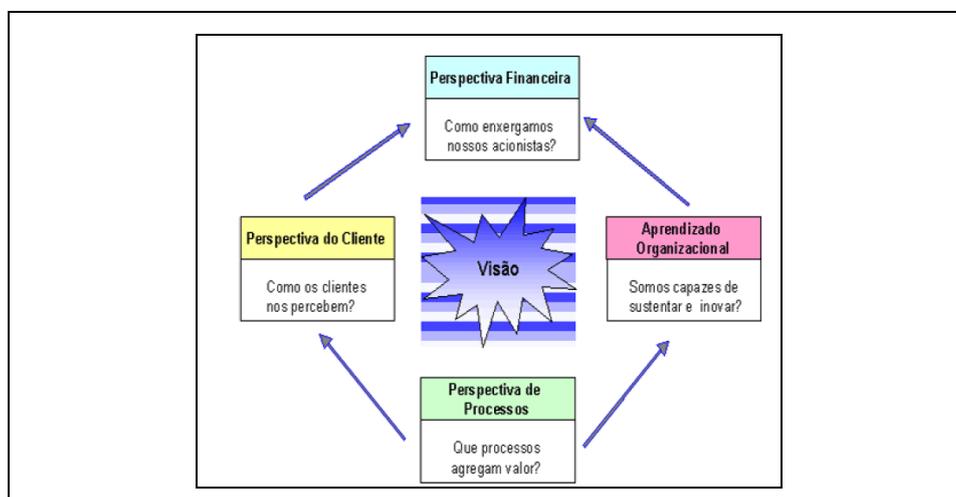
Perspectivas	Características
Financeira	Representa os aspectos, as condições e os objetivos financeiros das unidades de negócio, que podem diferir significativamente em função de seu ciclo de desenvolvimento, quando comparadas entre si;
Cliente	Incorpora elementos, configuração e objetivos de negocio referentes aos segmentos de mercado onde a empresa atua ou pretende competir. Também são consideradas alianças estratégicas, joint-ventures, entre outras composições societárias;
Processos internos	Focaliza a operação (eficácia e eficiência) de geração de produtos, constituída basicamente pelos processos internos críticos para alcançar os objetivos da empresa, de seus acionistas e de seus clientes;
Aprendizado e crescimento organizacional	Identificam-se também as capacidades de que a empresa deve dispor para conseguir processos internos capazes de criar valor para clientes e acionistas.

Fonte: Adaptado de Campos (1998, p.91).

O quadro 2 revela as dimensões que integram o BSC, ou seja, quais as perspectivas podem ser avaliadas e monitoradas por esse instrumento estratégico.

A figura 7 revela que a inter-relação entre as perspectivas, segundo KAPLAN e NORTON (1997), não é determinada de forma aleatória, mas sim se baseia nas relações de causa e efeito.

Figura 7 – BSC como estrutura para a ação estratégica



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1997)

## 4 DISCUSSÃO

Através dos artigos que foram selecionados na base Scielo pode –se analisar que há diversos estudos com apontamentos e resultados que os indicadores fornecem.

O estudo de Machado, Martins e Leite (2016), analisou a mortalidade hospitalar, através de um estudo observacional transversal, com base em informações dos dados administrativos dos hospitais. Foram avaliadas as internações, usando como modelo os indicadores de qualidade propostos pela agência norte-americana de pesquisa em saúde e qualidade (AHRQ). Foram analisadas 852.864 internações em adultos, ocorridas em 789 hospitais entre 2008 e 2010, em São Paulo e Rio Grande do Sul. Os resultados revelaram que, em relação à internação, apresentaram maiores possibilidades de óbito paciente do sexo masculino, em faixas etárias mais avançadas, com morbidade, que utilizaram unidade de terapia intensiva, e tinham o Sistema Único de Saúde como fonte de pagamento.

