

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS  
PROCESSOS DE TRABALHO DOS HOSPITAIS  
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO RS: SEGURANÇA  
DOS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Marlene Kreutz Rodrigues**

**Santa Maria, RS, Brasil.**

**2015**



**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS PROCESSOS  
DE TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
FEDERAIS DO RS: SEGURANÇA DOS PACIENTES E DOS  
PROFISSIONAIS**

**Marlene Kreutz Rodrigues**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, área de concentração em Gerência de Produção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leoni Pentiado Godoy**

**Santa Maria, RS, Brasil.**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rodrigues, Marlene Kreutz

Análise da organização formal dos processos de trabalho dos hospitais universitários federais do RS: segurança dos pacientes e dos profissionais / Marlene Kreutz Rodrigues.-2015.

159 p.; 30cm

Orientadora: Leoni Pentiado Godoy

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Tecnologia, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, RS, 2015

1. Hospitais universitários 2. Qualidade 3. Acreditação 4. Padronização 5. Processos e segurança I. Godoy , Leoni Pentiado II. Título.

---

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Marlene Kreutz Rodrigues. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Camobi, Santa Maria, RS. CEP: 97105-900.

Fone: (55) 3220-8000.

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Dissertação de Mestrado

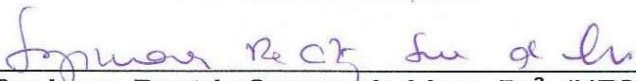
**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS PROCESSOS DE  
TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO RS:  
SEGURANÇA DOS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS**

elaborada por  
**Marlene Kreutz Rodrigues**


como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Engenharia de Produção**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
**Leoni Pentiado Godoy, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**  
Presidente/Orientador

  
\_\_\_\_\_  
**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**  
Co-orientadora

  
\_\_\_\_\_  
**Alberto Souza Schmidt, Dr. (UFSM)**

  
\_\_\_\_\_  
**Edio Polacinski Dr. (URI)**

Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015



## AGRADECIMENTOS

*A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a superação dessa importante etapa em minha vida. Em especial:*

*Aos meus pais, **Ignácio e Irena**, pelos princípios e valores que me ensinaram. O incentivo a lutar sempre em busca dos sonhos, com certeza contribuiu para esta conquista. É uma pena não estarem mais entre nós. Saudade e profundo carinho.*

*Ao meu marido, **Arnaldo**, “Meu Porto seguro”, por minimizar meu estress me passando a certeza que vai dar tudo certo. Pela compressão nas madrugadas de estudo, pela serenidade, respeito e carinho na convivência nestes últimos 25 anos.*

*Aos meus filhos, **Lucas e Leonardo**, pelo incentivo, compreensão, apoio e por acreditarem. Vocês são tudo para mim.*

*À Profª Drª **Leoni Pentiado Godoy**, minha orientadora, pela acolhida, compreensão e respeito aos limites de cada um. Sua serenidade, carinho e incentivo nos momentos confusos me possibilitou chegar a vitória. Não tenho palavras para agradecer.*

*A Profª Drª **Suzinara Beatriz Soares de Lima**, pelo carinho, apoio e tranquilidade nas orientações. Além de coorientadora foi amiga e incentivadora, tornando momentos difíceis e confusos parecerem mais claros e superáveis. Obrigada por tudo.*

*Aos professores da banca, por aceitarem participar como examinadores. Meu agradecimento especial ao Prof. **Alberto**, por abrir as portas do PPGEP como ouvinte. Obrigada pelos ensinamentos.*

*À Profª **Roselaine**, pela parceria nas horas “confusas da estatística”.*

*A minha amiga, **Odete**, pelo carinho, incentivo e apoio nos momentos mais difíceis. Obrigada de coração.*

*A todos os professores do PPGEP, incansáveis na arte de ensinar, pelo conhecimento e incentivo na produção científica.*

*A todos os colegas de mestrado, pelo convívio e apoio e carinho.*

*Aos colegas **Elianara, Alessandra, Tadeu e Adrian**, da Assessoria da Qualidade do Hospital Universitário de Santa Maria, pelo apoio, incentivo e compreensão.*

*À **Direção Executiva do Hospital Universitário**, pela liberação de horário para concluir essa etapa.*

*Aos **HUs Federais do RS**, por permitirem a realização dessa pesquisa.*





*A qualidade não é só uma metodologia gerencial e nem um problema puramente técnico e econômico.*

*Ela é uma questão ética e moral.*

*Deixar de buscá-la é um ato irresponsável e imoral*

**João Catarin Mezomo**



## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção  
Universidade Federal de Santa Maria.

### **ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO RS: SEGURANÇA DOS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS**

AUTORA: MARLENE KREUTZ RODRIGUES  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. LEONI PENTIADO GODOY  
Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

Este estudo objetivou analisar a organização formal dos processos de trabalho nos quatro Hospitais Universitários Federais do RS, Brasil, sob a ótica da qualidade, segurança dos pacientes e dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva de natureza qualitativa e quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de instrumento de pesquisa semiestruturado, respondido pelos quatro profissionais que atuam nos serviços de qualidade ou similar das referidas instituições, nos meses de junho e julho de 2014. Foram respeitados os preceitos éticos para a realização de pesquisas com seres humanos previstos na Resolução 466/12/CNS. A análise integrada dos resultados permitiu argumentar que os Hospitais Universitários, vão sendo progressivamente sensíveis à importância da modelagem dos processos de trabalho, para obtenção de um padrão de assistência. Todos consideraram importante a organização formal dos processos de trabalho (manuais de trabalho) e entenderam que essa influencia positivamente, na segurança dos pacientes e dos profissionais. Identificou-se a existência de estrutura formal de padronização dos processos de trabalho, porém, em apenas um HU há um serviço de qualidade estruturado e com certificação em programa de qualidade. Há deficiência na utilização de ferramenta de qualidade, e de gestão, amplamente difundida na literatura. Como principal dificuldade na organização dos processos de trabalho apareceu a resistência dos funcionários, seguido por excesso de outras atividades e falta de infraestrutura. Entende-se que para melhorar a segurança institucional a alternativa pode ser a adoção de um programa de qualidade, sendo o processo coordenado por uma equipe de qualidade, implementado de forma participativa, visando diminuir a resistência ao novo, às mudanças. É essencial que as metas da qualidade façam parte da política institucional, para que sejam vistas como metas comum a todos, com participação dos gestores. Percebe-se que os HUs possuem inúmeros desafios, principalmente, relacionados à gestão de pessoas. É preciso desenvolver gestores capazes de “comprar essa ideia”, ou seja, comprometidos com a gestão da qualidade.

**Palavras-chave:** Hospitais universitários. Qualidade. Acreditação. Padronização. Processos e segurança.



## **ABSTRACT**

Master's Thesis  
Post-Graduation Program in Production Engineering  
Federal University of Santa Maria

### **ANALYSIS OF FORMAL ORGANIZATION WORKING PROCESS OF FEDERAL UNIVERSITY HOSPITALS OF RS: SECURITY FOR PATIENTS AND PROFESSIONALS**

AUTHOR: MARLENE KREUTZ RODRIGUES  
ADVISER: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>.LEONI PENTIADO GODOY  
Santa Maria, February 27<sup>th</sup>, 2015.

This study aimed to analyze the formal organization of work processes in the four Federal University Hospitals of RS, Brazil, from the perspective of quality and safety of patients and professionals. This is a descriptive field research of qualitative and quantitative nature. Data were collected through a semi-structured survey instrument, completed by four professionals who work in quality services or similar of those institutions in the months of June and July 2014. The ethical principles for the conduct of research with human subjects set forth in Resolution 466/12 / CNS were respected. The integrated analysis of the results allowed to argue that the University Hospitals, are progressively sensitive to the importance of modeling of work processes to achieve a standard of care. All considered important the formal organization of work processes (manual labor) and understood that this positively influences, the safety of patients and professionals. The data disclosed the existence of formal structure of standardization of work processes, but in only one HU there is a structured quality service and certification in quality program. There are deficiencies in the use of quality tools, and management, widespread in the literature. As a major difficulty in the organization of work processes appeared to resistance from employees, followed by excess of other activities and lack of infrastructure. It is understood that to improve the institutional security the alternative may be the adoption of a quality program, the process being coordinated by a quality team, implemented in a participatory manner in order to reduce the resistance to new and changes. It is essential that quality goals are part of the institutional policy, to be seen as common goals to all, with participation of managers. It is noticed that the HUs have many challenges, mainly related to personnel management. Must be developed managers able to "buy that idea", that is, committed to quality management.

**Key-words:** University hospitals. Quality. Accreditation. Standardization. Processes and security.



## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1 – Os 14 pontos da qualidade propostos por Deming (1990) .....                              | 36  |
| Quadro 2 – Sete atributos ou pilares fundamentais da qualidade propostos por Donabedian (1990)..... | 37  |
| Quadro 3 – Definições do conceito de qualidade do cuidado .....                                     | 39  |
| Quadro 4 – Trilogia da gestão da Qualidade proposta por Juran .....                                 | 40  |
| Quadro 5 – Padrões mínimos para Centro Cirúrgicos do Hospital.....                                  | 46  |
| Quadro 6 – Os níveis de acreditação do programa da ACI.....   | 53  |
| Quadro 7 – Especificações dos sistemas de acreditação .....   | 55  |
| Quadro 8 – Comparação entre os sistemas de acreditação .....  | 55  |
| Quadro 9 – Etapas de preparação para elaboração de um manual.....                                   | 61  |
| Quadro 10 – Localização e número de leitos dos Hospitais Universitários .....                       | 73  |
| Quadro 11 – Etapas da Pesquisa .....  | 77  |
| Quadro 12 – Cursos de graduação com atuação por Hospital Universitário.....                         | 88  |
| Quadro 13 – Dificuldade e grau de influência para a implantação de um programa de qualidade .....   | 114 |
| Quadro 14 – Componentes do Plano de Ação da Segurança do Paciente por instituição .....             | 118 |





## LISTA DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1 – Mapa dos Hospitais Universitários nas Regiões Brasileiras.....  | 30  |
| Figura 2 – Evolução da Organização Nacional de Acreditação de 1999 a 2013.....   | 49  |
| Figura 3 – Estrutura do manual da JCI dividido em dois grupos organizados em 14 capítulos funcionais.....                        | 52  |
| Figura 4 – Diretrizes para a avaliação da Acreditação Canadense.....   | 53  |
| Figura 5 – Representação da rede de serviços hospitalares e interligações que compõem os processos.....                          | 56  |
| Figura 6 – Representação do processo de trabalho.....  | 57  |
| Figura 7 – Macro fluxo do HUSM (2013).....   | 60  |
| Figura 8 – Cinco componentes do ciclo da investigação em segurança do paciente.....  | 67  |
| Figura 9 – Qualidades da liderança segundo a NHS .....   | 70  |
| Figura 10 – Número de Leitos e Participação Leitos SUS – 2014.....   | 82  |
| Figura 11 – Classificação por porte dos HUs federais do RS.....  | 83  |
| Figura 12 – Taxa de Ocupação – 2014.....   | 84  |
| Figura 13 – Número de funcionários por leito por instituição.....  | 85  |
| Figura 14 – Número de funcionários com especialização, mestrado e doutorado ....   | 87  |
| Figura 15 – Percentual de ocorrência de estágios nos HUs por área .....  | 89  |
| Figura 16 – Existência de serviço responsável pela gestão da qualidade.....  | 91  |
| Figura 17 – Percentual de utilização de por tipo de manuais .....  | 95  |
| Figura 18 – Representação do percentual das instituições, por categorias profissionais, que possuem os processos descritos.....  | 98  |
| Figura 19 – Capacitações realizadas pelos HUs federais do RS .....   | 100 |
| Figura 20 – Periodicidade de revisões dos manuais ou documentos formais de trabalho .....  | 104 |
| Figura 21 – Resistência dos funcionários para implantação do MGR .....   | 107 |
| Figura 22 – Dificuldade e grau de influencia na elaboração do MGR .....  | 108 |
| Figura 23 – Certificação de Programa de Qualidade .....  | 111 |
| Figura 24 – Percentual por ação implementada do plano de segurança do paciente na quatro instituições.....                       | 118 |
| Figura 25 – Percentual de instituições com as dificuldades encontradas para a implantação do Plano de segurança do paciente..... | 119 |



## LISTA DE APÊNDICES

|  |     |
|--|-----|
| Apêndice A – Quadro resumo da “Produção do conhecimento sobre<br>Padronização de Processos e Qualidade em Hospitais” ..... | 135 |
| Apêndice B – Autorização para coleta de dados da pesquisa.....   | 143 |
| Apêndice C – Instrumento de coleta de dados da pesquisa.....   | 145 |
| Apêndice D – Termo de Confidencialidade .....  | 155 |
| Apêndice E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....   | 157 |
| Apêndice F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....   | 159 |



## LISTA DE ABREVIATURAS

|        |  |
|--------|--|
| ACC    | Colégio Americano de Cirurgiões  |
| ACI    | Acreditação Canadense Internacional                                      |
| ACS    | <i>American College of Surgeons</i>                                      |
| AGHU   | Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários                       |
| AMF    | <i>American Machine &amp; Foundry Company</i>                            |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                                 |
| CBA    | Consórcio Brasileiro de Acreditação                                      |
| CCHSA  | <i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>                 |
| CCIH   | Comissão de controle de Infecção Hospitalar                              |
| CNES   | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                           |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Federais                     |
| HUs    | Hospitais Universitários   |
| HUSM   | Hospital Universitário de Santa Maria                                    |
| JCAH   | <i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>                    |
| JCAHO  | Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde. |
| JCI    | <i>Joint Commission Internacional</i>                                    |
| MEC    | Ministério da Educação   |
| MS     | Ministério da Saúde  |
| NAG    | Núcleo de Qualidade e Apoio a Gerencial                                  |
| NHS    | <i>National Health Service</i>   |
| NR     | Norma Regulamentadora  |
| NSP    | Núcleo de Segurança do Paciente  |
| ONA    | Organização Nacional de Acreditação                                      |
| OPAS   | Acreditação na América Latina e Caribe                                   |
| PBQP   | Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade                         |
| POP    | Procedimento Operacional Padrão  |
| REHUF  | Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários         |
| RS     | Rio Grande do Sul  |
| SUS    | Sistema Único de Saúde   |
| TCU    | Tribunal de Contas da União  |
| UFSM   | Universidade Federal de Santa Maria                                      |



# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 23 |
| <b>1.1 Questão da pesquisa e delimitação do tema</b> .....                      | 25 |
| <b>1.2 Objetivos</b> .....  | 26 |
| 1.2.1 Objetivo geral .....  | 26 |
| 1.2.2 Objetivos específicos.....  | 26 |
| <b>1.3 Justificativa</b> .....  | 26 |
| <b>1.4 Estrutura da dissertação</b> .....                                       | 28 |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....  | 29 |
| <b>2.1 Hospitais Universitários Federais</b> .....                              | 29 |
| 2.1.1 Mudanças de papéis dos Hospitais Universitários Federais .....            | 31 |
| 2.1.2 Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais | 33 |
| <b>2.2 Qualidade dos serviços</b> .....   | 35 |
| 2.2.1 Qualidade nos serviços de saúde .....                                     | 37 |
| 2.2.2 Gestão da qualidade em saúde.....   | 40 |
| 2.2.3 Evolução da qualidade hospitalar.....                                     | 43 |
| 2.2.4 Acreditação hospitalar .....  | 46 |
| 2.2.4.1 Organização Nacional de Acreditação .....                               | 48 |
| 2.2.4.2 <i>Joint Commission International</i> .....                             | 50 |
| 2.2.4.3 <i>Accreditation Canada International</i> .....                         | 52 |
| <b>2.3 Processos de trabalho em hospitais</b> .....                             | 55 |
| 2.3.1 Manual da organização .....   | 60 |
| 2.3.1.1 Pontos favoráveis e desfavoráveis na utilização de manuais.....         | 62 |
| 2.3.1.2 Elaboração de manuais e padronização .....                              | 64 |
| <b>2.4 Segurança do paciente</b> .....  | 65 |
| <b>2.5 Segurança dos profissionais da saúde</b> .....                           | 68 |
| <b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....                                      | 71 |
| <b>3.1 Método de pesquisa</b> .....   | 71 |
| <b>3.2 Abordagens da pesquisa</b> .....   | 71 |
| <b>3.3 Cenário e sujeitos da pesquisa</b> .....                                 | 72 |
| <b>3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados</b> .....             | 73 |
| <b>3.5 Tratamento dos dados da pesquisa</b> .....                               | 75 |
| <b>3.6 Aspectos éticos</b> .....  | 75 |
| <b>3.7 Riscos e Benefícios</b> .....  | 76 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....  | 79 |
| <b>4.1 Caracterização das instituições pesquisadas</b> .....                    | 79 |
| 4.1.1 Quanto à classificação, serviço de emergência e localização.....          | 80 |
| 4.1.2 Quanto às unidades e leitos .....   | 81 |

|   |            |
|---|------------|
| 4.1.3 Quanto ao porte .....   | 83         |
| 4.1.4 Quanto à taxa de ocupação e número de funcionários.....   | 84         |
| 4.1.5 Quanto à qualificação dos profissionais.....  | 86         |
| 4.1.6 Quanto ao campo de ensino.....  | 88         |
| <b>4.2 Respondendo aos objetivos da pesquisa .....</b>  | <b>90</b>  |
| 4.2.1 Identificar a existência de estrutura formal de padronização dos processos de trabalho nos hospitais .....              | 90         |
| 4.2.1.1 Estrutura administrativa da hierarquia da qualidade no HU .....   | 90         |
| 4.2.1.2 Quanto à importância da organização formal dos processos de trabalho por meio de manuais, protocolos e POPs.....      | 93         |
| 4.2.1.3 Quanto ao tipo de manuais que a instituição possui.....   | 94         |
| 4.2.2 Conhecer o padrão de documentos de organização da rotina de trabalho em todas as instituições, inclusas no estudo ..... | 96         |
| 4.2.2.1 Quanto à existência de impressos padronizados na instituição.....   | 96         |
| 4.2.2.2 Quanto ao manual ser estruturado por categoria funcional ou por serviço...  | 97         |
| 4.2.3 Verificar se a estruturação dos processos de trabalho segue os padrões de qualidade .....                               | 99         |
| 4.2.3.1 Capacitações dos funcionários com base nos manuais .....  | 99         |
| 4.2.3.2 Sistema de avaliação dos processos de trabalho .....  | 102        |
| 4.2.3.3 Quanto às revisões/atualizações dos manuais .....   | 103        |
| 4.2.3.4 Estratégias de melhoria de qualidade.....   | 104        |
| 4.2.4 Conhecer as dificuldades encontradas na estruturação dos processos de trabalho.....                                     | 106        |
| 4.2.4.1 Dificuldades para implantar o Manual (Documentos) de Gerenciamento da Rotina .....                                    | 106        |
| 4.2.5 Analisar as organizações hospitalares quanto à implantação dos programas de qualidade .....                             | 110        |
| 4.2.5.1 Certificação / Acreditação .....  | 110        |
| 4.2.5.2 Dificuldades encontradas para implantar um programa de qualidade na instituição.....                                  | 113        |
| 4.2.6 Segurança dos pacientes e dos profissionais .....   | 116        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>121</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>125</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>133</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil as instituições hospitalares, historicamente primam pela qualidade nos serviços prestados. Desde a década de 1990 vêm buscando o reconhecimento de qualidade, por meio da obtenção de certificações dos programas nacionais e internacionais de qualidade. O aumento da complexidade dos hospitais universitários resultou em exigências legais cada vez maiores, envolvendo adequações das estruturas, dos processos e das pessoas, para obter resultados que satisfaçam aos usuários e à instituição. Tornou-se importante aos hospitais universitários implementar programas de qualidade nacionais ou internacionais, já reconhecidos e adotados em instituições de saúde do mundo, visto que a certificação reflete qualidade e segurança para os pacientes, segurança para os profissionais e para os gestores das instituições.

Segundo Mezzomo (2001) vive-se novos tempos e, sabendo que o sucesso do passado não é mais garantia de futuro, deve-se identificar novas estratégias e novas ações para atender às expectativas dos clientes atuais. Com clientes cada vez mais informados e exigentes é indispensável que as instituições utilizem práticas gerenciais inovadoras, que envolvam as pessoas e motivem mudanças comportamentais com reflexos na excelência institucional.

Neste contexto encontram-se os Hospitais Universitários (HUs), organizações que atendem a múltiplos interesses que vão além da assistência, envolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão; no âmbito do ensino, são corresponsáveis pela construção de identidades profissionais de várias categorias profissionais; no campo da assistência exercem um relevante papel social, uma vez que são os maiores prestadores de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS); e, no que tange à pesquisa, possuem o compromisso com a produção do conhecimento e de novas tecnologias em diversos segmentos do setor de saúde.

Observando-se o cenário atual, pode-se afirmar, empiricamente, que a pesquisa, provavelmente, se constitua no segmento mais frágil dos hospitais universitários públicos brasileiros que, nos últimos anos, não têm acompanhando a evolução tecnológica de outros países. Esta realidade pode estar relacionada ao pouco incentivo financeiro para o fomento de novos estudos e continuidade de pesquisas em desenvolvimento.

Portanto, os HUs são instituições em processo de redefinição de seu papel e da sua dinâmica de gestão. A maioria busca ser referência nos atendimentos de alta complexidade em que qualidade dos serviços prestados, integralidade, eficiência, segurança dos pacientes e profissionais juntamente ao controle de custos, são vitais para sua habilitação/credenciamento e viabilidade.

A inserção dos profissionais na gestão da qualidade em instituições de saúde, no intuito de rever papéis e sua forma de atuação, é uma condição fundamental no contexto atual. Esta afirmação, tem como pressuposto que hospitais são instituições que buscam a segurança e, portanto, os profissionais necessitam de preparo para oferecer uma assistência de qualidade e livre de danos aos pacientes. Assim, acredita-se que a atuação na realidade efetiva da organização dos processos de trabalho, na capacitação das equipes para o atendimento seguro e de qualidade, seja um importante passo na busca pela excelência nas instituições de saúde.

Nesse sentido, conhecer a realidade dos HUs federais do Rio Grande do Sul (RS) e as opiniões das equipes que trabalham com qualidade nessas instituições, pode proporcionar a análise e a reavaliação da organização formal dos processos de trabalho nestas instituições de saúde. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar a organização dos processos de trabalho nos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul.

Para embasar este estudo realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases eletrônicas de dados dos periódicos CAPES nos meses de maio e junho de 2014, com o objetivo de identificar a produção de estudos publicados, utilizando-se como palavras chave "*Standardization of processes*" and "*Quality in Hospitals*" refinando-se para artigos e dissertações. Foram encontradas 33 publicações. Destas 39,39% abordaram padronização e qualidade relacionados à gestão institucional, enquanto 37,50% possuem enfoque em um serviço específico do hospital e 23,11% apresentaram enfoque mais voltado para a qualidade e segurança da assistência. Identifica-se que das publicações encontradas o maior número foi dos Estados Unidos com 12 artigos, seguido pela Inglaterra com cinco artigos, o Brasil com quatro e os demais países como Áustria, Coreia, Índia, Suíça, Romênia, África do Sul, Canadá, Espanha, Alemanha, Irlanda do Norte e Austrália com apenas um artigo cada. Assim no Apêndice A, foram disponibilizados os 33 estudos,

organizados por ordem de relevância, estabelecida de acordo com o número de citações de cada artigo.

No entanto, cabe ressaltar que a fundamentação teórica deste estudo também encontrou grande sustentação com os autores Campos, Oliveira e Cury, considerados expressivos do assunto no país.

### **1.1 Questão da pesquisa e delimitação do tema**

A presente proposta de investigação apresenta a seguinte pergunta: *Como se encontram os Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul (HUs) no que se refere à organização formal dos processos de trabalho?*

Com esta questão pretendeu-se buscar evidências nos HUs pesquisados quanto a: existência de certificações em programas de qualidade; existência de modelo padronizado de manual do gerenciamento da rotina; prática de capacitações e auditorias; adoção de estratégias de melhoria da qualidade; utilização de ferramentas de qualidade e gestão; principais dificuldades na organização formal dos processos de trabalho e de implantação de programas de qualidade; e, situação das metas de segurança do paciente.

Atualmente, o maior enfoque dos programas de certificação é a segurança do paciente. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Norma Regulamentadora (NR) 36 que definiu as seis metas internacionais de segurança do paciente para todas as instituições de saúde do país, com o prazo de 120 dias para a implantação das equipes de segurança do paciente nas instituições (BRASIL, 2013). A NR 36 contém requisitos semelhantes aos dos programas de qualidade, no que se refere à padronização dos processos de trabalho e à implantação de protocolos. Assim, conhecer a realidade de todos os HUs federais proposto pelo tema, deverá permitir análises comparativas e identificação de melhores práticas, o que vem ao encontro das recomendações governamentais e das tendências mundiais nesta área.

## **1.2 Objetivos**

Levando em consideração o problema de pesquisa, foram estabelecidos os objetivos a seguir.

### **1.2.1 Objetivo geral**

Analisar a organização formal dos processos de trabalho nos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar a existência de estrutura formal de padronização dos processos de trabalho nos hospitais;
- Conhecer o padrão de documentos de organização da rotina de trabalho em todas as instituições;
- Verificar se a estruturação dos processos de trabalho segue os padrões de qualidade;
- Conhecer as dificuldades encontradas na estruturação dos processos de trabalho;
- Analisar as organizações hospitalares quanto à implantação dos programas de qualidade.

## **1.3 Justificativa**

A motivação para a proposição desta pesquisa resultou de estudos e atividades desenvolvidas ao longo da trajetória profissional, em especial a atividade

de coordenação da clínica médica, exercida durante o período de 1998 a 2004 e das percepções enquanto chefe do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial (NAG) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Atualmente, entre as atividades realizadas pelo NAG tem-se: a organização dos processos de trabalho junto aos serviços; a identificação de demandas gerenciais com necessidade de melhoria; e, a assessoria à Superintendência da instituição. A temática, portanto, emergiu a partir da prática enquanto enfermeira gerente, das experiências cotidianas e das dificuldades em cumprir os requisitos legais em uma complexa estrutura hospitalar na qual a pesquisadora atua desde 1984.

Nas últimas décadas foram desenvolvidas no HUSM atividades com foco na melhoria dos processos de trabalho e adequação das áreas físicas. No entanto, a mudança do cenário atual depende, essencialmente, da adoção de estratégias de gestão. A definição de um programa de qualidade institucional, a incorporação da cultura da qualidade por todos os profissionais e o reconhecimento por meio da certificação ainda se constituem em desafios a serem vencidos.

A modelagem dos processos de trabalho dos diversos serviços de uma instituição hospitalar é um dos requisitos para a qualidade e a segurança na instituição. Neste sentido, em 2005, a equipe do NAG realizou um diagnóstico interno nos quesitos da Acreditação Hospitalar. Foram analisadas as normas e os padrões da Acreditação Hospitalar, tendo como base o Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA), aplicado a todos os serviços do HUSM. O resultado demonstrou a necessidade de adequação da estrutura física para atingir o nível I, que significa segurança e demanda de recursos externos para sua viabilização, além das evidências de deficiência do mapeamento, da organização e da padronização dos processos de trabalho nos diversos serviços do hospital, desde os serviços de assistência direta ao paciente até os de cunho administrativo. Apesar de ser uma instituição de ensino, evidenciou-se um descompasso entre a organização das atividades cotidianas e a recomendação dos programas de qualidade hospitalar.

A trajetória profissional, as disciplinas cursadas no Programa de Mestrado da Engenharia de Produção, a participação no grupo de pesquisa na linha de Gestão Integrada, bem como a escassez de publicações na área sobre os Hospitais Universitários, despertaram o interesse em aprofundar os conhecimentos em gestão, com identificação na linha Sistemas de Gestão Integrada. Assim, tem-se como propósito trabalhar o tema: “Análise da organização formal dos processos de

trabalho nos hospitais universitários federais do RS: segurança dos pacientes e dos profissionais.

#### **1.4 Estrutura da dissertação**

A presente dissertação está estruturado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo é composto pela introdução, o tema da pesquisa, a justificativa, a importância do trabalho, o problema de pesquisa, o objetivo geral e os específicos, a delimitação do tema e encerra com a própria estrutura do trabalho.

O segundo capítulo, contém a fundamentação teórica, considerada relevante para o embasamento, desenvolvimento e aplicabilidade do tema. Para tanto contempla questões relativas aos HUs, qualidade, acreditação, organização de processos de trabalho e segurança do paciente e dos profissionais.

No terceiro capítulo tem-se os procedimentos metodológicos, com a descrição das etapas de realização da pesquisa. Estão descritos: o método de pesquisa adotado; as abordagens da pesquisa, cenário e sujeitos; os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados e tratamento dos dados da pesquisa; os aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa.

No quarto capítulo encontram-se os resultados da pesquisa e a discussão com a literatura.

O quinto capítulo é composto por considerações finais, contendo percepções gerais, facilidade e dificuldades, limitações encontradas, sugestões para o serviço melhorar e bem como expectativa para futuros estudos e impacto deste tipo de estudo.

Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas. Nos Apêndices encontram-se: quadro resumo do estado da arte “Produção do conhecimento sobre Padronização de Processos e Qualidade nos Hospitais”; Autorização para coleta de dados da pesquisa; Instrumento utilizado para a obtenção dos dados; Termo de confidencialidade; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Parecer de aprovação do CEP da UFSM.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A base teórica proporciona conhecimento e instrumentos para sugerir adaptações, mudanças ou modelos de melhores práticas. O referencial teórico que embasa esta pesquisa contempla questões relativas aos Hospitais Universitários Federais, qualidade, acreditação, organização de processos de trabalho e segurança do paciente e dos profissionais.

### **2.1 Hospitais Universitários Federais**

No Brasil, 46 HUs federais compõem a estrutura do Ministério da Educação (MEC), com vinculação administrativa às Universidades Federais. Dentre suas funções, destaca-se a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de novas tecnologias para a área de saúde, além do importante papel social que desenvolvem na prestação de serviços de assistência à saúde.

Essas instituições desempenham um papel fundamental, dentre as demais, para o desenvolvimento do SUS no país. São polos de referência tecnológica e concentração de conhecimento, de referência assistencial em alta complexidade, na formação de recursos humanos, na pesquisa e desenvolvimento, na criação e incorporação de novas tecnologias que contribuem para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2009).

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Brasil há um total de 504 mil leitos hospitalares sendo 348.303 SUS.

O Rio Grande do Sul possui um total de 33.910 leitos hospitalares, destes 23.241 são do SUS (CNES, 2013).

Conforme relatório do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2009) os HUs do Brasil encontram-se inseridos num contexto interinstitucional. Sua gestão é embasada num conjunto complexo e volumoso de normas, oriundas, especialmente, das áreas da saúde, da educação e do planejamento. Na perspectiva do MEC os Hospitais Universitários são definidos como, “Centros de formação de recursos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde” (BRASIL, 2009, p. 9).

Para Dvoredsky e Jaramillo (2009, p. 296) “Um hospital de ensino é uma instituição que oferece treinamento e oportunidades de desenvolvimento aos profissionais de saúde simultâneo com a assistência”. De modo que a efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a consolidação de práticas e padronização de protocolos assistenciais para as diversas patologias, o que garante eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do SUS. Além disso, os programas de educação continuada oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Na Figura 1 observa-se o mapa com a distribuição dos HUs nas Regiões Brasileiras.



**Figura 1** – Mapa dos Hospitais Universitários nas Regiões Brasileiras  
Fonte: BRASIL, 2013.



Os HUs apresentam grande heterogeneidade quanto à gestão, à capacidade instalada, à incorporação tecnológica e à abrangência no atendimento. No entanto, todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. Em determinadas regiões, são as unidades hospitalares mais importantes do serviço público de saúde e cumprem papel fundamental na consolidação do SUS, pois 70% das unidades são consideradas de grande porte e possuem perfil assistencial de alta complexidade (BRASIL, 2009). Considera-se importante conhecer a sua estruturação, organização, assim como as suas dificuldades, dada sua relevância para a sociedade.

### 2.1.1 Mudanças de papéis dos Hospitais Universitários Federais

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196 prevê a “*Saúde como um direito de todos e um dever do estado*” (BRASIL, 1988, p. 33). Para viabilizar este direito a todo cidadão brasileiro, a alternativa encontrada pelo governo, foi à incorporação dos HUs à rede do SUS, o que acarretou em alterações na demanda e no sistema de gestão dessas instituições, que passaram a atuar como unidades de referência em ações de média e alta complexidade. Além disso, soma-se o desafio de integrarem ações de assistência, ensino e pesquisa no desempenho do papel de centros formadores.

Os HUs tornaram-se instituições complexas, com múltiplos interesses; passaram a ter grande responsabilidade social, no âmbito da produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade e eficiência. Deste modo, foi ampliada a sua função assistencial, pois até então priorizavam o ensino.

É de conhecimento comum o fato de que a assistência à saúde melhorou notavelmente, e hoje se vive mais, principalmente, em decorrência das inovações e melhorias na área da saúde. Até então, a assistência prestada era planejada para suportar os programas acadêmicos para a formação de profissionais da saúde, tanto que eram chamados de “Hospitais Escola”. Porém, os maiores impactos dessas mudanças vêm ocorrendo nos últimos dez anos, com a expedição de portarias, pelos órgãos do governo, que entre outras determinações, alteraram responsabilidades, exigiram cumprimento de padrões, modificaram a dinâmica do

repassa financeiro e implementaram o monitoramento de questões estratégicas em todos os HUs do país e criaram uma Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares .

A necessidade de melhorar a qualidade do ensino no país levou o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, em 2004, a criar um programa de certificação e reconhecimento aos hospitais que atendessem aos critérios estabelecidos para obter o certificado de “Hospital de Ensino”.

Tais critérios foram estabelecidos pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de Abril de 2004. Essa iniciativa teve por base o dispositivo constitucional que estabeleceu a autonomia universitária e o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Neste entendimento, os Hospitais de Ensino são:

Instituições Hospitalares que servem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniada com Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2004, p. 1).

A Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004, definiu “Hospital de Ensino” como:

[...] um local de atenção à saúde, de referência para a alta complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população, considerando a necessidade de reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004 p. 1).

A portaria supracitada, em parágrafo único, classificou como hospitais de ensino, aqueles certificados de acordo com as exigências especificadas na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, e estabeleceu como ações estratégicas do programa:

I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;  
II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;  
III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e  
IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004 p. 2).

Definiu, também, que o repasse financeiro deveria ser realizado com base no cumprimento de metas acordadas, em um contrato de metas (contratualização), entre os gestores dos hospitais de ensino e os gestores locais ou estaduais do SUS, para a assistência à saúde, ao ensino e à pesquisa (BRASIL, 2004).

A mudança da forma de repasse financeiro repercutiu na necessidade de implantação de novos modelos de gestão, com o uso de ferramentas para mensuração e acompanhamento de indicadores de produção e de qualidade nos hospitais, bem como na incorporação de novas tecnologias para agilizar os processos de trabalho.

#### 2.1.2 Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

Em 2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) pelo Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que definiu o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais, entre as áreas da educação e da saúde, bem como, disciplinou o regime da pactuação global entre essas instituições.

O objetivo do programa foi de criar condições materiais e institucionais, para que os Hospitais Universitários Federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação ao ensino, à pesquisa e à extensão, bem como para atender à dimensão da assistência à saúde (BRASIL, 2010). Para tanto, o governo federal vem disponibilizando recursos financeiros para aquisição de materiais, equipamentos e fomento à gestão.

Diante dos avanços ocorridos nos últimos anos, na área de gestão empresarial, ainda há espaço para melhoria na gestão de uma considerável parcela dos hospitais federais. No entanto, são visíveis as disparidades de gestão entre as instituições federais do país, dificultando o estabelecimento de padrões de qualidade.

Surgiu, assim, a definição de um modelo de gestão, proposto pelo MEC, para ser adotado por todos os HUs, com a definição de metas básicas para a melhoria no

processo de gestão dos 46 HUs do país. Dentre elas, destacam-se a modernização da gestão, a implantação de programas de humanização da assistência, a adoção de mecanismos de controle interno e a implantação de processos de melhoria no gerenciamento de recursos humanos. As metas também preveem a implantação de uma matriz de indicadores qualitativos e quantitativos, compatível com a demanda dos hospitais, que possibilite o monitoramento dos resultados pelo MEC (BRASIL, 2010).

Em atendimento a esta demanda e necessidades, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com o Grupo de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, criou um *software* capaz de apoiar a gestão dos HUs, o qual se encontra em fase de implantação em diversos hospitais universitários, chamado de Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). É um projeto do MEC que tem por objetivo padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os hospitais universitários, como base no modelo adotado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). É um sistema para informatização de toda a instituição, organizado em módulos, que permite o registro das atividades e a geração de relatórios que servem para análise dos gestores da própria instituição, do MEC e do Ministério da Saúde (MS). Esse aplicativo facilita a visualização dos indicadores de produção e de qualidade, por HU e o *benchmarking*, o que favorece a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados, cumprindo o papel social das instituições públicas.

Deste modo, a utilização do AGHU visou proporcionar aos hospitais aprimorar seus processos de assistência, de ensino, de pesquisa e de gestão. Exemplo disso é a implantação do prontuário eletrônico, uma grande evolução para muitos HUs, representando benefícios tanto para pacientes quanto para os profissionais e às instituições.

A promulgação da Lei nº 12.550, de 15 de janeiro, de 2011, pela Presidente da República, Dilma Roussef, que autorizou o Poder Executivo a criar uma empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (BRASIL, 2011). Essa empresa tem por finalidade fornecer a prestação de serviços gratuitos, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como, às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao

ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Tem as seguintes competências:

- I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;
- II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;
- III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;
- IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;
- V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e
- VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social (BRASIL, 2011 p. 1).

Esse contexto de mudanças, ocorridas principalmente nos últimos anos, aponta para a estruturação de um novo perfil de HUs, que tem impactado na dinâmica do ensino, da pesquisa e da assistência. Corroborando com esse cenário, surge a necessidade da implementação efetiva de novos modelos de gestão, incorporando ferramentas de qualidade e de gestão, utilizadas a longa data pela iniciativa privada, porém, ainda pouco adotadas pelas instituições públicas no país.

## **2.2 Qualidade dos serviços**

Qualidade vem sendo conceituada por diversos autores ao longo dos anos. Apesar das diferenças entre os conceitos disponíveis, percebe-se a preocupação com a satisfação dos usuários e a ausência de defeitos. Qualidade significa atender às necessidades do usuário, ou qualidade que atende, perfeitamente, de forma confiável, acessível e segura, no tempo certo, às necessidades do cliente; qualidade significa estar ou fazer de acordo com os requisitos especificados, não aceitando qualquer defeito (CAMPOS 1999; CROSBY 1986; JURAN, 1995). Nessa lógica CSILLAG (1999) recomendou o uso de indicadores para controle da qualidade de

produtos e serviços, evoluindo, assim, da inspeção final do produto/serviço, que causava desperdício e retrabalho, para o controle de processos e a utilização de sofisticadas técnicas estatísticas. Por outro lado, alguns autores entenderam a qualidade como um processo contínuo de melhoria, não aceitando a teoria de “zero defeito” de Crosby (1986), por considerar esse um ideal inatingível. Consideraram que os mecanismos de avaliação da qualidade não podem ser subjetivos, devem ser essencialmente mensuráveis (DEMING, 1990; PALADINI, 2002). Com o surgimento de alta complexidade tecnológica, a partir da revolução industrial, esse controle reconhecido mundialmente como o inovador nos conceitos de Qualidade com o Controle da Qualidade no Japão ganha destaque e é cada vez mais incorporado pelas instituições.

Deming (1990) defendeu, em sua filosofia, o foco na qualidade como um meio de obter a preferência do cliente e, conseqüentemente, o lucro. O autor definiu 14 pontos da qualidade, conforme pode ser evidenciado no Quadro 1.

| Os 14 pontos da filosofia de Deming |  |
|-------------------------------------|--|
| 1                                   | Criar uma constância de propósitos de melhorar produtos e serviços   |
| 2                                   | Adotar a nova filosofia: é momento de iniciar um movimento por mudanças.   |
| 3                                   | Deixar de contar com a inspeção em massa, a qualidade não se origina da inspeção, mas do melhoramento do processo. |
| 4                                   | Acabar com o sistema de compras baseado apenas no preço.   |
| 5                                   | Melhorar constantemente o sistema de produção e serviço.   |
| 6                                   | Implantar métodos modernos de treinamento no trabalho;   |
| 7                                   | Implantar métodos modernos de supervisão, instituir a liderança.   |
| 8                                   | Expulsar o medo da organização.  |
| 9                                   | Romper as barreiras entre as áreas e Staff   |
| 10                                  | Eliminar Slogans, exortações e metas para a mão-de-obra, sem, no entanto, oferecer meios para alcançá-las.         |
| 11                                  | Eliminar os padrões de trabalho e cotas numéricas  |
| 12                                  | Eliminar as barreiras que privam o empregado de ter orgulho do seu trabalho.                                       |
| 13                                  | Treinamento contínuo.  |
| 14                                  | Criar uma estrutura na alta administração que tenha como função implantar os 13 pontos anteriores.                 |

**Quadro 1** – Os 14 pontos da qualidade propostos por Deming (1990).  
Fonte: MISHAWKA (1990)

Para facilitar o entendimento da qualidade Donabedian (1990), agrupou os sete atributos ou pilares fundamentais da qualidade, conforme demonstrado no Quadro 2.

| <b>Os pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):</b> |  |
|---|--|
| Eficácia  | É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.   |
| Efetividade   | É a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos.  |
| Eficiência  | É a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico.   |
| Otimização  | É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis.   |
| Aceitabilidade  | É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência. |
| Legitimidade  | É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.   |
| Equidade  | É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.   |

**Quadro 2** – Sete atributos ou pilares fundamentais da qualidade propostos por Donabedian (1990).  
Fonte: adaptada pela pesquisadora

A qualidade percebida por um cliente de uma empresa de serviços, como é o caso de hospitais, diferencia-se da percebida em uma indústria. Isto porque, na primeira, o serviço é consumido ou utilizado no momento da produção, ou seja, é simultaneamente produzida pelo serviço e percebida pelo cliente no consumo. Esta é uma das principais características dos serviços, o cliente está inserido no processo de produção, deste modo ele é parte do processo e sua satisfação torna-se elemento chave para o sucesso da empresa.

### 2.2.1 Qualidade nos serviços de saúde

A qualidade na saúde inicia pela formação dos profissionais de saúde. Além de uma equipe técnica qualificada, são necessárias estruturas físicas e tecnológicas adequadas, para subsidiar as ações dos profissionais da área da

saúde (MEZZOMO, 2001). Assim, na instituição hospitalar, a exigência de serviços de qualidade é inquestionável, uma vez que, têm sua missão primordial focada no ser humano, ou seja, a preocupação com a melhoria e o desenvolvimento constante, de forma a obter uma harmoniosa integração entre as áreas assistencial, tecnológica, administrativa, econômica, bem como nas áreas ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços de saúde (FELDMAN, 2004, p. 59). A autora ainda inferiu que, Donabedian (1990), baseou seus estudos na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações de cuidado à saúde, especialmente no que se refere à avaliação da qualidade e ao controle dos serviços. Para o autor a qualidade do cuidado na saúde é decorrente de três fatores: estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos profissionais, passando pela organização dos serviços. O processo é o conjunto das atividades desenvolvidas pelos profissionais e o resultado é o produto do processo.

Os hospitais possuem inúmeros processos, a maioria deles interligados formando os macroprocessos. Cada etapa do processo pode produzir um resultado, sendo que, na saúde, o resultado final é a consequência da assistência realizada, refletindo nas mudanças observadas no estado de saúde do paciente. Sob este prisma, a qualidade na saúde corresponde a um conjunto de processos interligados para o atendimento a um paciente que, conduzidos adequadamente, levam ao resultado desejado, ou seja, um cuidado de qualidade.

Para Campos (2011) o que realmente resolve os problemas de qualidade nas instituições é ser disciplinado no Gerenciamento da Rotina, mudando a cultura existente. A empresa deve ser tratada como um laboratório, tudo deve ser preciso, competente, disciplinado. Com esta base pode ser colocada no patamar desejado. Para Mezzomo (2001, p. 33):

[...] as pessoas fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão. Elas precisam sentir-se importantes, porque só assim assumirão a responsabilidade pela produção de qualidade, tornando a organização vencedora.

Durante anos, o foco de investimento nas instituições de saúde, foi na incorporação de tecnologias duras; não havia muita preocupação com as pessoas, sendo que sua satisfação e seu desempenho não eram mensurados. Hoje, cada vez



mais as pessoas são o centro das instituições. Tornou-se indispensável conhecer a opinião tanto do usuário quanto do trabalhador, bem como investir nos profissionais, o que repercute positivamente na qualidade do serviço executado, motiva e promove a satisfação do cliente e, conseqüentemente, melhora os resultados. “A motivação é um elemento essencial para se alcançar a qualidade, especialmente para se alcançar a liderança em qualidade” (JURAN, 2009, p. 43).

Na opinião de Luongo (2011), o “clima” de qualidade nos hospitais encoraja o crescimento da instituição e o desenvolvimento de uma atmosfera criativa, além de fortalecer o trabalho em equipe e a qualidade pessoal dos funcionários. O autor ainda citou que os ganhos com a qualidade são inúmeros, sendo que a dificuldade reside na sua viabilização institucional em especial em instituições públicas.

No Quadro 3 algumas definições sobre qualidade do cuidado.

| <b>Definições de alguns autores do conceito de qualidade do cuidado</b> |   |
|---|---|
| <b>Autor</b>  | <b>Definições</b>   |
| <b>Donabedian, 1980</b>   | Cuidado de alta qualidade: tipo de cuidado do qual é esperado maximizar o bem-estar do paciente (medida inclusiva), após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado.   |
| <b>Associação médica Americana, 1984</b>                                | Qualidade do cuidado: contribui de forma consistente para melhorar ou manter a qualidade e/ou duração da vida.  |
| <b>Office of Technology assessment, 1988</b>                            | Qualidade de um prestador: grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, em razão do estado do conhecimento médico.  |
| <b>Palmer, 1991</b>   | Qualidade da assistência é medida pela produção de uma melhora da saúde do paciente depois de ajustado pelas restrições da tecnologia e pela gravidade da doença.<br><br>Qualidade é a capacidade do prestador (médico) de coordenar a tecnologia disponível, habilidades e julgamento para melhorar a saúde dos pacientes. |
| <b>Institute of medicine (IOM), 1990</b>                                | Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes em conhecimento profissional corrente.   |

**Quadro 3** – Definições do conceito de qualidade do cuidado

Fonte: Blumenthal (1996 apud MARTINS, 2014)

## 2.2.2 Gestão da qualidade em saúde

A globalização e a economia atual impulsionaram os hospitais a procurar novas alternativas para o gerenciamento no setor saúde. A importância da gestão da qualidade em instituições hospitalares não é mais questionada pela maior parte dos gestores, as legislações estão cada vez mais rigorosas, há uma busca constante em impor padrões que garantam a segurança e a qualidade na assistência.

Atualmente existem diversos programas nacionais e internacionais de qualidade, específicos para instituições de saúde. No entanto, entende-se que uma das dificuldades para a sua viabilização, reside na qualificação dos gestores e nos variados níveis de hierarquia, dificultando a condução desse processo, em especial em hospitais públicos. O investimento nas pessoas parece ser o ponto de partida, para que se desenvolva a cultura da qualidade institucional, presente na missão, visão e valores institucionais, reforçando o papel vital dos gestores. Na grande maioria das instituições configura-se em um processo longo e moroso. Para Juran a gestão da Qualidade tem três pontos fundamentais, conhecida como a trilogia resumida no Quadro 4.

| <b>Os três pontos fundamentais da gestão da Qualidade de Juran</b> |   |
|--|---|
| <b>O Planejamento da Qualidade</b>                                 | Identificar quem são os clientes;   |
|  | Determinar as suas necessidades;  |
|  | Criar os processos capazes de satisfazer essas necessidades;  |
|  | Transferir a liderança desses processos para o nível operacional;   |
| <b>A Melhoria da Qualidade</b>                                     | Reconhecer as necessidades de melhoria;   |
|  | Transformar as oportunidades de melhoria numa tarefa de todos os trabalhadores;   |
|  | Criar um conselho de qualidade que selecione projetos de melhoria;  |
|  | Promover a formação em qualidade, avaliar a progressão dos projetos, premiar as equipas vencedoras;                                     |
|  | Publicar os resultados;   |
|  | Rever os sistemas de recompensa para aumentar o nível de melhorias e incluir os objetivos de melhoria nos planos de negócio da empresa; |
| <b>O Controle da Qualidade</b>                                     | Avaliar o nível de desempenho atual;  |
|  | Comparar com os objetivos fixados;  |
|  | Tomar medidas para reduzir a diferença entre o desempenho atual e o previsto.   |

**Quadro 4** – Trilogia da gestão da Qualidade proposta por Juran (1991)

Fonte: Donabedian (2003)

Segundo Donabedian (2003), na gestão da qualidade em saúde, o ponto crítico é a cultura das organizações, o conjunto de crenças e valores que definem como os membros de uma organização interpretam a realidade, a necessidade de mudar esta realidade. Na opinião de Lima (2008, p. 32), “um desafio para os hospitais públicos universitários na Gestão pela Qualidade é conseguir a transformação gradual da sua cultura organizacional, necessária para que esse movimento obtenha sucesso e perdure”.

A ideia é reforçada por Bonato (2011), quando afirmou que instituições mais preparadas, com processos mais estruturados, irão certamente assegurar aos clientes garantias de melhor assistência, com práticas definidas e disseminadas na instituição com profissionais preparados, por meio de capacitações e desenvolvimento contínuo, humanização no tratamento e competência técnica e satisfação em fazer parte da equipe.

Tais práticas são fundamentais no âmbito da qualidade tendo-se em vista que as características singulares do setor de serviços tornam sua gestão extremamente complexa, principalmente, devido ao alto número de relações interpessoais e à simultaneidade e intangibilidade do produto (TIOSSI, 2007, p. 73).

Para que a gestão consiga realizar mudanças, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam uma visão integrada dos problemas e das estratégias voltadas para a sua solução definitiva, e não apenas à minimização dos mesmos. No processo de gestão participativa e flexível, há necessidade de incorporação de novas experiências. Surge então, o momento em que experiências sejam conhecidas e pactuadas nas normas, regulamentos, procedimentos e rotinas adotadas, com vistas a assegurar o desempenho da equipe e conferir direcionalidade às ações (LIMA, 2008).

Na opinião de Freitas (2009) romper com o passado é conscientizar-se de que uma organização pode ser continuamente melhorada; que não existe fim para o processo de melhorias e que esta é uma responsabilidade total e indelegável da administração da organização. Nesta direção, existe a necessidade de se abandonar práticas gerenciais baseadas em princípios não mais adequadas ao contexto do mundo atual. É ter consciência de que a qualidade, a produtividade e a competitividade da organização dependem diretamente do resultado de cada pequeno procedimento, como se fosse o elo de uma corrente, o que justifica o uso

de ferramentas para o mapeamento e controle dos processos nas instituições que adotam programas de qualidade.

Grande parte dos gestores de hospitais reconhece a importância de obter certificações em programas de qualidade nas instituições, e que estas devem ser conduzidas como estratégias de gestão, que permeiem estruturas e processos assistenciais, tecnológicos, financeiros, administrativos e atividades de ensino de pesquisa em hospitais universitários, ou seja, perpassem todos os processos institucionais. Assim, a qualidade institucional não pode ser obtida com o desempenho de apenas um grupo na instituição, uma vez que exige o engajamento de todos os envolvidos no processo. Se em alguma etapa houver falha, esta poderá comprometer o processo como um todo e por em risco a qualidade institucional.

Segundo o MS, as instituições de saúde no Brasil, principalmente as públicas, são as mais distantes do processo de modernização gerencial. A gestão hospitalar apresenta maior complexidade, sendo considerado um grande desafio no setor saúde mundial. O setor saúde, especificamente, o setor hospitalar público é também avaliado pela sociedade em geral, como tendo uma gestão caótica (BRASIL, 2013).

Há um movimento por parte dos órgãos públicos no sentido de investir na qualidade dos HUs, por meio dos programas de capacitação de gestores, bem como de servidores públicos que desempenhem atividades estratégicas, para que sejam instrumentalizados e motivados a adotar metodologias capazes de desenvolver as equipes e promover mudanças institucionais. Um exemplo disso é o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que tem por objetivo criar condições de infraestrutura e pessoal para que os HUs possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e assistência à saúde.

A estratégia é a realização de cursos anuais para os gestores de HUs de todo país, em que são desenvolvidas novas metodologias de gestão com base na teoria do construtivismo, onde todos os envolvidos com um problema são convidados para identificar suas causas e encontrar a melhor solução para o mesmo. Este método envolve, valoriza, compromete e desenvolve a criatividade e a inovação das pessoas, que tende a gerar mudanças de cultura, e a qualidade acontece como consequência.

É preciso considerar que o modelo atual de gestão em saúde foi desenvolvido há muitos anos, o que remete à necessidade de se repensar o Modelo de Governança nos serviços de saúde, tornando a qualidade dos cuidados, a segurança dos pacientes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde e gestores (MACHADO, 2013). Assim, reitera-se a necessidade da adoção de estratégias que visem intervir na realidade atual, uma vez que existem hoje diversos programas de qualidade, já validados, específicos para hospitais, sendo adotados em inúmeros países.

### 2.2.3 Evolução da qualidade hospitalar

No século XVII surgiram os primeiros hospitais com o papel de acolher os doentes, já que o compromisso com a qualidade da saúde era de domínio exclusivo do médico. No entanto em 1854, durante a Guerra da Criméia, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, atuou em um hospital que cuidava dos feridos em campo de batalha e introduziu medidas inovadoras no cuidado dos pacientes como: higiene, ventilação, drenagem, uso de desinfetantes, dieta, entre outras, que resultaram na redução drástica da taxa de mortalidade entre os pacientes. Nightingale desenvolveu dois conceitos de qualidade: primeiro, o hospital como organização pode influenciar e melhorar a qualidade da atenção que oferece aos pacientes; segundo, pela análise da qualidade da assistência hospitalar prestada no passado, pode-se identificar meios de proporcionar melhor atenção aos pacientes no futuro (QUINTO NETO, 2000).

O trabalho de Nightingale inspirou o médico Ernest Codman, nos Estados Unidos, a iniciar atividades que conduziram ao primeiro movimento em busca da qualidade em saúde. Nessa ocasião houve a participação de um grupo de médicos que, em 1910, haviam criado um sistema de padronização hospitalar com o objetivo de avaliar o resultado final, ou seja, a efetividade do tratamento médico. O propósito era verificar a não efetividade da assistência. O hospital seria o responsável em identificar as causas, para assim evitar a repetição do problema.

Para Macedo (2007):

Devemos formular algum método para elaborar os relatórios dos hospitais que nos permitam conhecer, da forma mais exata possível, os resultados obtidos com o tratamento de pacientes nas diferentes instituições. Este documento, deve ser elaborado e publicado por cada hospital segundo um sistema uniforme, para possibilitar comparações. Com um relatório deste tipo como ponto de partida, quem estiver interessado, poderá começar a formular perguntas sobre administração e eficiência (KLUCK, 2005, p.1 apud MACEDO, 2007).

As preocupações de Codman e os resultados do sistema padronizado, em 1913 serviram de base para a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões. (ROBERTS et al., 1987 apud SCHIESARI, 2012). Havia dificuldade em identificar as evidências da efetividade do tratamento pela precariedade dos hospitais. Estes, além de atender aos doentes, serviam de albergues aos pobres; as estruturas eram frágeis; os equipamentos de diagnóstico e tratamento eram escassos; e, os registros quase inexistiam (QUINTO NETO, 2000).

Com o objetivo de melhorar as condições dos hospitais, em 1917, médicos membros dos comitês de padrões nos Estados Unidos e superintendentes dos hospitais se reuniram com médicos do Canadá para discutir os hospitais, ocasião em que foram definidas as bases para a padronização. Em 1924, o *American College of Surgeons* (ACS) definiu os cinco padrões mínimos de organização e atuação dos médicos, sendo que três estavam relacionados à organização do corpo médico, um definia o adequado preenchimento do prontuário e o último defendia a existência de recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao adequado tratamento do paciente (ROBERTS et al., 1987 apud SCHIESARI, 2012). Percebe-se que esses padrões, definidos a 110 anos, em grande parte das instituições, ainda hoje apresentam não conformidades.

Em 1950, houve a integração do Colégio Americano de Cirurgiões, o Colégio Americano de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense, e essas entidades juntas passaram a compor a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), com o trinômio “avaliação, educação e consultoria” que foi efetivado em 1953 (QUINTO NETO 2000).

No ano de 1959, a Associação Médica Canadense passou a desenvolver seu próprio programa via Conselho Canadense de Acreditação Hospitalar. Em 1987, o

nome da organização mudou de JCAH (Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais) para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde), ampliando a abrangência das atividades de acreditação.

No Brasil, o primeiro movimento pela qualidade teve início em 1935, com a criação da ficha de Inquérito do Hospital São Paulo, que era composta por nove quesitos básicos para o funcionamento dos hospitais, conforme segue:

Ficha de Inquérito Hospitalar criada em São Paulo (1935) (QUINTO NETO 2000):

1. Corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente;
2. Corpo administrativo;
3. Corpo de enfermagem em número proporcional à capacidade de serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno;
4. Serviços radiológico e fisioterápico;
5. Laboratório clínico;
6. Necrotério com equipamento para diagnóstico;
7. Salas de operações com equipamentos suficientes e anexos;
8. Farmácia;
9. Serviços auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção).

Em 1941 ocorreu um novo movimento pela qualidade dos hospitais, os médicos viajavam pelo país para inspecionar e fazer um censo dos hospitais. Em seu roteiro avaliavam as edificações, as instalações, os equipamentos, a administração, o funcionamento, as finanças e a assistência. No ano de 1951 foi criada a lista de Padrões mínimos para Centro Cirúrgicos do Hospital no Brasil (QUINTO NETO, 2013), conforme o Quadro 5.

| <b>Padrões mínimos para Centro Cirúrgico do Hospital São Paulo, 1951</b> |   |
|--|---|
| <b>Chefia</b>  | A administração do centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira devidamente treinada   |
| <b>Pessoal</b>   | Deverá ter número suficiente, devidamente treinado  |
| <b>Regulamento</b>   | O regulamento do centro cirúrgico deverá fazer parte do regulamento do hospital   |
| <b>Rotinas</b>   | Deverá ser assegurado o bom funcionamento e divulgado a todos   |
| <b>Avaliação do trabalho profissional</b>                                | Será organizado um fichário contendo elementos que permitam a avaliar a capacidade profissional do cirurgião  |
| <b>Prontuário médico</b>   | Nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório.<br>Ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato médico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatório, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável |

**Quadro 5** – Padrões mínimos para Centro Cirúrgicos do Hospital

Fonte: QUINTO NETO, 2013.

No ano de 1988 foi criada a Acreditação de Hospitais na América Latina e Caribe (OPAS) que avaliou hospitais e identificou grandes variações nos 15 mil hospitais avaliados. No Brasil, em 1990, foi criado Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) com o objetivo de promover a qualidade e a produtividade para aumentar a competitividade da produção do país, e a partir do Manual da OPAS, foi elaborado o primeiro Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, sua consolidação ocorreu em 1998 e no ano seguinte foi criada a ONA (MALIK; SCHIESARI, 2012). De modo que os programas de qualidade no Brasil podem ser considerados relativamente novos por se tratar de processos de mudança de cultura.

#### 2.2.4 Acreditação hospitalar

A acreditação hospitalar é um processo voluntário, temporário, periódico e reservado, os programas de acreditação possuem padrões assistenciais e administrativos considerados ideais para oferecer serviços seguros e de qualidade; tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, não possui finalidade de fiscalização ou controle. Como principais vantagens, podem ser elencadas: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência;



implantação de uma equipe de melhoria contínua; instrumento de gerenciamento como guia; mudança organizacional e reconhecimento de qualidade da instituição (QUINTO NETO, 2013).

A certificação de qualidade numa instituição é obtida mediante um processo de avaliação de uma organização externa à instituição, geralmente não governamental, que verifica o cumprimento de critérios e requisitos (padrões), previamente definidos no referido programa de qualidade.

Acreditação hospitalar é, portanto, uma metodologia de avaliação que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde e tornar as instituições mais seguras. Essa metodologia vem agregar qualidade na gestão das instituições, de forma a articular as dimensões assistenciais e gerenciais do processo de trabalho. Segundo Henriques (2003) é necessário fortalecer e divulgar o processo de acreditação para obter o reconhecimento do cidadão. A sociedade deve validar este processo, não apenas os profissionais da saúde. Quando atingir este ponto, o sistema estará maduro, como instrumento de gestão e avaliação e como efetivo instrumento de controle social.

No Brasil as três metodologias mais adotadas pelos hospitais e as principais organizações acreditadoras são: Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) da ONA, criado em 1998, adotado pela maioria dos hospitais certificados no país; a norte americana *Joint Commission International* (JCI) com origem nos Estados Unidos em 1951, no Brasil coordenada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA); e, *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), conhecida como Acreditação Canadense Internacional (ACI), criada em 1958.

Nos Estados Unidos, 82% dos hospitais são certificados pela JCI. No Brasil dos cerca de 6.800 hospitais cadastrados na base do CNES, 4,4% possuem certificado de acreditação. Destes, 268 instituições são acreditados pela ONA, 24 são acreditadas pela JCI e apenas sete instituições acreditadas pela ACI (BURITI, 2013).

Na escolha do Programa de Acreditação é importante identificar qual deles melhor se adequa à instituição. Para isso, os requisitos dos manuais devem ser criteriosamente estudados e compreendidos, a realização de auditorias internas pode ser uma boa estratégia para identificar as não conformidades de cada serviço e auxiliar na preparação das equipes. O processo de acreditação requer maturidade institucional, uma vez que, muitos processos institucionais são revistos, os riscos

tornam-se conhecidos e as fragilidades aparecem. No entanto, seja qual for o programa de qualidade definido pela instituição, se implantado como uma política institucional, com a participação das equipes, os ganhos são inúmeros, a contar que resulta em processo mais seguro, reduz índice de danos aos pacientes, aos colaboradores, aos fornecedores, traz credibilidade e agrega valor à instituição.

#### 2.2.4.1 Organização Nacional de Acreditação

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização privada que, desde 1999, coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação, em parceria com o MS e entidades que representam o setor, definiu um conjunto de regras e procedimentos de certificação para os serviços de saúde no Brasil. Estes estão descritos no Manual Brasileiro de Acreditação, sendo a sua última versão 2014, com reconhecimento internacional pela ISQua.

Na Figura 2 apresenta-se a evolução da ONA de 1999 a 2013.



responsáveis técnicos nos serviços; capacitações dos profissionais; dimensionamento adequado de pessoal; assistência de qualidade, prestada de maneira contínua e ininterrupta;

- Nível 2: Acreditado Pleno (Processos) deve atender todos os requisitos do nível 1, mais a organização dos processos institucionais. O planejamento da assistência; com a padronização dos processos internos; com os Manuais do Gerenciamento da Rotina com procedimentos operacionais padronizados (POP's); educação permanente para todos os profissionais da instituição; e indicadores para mensuração da qualidade assistencial;
- Nível 3: Acreditado com Excelência (Resultados) deve atender aos padrões descritos nos níveis anteriores, e inclui a análise das práticas na gestão, indicadores de qualidade, satisfação dos clientes e dos funcionários, consolidação da segurança e processos em resultados voltados para a excelência.

No Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, os padrões de avaliação estão estruturados em cinco áreas, cada uma contendo subseções, as áreas são:

- Organização da Assistência Médica (dez subseções);
- Diagnóstico e Terapia (oito subseções);
- Apoio Técnico (oito subseções);
- Processamento e Abastecimento (duas subseções);
- Apoio administrativo (dez subseções).

A validade das certificações varia de dois a três anos, de acordo com o nível obtido (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009).

#### 2.2.4.2 *Joint Commission International*

A *Joint Commission International* (JCI) foi criada em 1952 com a união de várias associações. Esta organização ficou oficialmente responsável pela Acreditação. A nomenclatura, assim como os critérios utilizados pela JCI para o estabelecimento de padrões foram sendo modificados e indicam a transição de

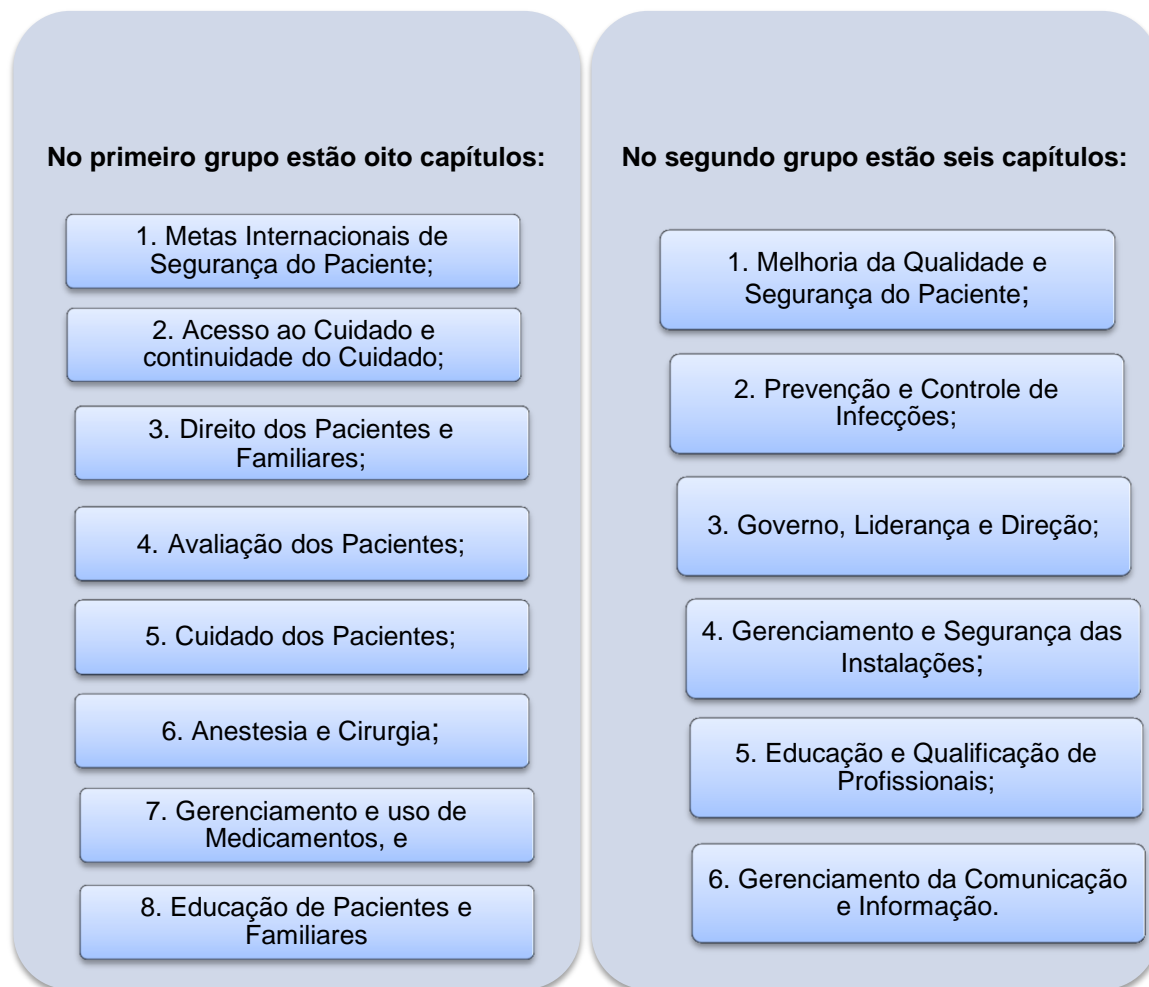
atenção originalmente com enfoque na estrutura, para que os profissionais médicos tivessem condições de trabalho, passando a considerar, também, os processos e resultados da assistência e hoje tem grande foco na segurança do paciente (ANTUNES, 2002).

Desde 1998, a JCI desenvolve suas atividades fora dos Estados Unidos em vários países. É a maior organização de certificação do mundo. No Brasil é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que possui critérios e metodologia de Acreditação dos serviços de saúde semelhantes aos dos outros países (Guia do Processo de Avaliação, 2011) seguindo, assim, um padrão mundial de qualidade nos serviços de saúde.

Os programas de qualidade trazem diversos ganhos para a instituição agregando valor e credibilidade à instituição. A JCI considera que os hospitais têm os seguintes benefícios da certificação (Guia do Processo de Avaliação 2011. p. 2):

- Proporciona vantagem competitiva;
- Fortalece a confiança da comunidade;
- Obtém o reconhecimento de seguradoras, associações, empregadores e outros investidores;
- Valida a prestação de cuidado de alta qualidade aos pacientes;
- Ajuda os hospitais a organizar e fortalecer os esforços de melhoria;
- Aprimora a educação dos profissionais;
- Melhora o gerenciamento do risco;
- Facilita o recrutamento de profissionais.
- Promove o trabalho em equipe.

Atualmente, os manuais de acreditação hospitalar JCI estão na 4ª edição, lançada em 2011. O manual está estruturado em dois grupos sendo que o primeiro contém os oito padrões com Foco no Paciente e o segundo contém os seis padrões com Foco na Administração das Instituições de Saúde, totalizando 14 capítulos funcionais, demonstrado na Figura 3.



**Figura 3** – Estrutura do manual da JCI dividido em dois grupos organizados em 14 capítulos funcionais

Fonte: Joint Commission Internacional (2011)

#### 2.2.4.3 Accreditation Canada International

A Acreditação Canadense (*Accreditation Canada International* – ACI) é uma metodologia internacional, criada em 1958, para as organizações de saúde, voltada, principalmente, para a segurança do paciente, promoção da qualidade e melhoria contínua na assistência. Constitui-se num importante selo qualidade que confere à instituição o certificado de “instituição segura” na adoção das melhores práticas na saúde recomendadas a nível mundial (MACHADO, 2013). O programa confere três níveis de acreditação, dependendo do cumprimento dos quesitos exigidos, o

primeiro nível é o Nível “Gold” seguido do “Platinum” e o nível com exigências mais complexas é o “Diamond” conforme representado no Quadro 6.

| O Programa ACI está composto por três níveis de acreditação: |   |
|--|---|
| <b>Gold</b>  | Aborda estruturas básicas e processos ligados aos elementos fundamentais da segurança e melhoria da qualidade.  |
| <b>Platinum</b>  | Baseia-se nos elementos de qualidade e segurança, e destaca elementos-chave do cuidado centrado no cliente, criando consistência na prestação de serviços por meio de processos padronizados, envolvendo clientes e funcionários na tomada de decisões. |
| <b>Diamond</b>   | Centra-se na obtenção da qualidade de resultados de monitoramento, utilizando a prática de provas para melhorar os serviços, e de <i>benchmarking</i> com organizações pares para conduzir melhorias ao nível do sistema.                               |

**Quadro 6** – Os níveis de acreditação do programa da ACI

Fonte: Manual instrumento da Acreditação Canadense (2013) adaptada pela autora

A metodologia baseia a avaliação em diretrizes, essas estão organizadas em oito dimensões, cada uma contém os itens de verificação, conforme Figura 4.

| DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO  |  |
|--|--|
| Dimensão   | Verificação  |
|  Foco Epidemiológico          | ▶ Planejamento do cuidado alinhado ao perfil da população atendida |
|  Acessibilidade               | ▶ Gestão do Acesso   |
|  Segurança                    | ▶ Segurança do Cuidado   |
|  Segurança Ocupacional        | ▶ Segurança dos colaboradores                                      |
|  Cuidado Centrado no Paciente | ▶ Colocar pacientes e familiares no centro do cuidado              |
|  Continuidade do Cuidado      | ▶ Cuidado coordenado   |
|  Efetividade                  | ▶ Impacto na população atendida                                    |
|  Eficiência                   | ▶ Fazendo a melhor utilização dos recursos                         |

**Figura 4** – Diretrizes para a avaliação na Acreditação Canadense

Fonte: MACHADO, 2013

Para a avaliação de uma estrutura hospitalar o Manual Instrumento está estruturado com 17 seções de avaliação.

1. Diretrizes do Qmentum;
2. Governança;
3. Planejamento do Trabalho;
4. Estrutura Assistencial;
5. Assistência Ambulatorial;
6. Assistência Farmacêutica;
7. Assistência farmacêutica para Instituições de Pequeno Porte;
8. Assistência Obstétrica e Perinatal;
9. Atenção Primária à Saúde;
10. Atendimento as Urgências e Emergências;
11. Cuidados Cirúrgicos;
12. Cuidados Intensivos;
13. Diagnóstico por Imagem;
14. Equipe Cirúrgica;
15. Preparo para o Caso de Desastres e Emergências;
16. Reprocessamento e Esterilização de Materiais;
17. Prevenção e Controle de Infecção.

Voltada essencialmente para a segurança, a Acreditação Canadence definiu uma Prática Organizacional Obrigatória (ROP). Uma ROP é a adoção de medidas que as organizações devem ter nos locais de trabalho, para melhorar a segurança do paciente e minimizar o risco, aspectos considerados vitais para a melhoria da qualidade. São classificados em seis áreas de segurança do paciente, cada um com sua própria meta, correspondem às metas internacionais de segurança do paciente, recomendadas no Brasil que são: Cultura de segurança; Comunicação; Uso de medicamentos; Força de Trabalho; Controle de Infecção e Avaliação de Risco (MACHADO, 2013). No Brasil, a portaria nº 529 de 2013 que institui o programa nacional de segurança do paciente, possui enfoque semelhante.



## Comparação entre Sistemas de Acreditação

As especificações e comparações entre os sistemas de acreditação são sintetizadas nos Quadros 7 e 8.

| Especificações                  | ONA                           | JCAHO   | CCHSA                             |
|---------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>Ano de fundação</b>          | 1999                          | 1951  | 1958                              |
| <b>País de origem</b>           | Brasil                        | EUA   | Canadá                            |
| <b>Tipo de sistema de saúde</b> | Público e Privado             | Predominante privado                            | Predominante público              |
| <b>Origem</b>                   | Ministério da Saúde do Brasil | American College of Surgeons e outras entidades | Conselhos de Saúde das Províncias |

**Quadro 7** – Especificações dos sistemas de acreditação

Fonte: CARVALHO, 1973 apud QUINTO NETO, 2013

| Item                            | ONA   | JCAHO   | CCHSA   |
|---------------------------------|---|---|---|
| <b>Foco principal</b>           | Segurança do paciente, gestão integrada e excelência em gestão. | Estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos. | Estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos. |
| <b>Validade da certificação</b> | 2 anos ou 3 anos  | 3 anos  | 3 anos  |
| <b>Certificado pela ISQua</b>   | Desde junho/2013  | Desde 2007  | Desde 1995  |

**Quadro 8** – Comparação entre os sistemas de acreditação

Fonte: CARVALHO, 1973 apud QUINTO NETO, 2013.

### 2.3 Processos de trabalho em hospitais

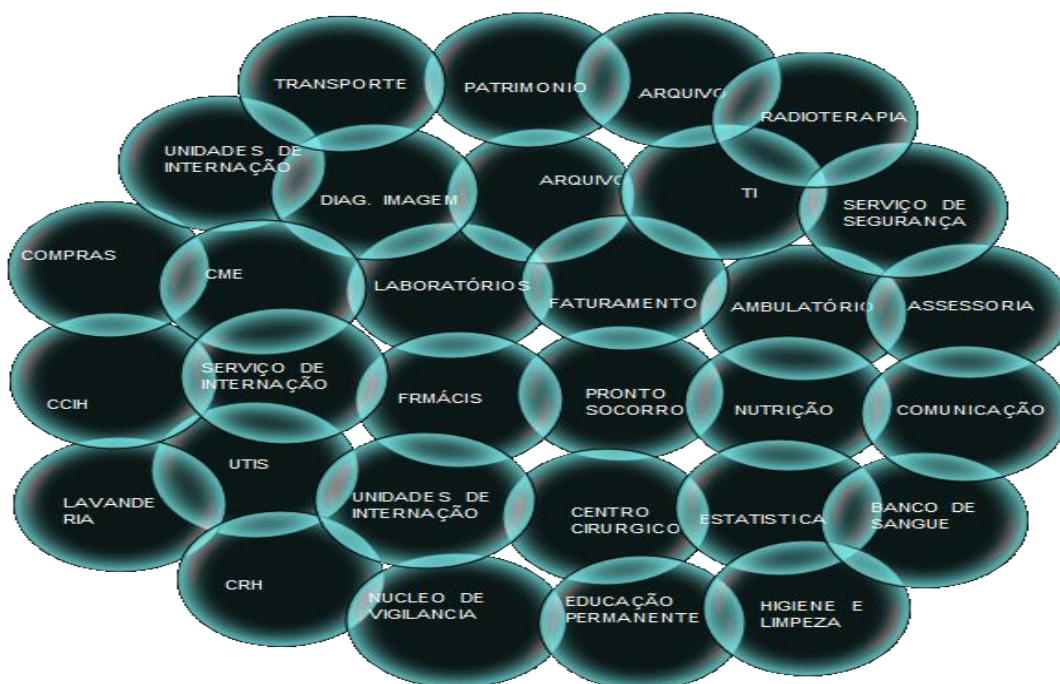
Nos últimos anos vêm ocorrendo importantes transformações nas organizações, antes voltadas para funções, agora estão voltadas para processos e pessoas. No entanto, tais transformações, em algumas instituições, podem demandar anos de aprendizagem para serem incorporadas na gestão. Porém, quando ocorrem podem transformar funcionários que antes apenas exerciam uma

função, em processadores, que agem e se envolvem com um processo (VALLE; OLIVEIRA, 2012).

Feldman e Cunha (2006), conceituaram processo com um conjunto de atividades de trabalho inter-relacionadas, que se caracteriza por requerer certos insumos e tarefas particulares, implicando em valor agregado com vistas a obter certos resultados visando à qualidade assistencial.

Para Davenport (1994), um processo é um conjunto de atividades estruturadas e medidas destinadas a resultar em um produto especificado para um determinado cliente ou mercado. Os hospitais possuem inúmeros processos complexos, em sua grande maioria, e não se limitam a uma categoria profissional ou a um serviço, constituem uma rede de ligações, formando os macroprocessos.

Para facilitar o entendimento dos processos hospitalares foi elaborada a Figura 5 que apresenta as diversas interligações formando a rede de serviços que compõem a estrutura por onde permeiam os inúmeros processos do HUSM.



**Figura 5** – Representação da rede de serviços hospitalares e interligações que compõem os processos do HUSM

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora

As instituições hospitalares possuem processos cada vez mais complexos e interligados, envolvendo um quantitativo cada vez maior de profissionais,

executados para usuários, por sua vez, mais informados e exigentes. Nesse cenário oferecer serviços de qualidade é uma premissa inquestionável.

O início do processo ocorre quando alguém inicia uma atividade, ou seja, uma atividade normalmente desencadeia outra atividade e assim, uma sequência de atividades gera um processo, em empresa de serviços, a grande parte dos processos resulta em atendimento a um cliente, conforme ilustra a Figura 6.



**Figura 6** – Representação do processo de trabalho

Fonte: Cunha e Sousa

Segundo Campos (1992), os processos importantes normalmente cruzam os limites da estrutura funcional da organização. Desse modo, para analisar um processo é preciso identificar claramente todo contexto em que está inserido, uma vez que, muito além do ambiente interno ocorre interferência do ambiente externo na organização. A análise sistêmica auxilia na compreensão dos processos, bem como no desenvolvimento da capacidade de identificar os vários níveis de relacionamento dos mesmos.

Valle e Oliveira (2012) apresentaram um modelo de classificação de processos em três classes: os processos primários, os de apoio e os gerenciais. Para os autores, **os processos primários** são os que resultam em produto ou serviço. Em um hospital, pode-se mencionar como exemplo, o atendimento de um paciente no Pronto Socorro. Os processos primários são considerados os mais importantes, visto que afetam diretamente os clientes internos e externos. Estes ainda podem ser subdivididos em *processos chaves* e *processos críticos*. Os *processos chaves* são os que apresentam alto custo para a organização e alto impacto para os clientes externos, já os *processos críticos* são os que estão diretamente alinhados com a estratégia do negócio.

**Os processos gerenciais** são os que existem para facilitar o funcionamento adequado da instituição, como exemplo pode-se mencionar a gestão do serviço de enfermagem. São, portanto, todos os processos que envolvem atividades de gestão.

**Os processos de apoio** são os que servem de suporte chave aos processos que normalmente ocorrem nos bastidores, mas, são indispensáveis para a gestão eficaz da instituição. Como exemplo aponta-se o serviço de controle de infecção hospitalar.

Diante da complexidade dos diversos processos presentes no contexto hospitalar, documentá-los é uma decisão que as organizações, sem exceção, deveriam adotar no intuito de oferecer um padrão de qualidade, manter os registros atualizados, bem com reduzir custos e exposições em questões jurídicas (MENDONÇA, 2010). A afirmação do autor vai de encontro com o previsto pelos programas de qualidade para as instituições de saúde, sejam eles nacionais ou internacionais.

Na gestão por processos tem-se o mapeamento e a modelagem como primeira fase, visto que possibilita a identificação e o desenho dos processos. Segundo Oliveira (2012) esta modalidade de gestão é a mais recente proposta de modelo na área. Na primeira fase tem-se como objetivos principais, descobrir, identificar, classificar e mapear os processos chave e os processos críticos da instituição. Considerada a fase mais difícil, mas, imprescindível, visto que se constitui na base para seguir com segurança nas demais etapas o modelo de gestão por processos. Existem diversas técnicas que podem ser utilizadas para obter informações e iniciar a modelagem dos processos, como a entrevista, o questionário, *workshop*, observação direta, reunião estruturada e conferência via web. Apesar da variedade de opções, a entrevista tem sido a técnica de obtenção de informações mais utilizada.

Nesta perspectiva, Cunha e Souza (2009) apontaram como desafio inicial a identificação correta dos processos de trabalho, já que as organizações frequentemente possuem pouca documentação, além da sua estrutura hierárquica funcional e raramente possuem alguma formalização sobre seus processos. Quando possuem alguns processos definidos, geralmente não seguem o rigor da definição de processo de trabalho gerando variação. Desse modo, se evidencia a importância da institucionalização de manuais que contenham todos os documentos inerentes aos serviços.

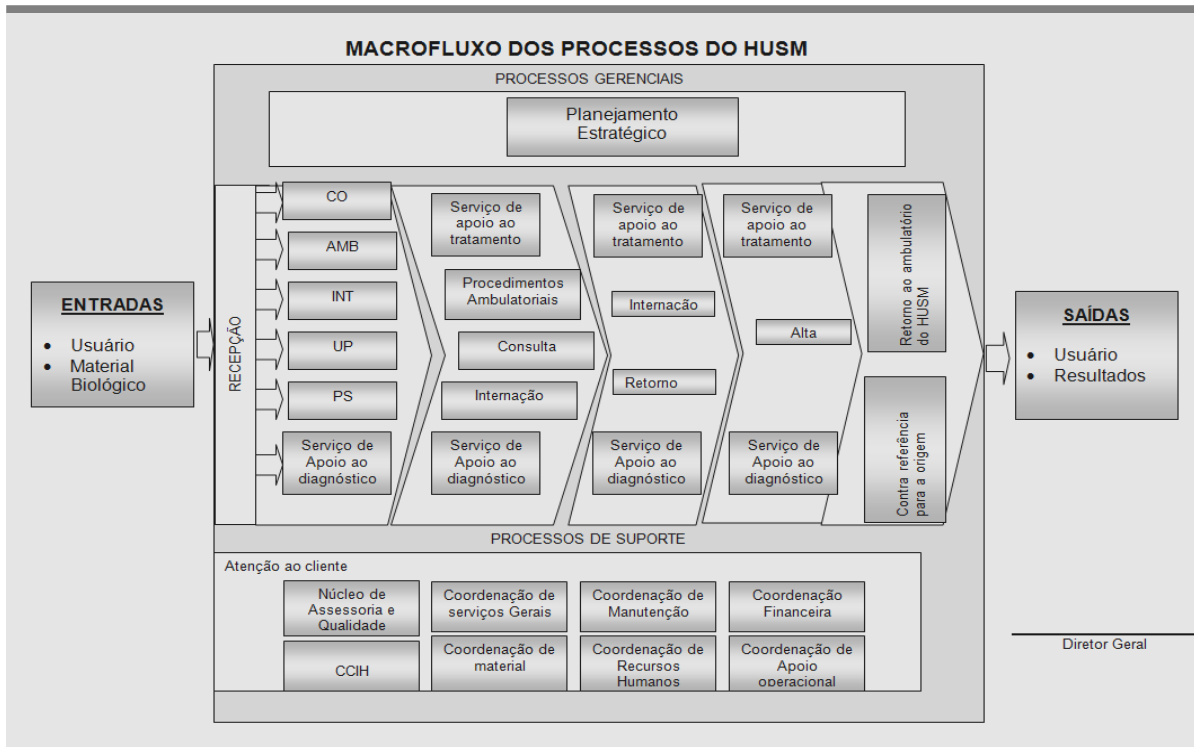
No entanto, os autores supracitados (2009, p. 4) alertaram:

Não é fácil descrever um conjunto de processos de trabalho existentes nas organizações, porque elas geralmente são compostas por estruturas funcionais, ou seja, por setores especializados em executar certos tipos de atividades. Quando um processo do trabalho é limitado a um módulo funcional da organização, a estrutura de processos tende a possuir 'alto acoplamento' e 'baixa coesão'. Isto corresponde a uma modularização pobre e, conseqüentemente, a uma estrutura que se torna mais difícil de entender e operar.

Godoy (2010) ressaltaram que a organização do processo de trabalho pode interferir no produto final do trabalho em saúde, transformando-o positiva ou negativamente, de acordo com a influência dos diferentes elementos do processo, além das concepções e intenções dos agentes a respeito do produto a ser construído. Uma das ferramentas amplamente adotadas para a identificação e o mapeamento de processos são os fluxogramas ou diagramas de fluxo. Essas ferramentas podem ser consideradas como gráficos estruturados que têm por finalidade representar de forma dinâmica a sequência de um trabalho. Devem ser elaborados passo a passo, necessitando conter todas as etapas de um processo e permitir a visualização do todo, ou seja, a macro visão organizacional.

A macro visão organizacional, integrada ao ambiente e transmissora de valor, torna a mudança espontânea, na medida em que visão de futuro, competências e a ação diária se alinham. As resistências às mudanças se tornam gerenciáveis a partir de um percurso profissional dos grupos de trabalho e de convergência entre a leitura horizontal e vertical na organização (VALLE; OLIVEIRA, 2012).

A representação gráfica do macro fluxo dos processos de uma instituição hospitalar, pode facilitar o entendimento da sua organização, assim como permitir a identificação das interligações dos processos críticos oriundos do macro processo, podendo, desse modo, auxiliar na estruturação das atividades. Na Figura 7 está representado o Macro fluxo dos processos do HUSM.



**Figura 7 –** Macro fluxo do HUSM (2013)

Fonte: Hospital Universitário de Santa Maria (2013)

O desenvolvimento de uma instituição, o aumento da sua complexidade e especialização tornam indispensável a organização planejada. E a sistematização dos processos é essencial para o desenvolvimento do trabalho de maneira eficiente, eficaz e efetiva. Essa sistematização, chamada de Manual de Organização, para ser considerada eficiente, deve ter características como simplicidade, objetividade, clareza e aplicabilidade prática (OLIVEIRA, 2011). Desta forma, o Manual de Organização pode servir como um documento norteador dos principais processos institucionais.

### 2.3.1 Manual da organização

O manual é todo e qualquer conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, políticas, objetivos, instruções e orientações que devem ser obedecidos e cumpridos pelos executivos e funcionários da instituição. Necessita conter, também, a forma como esses assuntos são executados, seja individualmente ou em conjunto.

Para Oliveira (2011) os manuais são documentos institucionais que têm por objetivo uniformizar os procedimentos realizados pelos diferentes serviços, ou seja, um mesmo procedimento deve ser realizado da mesma forma em toda instituição independente do serviço ou do profissional que o execute.

Segundo Cury (2000) o manual é um ótimo instrumento de racionalização de métodos, de aperfeiçoamento de sistemas de comunicação, favorecendo a interligação dos diversos subsistemas organizacionais. Deve ser considerado um instrumento executivo-normativo cuja utilidade está condicionada à sua flexibilidade e à rapidez em adaptar-se às mudanças.

Para que esses se constituam em um instrumento auxiliar no desempenho das atividades, precisam ser analisados e atualizados periodicamente pelo gestor, com participação dos profissionais que os utilizam em seus processos de trabalho. Cury (2000) ainda complementou considerando que um manual bem elaborado auxilia os executivos de qualquer organização, uma vez que descreve com exatidão, suas responsabilidades e relações na empresa, evitando conflitos, sobreposição de atividades e agilizando a tomada de decisão.

A *American Machine & Foundry Company* (AMF) considerou que deve haver uma preparação antes de elaborar um manual de organização, contemplando-se as etapas previstas por Cury (2000). Estas etapas estão representadas no Quadro 9.

| Etapa    | Ação   |
|----------|--|
| 1ª etapa | Reconhecimento da necessidade, pela alta administração, de ter Manuais de Organização na empresa |
| 2ª etapa | Sugestões dos títulos dos Manuais, o que equivale à indicação da finalidade de cada um           |
| 3ª etapa | Fixação dos objetivos específicos de cada manual e respectivo conteúdo                           |
| 4ª etapa | Atribuições de responsabilidades pelo preparo de cada manual                                     |
| 5ª etapa | Critério sobre o uso de cada manual e a quem se destina  |

**Quadro 9** – Etapas de preparação para elaboração de um manual  
Fonte: Adaptado de Cury (2000)

### 2.3.1.1 Pontos favoráveis e desfavoráveis na utilização de manuais

Serão abordados a seguir os pontos favoráveis quanto à utilização de manuais administrativos na perspectiva de Oliveira (2011). O autor também mencionou pontos que devem ser observados quanto à utilização de manuais administrativos. Considerados não favoráveis, é importante que sejam conhecidos para poder minimizá-los.

Considerados pontos favoráveis na utilização de manuais na opinião de (OLIVEIRA, 2011):

- ✓ Correspondem a uma importante e consistente fonte de informações sobre o trabalho na empresa;
- ✓ Facilitam o processo de efetivar normas, procedimentos e funções administrativas;
- ✓ Ajudam a fixar critérios e padrões, bem como uniformizam a terminologia técnica básica do processo administrativo, o que viabiliza a normatização das atividades;
- ✓ Possibilitam adequação, coerência e continuidade nas normas e nos procedimentos, pelas várias unidades organizacionais da empresa;
- ✓ Evitam discussões e equívocos, muito frequentes nas empresas que não possuem manuais;
- ✓ Possibilitam treinamento aos novos e antigos funcionários;
- ✓ Possibilitam efetivo crescimento na eficiência e eficácia dos trabalhos realizados;
- ✓ Representam um instrumento efetivo de consulta, orientação e treinamento;
- ✓ Representam uma restrição para a improvisação inadequada que tende a ocorrer na empresa nas formas mais variadas;
- ✓ Aprimoram o sistema de autoridade da empresa, por possibilitar melhor delegação mediante instruções escritas;
- ✓ Representam um instrumento que pode repercutir favoravelmente na satisfação profissional dos funcionários, pois podem possibilitar que os mesmos tenham uma melhor visão de sua representatividade na empresa;



- ✓ Representam um elemento importante de revisão e avaliação objetiva das práticas e dos métodos e processos institucionalizados nas empresas;
- ✓ Aumentam a predisposição do pessoal para assumir responsabilidades, uma vez que o que tem que ser feito está definido claramente e por escrito;
- ✓ Representam um legado histórico da evolução administrativa da empresa.

Considerados pontos não favoráveis na utilização de manuais segundo Oliveira (2011):

- ✓ Constituem um ponto de partida, porém, não a solução para todos os problemas administrativos da empresa;
- ✓ Sua preparação, quando malfeita ou pouco cuidadosa, pode trazer sérios inconvenientes ao desenvolvimento normal dos trabalhos nas unidades organizacionais;
- ✓ O custo de preparação e de atualização pode ser elevado;
- ✓ Quando não utilizados adequadamente e permanentemente perdem sua validade;
- ✓ São, em geral, pouco flexíveis;
- ✓ Quando muito sintéticos, tornam-se pouco úteis e quando muito detalhados, correm o risco de se tornarem obsoletos com facilidade;
- ✓ Diminuem a incidência do julgamento pessoal, podendo diminuir a iniciativa e a criatividade individuais;
- ✓ Podem ter sua utilização prejudicada e difícil se possuir uma redação pouco clara, prolixa, deficiente ou inadequada.

Com base nos pontos favoráveis e desfavoráveis supracitados é possível apontar alguns requisitos básicos para o sucesso dos manuais. Esses devem ser elaborados com a redação clara e simples para a melhor compreensão de todos os envolvidos. A participação na elaboração de alguém que realize a atividade ou o procedimento aumenta a adesão, a divulgação e a capacitação para todos que utilizarão o manual. Esta estratégia também diminui a resistência, aumenta a participação e permite a flexibilidade, com a ressalva de não ferir o processo.

Outro aspecto a ser considerado são as revisões e atualizações periódicas que devem ser definidas. Da mesma forma, é necessário que seja possível a

realização de adequações sempre que identificada a necessidade pelos envolvidos, o que garante a credibilidade do processo. Assim, com a adoção de algumas medidas durante o processo de elaboração dos manuais é possível se obter uma melhor adesão dos envolvidos e, conseqüentemente, o resultado desejado que, em suma, traduz-se na qualidade nos serviços por meio da padronização dos processos de trabalho.

Oliveira (2011) relacionou a existência de seis tipos de manuais administrativos numa instituição: manual de organização; manual de normas e procedimentos ou manual de gerenciamento da rotina; manual de política e diretrizes; manual de instruções especializadas; manual do empregado; manual de finalidade múltipla.

#### 2.3.1.2 Elaboração de manuais e padronização

Oliveira (2011) sugeriu a utilização de um roteiro de trabalho ao elaborar um Manual do Gerenciamento da Rotina (MGR), que corresponde a uma análise preliminar. Cada instituição deve elaborar os manuais, com base nos requisitos de qualidade, exigências das legislações vigentes, necessidades e características da instituição. Normalmente o MGR é composto de normas, instruções de trabalho, procedimentos operacionais padrão, fluxogramas, rotinas, variando conforme padronização interna.

Quanto maior a instituição maior a necessidade de diferentes manuais. As grandes instituições hospitalares, em geral, possuem inúmeros manuais com o intuito de padronização de informações, processos e condutas.

Para Campos (1999, p. 5) “a padronização é a base do gerenciamento da rotina do dia a dia de uma empresa. Só é possível manter o domínio tecnológico de um sistema se houver padronização, sem a mesma fica difícil realizar o treinamento dos funcionários”.

Procedimentos não padronizados podem apresentar variações excessivas, quando cada profissional executa a atividade do seu modo, com níveis diferentes de habilidades o resultado causa instabilidade do processo. Nessa direção, a

padronização é uma das principais formas para promover confiabilidade e estabilidade processual (PAVANI; SCUCUGLIA, 2011).

A padronização tem sido a base da gestão pela qualidade total, atividade básica para grandes modificações pelas quais estão passando as instituições. Durante muitos anos foi adotada basicamente no setor industrial. No entanto, hoje a padronização é indiscutível na área da saúde, uma vez que, as instituições hospitalares estão em busca de certificações de qualidade, satisfação e segurança dos pacientes e dos profissionais (CAMPOS, 1999).

A adoção de manuais de organização dos serviços envolve o mapeamento, a análise e a reavaliação dos processos institucionais, possibilitando a identificação de falhas e gerando a melhoria nos processos assistenciais, de apoio e de gestão. Esses aspectos tendem a repercutir favoravelmente no planejamento e no controle gerencial das instituições e, conseqüentemente, resultam em maior segurança para os pacientes, para os profissionais, bem como para a instituição.

## **2.4 Segurança do paciente**

A preocupação com a temática “segurança do paciente em instituições de saúde” não é recente, mas, somente nas últimas décadas ganhou relevância e passou a ser objeto de intervenções e de estudos de forma sistematizada, como parte integrante dos conceitos relacionados à qualidade dos serviços de saúde âmbito nacional e internacional.

Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente eventos adversos, erros e incidentes relacionados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis e/ou atribuídos à falta de treinamento dos profissionais. No ano de 1999, a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde, “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is human: building a safer health system*) representou um marco na confluência do movimento mundial de iniciativas voltadas à promoção da segurança do paciente. Atualmente, a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde são questões de alta prioridade em âmbito global (BRASIL, 2011).

Conforme o relatório supracitado, entre 44 mil e 98 mil pacientes morrem a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esta informação ganhou notoriedade e desencadeou diversas mobilizações de governos e organizações internacionais. No ano de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução “Qualidade da atenção: segurança do paciente”. Posteriormente, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o intuito de liderar em âmbito internacional os programas de segurança do paciente (CAPELLA-MONTSSERAT; CHO; LIMA, 2013).

A partir de janeiro de 2011 foi exigido que todas as instituições acreditadas pela JCI implementassem metas internacionais de segurança do paciente com padrões internacionais para hospitais, no intuito de promover melhorias específicas na segurança do paciente. Nesta oportunidade, elencaram-se seis metas: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; assegurar as cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde; e, reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas. Essas metas já vinham sendo adotadas pela ACI, contemplaram áreas problemáticas na assistência a saúde e abordaram soluções consensuais para os problemas, pautadas em evidências e em opiniões de especialistas (CBA, 2010).

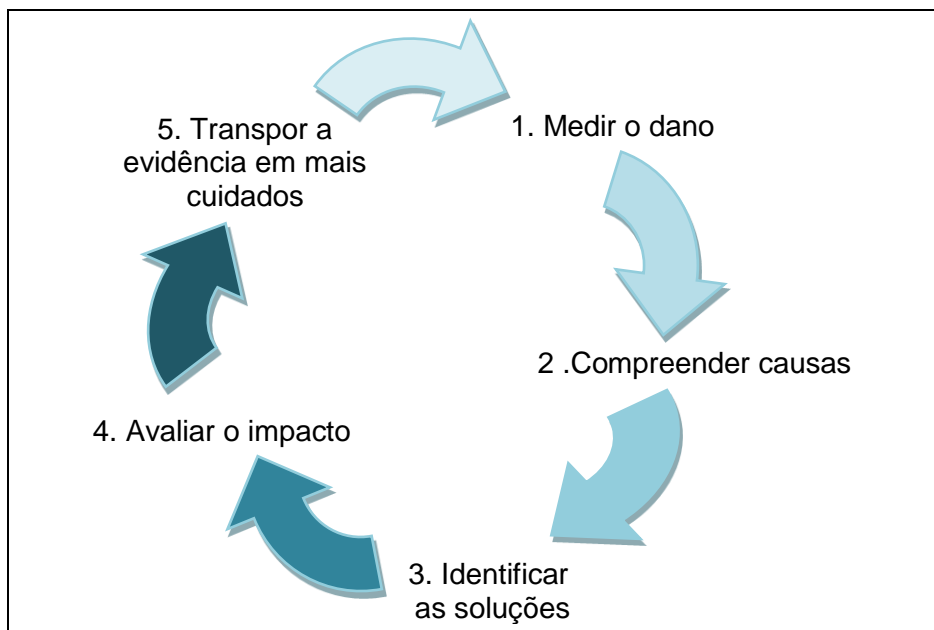
No ano de 2013, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira publicou, como parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a Resolução de N° 36 (RDC N° 36, de 25 de julho de 2013) que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercessem ações de ensino e pesquisa. Para efeitos desta Resolução, a segurança do paciente foi definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 2).

Dentre as ações previstas na RDC N° 36, incluem-se a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que deverá adotar como princípios e diretrizes: a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a

disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco; e, garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Para tal, o NSP deve ser instituído como instância do serviço, tendo como objetivo promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, como a elaboração do plano de segurança do paciente e o monitoramento e notificação da ocorrência de eventos adversos, entendidos como incidentes que resultem em dano ao paciente, decorrentes da assistência à saúde (BRASIL, 2013).

Mais especificamente, no âmbito da qualidade dos serviços, o que diferencia e valoriza uma instituição de saúde não é a certeza que os riscos são gerenciados, porque esta atividade é mandatória, mas, o nível de transparência, padronização e formalização do processo por meio do qual isso é feito (MACHADO, 2013).

O principal objetivo de um hospital é a prestação de serviços seguros na área da saúde, com qualidade, eficiência e eficácia. Assim, qualquer risco ou dano ao paciente no atendimento deve ser tratado com muita responsabilidade, por meio da identificação e análise de todas as possíveis causas envolvidas, bem como, a identificação de estratégias. Esta pode ser a maneira mais rápida de encontrar a solução e evitar que o problema se repita. Na Figura 8 tem-se os cinco componentes do ciclo da investigação em segurança do paciente.



**Figura 8** – Cinco componentes do ciclo da investigação em segurança do paciente

Fonte: Revisão de segurança do paciente

## 2.5 Segurança dos profissionais da saúde

Com os pacientes cada vez mais esclarecidos, participando do seu tratamento, os profissionais da saúde estão expostos a diversas situações no desempenho suas atividades. Nessa direção, destacam-se dois aspectos que necessitam ser considerados. O primeiro refere-se ao risco ocupacional propriamente dito, pela exposição a agentes de natureza variada e ao risco de acidentes de trabalho, que ocorrem com certa frequência em instituições hospitalares. Sob este prisma, a saúde dos profissionais que atuam em instituições de saúde vem sendo bastante debatida e tem sido tema de vários estudos nas últimas décadas. Uma pesquisa pioneira da década de 1990 apontou que a insalubridade do trabalho hospitalar provém da permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza desse trabalho e de sua organização (PITTA, 1991).

O segundo aspecto, relativamente novo no Brasil, é a exposição a processos judiciais, estes são cada vez mais frequentes em nível mundial e podem causar danos financeiros e morais de grande impacto. Nos dois aspectos a padronização dos processos de trabalho com definição de protocolos, procedimentos operacionais e fluxogramas na instituição, quando seguidos pelos profissionais, pode ser considerada uma aliada dos profissionais e das instituições.

A complexidade do tema no que se refere à segurança dos profissionais, requer um trabalho multiprofissional, uma vez que envolve estratégias institucionais, técnicas, administrativas, econômicas e operacionais. Desse modo, a segurança dos profissionais necessita ser tratada como uma política institucional. A equipe responsável pela gestão necessita ter uma visão sistêmica da instituição para identificar os riscos existentes, prevenir novos riscos e atender a legislação vigente.

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, visa à redução de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde (BRASIL, 2004). Nessa direção, a saúde do trabalhador compreende a investigação das doenças e sua prevenção, sobre a relação com o ambiente de trabalho e este propriamente dito, podendo ser ampliada para aspectos culturais,

econômicos, sociais, políticos, educacionais e psicológicos (DURAN; ROBAZI; MARZIALE, 2007).

Pelo exposto, ratifica-se que as práticas seguras de trabalho devem ser promovidas e reforçadas, proporcionando a minimização dos riscos nos ambientes, conforme prevê a legislação nacional. Isto somente será alcançado com uma administração efetiva de um programa de prevenção de acidentes que proporcione condições ambientais seguras para o paciente e para os profissionais em toda instituição.

Os profissionais precisam ser sensibilizados quanto à necessidade de realizarem as atividades com o máximo de segurança, o que remete à adesão às normas de serviço. É responsabilidade das gerências, reforçar e divulgar as regras e regulamentos de segurança, estar alerta e identificar as práticas e condições inseguras, tomando, imediatamente, atitudes apropriadas para corrigir irregularidades. Assim, as gerências possuem dupla responsabilidade, ao zelar para que ambos, ambiente e funcionário, apresentem-se em condições adequadas de segurança. É preciso estar constantemente alerta para os riscos de acidentes em todos os locais de um hospital, comunicando à hierarquia superior qualquer eventualidade, prática ou condição insegura e, em caso de acidente, seguir todas as etapas dos fluxogramas institucionais.

Desta forma, se espera que toda instituição hospitalar seja segura, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, acadêmicos, familiares, ou seja, todos os *stakeholders*. Prover essa segurança institucional é responsabilidade de todos, mas, em especial, dos gestores, que necessitam de conhecimento, habilidades, qualidades e visão para diagnóstico da instituição e, assim, estarem capacitados para adotar as estratégias mais indicadas.

Segundo Clinco (2007) o *Institute for Innovation and Improvement da National Health Service (NHS)* descreveu as 15 qualidades essenciais dos líderes, dividindo-as em três categorias: qualidades pessoais e valores, visão de futuro, coordenação dos subordinados, enfatizando a integração e os resultados. Na Figura 9 pode-se observar as quinze qualidades da liderança de um hospital, divididas entre as três categorias.



**Figura 9** – Qualidades da liderança segundo a NHS

Fonte: *National Health Service*, 2006, *apud* CLINICO, 2007

Neste contexto, é possível afirmar que, para o ambiente hospitalar, cada vez mais competitivo, com usuários mais esclarecidos e legislação mais rigorosa, oferecer serviços de qualidade não é mais um diferencial e sim uma questão de segurança, para profissionais e para a instituição, visto que estes se encontram cada vez mais expostos. Assim, nas instituições de saúde, torna-se imprescindível a implantação de programas de qualidade, utilização de ferramentas de gestão, ferramentas de qualidade, análise e acompanhamento dos processos institucionais. A modelagem dos processos de trabalho pode ser o início para a viabilização desse cenário, contribuindo para minimizar riscos e exposições. A seguir serão apresentados os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa.



### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, a fim de contemplar os objetivos propostos. Na definição da metodologia, deve-se ter claro que o método é o caminho escolhido para se chegar a determinado fim, ou seja, ao alcance dos objetivos propostos. Segundo Marconi e Lakatos (2007) para que a construção do conhecimento possa ser considerada científica é vital descrever o método que irá nortear todas as etapas da pesquisa.

Na presente pesquisa foi analisada a organização formal dos processos de trabalho dos Hospitais Universitários do Rio Grande do Sul, para a segurança dos pacientes e dos profissionais. O instrumento de pesquisa adotado para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado, contribuindo para atingir os objetivos da pesquisa.

#### **3.1 Método de pesquisa**

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa de campo exploratória. Para Gil (2010) um estudo de campo busca o aprofundamento de uma realidade específica, realizada por meio da observação direta, do uso de entrevistas ou instrumentos de coleta de dados, com o grupo estudado, objetivando captar as situações, explicações e interpretações da realidade pesquisada.

#### **3.2 Abordagens da pesquisa**

Para o presente estudo empregou-se uma abordagem metodológica combinada, adotando os dois métodos quantitativo e qualitativo. Para Cauchick (2012) a combinação das abordagens permite proporcionar uma visão mais ampla e completa. Segundo o autor a abordagem quantitativa é fraca em entender o contexto

do fenômeno, mas é menos suscetível a vieses na coleta de dados do que a abordagem qualitativa. Dessa forma considera que a combinação das duas abordagens favorece a análise do pesquisador. Para Godoy (2013) na abordagem qualitativa o pesquisador descreve e interpreta os dados da pesquisa de forma subjetiva. Já na abordagem quantitativa, os dados obtidos na pesquisa são analisados com a utilização de gráficos e tabelas estatísticas, procurando quantificá-los, passando, portanto, pelo tratamento estatístico.

### **3.3 Cenário e sujeitos da pesquisa**

O cenário de pesquisa constituiu-se dos serviços de qualidade ou similares dos quatro Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul:

- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado em Porto Alegre;
- HU Dr. MIGUEL RIET CORREA JUNIOR, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, na cidade de Rio Grande;
- HOSPITAL ESCOLA, da Universidade Federal de Pelotas, na cidade de Pelotas;
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, da Universidade Federal de Santa Maria, em Santa Maria.

Essas instituições são hospitais de ensino, certificadas pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento. Desse modo legitimam-se como campo de ensino para os cursos da saúde, ou seja, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, entre outros. São regulamentados por legislação federal semelhante, o que pressupõem a semelhança dos padrões para oferecer qualidade no ensino, na pesquisa e na assistência.

Optou-se por estudar todo o universo de Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul, por se constituírem em organizações semelhantes na sua responsabilidade, apresentando, também, semelhança nos seus múltiplos interesses, tendo como eixos a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Nestas instituições, implementar programas de qualidade e segurança vem sendo

amplamente discutido nos últimos anos e a organização formal dos processos de trabalho contribui para a qualidade e segurança institucional, sendo um pré-requisito dos programas de qualidade nacionais e internacionais.

A localização dos Hospitais Universitários alvos dessa pesquisa e a relação de leitos com base no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) encontram-se no Quadro 10.

| Instituição/Cidade  | Leitos/HU | Leitos/cidade | Leitos SUS cidade | Leitos SUS /HU |
|---|-----------|---------------|-------------------|----------------|
| Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr / Rio Grande | 200       | 783           | 709               | 200            |
| Hospital Escola Universidade Federal de Pelotas / Pelotas     | 120       | 1.251         | 872               | 120            |
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Porto Alegre           | 845       | 8.721         | 5.006             | 733            |
| Hospital Universitário de Santa Maria/ Santa Maria            | 320       | 1.165         | 545               | 320            |

**Quadro 10** – Localização e número de leitos dos Hospitais Universitários

Fonte: CNES 2014

Os sujeitos da pesquisa foram os responsáveis pelos serviços de qualidade, assessoria, ou segurança do paciente dos quatro hospitais pesquisados.

Os critérios de inclusão foram: ser integrante do serviço há pelo menos seis meses e serem indicados pela instituição para responder ao instrumento.

Como critérios de exclusão considerou-se todo profissional que não se considerasse apto para responder ao instrumento por falta de domínio das informações.

### 3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento de pesquisa semiestruturado no formato de questionário. As questões versaram sobre a caracterização dos hospitais, a estrutura administrativa e hierárquica da qualidade nos HUs, aspectos relacionados aos programas de qualidade nas instituições e à organização formal dos processos de trabalho (Apêndice C).

Inicialmente foi encaminhada uma carta convite cada um dos três HUs para participação da pesquisa, juntamente com uma solicitação de autorização para a coleta de dados. Nos referidos documentos constavam os objetivos da pesquisa bem como a responsabilização ética da pesquisadora. Foi obtida autorização por escrito de três instituições participantes, conforme modelo definido pela pesquisadora (Apêndice B).

Na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) o projeto seguiu as etapas preconizadas na instituição até a sua aprovação no comitê de ética. Iniciando pela autorização do responsável pelo serviço de assessoria, autorização da direção do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e o posterior encaminhamento ao comitê de ética da UFSM.

Após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEPE/UFSM) foi realizado um contato telefônico com os responsáveis pela autorização da pesquisa nos HUs, para agendamento de um encontro com o responsável pelo setor e apresentação da proposta de pesquisa e coleta dos dados.

Os instrumentos foram entregues aos responsáveis em um encontro no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para a coleta dos dados no HCPA foi agendado um encontro, no entanto após o preenchimento do questionário a instituição condicionou a liberação das informações à inclusão da instituição coparticipante da pesquisa. Foi acessada a Plataforma Brasil e feita a notificação de inclusão da instituição coparticipante da pesquisa, seguido o trâmite de aprovação e liberação do comitê de ética em pesquisa.

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr, de Rio Grande, solicitou o encaminhamento ao comitê de ética da Fundação Universidade de Rio Grande (FURG) para parecer e liberação da coleta de dados. O mesmo emitiu parecer favorável. Após, foi realizada a agenda para coleta de dados com o profissional designado pela instituição.

O Hospital Universitário de Pelotas designou um gerente de risco para responder ao instrumento e agendou uma visita com a pesquisadora para esclarecimento e coleta dos dados.

A aplicação do instrumento de pesquisa foi realizada pela pesquisadora nos HUs, em data, horário e local de escolha do participante de cada instituição,

ocasião em que os dados foram registrados por cada participante no instrumento da pesquisa.

### **3.5 Tratamento dos dados da pesquisa**

A organização e a análise dos dados quantitativos e qualitativos foi realizada concomitantemente. Todos os dados foram digitados em planilha Excel, com identificação de cada instituição, utilizando-se uma sigla correspondente: H1, H2, H3 e H4. Posteriormente, os dados quantitativos foram analisados com auxílio do programa *Statistica* 9.1.

A pesquisa qualitativa é, segundo Van Maanen (apud CAUCHICK et al., 2012), um guarda-chuva que abriga uma série de técnicas de interpretação que procuram descrever, decodificar, traduzir, e qualquer outro termo relacionado com o entendimento e não com a frequência de ocorrência das variáveis de determinado fenômeno.

### **3.6 Aspectos éticos**

Após aprovação da Direção de Ensino e Pesquisa dos HUs, o projeto foi enviado para apreciação no Comitê de Ética da UFSM para conhecimento, avaliação e liberação para a coleta de dados. Posteriormente, foi realizado contato formal com os responsáveis pelos serviços de qualidade nas instituições para informar sobre o parecer do Comitê de Ética. Uma das instituições solicitou o encaminhamento ao comitê da sua universidade.

Após essa etapa, os participantes receberam explicações sobre a pesquisa, seu objetivo, método, benefícios e riscos, assim como, o caráter voluntário da participação, tendo sido colhida sua assinatura no Termo de Consentimento-Livre Esclarecido. Esse termo foi entregue em duas vias, uma para o participante e outro para o pesquisador, conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir o sigilo dos participantes da presente

pesquisa, o nome da instituição e do respondente foi mantido em sigilo, para tanto serão utilizadas as siglas H1, H2, H3 e H4.

### **3.7 Riscos e benefícios**

O estudo não apresentou riscos aos participantes, e não comprometeu a rotina do participante no momento da coleta dos dados, uma vez que se entregou o instrumento e o mesmo foi preenchido conforme disponibilidade do participante.

A pesquisa não gerou benefícios diretos ao sujeito, no entanto, a coleta de dados tornou-se um momento para refletir sobre os processos de trabalho, (re)pensar suas dificuldades e identificar fatores a serem melhorados, contribuindo para a organização dos processos de trabalho.

A instituição também poderá beneficiar-se com a análise da organização dos processos de trabalho adotados pelos demais HUs do RS, ou seja, servindo de *benchmarking*.

Na esfera do ensino, almeja-se que os resultados deste estudo venham a auxiliar na sensibilização das instituições formadoras no que tange à necessidade de se abordar questões referentes à gestão e, mais especificamente, a importância da organização dos processos de trabalho para a segurança dos pacientes e dos profissionais.

Para facilitar o entendimento do processo de realização da presente pesquisa, foi elaborado o Quadro 11 que contém, de forma sucinta, as seis etapas percorridas.

| ETAPAS DA PRESENTE PESQUISA |   |
|-----------------------------|---|
| 1ª ETAPA                    | Esta 1ª etapa constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica, com busca nas bases de dados dos periódicos capes com as palavras chave: Hospitais Universitários. Qualidade. Acreditação. Padronização. Processos e segurança. Foi realizada a complementação em livros e dissertações para a construção do referencial teórico e a identificação de um instrumento (questionário) validado que respondesse as questões e objetivos da pesquisa. No entanto, não foi encontrado nenhum instrumento que pudesse ser utilizado na íntegra ou adequado, desta forma, foi elaborado um instrumento pela autora.   |
| 2ª ETAPA                    | A 2ª etapa refere-se ao instrumento de pesquisa. Foi realizado o 1º pré-teste do instrumento, o mesmo foi respondido por um servidor que não pertence a nenhuma das instituições participantes da pesquisa, mas que supostamente tem o conhecimento necessário para o adequado entendimento das questões. Mediante a análise das respostas identificou-se a necessidade de adequações nas questões 4.1; 5.1; 6.1; 7.1; 13 e 14 onde o participante emitia a sua opinião em relação ao questionado e não a situação institucional. Desta forma foi substituído o termo das perguntas <b>Considera importante para O serviço considera importante</b> , e realizado o 2º pré-teste com o entendimento satisfatório do respondente. O instrumento foi encaminhado para parecer do Prof. de estatística da UFSM e considerado adequado para responder as questões da pesquisa.  |
| 3ª ETAPA                    | A 3ª etapa constitui-se das questões legais para a realização de pesquisa em seres humanos. Iniciando com o aceite de participação da pesquisa das quatro instituições envolvidas. O envio e aprovação nos respectivos comitês de ética, de posse da aprovação institucional deu-se o agendamento para a aplicação do instrumento de pesquisa. Considerando a extensão do instrumento de pesquisa e a variedade de informações, o mesmo foi entregue a cada participante, seguido da explicação do objetivo da pesquisa a assinatura do TCLE e entrega de uma via para cada participante. Após sanadas as dúvidas, foi definido um prazo em torno de 30 dias para o 2º encontro com o responsável pelo preenchimento em cada instituição participante. No prazo previsto foi agendado um encontro para esclarecimentos e recolhimento dos instrumentos preenchidos em Porto Alegre no HCPA, em Santa Maria no HUSM, em Pelotas HC de Pelotas e em Rio Grande do RG. |
| 4ª ETAPA                    | Foi realizada a digitação, compilação e análise estatística dos dados de cada uma dos quatro instrumentos em um único arquivo, ou seja, em uma planilha Excel. Para garantir o sigilo dos participantes da presente pesquisa, o nome da instituição e do respondente foi mantido em sigilo, para tanto foram utilizados as siglas H1, H2, H3 e H4.  |
| 5ª ETAPA                    | Na quinta etapa dessa pesquisa foi onde ocorreu a interpretação, discussão e embasamento dos resultados contidos no capítulo 4 desta Dissertação. Bem como, a revisão da produção teórica, da metodologia e análise do alcance dos objetivos propostos no projeto qualificado.  |
| 6ª ETAPA                    | Sendo essa a última etapa, constitui-se dos encaminhamentos das questões legais para a defesa desta Dissertação de Mestrado.  |

**Quadro 11** – Etapas da Pesquisa

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Assim concluídas as etapas iniciais da pesquisa, tem-se no capítulo a seguir a organização, análise e discussão dos resultados.





## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Apresentam-se a seguir a organização e a análise dos resultados, iniciando com a caracterização das instituições participantes, considerando o tipo, a localização, o número de unidades, o número de leitos, a taxa de ocupação, o número de funcionários, a vinculação e a qualificação do quadro funcional. Na sequência tem-se a caracterização da instituição quanto à oferta ao campo de ensino para a graduação e a pós-graduação. Após, são apresentados os resultados que respondem aos objetivos da pesquisa, quanto à estrutura formal de padronização dos processos de trabalho nos hospitais: os itens relacionados ao padrão de documentos de organização da rotina de trabalho das instituições; as questões que envolvem a análise sobre a estruturação dos processos de trabalho quanto aos padrões de qualidade; as dificuldades encontradas pelos HUs na estruturação dos processos de trabalho; os aspectos relacionados à implantação dos programas de qualidade nos HUs federais do RS; e, por fim, itens relacionados à segurança.

### **4.1 Caracterização das instituições pesquisadas**

Esta pesquisa foi desenvolvida junto aos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul: Hospital Universitário de Santa Maria/ Santa Maria; Hospital Escola Universidade Federal de Pelotas/Pelotas; Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr/Rio Grande; e, Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Porto Alegre. Os questionários foram respondidos, respectivamente, por um assistente administrativo, um enfermeiro, um gerente de risco e um coordenador de programa de qualidade, todos indicados pelas gerências das instituições, por entenderem que dominam o assunto.

#### 4.1.1 Quanto à classificação, serviço de emergência e localização

Os quatro hospitais em questão recebem a classificação de Hospital Geral. Segundo o cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde o *“Hospital Geral é o hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas”* (CNES, 2013). Observa-se que todos os HUs federais do RS atendem a diversas especialidades médicas, o que os torna semelhantes na classificação. Deste modo, nenhum deles é considerado como hospital especializado, ou seja, instituições que possuem a estrutura para o atendimento em todo contexto de apenas uma especialidade.

Quanto à existência de serviço de emergência, identificou-se que dois (50%) possuem Pronto Socorro, 25% tem emergência clínica e 25% não contam com atendimento de emergência. Segundo TCU no Brasil essas instituições de saúde, em especial, aquelas com serviços de emergência, vêm apresentando sérios problemas de gerenciamento, com permanente superlotação e prejuízo no funcionamento adequado do fluxo do paciente, em razão da existência cotidiana de falta de leitos cirúrgicos, e conseqüente cancelamento de cirurgias eletivas (BRASIL, 2009).

As instituições de saúde, que possuem Pronto Socorro ou Emergência Clínica, se diferenciam das demais pela forma de acesso do paciente. Grande parte da sua demanda institucional ocorre via serviço de emergência, portanto, a instituição não possui controle ou condições de planejamento da mesma. Considerando que esse acesso, na maioria das vezes, não é regulado, dificulta ainda mais a gestão da assistência, uma vez que trabalha com uma demanda totalmente imprevisível. Assim, entende-se que as instituições que possuem Pronto Socorro devem ser avaliadas sob uma ótica diferenciada, uma vez que as emergências originam inúmeros problemas internos, necessitando de um maior quantitativo de pessoal e estratégias de gestão versáteis.

Ao realizar uma busca das legislações que regulamentam o serviço de urgência e emergência, é possível perceber a relevância dada ao tema pelo Ministério da Saúde (MS). Por meio da análise do quantitativo de portarias publicadas nos últimos dois anos pelo MS, identifica-se que o assunto tem sido

pauta constante, sendo que nos últimos dois anos foram publicadas cinco portarias exclusivas sobre serviços de emergência, buscando melhoria de classificação, de repasse financeiro e de condições de assistência. A Portaria 706/SAS/MS, de 20 de julho de 2012, alterou a Tabela de Tipo de Estabelecimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 de março de 2013, redefiniu as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento; a Portaria nº 1.108/SAS/MS, de 3 de outubro de 2013, se refere à Tabela de Incentivos no SCNES; e, a Portaria nº 461, de 11 de junho de 2014 atualizou a tabela do Tipo de Estabelecimentos do SCNES.

Desse modo, evidencia-se um diferencial, nos serviços de emergência com possibilidade de maior incentivo e maior reconhecimento, dada sua complexidade, facilitando a gestão HUs com serviços de emergência.

No quesito localização, 75% dos HUs pesquisados possuem localização central na cidade de atuação e apenas um hospital (25%) se localiza em um campus universitário.

#### 4.1.2 Quanto às unidades e leitos

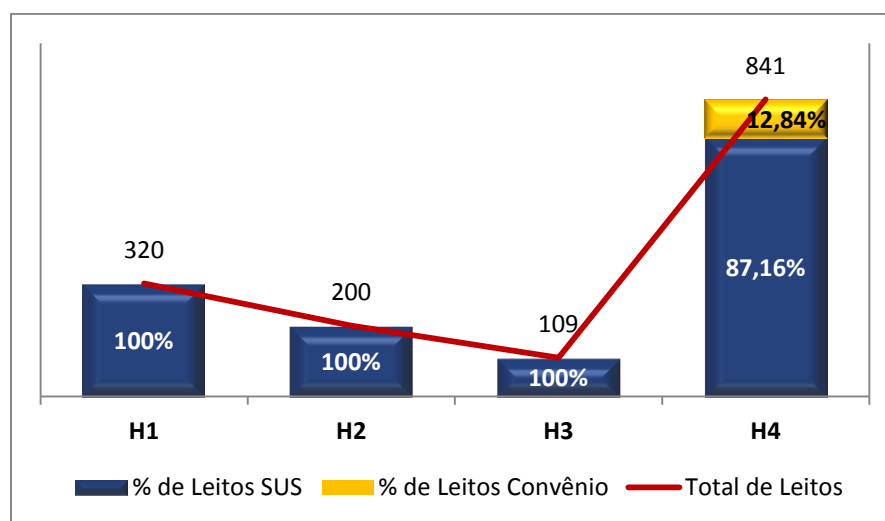
Identificou-se que 75% dos hospitais pesquisados apresentam uma única unidade de saúde, sendo que um deles (25%) possui duas unidades. Hoje, há uma tendência nos HUs de grande porte, de incorporação de novas unidades hospitalares de menor complexidade ou unidades de atenção básica. Os HUs federais, no Brasil, na sua grande maioria, são referência regional, e atendem casos de alta complexidade (BRASIL, 2009). Isso dificulta a internação eletiva de pacientes para investigação ou cirurgias menos complexas, podendo resultar em uma lacuna na formação acadêmica, quando estes não possuem campo de estágio em instituições com procedimentos de menor complexidade.

Assim, instituições com mais de uma unidade, conseguem disponibilizar um campo mais compatível com a demanda acadêmica, ou seja, a prática da assistência nas diferentes complexidades, bem como facilita a gestão, com a possibilidade de encaminhamentos de pacientes entre as unidades, referência e contra referência.

O número médio de leitos dos HUs foi 367,50 (com desvio-padrão = 327,28), sendo o mínimo 109 e o máximo igual a 841 leitos. Apenas um deles não possui 100% dos leitos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Identifica-se que, 75% das instituições são essencialmente SUS e 25% também são predominantemente SUS, com 87% dos leitos. Assim, 92,65% dos leitos dos HUs federais do RS são leitos SUS, cumprindo deste modo, com importante papel social na prestação de serviços de assistência à saúde (BRASIL 2009).

Os HUs federais do RS, além do compromisso com a academia são referência na assistência à saúde, para os usuários SUS e, portanto, desempenham um relevante papel social. Esse compromisso pode ser identificado na missão de cada instituição. Um HU definiu a seguinte missão: *“Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental”*. A missão de outro HU é: *“Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania”*. O terceiro HU assim definiu sua missão: *“A missão do Hospital Escola é promover o ensino e a pesquisa na UFPel através da assistência à população da cidade de Pelotas e da região sul do Estado”*. Um dos HUs pesquisados está em fase de construção da missão.

Na Figura 10 estão representados os quatro HUs federais do RS, identificados por siglas, com número de leitos, os leitos destinados aos usuários do SUS e o percentual de leitos SUS correspondente a cada instituição.



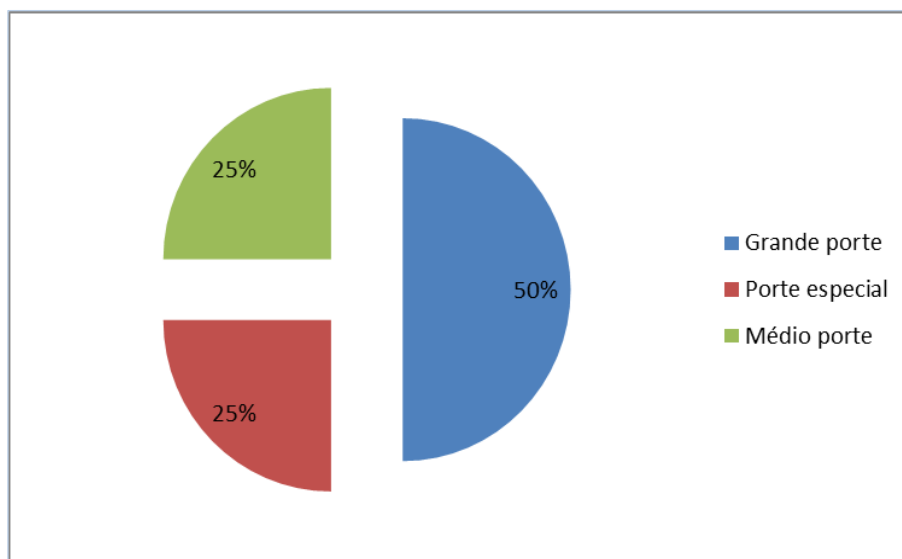
**Figura 10** – Número de Leitos e Participação Leitos SUS – 2014  
Fonte: Pesquisa 2015

Em um hospital de ensino, é importante que haja um número de leitos compatíveis com o ensino, a pesquisa e a assistência, uma vez que a falta de leitos impacta negativamente nos três pilares, sobretudo, no ensino. De maneira geral, impede as especialidades de internar os pacientes com patologias relevantes de investigação e pesquisa.

Nesse aspecto, o número de leitos, pode variar significativamente de uma instituição para outra, dependendo da área de abrangência, inserção social e complexidade institucional, justificando, assim, os dados da pesquisa que aparecem na Figura 11, onde pode ser observada uma variação de 87,04% do número de leitos entre os dois extremos.

#### 4.1.3 Quanto ao porte

No Brasil, os hospitais são classificados por porte, com base no número de leitos de internação, em pequeno, médio, grande ou porte especial. Pequeno porte são hospitais que possuem até 49 leitos, médio porte possuem de 50 a 149 leitos, grande porte os que possuem de 149 a 500 leitos e porte especial, acima de 500 leitos. Identifica-se que no RS 50% dos HUs federais são considerados de grande porte, 25% de porte especial e 25% de médio porte (Figura 11).



**Figura 11** – Classificação por porte dos HUs federais do RS  
Fonte: Pesquisa 2015

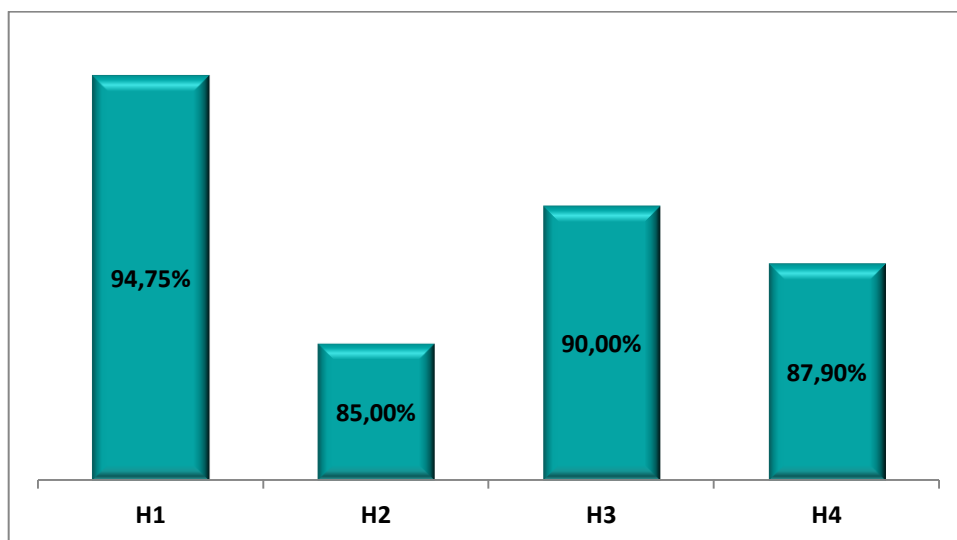
Constata-se uma diferença muito significativa no número de leitos, chegando a 87,1% entre o HU de maior e o de menor número de leitos, o que igualmente se traduz em diferença de complexidade institucional.

Dado semelhante é encontrado no restante do país, segundo relatório do TCU, no Brasil, 70% dos HUs são considerados de grande porte e possuem perfil assistencial de alta complexidade e com grandes diferenças no perfil assistencial (BRASIL, 2009).

Percebe-se que, apesar da grande variação de leitos, nenhum HU do RS é considerado de pequeno porte, sendo um de médio porte, dois de grande porte e um de porte especial.

#### 4.1.4 Quanto à taxa de ocupação e número de funcionários

A taxa média de ocupação observada entre os hospitais pesquisados foi de 89,94% (desvio-padrão = 4,10%), sendo a mínima de 85,0% e a máxima de 94,80%. Verifica-se que todas as instituições possuem ocupação igual ou superior ao desejável que é de 80 a 85 % (BRASIL 2002), conforme representado na Figura 12.



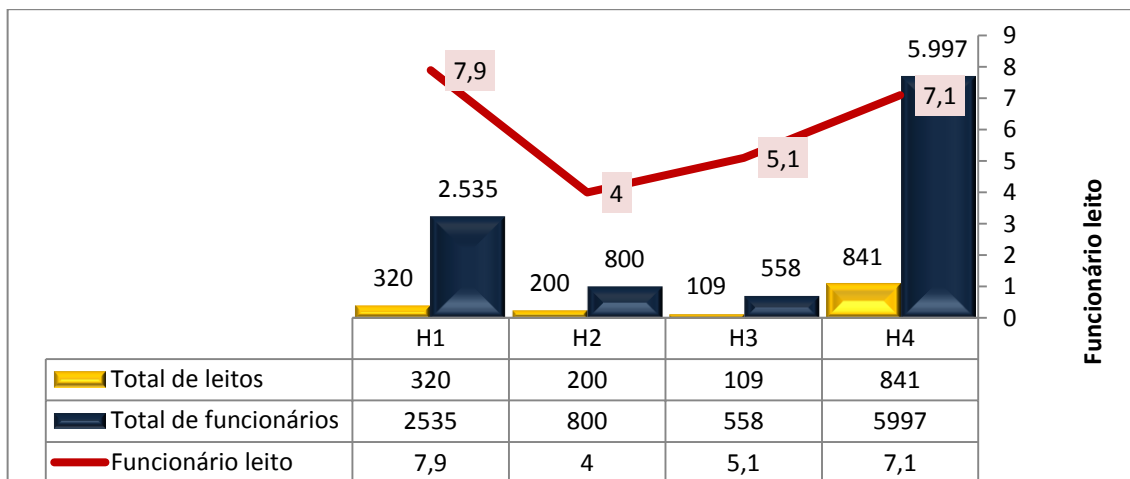
**Figura 12** – Taxa de Ocupação - 2014  
Fonte: Pesquisa 2015

Observa-se uma variação maior quando comparada a outros estados brasileiros, em especial nas regiões norte e nordeste, onde a taxa de ocupação, na maioria das instituições, é menor. Dado semelhante é encontrado no estado de São Paulo, que conta com 485 unidades hospitalares que somam um total de 63.071 leitos, destes, 49.524 são do SUS e possui uma taxa de ocupação de 63,27% (CNES, 2014).

Em todas as instituições verifica-se uma taxa de ocupação superior a média nacional, com base no CNES, ou seja, há uma grande procura pela assistência nos HUs federais do RS, o que pode significar credibilidade institucional e reforçando o seu papel social.

Quanto ao número de funcionários por instituição, a média de funcionários públicos encontrado foi 2097,50 (desvio-padrão = 2683,89), sendo o mínimo 558 e o máximo 5997 funcionários. Em média, 573,25 (desvio-padrão = 483,08) funcionários de outros vínculos, sendo o número mínimo 150 e o máximo igual a 1151.

Com o objetivo de estabelecer um parâmetro foi realizado o cálculo do percentual de funcionários por leito em cada uma das quatro instituições participantes, conforme representado na Figura 13.



**Figura 13** – Número de funcionários por leito por instituição  
Fonte: Pesquisa 2015

Os dados da Figura 13 revelaram que uma instituição possui um percentual de funcionários/leito de 4,0, abaixo do recomendado pelo TCU que é entre 5,0 e 6,0; a outra instituição possui o percentual recomendado, de 5,5; outras duas instituições apresentaram um índice superior ao recomendado de 7,1 e 7,9. A mediana de

funcionários por leito nos HUs pesquisados foi de 6,1, com uma variação de 4,0 e 7,9.

Em estudo realizado por Zucchi e Bittar (2002) a mediana de funcionários por leito nos hospitais de ensino foi de 7,0, com uma variação de 5,4 a 9,4. Picchiai (2009) apresentou os dados de 42 hospitais universitários federais que possuíam 11.162 leitos e 46.133 funcionários com uma média de 265 leitos e 1098 funcionários por hospital, estabelecendo a relação funcionário/leito = 4,14 (média).

Na opinião de Forgia e Couttoloenc (2009) a variação do número de servidores por leito depende do tipo de hospital e da complexidade do atendimento prestado, podendo apresentar consideráveis diferenças. O relatório do TCU sobre os HUs federais de 2009 recomendou ao MEC a fixação de parâmetros ideais para a lotação de servidores em hospitais universitários, levando em consideração a natureza dos hospitais, o grau de complexidade e a produtividade do hospital, a carga horária dos médicos, o quantitativo de leitos e a respectiva taxa de ocupação dos mesmos (BRASIL, 2009). Em estudo realizado pelo MEC, o número médio foi de sete funcionários por leito nos hospitais universitários (FORGIA; COUTTOLOENC, 2009).

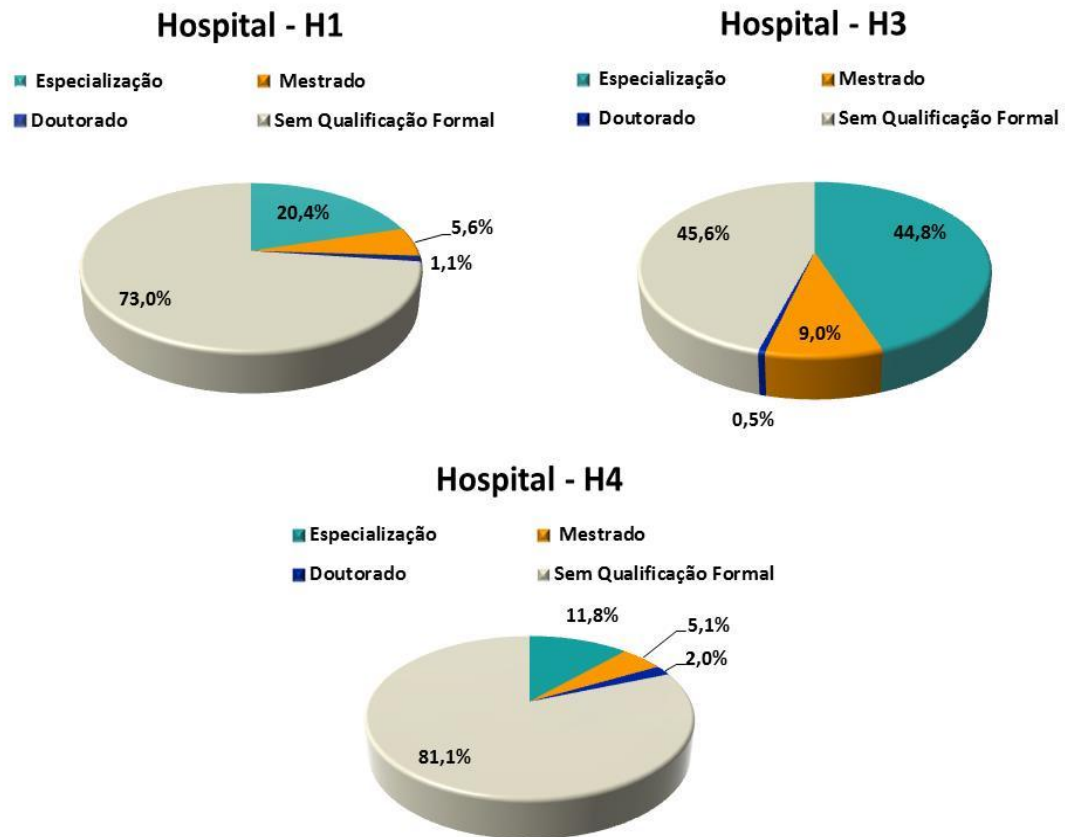
Evidencia-se uma significativa variação do número de funcionários/leito quando se analisa dados de pesquisas e relatórios realizados no país. Dados que convergem com os da presente pesquisa, com variação nas quatro instituições chegando a quase 100%. Também foi possível constatar que a instituição com índice de maior número de funcionário/leito, não se caracteriza como uma instituição que apresenta maior complexidade de assistência, o que poderia ser uma justificativa.

#### 4.1.5 Quanto à qualificação dos profissionais

Ao analisar à qualificação, os três hospitais que dispuseram esta informação, têm o número médio informado dos funcionários com Especialização de 492 (desvio-padrão = 230,94), sendo o mínimo 250 e o máximo 710; os que possuem Mestrado foi 165 (desvio-padrão = 61,05), com mínimo igual a 50 e máximo 303; e, foi 50 o número médio (desvio-padrão = 61,05) de funcionários que informaram ter



Doutorado, sendo o mínimo 3 e o máximo 119, conforme ilustrado, graficamente, na Figura 14.



**Figura 14** – Número de funcionários com especialização, mestrado e doutorado.  
Fonte: Pesquisa 2015

O Ministério da Educação busca investir na qualificação do docente e do servidor público. Em 2005 definiu um plano de carreira, com incentivo à qualificação dos profissionais, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, com a criação da Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Esta definiu que a remuneração seria composta do vencimento básico, correspondente ao valor estabelecido para o padrão de vencimento do nível de classificação e nível de capacitação realizado pelo servidor, acrescido dos incentivos previstos nesta Lei e das demais vantagens pecuniárias estabelecidas em lei. De modo que há, hoje, um estímulo financeiro, além da redução de carga horária durante o período do curso de qualificação, para todos os servidores públicos federais, independente do nível do cargo que ocupam na instituição (BRASIL 2005). Assim, há profissionais de nível médio com curso de doutorado. É importante ressaltar que, nos últimos anos houve um aumento

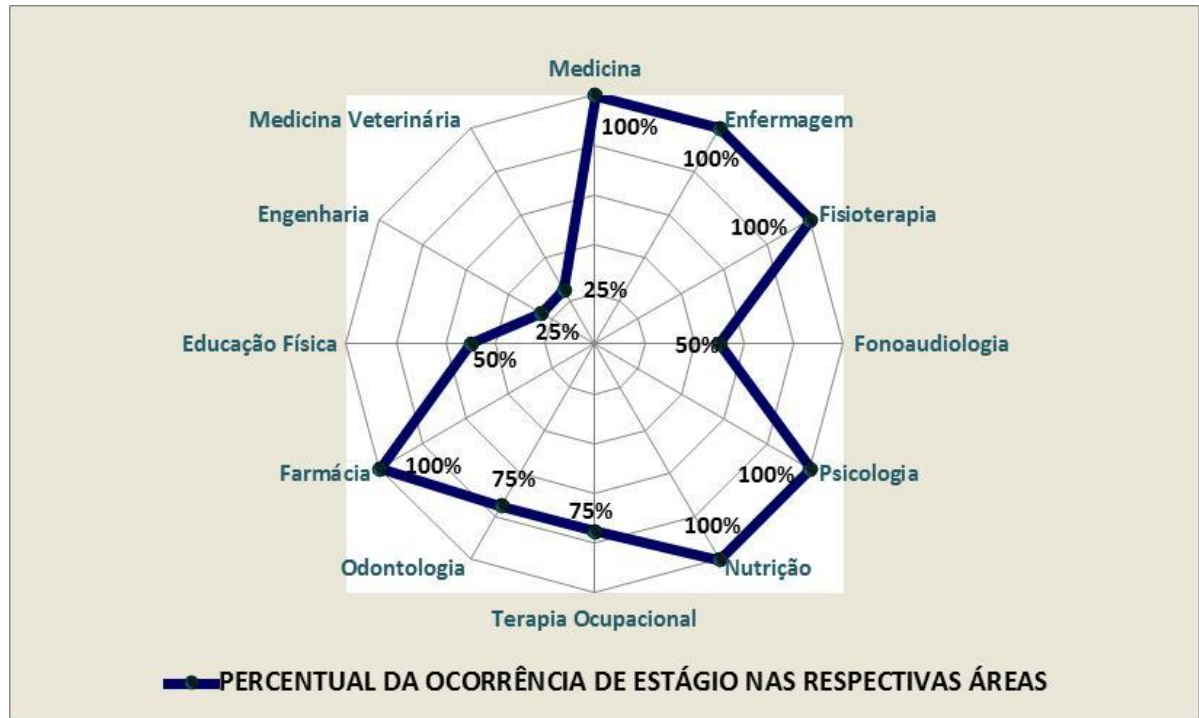
significativo de profissionais que buscaram qualificação. No entanto, os resultados mostraram, em especial quanto ao mestrado e doutorado, ainda um baixo índice de profissionais com essa qualificação.

#### 4.1.6 Quanto ao campo de ensino

Na graduação, todos os hospitais apresentaram atuação no campo de estágio para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Farmácia. Três deles (75%) também atuam na Odontologia e Terapia Ocupacional, dois (50%), em Fonoaudiologia e dois (50%), em Educação Física. Além desses, foi relatado que um hospital inclui alunos da Engenharia e outro HU, alunos da Medicina Veterinária, conforme mostra o Quadro 12. Na Figura 15 apresenta-se o percentual de ocorrência de estágios nos HUs por área.

| CURSOS               | INSTITUIÇÕES |    |    |    | PERCENTUAL |
|----------------------|--------------|----|----|----|------------|
|                      | H1           | H2 | H3 | H4 |            |
| Medicina             | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Enfermagem           | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Fisioterapia         | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Fonoaudiologia       | X            |    |    | X  | 50%        |
| Psicologia           | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Nutrição             | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Terapia Ocupacional  | X            |    | X  | X  | 75%        |
| Odontologia          | X            |    | X  | X  | 75%        |
| Farmácia             | X            | X  | X  | X  | 100%       |
| Educação Física      |              |    | X  | X  | 50%        |
| Engenharia           |              | X  |    |    | 25%        |
| Medicina Veterinária |              |    | X  |    | 25%        |

**Quadro 12** – Cursos de graduação com atuação por Hospital Universitário  
Fonte: Pesquisa 2015



**Figura 15** – Percentual de ocorrência de estágios nos HUs por área  
 Fonte: Pesquisa 2015

Os dados da Figura 16 mostram uma maior disponibilização de campo para ensino nas instituições hospitalares, ampliando a realização de práticas acadêmicas nos diferentes cursos. Este resultado pode ser o reflexo da tendência do trabalho multiprofissional nas instituições de saúde, gerando a inclusão de novas categorias profissionais nas equipes de trabalho, abrindo um novo mercado em algumas áreas.

Para Bispo (2013) a ação interdisciplinar pode resultar em formação diferenciada, pautada em uma visão ampla da saúde e a compreensão de que o conhecimento e ação interdisciplinar não se excluem, mas se intersectam. O exercício da interdisciplinaridade possibilita a formação de profissionais com maior capacidade de compor a equipe de saúde, para prestar uma assistência multiprofissional aos usuários do SUS.

Durante muitos anos, os campos de estágio eram quase que exclusivamente ocupados por acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem, e as práticas acadêmicas eram realizadas de modo independente. Porém, nos últimos anos os HUs vêm ampliando a oferta do campo de ensino para diversos cursos da área da saúde, bem como para cursos como as Engenharias, Educação Física, Administração, Jornalismo, Arquivologia, entre outros, resultando na formação de profissionais mais preparados para o trabalho multiprofissional, tendência atual.

Na Pós-graduação, todas as instituições pesquisadas têm atuação na Residência Médica e na Multiprofissional, além de Mestrado. A totalidade está envolvida com cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado, e uma instituição com Pós-doutorado.

Os dados mostraram que os HUs federais do RS, além dos cursos de graduação, também exercem papel na pós-graduação onde têm se destacado com a criação dos programas de residência multiprofissional e o mestrado profissional.

## **4.2 Respondendo aos objetivos da pesquisa**

### **4.2.1 Identificar a existência de estrutura formal de padronização dos processos de trabalho nos hospitais**

Se analisar a diversidade de processos, o grande quantitativo de profissionais que realizam atividades e a complexidade crescente dos hospitais, fica evidente que esses demandam de uma adequada estrutura para trabalhar qualidade e segurança institucional. Quando equipes multiprofissionais são capacitadas em programas de qualidade, em ferramentas de qualidade, de gestão, em auditoria interna e em gerenciamento da rotina, as instituições apresentam maior chance de sucesso em obtenção de certificações de qualidade.

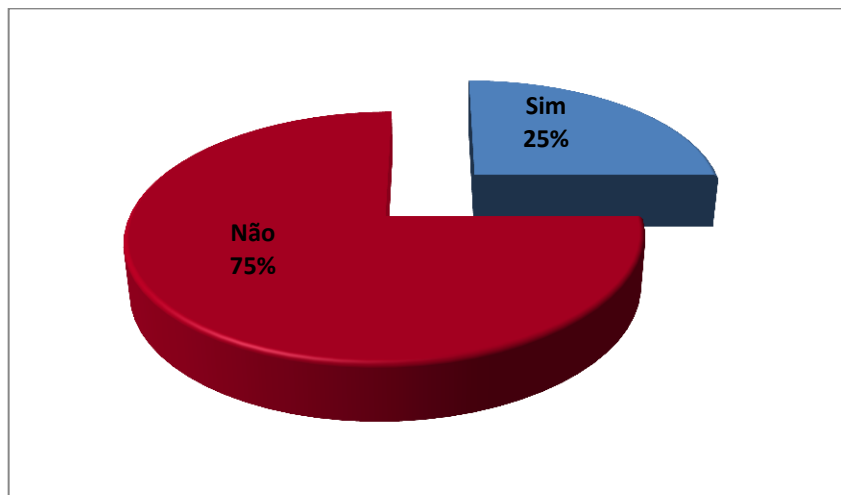
#### **4.2.1.1 Estrutura administrativa da hierarquia da qualidade no HU**

Sob o aspecto de estrutura administrativa da hierarquia da qualidade dos HUs, apenas um deles (25%) conta com um serviço responsável pela Gestão da Qualidade, dentro de um Programa de Qualidade institucional, ligado diretamente à superintendência do HU e coordenado por uma médica. A equipe é composta por Enfermeiros, Médicos, Farmacêuticos, Nutricionistas, Psicólogos, Biólogos, Engenheiros Químicos e Administradores, sendo que nenhum realiza sua carga

horária exclusivamente neste serviço. Na opinião de Fernandes e Mendes (2013, p. 83):

A formação do Núcleo da Qualidade torna-se fundamental para implementação de um Programa de Qualidade em uma organização que pretende melhorar os resultados dos seus serviços e obter o reconhecimento de suas ações mediante a Acreditação.

Percebe-se que a maioria dos HUs federais do RS (75%) não possui na estrutura do organograma um serviço ou setor de qualidade. Segundo os autores supracitados, para melhorar a qualidade institucional e obter o reconhecimento das ações com a certificação de um programa de qualidade, é fundamental a existência de um núcleo de qualidade institucional. A Figura 16 representa o percentual de instituições que contam com um serviço responsável pela qualidade institucional.



**Figura 16** – Existência de serviço responsável pela gestão da qualidade  
Fonte: Pesquisa 2015

Na pesquisa realizada por Fernandes e Mendes (2013, p.83, 86), nos núcleos de qualidade, onde avaliaram a formação da equipe de qualidade, constataram que:

[...] as entrevistadas recomendam que a alta direção selecione os componentes do Núcleo de Qualidade com competências necessárias a representar um programa de vital importância para a organização. Isso implica escolher profissionais capacitados, com conhecimentos e habilidades específicas para atuarem na gestão da qualidade. [...] Profissionais capazes de gerar um movimento pela qualidade, de fazer a interface com todas as áreas, de gerar mudança de comportamento e de ter disposição para enfrentar desafios.

A ausência da estrutura hierárquica de qualidade, bem como a falta de designação de uma equipe de profissionais, com carga horária integral ou parcial, para implementar um programa de qualidade, pode resultar em um processo de acreditação moroso com pouca chance de sucesso. Este pode ser um dos motivos pelo baixo número de HUs certificados em um programa de qualidade no RS, resultado que se repete no restante do país.

Assim, uma instituição que tem como meta obter a certificação de qualidade, seja em um programa nacional ou internacional, tem o desafio de viabilizar um amplo e complexo processo, com a definição de projetos para adequação de áreas físicas, ou seja, a organização da estrutura, com vistas ao cumprimento dos requisitos legais que envolvem uma instituição hospitalar; a mudança de cultura institucional, passando pela definição de padrões de atividades, por meio dos procedimentos operacionais padrão e protocolos assistenciais, analisando e reorganizando os processos de trabalho; e, por fim, com a implantação de indicadores de avaliação, resultando em maior segurança ao paciente e para os profissionais. Neste sentido, Fernandes e Mendes (2013, p.85), reforçaram que:

[...] a atuação do Núcleo de Qualidade exerce forte influência na implementação e na manutenção do Programa de Qualidade, por atuar como órgão representativo e difusor da metodologia da qualidade, com as funções de assessorar, implementar, coordenar e sistematizar as ações nos diversos níveis da organização. Portanto, contemplar no planejamento estratégico da organização, recursos estruturais, técnicos e humanos adequados à formação do Núcleo de Qualidade é visto como imprescindível para a implementação e sustentabilidade de um Programa de Qualidade.

Os autores supracitados, enfatizaram que uma instituição que busca a certificação em um programa de qualidade, precisa contar com uma equipe estratégica de profissionais capacitados, com conhecimentos, habilidades específicas para atuarem na gestão da qualidade. É importante que a equipe tenha poder de decisão e de influência para enfrentar os desafios e, preferencialmente, que essa conte com apoio de assessoria externa, uma vez que esta auxilia na identificação de estratégias e facilita o processo de adesão institucional.

#### 4.2.1.2 Quanto à importância da organização formal dos processos de trabalho por meio de manuais, protocolos e POPs

Neste item, 100% dos respondentes consideraram a existência de manuais, protocolos e POPs, importantes para a qualidade dos serviços e para a segurança dos pacientes.

Em pesquisa realizada por Lana et al. (2011) com enfermeiros de um hospital universitário, quando questionados sobre o impacto do Manual de Gerenciamento da Rotina (MGR) na prática gerencial dos serviços de Enfermagem, 25% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que pouco mudará a sua adoção na prática assistencial e gerencial, enquanto que 75% afirmaram que trará organização e padronização dos processos, resultando, conseqüentemente, em qualidade. Quanto ao significado do MGR 93,75% identificaram este como um instrumento para padronizar e planejar as atividades, além de auxiliar na organização e funcionamento do serviço. E 43,75% considerou que a utilização do MGR trará resultados focados tanto no paciente, pela melhoria da qualidade da assistência, quanto para o funcionário, resultando na melhoria da organização do serviço e da instituição.

Segundo Campos (2004), em uma empresa, a maioria das pessoas realiza atividades operacionais, assim é muito difícil conduzir atividades gerenciais de forma eficaz, se as funções operacionais não funcionarem bem. A alternativa é o gerenciamento da rotina do dia a dia, centrado na padronização dos processos e padronização do trabalho. Campos (2004, p.34) complementou: “Se todos cumprissem um padrão não haveria anomalias”.

Da mesma forma, Schiesari (2014) quando relacionou resultados positivos, com a acreditação hospitalar, mencionou a padronização dos processos como uma prática que permitiria explicitar os padrões esperados para processos considerados prioritários e/ou críticos e, reduzir a variação dos mesmos, resultando em qualidade e segurança para os pacientes e para os profissionais.

Os dados da pesquisa mostraram que, apesar de 75% dos HUs não possuírem certificação de um programa de qualidade, nem um serviço instituído de qualidade e uma equipe de profissionais designada para trabalhar na implantação de um programa de qualidade, todos os entrevistados consideraram importante a

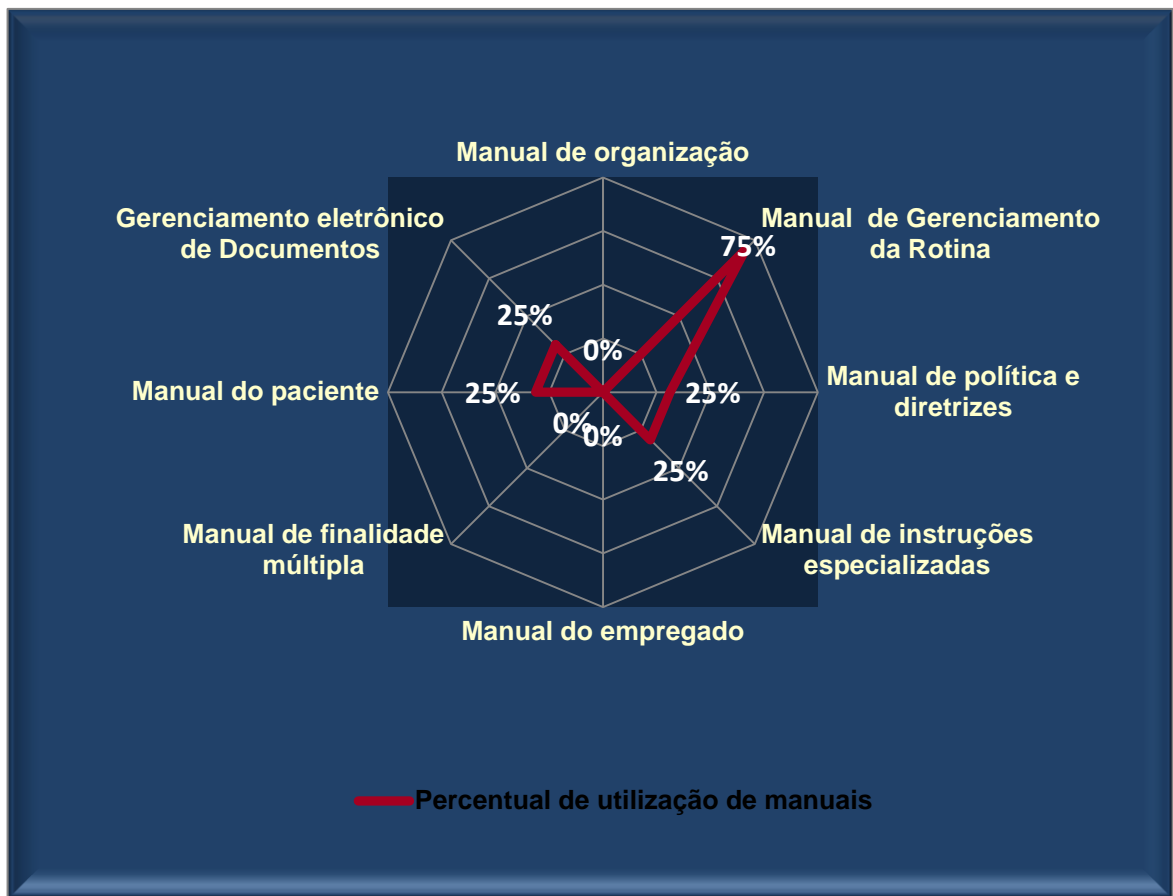
organização formal e a padronização dos processos de trabalho para a instituição trabalhar com qualidade e segurança. De modo que, os resultados da pesquisa dos HUs do RS, apontaram para o reconhecimento da importância da organização formal e padronização dos processos de trabalho, visando a qualidade e a segurança, corroborando com os estudos de Lana et al. (2011), Campos (2004) e Schiesari (2014), supracitados.

#### 4.2.1.3 Quanto ao tipo de manuais que a instituição possui

Verificou-se que o tipo de manual mais utilizado pelos HUs Federais, pesquisados, é o MGR, preconizado por Campos (2004). A maioria (75%) informou que utiliza Manual de Normas e Procedimentos ou MGR; e 25%, além do MGR, utilizam Manual de Política e Diretrizes; 25% Manual de Instruções Especializadas e 25% Manual do Paciente. Nenhuma instituição utiliza o Manual da Organização, o Manual do Empregado ou o Manual de Finalidade Múltipla, modelos de manuais recomendados.

A instituição que não utiliza nenhum tipo de manual relatou que realiza gerenciamento eletrônico dos documentos, de políticas, protocolos, planos e POPs, conforme demonstrado na Figura 17.





**Figura 17** – