

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
MBA EM GESTÃO HOSPITALAR**

JAIREM CARMIRANDA DA CUNHA SILVA

**GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS: UM ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE DOIS SISTEMAS DE QUALIDADE
IMPLANTADOS**

**NATAL
2012**

JAIREM CARMIRANDA DA CUNHA SILVA

GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
DOIS SISTEMAS DE QUALIDADE IMPLANTADOS

Monografia apresentada ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte, como
parte dos requisitos para obtenção do título
de MBA em Gestão Hospitalar e de Saúde.

ORIENTADORA: Isabel Cristina Pansiera
Marques, M^a

NATAL
2012

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Jairem Carmiranda da Cunha.

Gestão da qualidade em hospitais : um estudo comparativo entre dois sistemas de qualidade implantados / Jairem Carmiranda da Cunha Silva. – Natal, 2012.

51 paginas.

Orientador: Prof.^a Isabel Cristina Pansiera Marques (Msc.)

Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Gestão Hospitalar – Monografia. 2. Qualidade – Monografia. 3. Acreditação – Monografia. I. Marques, Isabel Cristina Pansiera. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 614.2

JAIREM CARMIRANDA DA CUNHA SILVA

GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
DOIS SISTEMAS DE QUALIDADE IMPLANTADOS

Monografia apresentada ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte, como
parte dos requisitos para obtenção do título
de MBA em Gestão Hospitalar e de Saúde.

ORIENTADORA: Isabel Cristina Pansiera
Marques, M^a

Aprovado em 10 / 07 / 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Isabel Cristina Pansiera Marques
ORIENTADORA

“A plena expressão do ser é uma forma suprema de poder”.
(Friedrich Nietzsche)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo dom da vida, por ter me iluminado nos momentos mais difíceis da minha trajetória acadêmica e por tudo de bom que tem me proporcionado.

Em especial a minha querida mãe, Maria de Fátima, pela compreensão e incentivo, pela paciência, e pelo amor demonstrado independente da situação. Agradeço muito por confiar em mim e acreditar na minha capacidade.

Com carinho ao meu esposo, Josaias, que me ajudou para a realização deste trabalho acadêmico, ainda me incentivando e ensinando a não desistir, aprendendo com os erros e superando os obstáculos.

E não poderia esquecer as minhas filhas, que é o meu maior tesouro, Maria Alice e Maria Clara pelo carinho e compreensão e por serem tão pacientes.

A todos os meus irmãos, Jailza Cunha, Joelma Cunha e Jailson Roberto, que compartilharam comigo momentos de alegria e momentos de dificuldade.

A minha orientadora, Professora Isabel Cristina Pansiera Marques, pelo carinho, incentivo, paciência e disponibilidade sempre que precisei.

Aos amigos que estiveram sempre ao meu lado e me trouxeram valiosas contribuições, sempre presentes no meu dia a dia.

Agradeço a todos os professores desta instituição e aos colegas de trabalho e sala de aula, meu carinho e gratidão por dividiram comigo suas experiências e conhecimentos.

A todos que de uma maneira ou de outra contribuíram para a realização desta conquista, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é discutir os princípios da qualidade na contemporânea gestão de unidades hospitalares e a geração de processos de acreditação, a partir da análise de caso de dois hospitais concretos. O trabalho se justifica justamente por acompanhar um movimento social de solicitação por melhores serviços prestados pelas organizações, como também tem relevância científica, na medida em que busca compreender como a gestão da qualidade pode ser empregada para o melhoramento dos processos de trabalho e prestação de serviço em unidades hospitalares. Daí a importância de se investigar como os sistemas de gestão da qualidade promovem mudanças significativas no âmbito dos hospitais. A pesquisa realizada tem o caráter descritivo sendo esta descrição exercida na forma de estudo de caso. Na presente pesquisa, os dados foram coletados, através do uso de questionário, contendo perguntas abertas. Foram entrevistadas as duas gerentes, que administraram a implementação dos sistemas da qualidade nas organizações em estudo. Sendo ambas as do sexo feminino, as duas entrevistadas desenvolvem atividade estratégica nas organizações em estudo. São gerentes e participaram ativamente do processo de implementação dos sistemas de qualidade. A pesquisa permitiu concluir que, em ambos hospitais pesquisados, existiram ganhos de produtividade e de gestão.

Palavras-chave: Gestão da qualidade. Hospital. Acreditação.

ABSTRACT

The aim of this paper is to discuss the principles of quality in contemporary management of hospital units and the generation of accreditation processes, from the analysis of specific case of two hospitals. The work is justified precisely because they follow a social movement request for better services provided by organizations, but also has scientific relevance, in that it seeks to understand how quality management can be used for the improvement of work processes and service delivery in hospitals. Hence the importance of investigating how the quality management systems promote significant changes within the hospitals. The research has a descriptive character this description being exerted in the form of case study. In this study, data were collected through the use of a questionnaire containing open questions. We interviewed the two managers, who managed the implementation of quality systems in organizations under study. Being both female, interviewed the two develop a strategic activity in the organizations under study. Are managers and participated actively in the implementation of quality systems. The research concluded that, in both hospitals surveyed, there were gains in productivity and management.

Key-words: Quality management. Hospital. Accreditation.

ABREVIATURAS E SIGLAS	
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BPLC	Boas Práticas para Laboratório Clínico
FPNQ	Fundação do Programa Nacional de Qualidade
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PDCA	<i>Plan</i> (planejamento), <i>Do</i> (Execução), <i>Check</i> (Verificação), <i>Act</i> (Ação)
PELM	Programa de Excelência para Laboratórios Clínicos
PNQ	Programa Nacional da Qualidade
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
BPLC	Boas Práticas para Laboratório Clínico
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA	11
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA E ESTRUTURA DO TRABALHO	13
2 A GESTÃO PELA QUALIDADE	15
2.1 A ORIGEM E A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE: HISTORICO DA FILOSOFIA DE GESTÃO.....	15
2.2 A GESTÃO PELA QUALIDADE NO BRASIL.....	18
2.3 FASES DE DESENVOLVIMENTO	18
2.4 OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DA GESTÃO DA QUALIDADE	19
2.5 GESTÃO DA QUALIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS	22
2.6 A BUSCA PELA QUALIDADE NO SETOR DE SERVIÇOS	23
2.7 A FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE (FPNQ)	24
2.8 OS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA DA QUALIDADE	26
2.9 GESTÃO DA QUALIDADE E O SISTEMA ISO 9000	27
2.10 GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	28
3 METODOLOGIA	42
3.1 TIPO DE PESQUISA	42
3.2 PLANO DE COLETA DE DADOS	42

3.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO: GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS DE SISTEMAS DE QUALIDADE IMPLANTADOS.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5 CONCLUSÕES	49
REFRÊNCIAS	52
ANEXOS.....	54
A - SISTEMAS DE QUALIDADE IMPLANTADOS EM HOSPITAIS.....	54

1 INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar contemporânea abriu espaço para um alargamento da visão sobre como se concebe as relações de produção e de trabalho nas suas organizações. Além de processos de excelência, que acabem com o retrabalho, aumentando a eficiência da organização, a ideia de melhoria contínua e a centralização das atividades na satisfação do cliente-paciente, representam as novas condições em que se estabelecem a prestação de serviço hospitalar. A gestão da qualidade, neste sentido, desempenha papel fundamental.

Os hospitais estão cada vez mais necessitando obter precisão nos seus laudos, exames e pareceres proferidos, além de promover um atendimento humano, já que este é o momento em que o paciente se encontra fragilizado, precisando de carinho e respeito. Um atendimento mal prestado, neste sentido, pode representar a ruína da organização hospitalar. A gestão da qualidade se apresenta, contemporaneamente, como uma ferramenta de administração efetiva das unidades hospitalares, na medida em que proporciona uma abordagem global do processo de prestação de serviço por parte dessas organizações (ARAUJO, 2001).

Tal perspectiva também é importante, na medida em que promove um melhoramento na efetivação dos processos de prestação de serviço desenvolvido pelos hospitais. Tal medida é relevante, principalmente, para os hospitais, já que está tratando cotidianamente com vidas, mas não apenas para esses, já que há uma tendência por parte dos consumidores de requererem uma prestação de serviço de excelência (ARAUJO, 2001).

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA

A qualidade no atendimento teve a capacidade de atribuir diferencial competitivo às organizações. Através dos seus procedimentos a gestão da qualidade, além de contribuir para produzir o que seu próprio título oferece – qualidade – pode normatizar os processo produtivo de modo a gerar adequação ao produto, que agora se torna padronizado, ao custo, a produção e as necessidades dos clientes. E o que isso significa? Implica que a organização produzirá serviço/produto com um padrão de qualidade e através de um sistema produtivo

que permita diminuir gastos desnecessários, retrabalho e proporcione o pleno atendimento às necessidades do cliente.

Tratando com vidas, o hospital soube incorporar tal perspectiva. Tanto é que os processos de acreditação, visando normatizar os procedimentos de trabalho, ganharam forte espaço no âmbito das organizações hospitalares. A diminuição do erro, do retrabalho e a geração de serviços normatizados e adequados às necessidades dos clientes, torna a gestão da qualidade uma ferramenta atrativa.

1.2 OBJETIVOS

No final da pesquisa devem-se responder algumas indagações promovidas ao longo do trabalho, principalmente voltados para os seus objetivos geral e específicos, que são:

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é discutir os princípios da qualidade na contemporânea gestão de unidades hospitalares e a geração de processos de acreditação, a partir da análise de caso de dois hospitais concretos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as possíveis potencialidades de implementação e melhoramento da qualidade;
- Analisar que novas práticas são produzidas pela gestão da qualidade em hospitais.

1.3 JUSTIFICATIVA E ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho se justifica justamente por acompanhar um movimento social de solicitação por melhores serviços prestados pelas organizações, como também tem relevância científica, na medida em que busca compreender como a gestão da qualidade pode ser empregada para o melhoramento dos processos de trabalho e prestação de serviço em unidades hospitalares. Daí a importância de se investigar

como os sistemas de gestão da qualidade promovem mudanças significativas no âmbito dos hospitais.

Para efetivar seus objetivos, o trabalho foi dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo será estudada a história da gestão da qualidade, a inserção da qualidade no Brasil, como também os princípios norteadores da qualidade, tais como foco no cliente, liderança, pessoas, abordagem de processo, relações benéficas com os fornecedores, abordagem sistêmica, abordagem factual para a tomada de decisões e melhoria contínua. Será discutido também os avanços e retrocessos da gestão da qualidade na contemporaneidade, assim como as fundações premiadoras do setor e a qualidade aplicada a gestão do setor de serviços.

No segundo capítulo será investigado o contexto e desenvolvimento da gestão de qualidade em hospitais, procurando delimitar, a grosso modo, as fases de seu desenvolvimento, começando nos primeiros meios de regulação a administração, chegando até o advento dos programas de gestão da qualidade direcionados para o setor.

2 A GESTÃO PELA QUALIDADE

A gestão pela qualidade é um tema muito abordado em organizações industriais e cada vez mais é crescente o número de adeptos deste tipo de gestão no âmbito da saúde.

2.1 A ORIGEM E A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE: HISTORICO DE UMA FILOSOFIA DE GESTÃO

A palavra qualidade existe informalmente há muitos anos, só adquirindo uma conotação de gerência formal nas últimas décadas. Inicialmente, restringindo-se à função de inspeção e aos poucos englobando uma série de outras funções. Nos dias atuais, a qualidade se apresenta como uma ferramenta estratégica, uma condição primordial, para que as organizações possam se desenvolver e se manter diante de um mercado extremamente competitivo. No século XVIII, o controle da qualidade era informal, já que a maioria dos produtos ainda era fabricada, manualmente e em pequena quantidade, por artesãos e artífices de grande habilidade. A preocupação com a qualidade dos produtos se iniciou de fato com o surgimento da produção em massa e a necessidade de se produzir peças intercambiáveis, introduzindo-se a inspeção formal.

No início do século XIX, foi desenvolvido o sistema nacional de medidas, gabaritos e acessórios, uma grande conquista em termos de controle de qualidade no quesito inspeção. Posteriormente, surge o controle estatístico da qualidade, redefinido e ampliando as funções do profissional da qualidade que, durante anos, se restringiu às funções de inspeção e a atividades como contagem, classificação pela qualidade e os reparos. Na década de 20, o engenheiro industrial Edwards Deming observou uma extrema incoerência dos modelos e das práticas do controle de qualidade vigentes, já que ao pregarem a correção dos defeitos apenas no final de todo o processo produtivo, não identificavam e nem corrigiam a fonte causadora dos erros. Dessa forma, além de haver desperdícios de trabalho, com a correção do trabalho já realizado (re-trabalho), também aumentava consideravelmente os custos. Diante de tal situação, Deming defendia que o controle de qualidade fosse praticado durante todo o processo de produção pelos próprios trabalhadores que estavam envolvidos no processo (CAMPOS, 1992).

Ainda na década de 20, Walter A. Shewart, engenheiro do setor de qualidade da empresa americana Western Electric, criou o método estatístico de análise de variabilidade do produto, com a finalidade de identificar e planejar as variações em níveis aceitáveis. Já nas décadas de 30 e de 40, Deming ao estudar e desenvolver as técnicas estatísticas de Shewart cria o ciclo de planejar, executar, verificar e agir (PDCA), ou ciclo Deming, uma das principais bases dos sistemas de gestão de qualidade.

Por volta de 1951, Deming é convidado a ensinar os padrões americanos de gestão ao Japão, país visivelmente atingido e destruído após a Segunda Guerra. Nesse período as organizações japonesas tiveram um primeiro contato com os modelos de gestão da qualidade. As idéias de Deming de eliminar defeitos, de analisar e encontrar a fonte dos erros, de fazer correções e de, posteriormente, registrar o que ocorre, passam a ser, gradualmente, assimiladas e disseminadas por todo o país. A qualidade se torna uma preocupação prioritária entre os japoneses, foi a fase da conscientização e da conceituação (DEMING, 1990). Mais do que técnicas de controle puramente estatísticas, Deming propagava toda uma filosofia da qualidade que expandiu não só entre os profissionais da área como também entre os líderes e industriais japoneses (DEMING, 1990).

Na década de 50, em homenagem ao seu precursor, instituiu-se o Prêmio Deming de Qualidade, com a finalidade de premiar anualmente as empresas que mais se destacavam pela qualidade de seus produtos e serviços. Em seguida, o também americano, Joseph M. Juran apresenta aos japoneses as primeiras técnicas voltadas à administração da qualidade total. Ou seja, a qualidade que antes era tida como uma prioridade apenas nas atividades de caráter produtivo, passa a ser assimilada e implantada também em todos os níveis da organização. Foi a fase da instrumentalização da qualidade (JURAN, 1995). Ou seja, a qualidade total teve a sua origem nos Estados Unidos, mas o seu desenvolvimento e a sua disseminação ocorreram no Japão, devido, principalmente, à necessidade de reconstrução de um país totalmente destruído após a Segunda Grande Guerra.

Existem várias definições sobre o que seria qualidade total. Apesar de um número considerável de conceitos, pode-se afirmar que a maioria deles apresenta abordagens bastante semelhantes. Deming (1990) defende princípios voltados ao controle de qualidade total a serem incorporados, praticados e disseminados por todas as áreas da empresa, como uma nova filosofia, contribuindo para uma efetiva

uma mudança da cultura organizacional. Segundo Ishikawa (1993), o gerenciamento da qualidade deve envolver todas as atividades da empresa, não devendo se limitar apenas aos departamentos e/ou setores de inspeção. Ishikawa foi o responsável pela criação dos círculos da qualidade, reuniões periódicas entre determinados membros da organização com a finalidade de discutir maneiras de melhorar a qualidade dos seus produtos e serviços, promovendo não apenas a economia de custos de produção e satisfação dos clientes, como também o fortalecimento e o nível comprometimento das equipes.

Juran (1995) enfatiza que a busca pela qualidade deve ser um compromisso de todos os que fazem a organização e a sua filosofia deve ser disseminada e gerenciada pelos membros da alta direção. Esse gerenciamento voltado à qualidade deve ocorrer através de três etapas: planejamento, controle e aperfeiçoamento. Para Feigenbaum (1997), o gerenciamento é uma forma eficiente de integração, desenvolvimento e melhoria da qualidade dos grupos organizacionais, promovendo, conseqüentemente, uma diminuição dos custos de produção além de outros aspectos, como a satisfação do consumidor final.

Apesar de apresentar algumas diferenças denotativas, as definições sobre qualidade total possuem muitos pontos em comum, entre eles: a preocupação com a melhoria contínua, a satisfação dos clientes, a eliminação do retrabalho e de desperdícios de matéria-prima e, a conseqüente, diminuição dos custos de produção.

Dessa forma, a Qualidade deve ser considerada uma filosofia de gestão a ser disseminada e desenvolvida entre todos os que fazem a organização visando à melhoria contínua dos processos em busca da total satisfação dos seus clientes.

2.2 A GESTÃO PELA QUALIDADE NO BRASIL

No Brasil, o desenvolvimento desse novo modelo de gestão ocorreu a partir do final dos anos 80, com a criação do Projeto de Especialização em Gestão da Qualidade (1987). Logo em seguida, em 1991, foi lançado o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), e o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Todos esses acontecimentos deram início ao Movimento Brasileiro pela Qualidade e a disseminação dos métodos de gestão da qualidade trouxe resultados bastante significativos para a economia brasileira. Prova disso foram os índices de

produtividade das indústrias do país que cresceram consideravelmente nesse período. Conforme divulgação da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a taxa média anual de produtividade industrial cresceu de -0,5%, no período de 1985-1990, para +8,3%, de 1990 a 1995. Esse crescimento representa o início das mudanças ocorridas como reflexo da implantação do modelo de qualidade no Brasil.

Aos poucos, o empresariado brasileiro foi percebendo a necessidade de se adequar à nova realidade econômica mundial, pela qual a competitividade impera, e compreendendo que investir em qualidade tornou-se um excelente negócio, já que gera resultados extremamente positivos pra organização.

2.3 FASES DO DESENVOLVIMENTO

Após se explanar sobre a origem e os conceitos do controle de qualidade, far-se-á uma breve abordagem a respeito da sua evolução. Pode-se entender o controle da qualidade em quatro fases consecutivas e complementares: a primeira, a adequação ao padrão; a segunda, ao uso; a terceira, aos custos, e a quarta, a adequação às necessidades latentes. Com o crescimento da produção em massa, no início do século XX, fez-se necessário a adequação dos produtos às características gerais de qualidade, a adequação ao padrão. Já a adequação ao uso, surge em um novo período histórico, na década de 60, quando ocorreu uma considerável diminuição da produção de massa, sendo preciso a personalização dos produtos, exigência de um novo consumidor.

Na década de 70, com a escassez dos recursos naturais e econômicos, reformula-se o modelo de gestão de qualidade voltada à adequação aos custos de produção, como forma de melhor se aproveitar os recursos ainda existentes. Nos anos 80, como ressalta Campos (1992), com o intensivo aumento do nível de concorrência e, conseqüentemente, com a diminuição das margens de lucros das empresas, inicia-se uma nova etapa da gestão da qualidade, a da adequação às necessidades latentes. Ou seja, era preciso que as organizações se antecipassem às possíveis necessidades dos clientes, criando dessa forma novos nichos de mercado.

2.4 OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DA GESTÃO DA QUALIDADE

Como visto anteriormente, a Gestão da Qualidade tem como principal objetivo a melhoria contínua do desempenho das organizações. Nesse sentido, a ISO (*International Organization for Standardization*), organismo internacional responsável pelo alinhamento dos referenciais normativos dos modelos de excelência e de qualidade total, formaliza, através da versão 9000:2000, os seguintes princípios básicos da Gestão da Qualidade: o foco no cliente, a liderança, o envolvimento das pessoas, a abordagem de processo, os benefícios mútuos nas relações com os fornecedores, a abordagem sistêmica, a abordagem factual para a tomada de decisões e a melhoria contínua.

Os princípios norteadores são:

- ✓ **Foco no cliente:** as organizações dependem fundamentalmente dos seus clientes para existirem, operarem e se desenvolverem. O cliente é o objetivo maior de toda organização. Nesse sentido, cabe à organização satisfazer e superar as necessidades atuais dos seus clientes e se antecipar às futuras.

As necessidades dos clientes devem nortear todas as estratégias, planos, metas e consequentemente, ações da organização. Para isso, é de extrema importância a realização de estudos que possibilitem a identificação dos níveis de satisfação dos clientes, através de indicadores e observações cotidianas. Nessa perspectiva, deve-se considerar clientes não apenas os consumidores finais dos seus produtos ou serviços, mas todos os que fazem, de forma direta ou indireta, a organização (os colaboradores, os acionistas, o Estado, a Sociedade);

- ✓ **Liderança:** a atuação dos líderes é fundamental para o sucesso da organização. O líder além de responsável pela identificação as necessidades dos clientes e as tendências do mercado, também deve exercer o papel de disseminar claramente todas essas informações, além de promover as condições de trabalho necessárias para o total desenvolvimento dos liderados. O líder empreendedor é aquele que possui uma visão ampla sobre os acontecimentos internos e externos à

organização, identificando as necessidades dos seus clientes a fim de contribuir para o êxito organizacional;

- ✓ **Pessoas:** as pessoas, em todos os níveis organizacionais, devem ser consideradas a essência das organizações, os seus agentes de transformação. São elas que lhe dá vida, permitindo o seu funcionamento e desenvolvimento. A organização depende diretamente das pessoas, e para atingir os seus objetivos, deve contribuir para o comprometimento, envolvimento e participação de todos, além de proporcionar as condições necessárias para que possam realizar plenamente as suas atividades;
- ✓ **Abordagem de processo:** a abordagem de processos é o princípio que considera que os resultados almejados serão atingidos de forma eficaz através da gerência dos recursos e das atividades como processo. Através da gerência dos processos, é possível se identificar quais os fatores fundamentais, tais como recursos e informações, para se garantir um bom desempenho organizacional.
- ✓ **Relações benéficas com os fornecedores:** as organizações e os seus fornecedores possuem uma relação de mútua dependência. Estabelecer relações de benefício mútuo, do tipo ganhar-ganhar, pela qual são considerados os objetivos de ambas as partes, é o caminho mais inteligente a ser seguido, já que através dele é possível adquirir melhores condições de negociação em relação a preço, ao prazo e à qualidade dos produtos e serviços almejados;
- ✓ **Abordagem sistêmica:** de acordo com a ISO 9000:2000, a abordagem sistêmica é o princípio pelo qual permite a organização identificar, compreender e gerir os processos inter-relacionados como um sistema, para que possa atingir os seus objetivos, previamente planejados e determinados, de forma eficiente e eficaz:
- ✓ **A abordagem factual para a tomada de decisões:** esse princípio considera

que as decisões capazes de proporcionar bons resultados são aquelas pautadas em fatos, através da análise de dados e de informações. Através dessa análise, o líder identifica quais os pontos positivos e negativos, quais as vantagens e desvantagens da organização, para que se possa melhor direcionar as ações;

- ✓ **A melhoria contínua:** a busca pela melhoria contínua do desempenho global da organização deve ser uma constante, pois muito além de identificar problemas e de apontar soluções, é possível identificar possibilidades de melhoria dos resultados obtidos, analisar e se antecipar às necessidades dos clientes e às tendências do mercado.

2.5 GESTÃO DA QUALIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS

As teorias advindas do desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade são conhecidas genericamente como Controle da Qualidade Total (CQT). O CQT alcançou, no decorrer de sua evolução histórica, grande aceitação em todo o mundo, apesar de ter recebido a devida importância em seu nascedouro. Daí o fato de Edward Deming, importante estatístico e engenheiro americano, ao ser convocado, logo após o pós-guerra, para implementar novos sistemas de gestão de processos produtivos e de trabalhos no, então, frágil parque industrial japonês, aceitou prontamente, relatando que os Estados Unidos não tinha uma cultura adequada para o fomento dos sistemas de qualidade. Ele aceitou prontamente a missão, pois acreditava que o Japão apresentava um cenário propenso para o desenvolvimento do controle da qualidade total (DEMING, 1990).

Assim, apesar de não ter sido originariamente criada no Japão, foi neste país que a teoria obteve espaço propício para se desenvolver, se alastrando para todos os centros produtivos do mundo. No Brasil, o controle da qualidade total despontou durante a década de 80 e se consolidou na década de 90. Neste período, muitas empresas buscaram certificação ISO, entidade criada em 1946 e sediada em Genebra (Suíça) com o objetivo de padronizar as normas de gestão da qualidade nas organizações a nível mundial, e/ ou implementaram autonomamente os programas de qualidade, no sentido de tentar agregar valor a organização. No entanto, apesar da euforia por tais programas, muitas empresas não lograram êxito

em sua jornada. Isso se deve a maneira como o controle de qualidade total foi adequado a essas organizações. Ao invés de verem o controle da qualidade total como uma filosofia administrativa voltada a criar orientações gerais de desenvolvimento dos processos produtivos (MARZANO, 2000).

Os sistemas de gestão da qualidade eram utilizados como uma “camisa de força”, isto é, como normas intransponíveis que deveriam ser rigidamente aplicadas. Neste sentido, o que essas empresas não entenderam é que não se pode, simplesmente, aplicar os conceitos da gestão da qualidade, é necessário adequá-los a realidade ambiental e cultural, onde a organização está inserida. A aplicação da gestão da qualidade no setor de serviços é um bom exemplo disso.

2.6 A BUSCA PELA QUALIDADE NO SETOR DE SERVIÇOS

A qualidade está também presente no que é denominado de setor de serviços. No setor de serviços, a mercadoria negociada, não é, em muitos casos, tangível aos olhos, os critérios que são reconhecidamente associados a qualidade total, dependerá da forma pela qual a empresa foi montada e sob quais princípios. É importante explanar também sobre o setor de serviços, pois as unidades hospitalares, segmento tema deste trabalho, está inserida no setor de serviços. Para a qualidade total chegar a qualquer ramo de atividade é necessário criar uma cultura de qualidade dentro da empresa, e, logo, um redirecionamento do objetivo maior da empresa, que deve ser a satisfação do cliente. Embora seja condição de competitividade ter a qualidade como fundamento da empresa, no setor de serviços, há uma certa dificuldade de detectar se, de fato, o que é oferecido corresponde aos critérios conceituais no qual a qualidade está inscrita. É certo que pode-se saber de que forma está acontecendo o tratamento para o público – se ele está sendo bem atendido. Essa noção de qualidade foi aparentemente, parece óbvio para o setor de serviço, se torna bastante minuciosa se for observada as principais que isso levanta.

A política para implementação da qualidade só chega ao Brasil na década de 1990. Antes disso não havia uma postura que cobrasse dos fornecedores de serviços e produtos um nível aceitável de qualidade aos padrões internacionais, uma vez que a qualidade total não aparece em terras brasileiras tardiamente. Como resultado disso, as pessoas ainda não tinham adquirido hábito de criticar,

questionar e exigir melhores produtos dos prestadores de serviços. Essa situação só recentemente tem se alterado. Quando se trata de produtos materiais, os critérios para classificá-los como de alta qualidade é perfeitamente aplicável. No caso dos serviços, o problema toma uma dimensão maior. Os produtos físicos ainda não estão completamente enquadrados nos padrões internacionais. Isso se torna mais flagrante na questão dos serviços por vários motivos (MARZANO, 2000) que se seguem: (i) uma boa parcela dos trabalhadores desse setor não são definitivos. São contratados temporariamente para ocupar postos que, por isso mesmo, são poucos valorizados para a gerência. Assim, recebe pouca atenção da gestão, e, portanto, pouco treinamento e motivação, (ii) geralmente há uma confusão entre qualidade total e corte de custos. Isso traz, muito provavelmente, perda da qualidade dos serviços como, igualmente, perda do teor de personalização que o setor de serviços exige, (iii) a falta de hábito dos consumidores de exigirem mais dos serviços prestados. Há um baixo percentual de pessoas insatisfeitas, que objetivamente reclamam do serviço oferecido, (iv) pela própria natureza do setor de serviço, não há, em muitos casos, como avaliar e inspecionar se de fato o serviço é de boa qualidade simplesmente porque o “produto” do serviço é consumido imediatamente e, (v) disso decorre que o produto do setor de serviços é não material, tornando, muitas vezes, mais difícil o controle de qualidade.

Essas observações feitas sobre o setor de serviços não permitem que esse setor negligencie a busca e implementação da qualidade total em seus quadros, no entanto, pelo contrário, devem-se encontrar mecanismos de controle e medição através daquele conjunto de procedimentos que as várias conceituações e formulações sobre a qualidade. Isso se torna ainda mais importante, na medida em que a unidade hospitalar está inserida no setor de serviços.

2.7 A FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE (FPNQ)

Precisava-se encontrar uma audiência interessada em participar dessa corrente internacional da qualidade e institucionalizar para a sociedade o que a qualidade estava visando de forma concreta. Por isso que foi criada uma fundação cujo maior objetivo era conduzir uma premiação para as organizações públicas e privadas afim de equiparar o parque industrial nacional para os padrões

internacionais. O Programa Nacional de Qualidade (PNQ), foi criado em 1991 por 39 organizações privadas e públicas para fazer frente ao mercado internacional, incentivando a adoção da qualidade em terras brasileiras, premiando, inclusive, as unidades hospitalares, que atuam no setor de serviços.

Concretamente, o Prêmio consiste na entrega de um troféu que representa um reconhecimento de especialistas na matéria e que tal organização empresarial atende honrosamente aos critérios administrativos baseados nos parâmetros de qualidade. O desenvolvimento e aplicação desses princípios da qualidade proporcionaram a competitividade desejada por todas as empresas, para conquistar seu lugar no mercado cada vez mais acirrado. Além dessa premiação, esse Prêmio serve também de ponto de encontro para troca de ideias e experiências entre as empresas sobre o que está sendo feito sob a rubrica da qualidade.

Dependendo do porte da empresa, a premiação é feita nas seguintes categorias – grandes, médias, pequenas e micro empresas, organizações sem fins lucrativos e órgãos da administração pública. Para que essas organizações possam ter condições, elas precisam entregar um relatório de suas atividades de gestão, como também preencher os requisitos referentes aos critérios da qualidade.

Depois da premiação da FPNQ, diversas outras premiações surgiram com o intuito de também promoverem os critérios para a qualidade em segmentos intermediários das empresas. Os critérios de seleção também seguem os moldes da FPNQ, principalmente porque esta se utiliza de critérios internacionais de gestão de excelência. Vê-se que essas premiações estão em completa sintonia com a era de globalização intensa dos mercados.

Esse incentivo realizado por essas premiações coloca o Brasil como poderoso concorrente frente às empresas internacionais, no momento em que a qualidade está sendo praticada em larga escala e que está praticamente consolidada no país. De fato, esse é o objetivo maior para as empresas brasileiras – equiparação às empresas internacionais. Quando a premiação da PNQ ocorre, é interessante lembrar que procura encontrar aquelas empresas em classe mundial, para representar nacionalmente as gestões brasileiras e expor a sua gerência em qualidade em fóruns internacionais.

2.8 OS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA DA QUALIDADE

O Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) em 1992, adotou os critérios de *Malcom Balding National Quality Awards* sediada nos Estados Unidos. A principal razão que motivou essa escolha foi a liberdade nas metodologias que poderiam ser empregadas. Os seus critérios de avaliação não estavam presos a uma corrente em particular, o que gera múltiplas possibilidades para os participantes (MARZANO, 2000).

Então, o critério de excelência que se unifica nessa discussão é o caráter sistemático das estratégias escolhidas, subordinando os outros elementos conceituais da qualidade sob preferência dos envolvidos. A avaliação que esse modelo proporciona (modelo do ciclo de 2003) serve para criteriosamente investigar qualquer tipo de organização com ou sem fins lucrativos.

Esse modelo simplificado quer conduzir o debate para os elementos médicos, mas principais de todas as abordagens que contem os itens – quaisquer que sejam – orientados por uma visão sistêmica que haja em duas frentes principais – as ações operacionais cotidianas e as metas globais. A partir daí há como recolher os indicadores que revelam se a cultura da qualidade está sendo respeitada e se o critério de excelência foi realmente incorporado pela cultura organizacional. É por meio desse ponto de apoio – a visão sistêmica – que se pode traçar conceitualmente uma base sólida para a qualidade. Os processos que se ligam a uma visão sistêmica terminam por colocar na discussão os limites que esses conceitos de qualidade quer construir. Viu-se que o ponto de partida de Deming foi procurar um princípio que organizasse racionalmente os diversos processos de produção. Como desenvolvimento de suas idéias, vê-se que cabe aos administradores estabelecer o que pode ser condicionado à visão sistêmica para praticar, de fato, a qualidade total.

As unidades hospitalares, neste sentido, devem buscar a consolidação de práticas globais de melhoria da qualidade, além de perpetuar práticas cotidianas de melhoria da cultura da organização, visando melhoria nos processos de trabalho, diminuição dos custos, aumento da produtividade e qualidade, através da centralização das práticas no atendimento de excelência daquilo que é fundamental para uma unidade hospitalar – os seus clientes (internos intermediários e finais). (MARZANO, 2000).

2.9 GESTÃO DA QUALIDADE E O SISTEMA ISO 9000

O Controle da Qualidade Total vem se apresentando como uma importante arma de gestão para as empresas que atuam, dentre outras áreas, na área médica, em especial, em unidades hospitalares, devido às vantagens que advêm de sua implementação em tais empresas, quer advenham do setor público ou do setor privado. Um serviço de qualidade é aquele que atende de maneira confiável, segura e rápida as necessidades do cliente. Assim, quando se fala em prestação de serviço de qualidade em hospitais, não estamos nos referindo a ausência de falhas, mas de um serviço voltado para o cliente.

O nível de exigência do cliente, atualmente, é impressionantemente maior de que fora há anos atrás. Eles se encontram cada vez mais conscientes de seus direitos e do exercício do seu poder de compra, no caso do setor privado, e consciente dos seus direitos quando o serviço prestado advém de uma instituição hospitalar pública. Se ele não gostar de uma determinada prestação de serviço, simplesmente irá procurar outro prestador de serviço e/ou reclamar as autoridades competentes (MARZANO, 2000). Por isso, para que a prestação de serviço hospitalar seja de alta qualidade e atenda as necessidades do cliente, faz-se necessário que a gestão da qualidade atravessasse todos os setores produtivos do hospital e resguarde a efetivação de práticas voltadas para atingir a excelência na qualidade.

Um hospital precisa, como qualquer organização que atua no cenário mercadológico altamente competitivo, de manter altos índices de produtividade. Isso significa que a unidade hospitalar precisa prestar cada vez mais um serviço de excelência, gastando menos (custos) e com crescente nível de qualidade. Para que a prestação de serviço seja de excelência, é imprescindível também que tal serviço seja tornado necessário ou até mesmo ambicionado pelos clientes. Neste sentido, o aumento da produtividade deve andar em consonância com práticas que venham agregar mais valor, isto é, a máxima satisfação de necessidades dos clientes ao menor custo. A produtividade pode ser aumentada, a partir da promoção do aporte de capital, para desenvolver as tecnologias hospitalares e de gestão da empresa; e o aporte de conhecimento, oferecendo contínuo treinamento aos clientes internos (funcionários da empresa). O aporte de conhecimento também se realiza quando se aumenta o fluxo de informações, o que possibilita gerar a captação das

necessidades dos clientes, pesquisar e desenvolver novos serviços, novos processos de trabalho e melhorar toda a gestão da organização. Fazendo isso, a organização estará, conseqüentemente, agregando competitividade e aumentando as suas possibilidades de sobrevivência e crescimento no mercado (MARZANO, 2000).

Assim, administrar pela qualidade diz respeito a possibilidade de administrar estrategicamente, na medida em que a organização é direcionada para atingir positivamente as pessoas interessadas pela sua atuação – o consumidor, os profissionais da área que dependem dos laudos hospitalares e os clientes internos. Ocorre que a prática da gestão da qualidade nos hospitais não é nova, de acordo com Araújo e Roth (2001), a primeira iniciativa interlaboratorial de controle de qualidade foi realizada, em 1947, por Belk e Sunderman, nos Estados Unidos. O controle interno, também já praticado na época, foi aprimorado por Levey e Jennings, em 1950.

No Brasil, os controles de qualidade em unidades hospitalares tiveram início em 1976, com a criação de Programa de Excelência para Laboratórios Clínicos (PELM) da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC) (ARAÚJO; ROTH, 2001). Estes programas de qualidade voltados para unidades hospitalares foram pensados, a partir de noções gerais de qualidade. Tais noções básicas de qualidade foram construídas pelos teóricos que pensaram e questão, de modo a sistematizar as práticas voltadas para o desenvolvimento dessa filosofia de gestão administrativa. Barreto (2001) buscou resumi-las e adaptá-las para a gestão da qualidade em hospitais.

Segundo Barreto (2001), o engenheiro japonês Osada, desenvolveu os princípios da qualidade, nos quais ele chamou, em japonês, do “Programa dos “5 S”:

1. Seiri (descarte): descarte tudo o que não tiver utilidade para empresa;
2. Seiton (ordenação): fase em que se arruma tudo na empresa;
3. Seisou (limpeza): após o descarte e a arrumação, faz-se a limpeza de todas as dependências da instituição, e identificam-se as necessidades de reparo de equipamento;
4. Seiketsu (higiene): esta fase cuida da manutenção da limpeza, da ordem e da disciplina.

5. Shitsuke (disciplina): nesta fase o objetivo é a padronização das rotinas, ou processos, de modo a permitir que os avanços obtidos nas outras fases sejam harmoniosos e uniformes, evitando retrocessos, e a constante busca pela melhoria das rotinas e do aperfeiçoamento do ser humano.

De acordo com Barreto (2001), Os “5 S” se desenvolveram e se transformaram nos dez mandamentos da qualidade:

1. Satisfação do usuário: objetivo de qualquer programa de qualidade total é atingir a plena satisfação do usuário a partir do serviço prestado, e ele deve nortear toda a instituição. No caso da área de saúde, são três os clientes básicos: paciente previdenciário, paciente conveniado e paciente particular. Apesar da diferença de percepção e exigência, todos devem ser atendidos com critérios rígidos de qualidade;
2. Recursos humanos: são os funcionários os principais ativos de uma organização. Neste sentido, eles devem ser submetidos a treinamentos e reuniões para se integrarem ativamente com o controle da qualidade;
3. Gerência participativa: as pessoas que exercem cargos de chefia e/ou gerência devem partilhar os problemas e situações a serem superadas, no sentido de que os funcionários se sintam partícipes e corresponsáveis pelo e o sucesso da organização;
4. Constância de propósitos: uma vez que seja decidido um projeto institucional, ele deve ser cuidadosamente planejado, em todas as suas fases, e ser iniciado com segurança e coragem;
5. Aperfeiçoamento contínuo: uma vez instalado, o projeto deve ser continuamente aperfeiçoado;
6. Delegação: a centralização torna a empresa lenta, ferindo o grau de eficácia e eficiência da organização. Assim, é preciso que as funções e as tarefas sejam devidamente delegadas, para que haja dinamismo na empresa;

7. Garantia da qualidade: a garantia da qualidade é provida por um bom planejamento e pela consecução de todas as fases do processo de gestão pela qualidade;
8. Disseminação de informações: os funcionários precisam saber dos objetivos e da missão da empresa. Desta forma, é preciso que a informação seja disseminada dentro da organização, para que os objetivos sejam bem claros;
9. Não aceitação de erros: não aceitar erros significa que eles devem ser continuamente diminuídos, apesar de ser reconhecido que “errar é humano”;
10. Gerência de processos: é a coordenação do conjunto de todos os processos envolvidos em atingir a qualidade total, traduzida aí pela satisfação completa do usuário.

Essas fases devem ser acompanhadas pelo monitoramento constante, para que possa ser rotineiramente avaliado. Alguns indicadores gerais podem ser utilizados, de modo, a saber, se a organização está logrando êxito na implementação do programa de qualidade. No caso dos hospitais, por exemplo, os indicadores podem ser o tempo de entrega dos relatórios e dos exames, a taxa de reclamação dos pacientes e dos médicos, os controles externos, tempo de uso de um equipamento, atendimento humano, etc. Do ponto de vista da análise dos funcionários, os indicadores podem ser a taxa de absenteísmo, rotatividade, produtividade (BARRETO, 2001).

O ingresso num programa de qualidade requer da organização que almeje melhorar os seus sistemas de gestão de processos e de administração, conheça as condições gerais de sua manutenção e seu funcionamento, bem como monitore o andamento do ambiente externo, no qual ela atua. E necessário também que exista um comprometimento total da alta direção, para que o exemplo se dissemine por toda a organização. A caracterização institucional da gestão da qualidade é feita através da certificação ISO 9002 (que prevê sistema da qualidade para atividades de projeto, produção, instalação e serviços) da *International Organization for Standardization* que é, como já foi acima especificado, uma Organização Mundial elaboradora de normas, com sede em Genebra.

De acordo com Marzano (2000), “[...] a certificação ISO 9000 de cuja estrutura de normas participa a ISO 9002 é o reconhecimento extremo da existência de um sistema da qualidade na organização e tem validade por 3 anos [...]”. Porém, é preciso trilhar um caminho para se chegar à certificação ISO. Um desses caminhos pode ser trilhado, a partir da adequação do laboratório às Boas Práticas de Laboratórios Clínicos (BPLC), que são listas de verificações para avaliação elaboradas pela Comissão Técnica de Análise Clínicas e Patológicas do INMETRO e que disciplina a qualidade na organização (MARZANO, 2000).

Outro caminho pode ser trilhado pela participação da ISO TC 212, que é um processo de Administração de qualidade em hospitais e laboratórios clínicos, criado através de recente convênio entre a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) e a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (MARZANO, 2000). Ainda há a possibilidade de começar a busca pela qualidade, através do ingresso nos Programas Nacionais do Controle da Qualidade mantidos pela Sociedade Brasileira de Hospitais (SBH) ou pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC). Este será o caminho demonstrado posteriormente, devido maior flexibilidade e facilidade de implementação (MARZANO, 2000).

Depois de preparado o ambiente para o programa de qualidade, a busca pela certificação ISO 9002. A ISO 9002 possibilita, na prática, que os hospitais, ofereçam resultados precisos, exatos e confiáveis, e o que os pacientes precisam para ter um atendimento personalizado e eficaz e encontrarem satisfeitas suas expectativas. Desta maneira, a ISO 9002 contempla dezoito requisitos básicos, que são potencialmente empregáveis no setor médico, hospitalar e laboratorial (GIANA; SOUZA, 2001).

Os dezoito requisitos foram adaptados por Giana e Souza (2001). São eles:

1. Responsabilidade de administração: Diz respeito ao envolvimento da direção da unidade médica com o sistema de qualidade, definido pela Prática da Qualidade da empresa;
2. Sistema de qualidade: fala sobre o conjunto de atividades necessárias para garantir a qualidade dos serviços;

3. Análise crítica de contrato: antes de começar o serviço, é preciso estabelecer o que o médico e o paciente precisam: que exame, tempo de entrega, metodologia;
4. Projetos: não se aplica ao setor médico;
5. Controle de documentos e dados: os documentos gerais e normas técnicas de gestão e produção devem estar sendo sempre atualizados;
6. Aquisição: corresponde a compra de insumos em geral necessários para o bom andamento do hospital. A compra deve ser recomendada pelo setor de qualidade da empresa;
7. Produto fornecido pelo paciente: a identificação e adequação devem ser feitas de modo a evitar resultados incorretos;
8. Identificação e rastreamento: a correta identificação dos materiais, assim como a de lotes de kits, padronizações e calibrações, para evitar resultados incorretos;
9. Controle de processo: diz respeito ao controle de tudo que é feito na unidade médica, desde a entrada do paciente até a liberação do laudo final;
10. Inspeção e ensaios: na unidade médica devem ser inspecionados os reagentes, materiais biológicos, kits, protocolo de atendimento, etc.
11. Situação de inspeção de ensaios: Este requisito exige a identificação de todos os produtos em qualquer lugar do hospital, vindo a conformidade ou não para uso;
12. Controle de produto não conforme: significa controlar e verificar que todos os produtos usados no hospital;
13. Ação corretiva e ação preventiva: sempre que acontecer um problema, deve-se tomar uma ação para corrigi-lo e, principalmente, eliminar a sua causa;
14. Manuseio, armazenamento, embalagem, preservação e entrega: além de controlar o processo, é preciso proteger os produtos e as formas de atendimento;
15. Registros da qualidade: devem ser arquivados todos os registros da qualidade, pois é a forma de comprovar que a unidade médica está atendendo a todos os itens da norma ISO 9002;

16. Auditorias internas da qualidade: é uma avaliação de todo o Sistema da Qualidade, realizada periodicamente pelo próprio pessoal da unidade médica, para saber se continuamos atendendo aos requisitos da norma ISO;
17. Treinamento: o hospital deve permanentemente procurar incrementar a qualificação e o desenvolvimento de seus colaboradores, realizando seminários e debates e promovendo cursos, visando o aperfeiçoamento de todos os membros da organização;
18. Técnicas estatísticas: são formas de controlar o andamento e apresentar os resultados em forma de números, gráficos e controles estatísticos do processo, das reclamações.

Em uma aplicação desses critérios numa unidade médica,

Constatou-se que eles trouxeram, reduziu significativamente os erros ao acaso, permitindo nos casos existentes, um acompanhamento e verificação de eficácia de ação, com a efetiva participação e comprometimento de todos. (GIANA; SOUZA, 2001, p.100).

E continuando,

Sendo que o grau de satisfação dos pacientes evidencia o real desempenho do atendimento hospitalar e laboratorial à comunidade, somado à ausência de reclamações de médicos em um período determinado e à inexistência ou a minimização de problemas relativos a entendimentos empresariais com os tomadores de serviço, mostra claramente que a implantação de um Sistema de Qualidade em hospitais e laboratórios de análises clínicas se constitui em poderosa arma para alcançar a excelência profissional em todos os setores e áreas de atuação, tornando-se ao mesmo tempo uma ferramenta eficaz para otimizar o gerenciamento empresarial, brindando os elementos necessários para a atualização permanente (GIANA; SOUZA, 2001, p.100).

Convém observar que a certificação pura e simples não é sinônimo de excelência na qualidade. É imprescindível que os processos sejam constantemente revistos, para que a organização não seja superada. Por isso, é extremamente importante que a empresa cultive o melhoramento contínuo e outros pré-requisitos. O uso da gestão da qualidade como uma filosofia de gestão administrativa direcionada para as singularidades do ambiente interno e externo é o principal meio

para se atingir o sucesso na implementação do programa. Quando o programa de qualidade vira norma de atuação, ele se enrijece e acaba, em muitos momentos, até trazendo prejuízo para a organização. Assim, criatividade na adaptação das normas do programa é fundamental para se lograr êxito nessa jornada.

2.10 GESTÃO DA QUALIDADE E A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente. O Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais. Para avaliar a qualidade assistencial da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares é utilizado um instrumento de avaliação específico – Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 3.^a Edição – assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da Organização (BRASIL, 2002).

Conforme Brasil (2002), Solicitação de informações para o processo de avaliação são as seguintes:

- A Organização Prestadora de Serviços de Saúde manifesta interesse para ser avaliada junto à Instituição Acreditadora;
- A Instituição Acreditadora coleta as informações necessárias da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para formular a proposta;
- A Instituição Acreditadora encaminha proposta à Organização Prestadora de Serviços de Saúde;
- A Organização Prestadora de Serviços de Saúde analisa as propostas recebidas.
- A Organização Prestadora de Serviços de Saúde seleciona uma Instituição Acreditadora.

- A Instituição Acreditadora envia um questionário preliminar (definido pela Instituição) à Organização Prestadora de Serviços de Saúde e solicita os seguintes documentos:

- Ø alvará de funcionamento da Organização Prestadora de Serviços de Saúde;

- Ø licença sanitária;

- Ø registro do responsável técnico no Conselho Regional de Medicina (CRM).

A Organização Prestadora de Serviços de Saúde encaminha o questionário preliminar e os documentos à Instituição Acreditadora.

- A Instituição Acreditadora analisa a documentação e encaminha o contrato para a Organização Prestadora de Serviços de Saúde.

- A Instituição Acreditadora encaminha à Organização nacional de Acreditação (ONA) a cópia de contrato assinado.

- A Organização Prestadora de Serviços de Saúde efetua recolhimento de taxa de inscrição junto à Organização Nacional de Acreditação que, corresponde a 10% do valor do contrato firmado com Instituição Acreditadora contratada.

- A Instituição Acreditadora contratada aguardará a confirmação por parte da ONA do recolhimento da taxa de inscrição para efetuar a confirmação da visita e a visita propriamente dita.

- Os custos totais da visita para a Acreditação serão integralmente pagos pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde à Instituição Acreditadora.

Deve existir também profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação; capacitado conforme as normas para capacitação, definidas em normas específicas da ONA. A avaliação é empreendida por uma equipe de avaliadores com o avaliador líder. O avaliador-líder é o responsável, perante a Instituição Acreditadora, por todas as fases do processo de avaliação. Deve ter capacidade gerencial, experiência e deve lhe ser conferida autoridade

para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvido. (BRASIL, 2002).

A equipe de avaliadores deve ser composta por, no mínimo, três membros, ou seja, um médico, um enfermeiro e um administrador. Cada equipe de avaliadores deve ter um avaliador-líder responsável pela coordenação do processo de avaliação. Caso necessário, a equipe de avaliadores poderá incluir especialistas, avaliadores em treinamento, observadores, com a ciência prévia do avaliado (BRASIL, 2002).

Há também um plano de visita, que deve ser respeitado:

- A Instituição Acreditadora, diante da inscrição, prepara o processo para a realização da visita.

- A Instituição Acreditadora indica a equipe de avaliadores que entrará em contato com a direção da Organização Prestadora de Serviços de Saúde, para a aprovação.

a) Cabe ao avaliador-líder e sua equipe de avaliadores entrar em contato com a direção da Organização Prestadora de Serviços de Saúde, para a montagem do plano de visita. Após a aprovação deste pela Instituição Acreditadora, a visita será agendada com a organização a ser avaliada.

b) O plano de visita deve ser elaborado com flexibilidade para permitir eventuais mudanças, dando ênfase à obtenção de informações, durante a avaliação.

c) O plano deve incluir:

- Os objetivos e propósitos da avaliação;
- Data da execução da avaliação;
- Identificação e apresentação dos membros da equipe de avaliadores;
- Identificação dos responsáveis de cada serviço da Organização Prestadora de Serviços de Saúde;
- Identificação dos documentos de referência, tais como: normas, procedimentos, rotinas, atas de reuniões, etc.;
- Definição de sala exclusiva para as reuniões dos avaliadores;
- Programação de cada etapa da visita;

- Programação das reuniões com a alta administração da Organização Prestadora de Serviços de Saúde;
- Tempo previsto e duração de cada atividade da avaliação;
- Previsão de entrega do Relatório de Avaliação para a Instituição Acreditadora.

d) Se a organização avaliada estiver em desacordo com quaisquer disposições do plano de visita, a objeção deve ser comunicada imediatamente ao avaliador-lider e a Instituição Acreditadora resolverá este problema antes de executar a visita.

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), cabe à Organização Prestadora de Serviços de Saúde:

- informar aos funcionários envolvidos os objetivos e propósitos da avaliação;
- apontar os membros responsáveis para acompanhar a equipe de avaliadores;
- prover o acesso às instalações e documentos, conforme solicitação pelos avaliadores;
- cooperar com os avaliadores para permitir que os objetivos da avaliação sejam atingidos;
- divulgar amplamente o Processo de Acreditação na Unidade a ser avaliada.

De acordo com o MS (BRASIL, 2002), os procedimentos do processo de visita são:

- Firmado o contrato entre a Instituição Acreditadora e a Organização Prestadora de Serviços de Saúde e confirmada por parte da ONA o recolhimento da taxa de inscrição, a equipe de avaliadores iniciará o processo de visita;
- A Instituição Acreditadora terá um prazo de 30 dias, no máximo, (a contar da data de recolhimento da taxa de inscrição) para iniciar o processo de avaliação;

- Terminada a avaliação, a equipe de avaliadores emitirá o Relatório de Avaliação com os resultados da visita, que será apresentado à Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Esta deverá registrar a sua ciência no Relatório de Avaliação;
- A Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada terá um prazo de 90 dias, a contar da data de assinatura de ciência, para ajustar as não conformidades menores, se for o caso, e solicitar nova visita à Instituição Acreditadora;
- A Instituição Acreditadora terá 30 dias para retornar à Organização Prestadora de Serviços de Saúde e verificar as não conformidades menores pendentes;
- Ao final da visita, a equipe de avaliadores entregará o Relatório de Avaliação à Organização Prestadora de Serviços de Saúde, que registrará a sua ciência no mesmo.

As evidências objetivas devem ser coletadas através de entrevistas, exame de documentos, observação das atividades e condições nas áreas de interesse. A equipe de avaliadores deve registrar todas as evidências objetivas. As informações obtidas em entrevistas devem ser comprovadas através de outras fontes independentes tais como: observação física entrevista com profissionais operacionais dos serviços, medições e registros (BRASIL, 2002).

As não conformidades encontradas durante o processo de avaliação podem ser classificadas em não conformidade maior e não conformidade menor. A não conformidade maior consiste na ausência ou na incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo, pode ser gerado também por um grande número de não conformidades “menores”, constatadas durante a avaliação em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema, bem como por uma situação que possa, baseada em evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida. (BRASIL, 2002).

A não conformidade menor consiste na falta de cumprimento de requisitos do sistema da qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema de

qualidade, ou a uma adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

Uma observação pode ser originada: pela identificação da equipe de avaliadores de uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância sobre a atividade avaliada, por um desconforto da equipe de avaliadores ou pela identificação de uma falha potencial, ou seja, que não é evidenciada pelos avaliadores, mas que a intuição e/ou experiência do avaliador leva a crer como uma provável não conformidade futura.

Durante a visita, se necessário, o avaliador-líder poderá fazer alterações relativas às atividades dos avaliadores e ao plano de visita, com a concordância da Organização Avaliada. Caso ocorram obstáculos durante o processo de avaliação, o avaliador-líder deverá informar as razões à organização avaliada e à Instituição Acreditadora.

O processo de avaliação é considerado terminado após aprovação de Relatório de Avaliação pela Instituição Acreditadora, emissão do seu Parecer Final sobre o processo de avaliação, entrega deste à organização avaliada e dos documentos correspondentes à Organização Nacional de Acreditação. O certificado, juntamente com a documentação relativa ao Relatório de Avaliação (folha de Resumo da Avaliação e Parecer Final da Instituição Acreditadora), será encaminhado à ONA para fins de homologação. No caso de divergências entre os resultados (Resumo da Avaliação e Parecer Final da Instituição Acreditadora) a Instituição Acreditadora deverá justificar o seu parecer à ONA. (BRASIL, 2002).

A organização avaliada poderá interpor recurso junto à Instituição Acreditadora caso não concorde com o resultado do processo de avaliação, no prazo de 45 dias do recebimento do Parecer Final da Instituição Acreditadora (será utilizada como referência para controle do tempo de recurso, a data de postagem mais dois dias).

Conforme MS (BRASIL, 2002), para que o processo de avaliação seja operacionalizado dentro dos padrões da mais alta qualidade, são necessários critérios que contenham um conjunto de normas éticas, a que estão sujeitos todos os envolvidos no Processo de Acreditação. Estas normas éticas deverão ser seguidas pela Organização Nacional de Acreditação, pelas Instituições Acreditadoras e pelos Avaliadores.

A Comissão de Ética da Organização Nacional de Acreditação é a responsável pela fiscalização do cumprimento deste Código de Ética, considerando-o como um conjunto de valores individuais, de atitudes e de posturas profissionais, bem como um compromisso com a verdade, gerando respeito e confiança mútua. A comunidade deve ser informada sobre os aspectos relevantes para a saúde, a segurança e o meio ambiente. O comportamento ético está diretamente relacionado com o respeito e confiança mútuos. O relacionamento da Organização Nacional de Acreditação com todas as partes interessadas deve se desenvolver de forma ética para que resulte em reciprocidade no tratamento.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a linguagem do Código de Ética é simples e acessível, evitando-se termos jurídicos excessivamente técnicos. O objetivo é assegurar o máximo de transparência às regras de conduta da Organização Nacional de Acreditação, da Instituição Acreditadora e do Avaliador, de forma que a sociedade possa sobre eles exercer o controle que é inerente ao regime democrático.

Os Códigos de Ética referentes à Organização Nacional de Acreditação, Instituição Acreditadora e ao Avaliador, poderão ser acessados na íntegra, através do endereço eletrônico da ONA.

3 METODOLOGIA

O estudo tem por base o método descritivo, haja visto que derivou-se de conceitos jurídicos, pesquisa bibliográfica e outras fontes secundárias. Dessa forma, podemos enumerar outros instrumentos que servirão de apoio secundário para a pesquisa em apreço, tais como periódicos sobre o tema, pesquisa virtual e dados estatísticos.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada tem o caráter descritivo sendo esta descrição exercida na forma de estudo de caso. A pesquisa descritiva, segundo Lakatos e Marconi (1999, p.49), tem por finalidade “procurar descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características”. No que concerne à abordagem na forma de estudo de caso, Roesch (1998, p.62) afirma que “é indicado quando se deseja retratar o dinamismo de uma situação numa forma muito próxima de como ela acontece na realidade e quando se está interessado no que e como está ocorrendo o fenômeno”.

Vergara (1998, p. 84) lembra que, neste método, “[...] os dados podem ser obtidos a tal nível de profundidade que permitem caracterizar e explicar detalhadamente os aspectos singulares do caso em estudo, bem como apontar semelhanças e diferenças quando comparado com outros casos estudados”.

Através do estudo de caso dos dois hospitais, foi possível comparar as práticas do processo de Acreditação Hospitalar e a implantação do Sistema ISSO 9000.

3.2 PLANO DE COLETA DE DADOS

Santos (2001, p. 74) afirma que “[...] coletar de dados é juntar informações necessárias ao desenvolvimento dos raciocínios previstos nos objetivos”. Neste sentido, a coleta de dados significa a fase de pesquisa em que indaga dados, como entrevista, o questionário e o formulário.

Na presente pesquisa, os dados foram coletados, através do uso de questionário, contendo perguntas abertas. O questionário é dividido em 04 fases: caracterização do perfil da gestora, principais benefícios advindos do processo de implementação da gestão da qualidade, os principais entraves e o modo como os funcionários se relacionaram com o novo sistema de gestão. Foram entrevistadas as duas gestoras dos sistemas de qualidade, que administraram os projetos nas organizações em estudo. Sendo ambas as do sexo feminino, as duas entrevistadas desenvolvem atividades estratégicas nas organizações. As duas instituições apresentam características específicas. O hospital “A” tem 85 leitos, sendo 19 de UTI e 2 UTIs específicas: uma geral e a outra cardiológica. A organização tem 640 funcionários. O tipo de hospital é clínico cirúrgico. Atende a classes diversas.

Já o hospital “B” tem 131 leitos, sendo 21 de UTI: 10 de tipo geral e outras 11 cardiológicas. A organização tem 801 funcionários. O tipo de hospital é clínico cirúrgico. Atende a classe média alta.

3.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO: SISTEMAS DE QUALIDADE NO ÂMBITO HOSPITALAR

O trabalho avaliou os sistemas de qualidade implantados em dois hospitais do município do Natal/RN. Os gestores dos hospitais, chamados aqui de hospitais A e B, foram entrevistando, sendo submetidos à questões abertas. O objetivo foi o de compreender como se processou a implantação dos sistemas de qualidade nestes hospitais e como os agentes envolvidos, funcionários, pacientes, médicos, entre outros, se relacionaram com a nova perspectiva de administração dos processos de trabalho nas referidas organizações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto a descrição do sistema de qualidade, ambas enfatizaram que o processo de implantação se centralizou na ideia de se estabelecer padrões, através da institucionalização de normas, rotinas.

Fala da gerente do hospital A: *“A Organização estabelece, documenta, implementa, mantém um Sistema de Gestão da Qualidade e busca continuamente a sua eficácia de acordo com os requisitos da norma NBR ISO 9001:2008, estando certificado desde o ano de 2001, sendo portanto o pioneiro em nosso Estado por possuir este formato de gestão”*.

O hospital B, no entanto, revelou ter um cuidado com a educação continuada, com treinamento e conscientização constantes, algo mais consonante com a filosofia da qualidade, pois não basta mudar os processos/padrões, mas reeducar os funcionários para uma nova forma de encarar o trabalho, os processos e a organização. A gerente do hospital B cita um Manual de Boas Práticas no âmbito da acreditação, inclusive, para referendar a visão da instituição para o seu processo de implantação da qualidade total e refere:

Acreditação Hospitalar é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização, de acordo com o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.¹

Em relação aos benefícios advindos com a implantação dos sistemas de qualidade para a instituição, o hospital A relaciona-os com o gerenciamento de processos, voltados para a melhoria contínua. No que concerne aos funcionários, há a ideia de gerar recursos apropriados voltados para a efetiva concretização das atividades de trabalho no âmbito da acreditação. Além disso, ao gerar processos mais sólidos, voltados a normas bem caracterizadas, os médicos poderão dispor de insumos mais confiáveis, gerando menos erros em seus procedimentos.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília, 2002.

O Hospital A refere-se ao sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) promove um gerenciamento por processos que possibilita a Organização uma gestão sólida, resoluto, com estratégia definida para o alcance de seus objetivos planejados.

Os benefícios gerados aos funcionários, são diversos, O SGQ para estes tem sua importância focada em dispor de um formato de atuação profissional com recursos adequados, tendo assegurado material, tecnologia, capacitação e demais recursos para uma atuação segura e eficiente. Há uma busca ininterrupta pela melhoria contínua.

Para os pacientes, Observa-se que os pacientes se sentem mais seguros em utilizar o serviço de uma organização que possua SGQ implementado, pela certeza vivenciada na prática, de estarem submetidos a cuidados que lhes são fornecidos por profissionais competentes, de também utilizarem produtos e serviços devidamente validados por órgãos competentes e de total credibilidade. Há fidelização do cliente neste sentido.

No caso dos profissionais médicos, é de grande valor para este profissional, ter assegurada a certeza de que todos os insumos para sua atuação sejam confiáveis, prontamente disponíveis e identificáveis. Isto é de fato em uma Organização que possua SGQ implantado e validado.

O hospital B se volta mais para os benefícios humanos da implementação do sistema de gestão da qualidade. Além da qualidade, a gerente do hospital B disse que depois do novo cenário privilegiou-se uma ética voltada para o trabalho multidisciplinar e em equipe. A razão de ser centrada no cliente aparece como central também na fala da profissional.

Melhorias observadas para a instituição:

“A instituição que adere ao processo de acreditação revela responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia do atendimento à população”.

Para os funcionários, As Instituições Acreditadas pouco fazem distinção entre “funcionários” e “profissionais médicos”, todos os colaboradores, especificamente na nossa Instituição prefere tratar como Equipe Multidisciplinar, onde todos recebem a mesma garantia de segurança nos processos de trabalho,

guiados por Protocolos formando a linha de trabalho e garantindo a sua segurança pessoal e profissional.

Para os pacientes a instituição Acreditada sinaliza para todos os seus clientes que atingiu um padrão de gestão de negócio e da assistência reconhecido nacionalmente, tendo como princípio básico a segurança do paciente. Isto ainda pode ser percebido em outra lista dos benefícios gerados pela implementação no hospital B, conforme resposta da gerente:

- ✓ Trabalho em equipe: os funcionários se tornaram mais integrados;
- ✓ Cumprimento das normas do Hospital: com a normatização dos processos, normas passaram a ser seguidas;
- ✓ Melhoria da qualidade dos serviços prestados: com a adequação a produção, aos custos e ao padrão de qualidade;
- ✓ Menor número de reclamações: que diminuíram com a centralização dos serviços no cliente final;
- ✓ Aumento da produtividade;
- ✓ Melhoria na moral dos colaboradores;
- ✓ Maior interesse nas atividades: trabalhadores se sentiram mais envolvidos com, através do trabalho em equipe;
- ✓ Redução de perdas e custos: devido à normatização das atividades/processos e diminuição do erro e retrabalho;
- ✓ Otimização do tempo na realização de tarefas: menos erros e menos retrabalho.

O hospital A é mais sucinto na sua apresentação dos benefícios principais. No entanto, lista questões gerais que se assemelham com as listadas acima.

Quanto aos benefícios diretos e indiretos, o hospital A listou questões internas, tais como o melhoramento dos processos de trabalho, redução de custos enquanto que o B privilegiou o aumento da produção e melhoramento do faturamento, como benefícios diretos e indiretos. Neste sentido, até o presente momento uma grande similaridade na apresentação dos resultados listados pelos dois hospitais em estudo. As duas gestoras enfatizaram, em questão específica, o papel fundamental desempenhado pelos funcionários.

No último quesito requerido, análises da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, temos o posicionamento das duas instituições (Tabelas 1 e 2):

Tabela 01: Relato do hospital A referente ao desempenho organizacional após gestão da qualidade.

Qualidade	Sem nenhuma importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
Eficácia					X
Efetividade					X
Eficiência					X
Otimização					X
Aceitabilidade				X	
Legitimidade				X	
Equidade					X

Fonte: Dados primários.

Tabela 02: Relato do hospital B referente ao desempenho organizacional após gestão da qualidade

Qualidade	Sem nenhuma importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
Eficácia					X
Efetividade					X
Eficiência					X
Otimização					X
Aceitabilidade					X
Legitimidade					X
Equidade					X

Fonte: Pesquisa.

A gestora do Hospital A refere que há uma certa reticência em dois tópicos aceitabilidade e legitimidade, enquanto a representante do Hospital B alega que tudo possuir caráter de alta relevância. O hospital A refere um pouco mais de resistência sobre a implementação da gestão da qualidade, conforme perguntas referentes a absorção das mudanças, resistência essa considerada normal pela literatura especializada, já que o funcionário está acostumado com outros processos de produção.

5 CONCLUSÃO

Analisar as vantagens advindas da aplicação da gestão da qualidade no segmento de organizações hospitalares, através da compreensão e comparação como se deu o processo de implementação em dois hospitais foi o principal objetivo desta monografia. A gestão da qualidade contemporânea se desenvolveu a partir dos estudos estatísticos de determinados sistemas produtivos. Estes estudos tiveram início pouco antes da segunda guerra mundial, tendo sido utilizados na fabricação bélica para municiar o conflito mundial. Porém, é durante o pós-guerra que os sistemas de qualidade conhecem o seu pleno amadurecimento, principalmente, com a ida de Deming e outros engenheiros para o Japão.

A ideia da qualidade, que começa com a aplicação na produção, logo atinge todo o âmbito administrativo, pois se constata que a busca pela qualidade não pode se restringir a algumas normas, mas uma verdadeira filosofia em busca da excelência na qualidade e na produtividade. Os sistemas da qualidade, apesar da resistência cultural logo ganharam, pelos benefícios que traziam, espaço por todo mundo e por todos os setores da economia capitalista. Assim, apesar da adesão dos sistemas da qualidade pelo Brasil ser relativamente recente, a busca pela qualidade no Brasil é intensa. O setor de serviços também ingressa nos sistemas de gestão da qualidade, pois constata que uma prestação de serviço de excelência é a chave para ganhar e cultivar clientes, criando caminho para obtenção do sucesso.

Basicamente, os oito critérios que foram criados e desenvolvidos a partir do compartilhamento das experiências de instituições estrangeiras preocupadas também com premiações referentes ao cultivo da qualidade, não é uma norma rígida de conduta, mas meios de orientação. Isto é, eles representam muito mais uma filosofia de normas de ação. Portanto, tais critérios representam uma filosofia norteadora das empresas preocupadas com a excelência na qualidade e na produtividade. Isto não implica dizer que as ideias pioneiras não serão premiadas e levadas em consideração. Pelo contrário, o que a filosofia dos critérios de excelência da gestão da qualidade incentiva é justamente o pioneirismo e as ideias inovadoras.

As ideias inovadoras da gestão da qualidade atingiram também o segmento de hospitais. Este segmento se caracteriza por uma prestação de serviço que deve ser precisa, muitas vezes, não permitindo falhas. Um erro pode custar vidas. Além disso, há também o fato de que a concorrência nesse segmento se torna, a todo o momento, mais acirrada, motivando a busca por processos produtivos que aumentem a qualidade e diminuam os custos. Os sistemas de gestão da qualidade começaram a ganhar espaço nessa área justamente pelos benefícios que traziam. Ele melhora os processos produtivos e de controle dos hospitais, como também todo o âmbito administrativo da organização.

Do ponto de vista geral, ele adiciona produtividade, na medida em que diminui os erros. Os erros não são tratados mais como um problema individual, mas como inerente ao próprio processo produtivo. Com isso, se torna possível identificar o erro em sua fonte, não permitindo mais que haja retrabalho nem perda de tempo, produzindo coisas que depois terão de ser corrigidas ou mesmo desconsideradas. E no caso dos laboratórios, um erro pode ser fatal para o fim da empresa.

A qualidade, tão ambicionada por esse segmento, é alcançada pela centralização no cliente e em atingir as necessidades reais do mesmo. Assim, se busca, por meio da gestão da qualidade, direcionar todas as forças organizacionais para atender os anseios dos clientes internos (funcionários), que são os principais colaboradores da empresa, mas, principalmente, criar um cenário favorável para que o cliente externo saia totalmente satisfeito e retorne novamente. A busca constante pela produtividade e pela qualidade acarreta na diminuição dos custos por mais paradoxal que isso, aparentemente, possa ser. Isto se deve a diminuição dos erros e do trabalho e retrabalho para atacar esses erros. E com o aumento da qualidade, da produtividade e da diminuição dos custos, as possibilidades de crescimento no cenário mercadológico se tornam consideravelmente maiores.

Do ponto de vista específico, possibilita que os hospitais imprimam potentes meios de gestão para controlar e, virtualmente, acabar com os erros que tanto mancham a imagem desse tipo de organização. Por exemplo, o Programa Nacional de Controle de Qualidade oferece um sólido caminho para, através de uma metodologia adequada e construída para o setor, inspecionar os processos de trabalho e as tecnologias através de amostras-controle e procedimentos controle. Esse caminho possibilita o desenvolvimento da qualidade em seu âmbito interno,

externo e educacional, isto, no aprimoramento contínuo para excelência da qualidade.

Independente do tipo de gestão de qualidade implantada, ISO 9000 ou Acreditação Hospitalar, os ganhos produtivos puderam ser percebidos, de um ponto de vista geral e específico nos hospitais investigados. Além de uma filosofia norteadora voltada para o trabalho em equipe, os processos produtivos e as atividades foram padronizadas com o intuito de atender os clientes finais. O que gerou ganho de eficiência, eficácia e efetividade.

O caminho em busca pela qualidade é tortuoso, pois engendra inúmeros processos de mudança, e a mudança traz o medo diante do desconhecido. No entanto, depois de vencido esse processo, os benefícios advindos da qualidade serão tremendos. Cabe a cada organização trilhar o seu caminho e revolucionar a sua administração e seus processos produtivos, atendendo as pessoas que são a sua razão de ser: os seus clientes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Manual do laboratório participante**. Rio de Janeiro: Programa nacional de controle de qualidade – PNCQ, 2003.

ALBRECHT, K.; BRADFORD, L. J. **Serviços com qualidade – a vantagem competitiva**. São Paulo: Marron Books, 1992.

ANDRADE, B.; TACHIZAWA, T.; CARVALHO, A. **Gestão ambiental**. São Paulo: Makron Books, 2000.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1998.

ARAÚJO, D. S.; ROTH, E. Acreditação e controle da qualidade. **Revista Newslab**. São Paulo: Ano 9, n. 46, jun./jul. 2001, p.144-145.

BARRETO, O. C. O. Noções de controle de qualidade total aplicáveis a instituição da área da saúde: os dez mandamentos da qualidade total. **Revista Laes & Haes**, São Paulo: Ano 22, n.130, abr./maio, 2001, p. 144-155.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília, 2002.

CAMPOS, V. F. **Controle da qualidade total**. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

CORTADA, J. W. **Gerência da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books, 1994.

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

DRUMMOND, H. **Movimento pela qualidade**. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

FEIEGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total**. São Paulo: Bookman, 1997.

IANA, H. E.; SOUZA, Jr. Sistema de qualidade em laboratórios de análises – NBR ISO 9000 – Análise de um caso. **Revista Laes & Haes**. São Paulo: Ano 23, n. 133, out./nov., 2001, p.88-105.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campos, 1993.

JURAN, J. M. **Planejamento para a qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1995.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1999.

LOCAMBO-FREITAS, C. V; LOCANELLI JR, A; BORGES JR. E. Controle de qualidade no laboratório de andrologia. **Revista Laes & Haes**, São Paulo: Ano 25, n. 145, out./nov., 2003, p.76-87.

MARZANO, L. C. Gestão administrativa pela qualidade. **Revista Laes & Haes**, São Paulo: Ano 22, n. 127, out./nov., 2000, p. 196- 203.

MEZOMO, J. C. **Qualidade hospitalar**: reinventando a administração do hospital. São Paulo: CEDAS, 1992.

ROESCH, S. M. A. **Projeto de estágio e de tecnologia de informação**. São Paulo: Atlas, 1998.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

TURBAN, E.; RAINER K.; POTTER, R. **Administração de Tecnologia da Informação**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2003.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

ANEXOS

SISTEMAS DE QUALIDADE IMPLANTADOS EM HOSPITAIS

Questionário de Pesquisa

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa. Esta é uma pesquisa de opinião, portanto não há respostas certas ou erradas, o importante é que você coloque o que realmente pensa. Todas as respostas serão tratadas de forma confidencial e você não precisa colocar seu nome.

1. Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Ocupa cargo de Gerência na instituição?
() Sim () Não
4. Setor em que atua: _____
5. Descreva o Sistema de qualidade implantado no hospital:
6. Defina a importância e os benefícios da implantação de um Sistema de Qualidade para:
 - ✓ A Instituição
 - ✓ Os funcionários
 - ✓ Os pacientes
 - ✓ Os profissionais médicos
7. Quais os principais benefícios advindos da implantação do Sistema de Qualidade?
8. Na implantação de um sistema de Qualidade normalmente ocorrem investimentos, porém, tendem a haver retornos (diretos e indiretos). Enumere 3 (três) retornos financeiramente diretos e 3 (três) indiretos alcançados pela sua organização, pós-implantação.
9. Como você descreve a participação dos funcionários no processo de implantação de um sistema de Qualidade?
10. Assinale uma das alternativas para cada aspecto da Qualidade dos processos do hospital, de acordo com a tabela abaixo, tendo em vista as seguintes definições:
 - ✓ Eficácia: habilidade de melhorar o cuidado;
 - ✓ Efetividade: o alcance do grau atingível em busca da melhoria;
 - ✓ Eficiência: a habilidade de obter o melhor resultado ao melhor custo;
 - ✓ Otimização: a relação mais vantajosa entre custo e benefício;
 - ✓ Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente em relação ao acesso às relações pessoa/paciente, aos efeitos e aos custos do cuidado;
 - ✓ Legitimidade: conformidade com as preferências sociais em relação aos tens anteriores;
 - Equidade: igualdade na distribuição dos cuidados.

Tabela 1: Aspectos da Qualidade dos processos.

Qualidade	Sem nenhuma importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Importantíssimo
Eficácia					
Efetividade					
Eficiência					
Otimização					
Aceitabilidade					
Legitimidade					
Equidade					