Em outro estudo publicado em 2017, Moraes e Costa avaliaram indicadores de qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com profissionais e gestores. O SIM foi criado pelo DATASUS, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A pesquisa foi realizada com profissionais e gestores de saúde, que fizeram uma avaliação sobre o SIM, sua funcionalidade e a eficiência dos indicadores de qualidade ligados ao sistema. Por meio desse sistema, é possível fazer a produção estatística da mortalidade por município, construir indicadores de saúde e fazer análises estatísticas, epidemiológicas e socioeconômicas. Ao final do estudo, a avaliação indicou que o SIM possui funcionalidades que atendem os usuários, é efetivo à gestão, apresenta desempenho adequado, possibilita auditoria e rastreamento de acessos e operações, possui mecanismos que garantem a recuperação de dados em situações de falhas e possui uma interface robusta

Reis, Martins e Laguardia (2013), desenvolveram uma revisão de literatura sobre a qualidade do cuidado de saúde. Foram revisados 157 artigos sobre o tema entre o ano de 2000 e 2011, com termos de busca: segurança do paciente, eventos adversos (EA) e avaliação da qualidade do cuidado de saúde no âmbito internacional. O estudo concluiu que a preocupação com a segurança do paciente,

importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, constitui atualmente tema de relevância crescente entre pesquisadores de todo o mundo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas.

O pesquisador Reason, em estudo norte-americano, citado por Reis, Martins e Laguardia (2013), destaca a necessidade de uma cultura de segurança dos pacientes nas instituições hospitalares, onde não haja punição para os erros, mas sim que seja uma cultura voltada para o relato de erros em um ambiente de saúde seguro e que incentive as pessoas a falar e discutir sobre as falhas ocorridas, analisando as situações as quais as precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados.

Cassiani, em artigo publicado em 2005, também desenvolveu um estudo sobre os indicadores de qualidade em hospitais relacionados à segurança do paciente e o uso de medicamentos. O artigo de revisão bibliográfica demonstrou que, segundo a Fundação Osvaldo Cruz, mais de 24 mil pessoas morrem todos os anos em razão de intoxicação medicamentosa. A finalidade do texto foi a de contribuir, através de elementos teóricos, com as discussões estratégicas de melhoria da qualidade de assistência nas instituições de saúde do país, focalizando a segurança do paciente no que concerne à terapêutica medicamentosa. Concluiu o estudo que, por ser a administração de medicamentos uma função multidisciplinar, pois envolvem vários profissionais, os indicadores de qualidade devem abranger todos os profissionais envolvidos, para que cada um possa avaliar a situação e prevenir o erro, corrigindo fatores que contribuam para a sua ocorrência.

Gurgel e Vieira, em estudo de revisão realizado em 2002, discutiram o gerenciamento da qualidade total e sua aplicabilidade na administração hospitalar. O referido estudo concluiu que a satisfação dos clientes representa um elemento fundamental da qualidade total, contudo, sua identificação não é precisa e as relações que se estabelecem são difusas, diferenciando um hospital (ou outra instituição de saúde) de uma empresa convencional. Os indicadores são mais complexos nessas instituições e precisam ser muito bem avaliados pelos profissionais que se destinam a essa função.

Mas, segundo a pesquisa de Gurgel e Vieira (2002), a experiência do Programa Nacional de Demonstração de Melhoria da Qualidade Total nos hospitais norte-americanos, tem levado a ideia de que estes programas levam a uma maior

eficiência com redução de custos, elementos indispensáveis em tempos de competitividade e concorrência acirradas.

Estudo desenvolvido por Mendes e Mirandola em 2015, trataram da Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria e avaliaram os impactos em seis hospitais acreditados. Foram selecionados para a pesquisa 6 hospitais brasileiros de médio e grande porte, identificados por meio de uma lista de hospitais acreditados disponibilizada pela ONA.

Os critérios adotados foram os da ONA e os hospitais podem ser certificados em três diferentes níveis: Nível 1 (Acreditação): caracterizado pela ênfase na segurança. Verifica o atendimento de requisitos formais, técnicos e de estrutura conforme a legislação correspondente. Enfatiza também a gestão de riscos adotada pelo hospital. • Nível 2 (Acreditação Plena): tem foco nos processos. Avalia a gerência dos processos e suas interações sistêmicas. Também pressupõe um sistema de medição de desempenho e ações de educação para melhoria desses processos. Nível 3 (Acreditação com Excelência): tem foco nos resultados. Avalia a existência de políticas de melhoria contínua do desempenho organizacional a partir das medições internas e comparações externas. Neste nível, há evidências de maior maturidade na gestão hospitalar e uso estratégico das ações de melhoria (ONA, 2013).

O estudo de Mendes e Mirandola (2015), também referenciado pela SCIELO, apresentou uma síntese dos principais impactos apontados na bibliografia sobre a Acreditação hospitalar.

Figura 8 – impactos da acreditação hospitalar



Fonte: Adaptado de Mendes e Mirandola (2015, p.4).

Os resultados da pesquisa de Mendes e Mirandola realizada em 2015 mostraram que a Acreditação hospitalar tem capacidade de gerar melhorias

organizacionais quanto à gestão de processos, ao aumento da segurança aos pacientes, ao desenvolvimento dos profissionais de saúde e contribui também para a melhoria de imagem pública dos hospitais acreditados. Entretanto, a capacidade de a Acreditação gerar benefícios financeiros aos hospitais pesquisados não pode ser evidenciada.

Essa pesquisa vai ao encontro do que cita Mezomo (2001), para que a desempenho organizacional precisa ser melhorada, porque todos os envolvidos, governo, prestadores de serviço da saúde e usuários destes serviços precisam e exigem mais qualidade, menores custos, maior acesso e informações e resultados de forma mais consistente e clara.

No mesmo sentido, os estudos de Cassiani (2013), concluíram que os instrumentos de avaliação da qualidade são essenciais para evitar um elevado número de óbitos nos serviços de saúde em razão de administração errada de medicamentos. Os instrumentos de medição da qualidade contribuem então, nesse caso, para evitar erros e reduzir falhas, impedindo a morte de pacientes.

Então, além de melhorar a parte organizacional e reduzir custos, as avaliações contínuas de qualidade nos hospitais ajudam a evitar morte.

Portanto, importante o comprometimento de todos os profissionais envolvidos, na sua mudança de postura e comportamento em relação às melhorias necessárias nos serviços médico-hospitalares, como mostrou também a figura 1, dos estudos de Mendes e Mirandola realizada em 2015, que mostra que a Acreditação traz impactos organizacionais, traz mudanças de comportamento de a equipe hospitalar a contribui com a satisfação do cliente e com a imagem pública da instituição de saúde. Para os autores, no hospital, coexistem diferentes categorias profissionais de saúde que formam subculturas. Essa diversidade de grupos impõe desafios à implantação da Acreditação.

A pesquisa de Mendes e Mirandola (2015), também foi ao encontro da revisão de literatura do artigo de Reason citado nos estudos de Reis, Martins e Laguardia (2013), que estudaram o impacto segurança dos pacientes e entenderam existir a necessidade da implantação de uma cultura de segurança, minimizando erros e falhas em um ambiente de saúde seguro, levando maior qualidade e satisfação aos pacientes.

Contudo, segundo um dos hospitais entrevistados na pesquisa de Mendes e Mirandola (2015, p.10),

*[...] uma dificuldade para nós da equipe que coordena os trabalhos de acreditação é a falta de tempo e a sobrecarga no trabalho no acompanhamento dos processos, indicadores e realização de treinamentos. Isto gera uma sobrecarga, mas sabemos que o trabalho é importante (H 5).*

Dessa forma, apesar da importância indiscutível da Acreditação, esse é um processo complexo e que exige tempo, empenho, qualificação e motivação da equipe envolvida.

Muitas vezes, segundo Mendes e Mirandola (2015), será necessário que o hospital repense seus processos de contratação, remuneração e avaliação de desempenho. Todavia, é importante que não só os hospitais, mas também os próprios organismos de Acreditação desenvolvam estratégias para aumentar o comprometimento e engajamento dos profissionais envolvidos.

Já os estudos de Roquete, Santos e Viana (2015), por meio de uma revisão de literatura, revelam que a Acreditação hospitalar possibilita o crescimento e satisfação no trabalho, pois desperta sentimentos de compartilhamento da responsabilidade pela conquista da certificação em excelência da qualidade e pela otimização dos resultados organizacionais e financeiros. A equipe hospitalar sente-se responsável por essa conquista e pela boa imagem da instituição com essa certificação. Sentem-se parte disso e, por isso, buscam a melhoria contínua dos processos, com atendimento de qualidade aos pacientes, com padronização de técnicas e respaldo na cientificidade do cuidado, direcionando ações e práticas de saúde executadas de maneira segura.

Gurgel e Vieira (2002) demonstraram, contudo, que a administração hospitalar é mais complexa que uma empresa, por isso os processos de certificação envolvem maior número de fatores, não sendo precisa a satisfação dos clientes hospitalares. Os indicadores desses programas de qualidade são mais complexos, e, por isso, precisam ser avaliados por profissionais muito bem preparados, para que as informações não sejam interpretadas de forma errônea. Os mesmos autores concluíram ainda que, fora a maior complexidade dessa avaliação em relação aos outros serviços de saúde, a Acreditação hospitalar tem resultado em maior eficiência por parte dos hospitais credenciados, além da redução de custos, aspecto essencial para a competitividade de qualquer organização. Os resultados dos estudos relacionados neste artigo evidenciaram que a Acreditação hospitalar tem capacidade

de gerar melhorias relacionadas à gestão dos processos, satisfação dos clientes e desenvolvimento de profissionais de saúde.

Contudo é possível perceber que instituições que estão engajadas em satisfazer os ideais de seus clientes, são instituições que buscam sempre melhoria e qualidade, e fazem isso buscando diversos tipos de premiação, certificação e acreditação, pois estes são garantias de padrões de sucesso, segurança e qualidade para o paciente, garantido todos os direitos a saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, sabe-se que hoje os padrões de qualidade e produtividade têm sido questionados constantemente pela sociedade e pelos próprios gestores das instituições hospitalares. Isso é hoje determinante para que muitas destas organizações busquem se adequar aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas instituições de avaliação externa, como a Organização Nacional de Acreditação – ONA.

A Acreditação Hospitalar tem como missão precípua orientar os hospitais credenciados sobre os padrões de qualidade mínimos exigidos, assim como visa certificar as instituições que já se adequaram a tais padrões, reconhecendo que estas organizações prestam serviços em saúde com qualidade.

A qualidade é hoje não só um diferencial competitivo, mas acima de tudo, um dever ético das instituições hospitalares, que tratam da vida humana, sendo, portanto, indispensável que a qualidade esteja presente em todos os processos da prestação dos serviços em saúde.

Os ideais da Acreditação Hospitalar remetem os gestores e funcionários de instituições hospitalares a questionamentos constantes sob a forma de realizar as atividades e procedimentos hospitalares. Somente com o próprio questionamento e reflexões constantes é que o ser humano cresce e melhora suas habilidades e competências profissionais e pessoais.

O gestor tem o papel fundamental em fazer cumprir todo o processo de acreditação e inserir todos os profissionais neste processo, repassando conhecimento, como a importância da acreditação, dos indicadores hospitalares, na instituição num processo como um todo que desde os profissionais da ponta com (profissionais da limpeza) ao diretor do hospital para que todos saibam a sua importância nestes processos para que alcancem a acreditação.

Os indicadores mostram dados de algo que precisar ser melhorado, todos os hospitais trabalham com indicadores, para que haja uma evolução nos processos, melhor gerenciamento e controle nas operações, a organização que utiliza do recurso de ferramentas que medem e geram qualidade oferece um diferencial em seus serviços, pois visam à melhoria e buscam reconhecimento.

Uma organização hospitalar que é reconhecida, acreditada, certificada e premiada por garantir qualidade, processos padronizados e segurança ao seu paciente e funcionários é uma organização de sucesso.

Apesar de se falar muito em indicadores e qualidade nos serviços de saúde, encontra-se dificuldades para captar dados atualizados e fidedignos em relação a premiação, e dados com foco na gestão e gerenciamento da saúde.

Com tudo os objetivos foram alcançados com relação a apresentação de forma clara sobre indicadores e qualidade, onde foi analisado e compreendido a importância dos processos de acreditação que são capazes de garantir, promover e qualificar os serviços de saúde.

Como sugestão fica a necessidade de fazer um estudo de caso capaz de quantificar a eficiência dos indicadores, e mostrar as dificuldades na coleta dos dados pela instituição hospitalar. Com a dificuldade de informação dos indicadores, a sua necessidade e o seu uso sobre a equipe assim realizar uma pesquisa com auxílio de um questionário com enfoque na importância de a equipe receber as informações de todos os indicadores com as seguintes questões: como se aplica as informações dos indicadores, qual a importâncias desse indicador, como coletar dados, qual a viabilidade e recursos necessários para utilização desses indicadores.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000400019&script=sci_arttext)>  
Acesso em 15 jun.2018.

ABATE, Ana Paula. **Conheça as principais certificações e creditações hospitalares!** Disponível em: <<http://blog.nutrilogicasolutions.com.br/conheca-as-principais-certificacoes-e-acreditacoes-hospitalares/>> Acesso em 18 jun.2018.

Acreditação Canadense Internacional - ACI. Disponível em: <https://accreditation.ca>  
Acesso em 15 jun.2018

AGENCIA NACIONAL de SAUDE SUPLEMENTAR- ANS. Disponível em:  
<http://www.ans.gov.br/>. Acesso 30/05/2018

ALMEIDA FILHO, B. Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface, Botucatu, v.9, n. 6, fev. 2005.

ANDRADE, L. O. M. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS**. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001.

BARROS, Jorge Pedro Dalledonne de. **Visão estratégica**. São Paulo: Senac, 2003.

BEHR, Ariel et al. **Gestão da biblioteca escolar:** metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca: Ci. Inf., Brasília, vol 37 nº 2 ago 2008, p 32-42

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo, Ática, 2003

BETTIO, M. Análise do impacto da Acreditação hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2007.

BITTAR, O J. N. V. **Hospital:** qualidade e produtividade. São Paulo: Salvier, 1996.

BRASIL Ministério da Saúde – **normas e padrões de construção e instalação de serviço de saúde:** conceitos e definições – hospital geral de pequeno porte e médio porte, unidades sanitárias. Brasília, 1978.

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

CAMPOS, José A. **Cenário balanceado:** painel de indicadores para a gestão estratégica dos negócios. São Paulo: Aquariana, 1998.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CASSIANI, S. H. B. **A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos**. Rev. Bras Enferm 2005 jan-fev; 58(1): 95-9.

CAVALCANTE, P. S; ROSSANEIS, M. A; HADDAD, M. C. L; GABRIEL, C. S. **Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 nov/dez; 23(6): 787-93.

CERTO, SAMUEL C. **Administração moderna**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Robert da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Contabilidade gerencial: teoria e prática**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CUNHA, Carmem Lúcia Nunes da. **Serviço social na saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários**. Porto Alegre: PUC, 2010. [vistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/download/7910/5594](http://vistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/download/7910/5594)> Acesso em 15 jun.2018.

D'ASCENSÃO, Luiz Carlos M. **Organização, sistemas e métodos: análise, redesenho e informatização de processos administrativos**. São Paulo: Atlas, 2001.

**Da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

DAYCHOUM, M. **40 ferramentas técnicas de gerenciamento**. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

DONABEDIAN, A. 1980. **Abordagens básicas para avaliação, estrutura, processo e resultado**. Em: **Explorações em Avaliação e Monitoramento de Qualidade**, Vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press

DRUCKER, Peter F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FACHIN, Odília. **Fundamentos metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERREIRA. A. *et al.* **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias**. Evolução e tendência da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1997.

FIGUEIREDO, Sandra Maria Aguiar; CAGGIANO, Paulo César. **Controladoria: Teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2007.

GAVASSO, Vanderlei Alves, **Gestão de Indicadores na Prestação de Serviço Para área Hospitalar**- Trabalho de Conclusão de Curso Instituto federal de Santa Catarina Joinville – 2016.

GIGLIOTI, Francisco. **Administração**: organização e conceitos. São Paulo, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, M.H.C **Brainstorming**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial,2001.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GURGEL JUNIOR, G. D e FALCÃO VIEIRA, M.M. **Qualidade Total e Administração Hospitalar**: Explorando Disjunções Conceituais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.7, nº. 2 Junho/Fevereiro, 2002.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: O processo de avaliação em um hospital universitário público. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: USP, 2004.

**Healthcare Information and Management Systems Society – HIMSS** – Disponível em: <https://www.himss.org/> Acesso em 12/052018

HOSTINS, E. Kátia. **O acesso dos portadores de diabetes infanto juvenil aos direitos sociais na cidade de Blumenau**. 2005: 64f, Trabalho Conclusão de Curso, (Graduação em Serviço Social), Centro de Ciências Humanas e da Comunicação, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2005.

International Organization for Standardization – ISO – Disponível em: <https://www.iso.org/home.html>, Acesso em 12/05/2018

ISHIKAWA, Kaoru; **Controle de qualidade total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campos, 1993. Pag.79

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) - JCI- Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org>. Acesso em 15 jun.2018

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento**

KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. **A Estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KOTLER, P; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 9. ed. São Paulo: Prentice hall, 2003.

LABBADIA, L. L. et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. Revista Enfermagem UERJ. Vol.12, n. 1, p. 83-7. 2004.

LABORATORIO PADRÃO. **Certificação, acreditação e proficiência.** Disponível em: <http://www.padrao.com.br/br/p/244/certificacao--acreditacao-e-proficiencia.aspx> Acesso em: 19/05/2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOPES, Ana Lúcia Mendes Lopes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. USP, 2008, p. 771-7.

LOURES JUNIOR, José de Alencar Rocha. **Administração de recursos humanos: visão sistêmica em gestão de pessoas.** 5 ed. São Paulo: CEEP – FCM, 2012.

MACHADO, J. Pires; MARTINS, M.; LEITE, I. C. **O arranjo público privado e a mortalidade hospitalar por fontes de pagamento.** Rev Saúde Pública 2016; 50:42.

MALIK, A M; SCHIESARI, L M C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** Revista Saúde & Cidadania. Disponível em: <[http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/09.html](http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/09.html)> Acesso em 15 mai.2018.

MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. **Grupo técnico de acreditação hospitalar.** 2a versão. São Paulo; 1997.

\_\_\_\_\_. Série A. **Normas e Manuais Técnicos;** n. 117 3.<sup>a</sup> Edição Revista e Atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MELLO GOMES, Luiz Eduardo. **BenchMarking e Aprendizagem Organizacional: Um Estudo de Caso na Companhia de Processamento de Dados do Estado de Minas Gerais.** 2001. 113f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis

MENDES, G H S; MIRANDOLA, T B S. **Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados.** 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/2015nahead/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>> Aceso em 15 mai.2018.

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

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. *et.al.* **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.** Physis vol.20 no.4 Rio de Janeiro Dec. 2010.

MORAIS, R M; COSTA, A L C. **Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade.** RIO DE JANEIRO, V. 41, N. ESPECIAL, P. 101-117, MAR 2017.

OHSAS – **Occupational Health ans Safety Assessments Series.** Disponível em: <https://certificacaoiso.com.br/ohsas-18001/> Acesso em: 09/06/2018

OLIVEIRA, R., ABREU, A.F. **Sistema de Indicadores para o Acompanhamento para Incubadoras de Empresas**: Encontro nacional de engenharia de produção, 29., 2008, Salvador. Anais... Salvador, 2008.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. (2013). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>> Acesso em 5 jun.2018.

\_\_\_\_\_ – ONA (2018) Disponível em: <https://www.ona.org.br> Acesso em 05 jun.2018

\_\_\_\_\_ – ONA. **O que é acreditação?** Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>> Acesso em 13 abr.2018.

PELEIAS, Ivam Ricardo. **Controladoria**: Gestão eficaz utilizando padrões. São Paulo: Saraiva, 2002.

PORTAL Administradores - Disponível em:< <http://www.administradores.com.br/>> Acesso em: 25/05/2018

PORTAL DA SAÚDE – Figura 4 - Estrutura de Fluxograma Disponível em < <http://portaldasaude01.blogspot.com/2013/01/>> Acesso 25/05/2018.

PORTELA, MC. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

RAZZA, Cláudio. **Capacitação**: O desafio das Micro e Pequenas Empresas. São Paulo: All Print Editora, 2006.

REIS, C T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7): 2029-2036 2013.

RIBEIRO, H. **A bíblia do 5S da implantação a excelência**. 2. ed. Salvador: Casa da qualidade, 2006

RODRIGUES, M.V. **Ações para a qualidade**: gestão estratégica e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade. 3. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

ROQUETE, F F R; SANTOS, GMMQ; VIANA, SMN. **Benefícios e desafios da acreditação hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa de literatura**. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/16622248.pdf>> Acesso em 18 mai.2018.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. São Paulo: Best Seller, 2003.

SCUCUGLIA, Rafael. **A importancia dos indicadores para medição de resultados**. <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/a-importancia-dos-indicadores-para-a-medicao-de-resultados/76531/>. Publicado em 02/04/2014.

SETTE, André Luiz Menezes Azevedo. **Direito Previdenciário Avançado**. 2. ed. atual. até Emenda Constitucional n. 47/05. Belo Horizonte: Mandamentos, 2005

SILVA, A. O.; RORATTO, L.; SERVAT, M. E.; DORNELES, L.; POLACINSKI, E. **Gestão da Qualidade: Aplicação da ferramenta 5W2H como plano de ação para projeto de abertura de uma empresa**. 2013.

SILVA, Jucelino; ALBUQUERQUE, José de Lima. **Implantação do código de barras em um sistema de controle de estoques: O caso de uma agroindústria**. 2007.

SOUSA, Marcos R. de; RIBEIRO, Antonio Luiz P. **Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial** Arq. Bras. Cardiol. vol.92 no.3 São Paulo Mar. 2009.

TRIVELLATO, A.A. **Aplicação das setes ferramentas básicas da qualidade no ciclo PDCA para melhoria continua: estudo de caso numa empresa de autopeças**. 2010. 72 p. Trabalho de Conclusão de Curso- Escola de engenharia de São carlos, Universidade de São paulo,2010.

TRONCHIN DMR, MELEIRO MM, TAKAHASHI RT. **A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem**. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

VANZIN, Arlete Spencer. **Metodologia da pesquisa em saúde: Fundamentos para o desenvolvimento de pesquisas em saúde**. Porto Alegre, 1998.

VASCONCELOS E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITTEC, 1997. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>> Acesso em 20 jun.2018.

WERKEMA, M. C. C. **As Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1995.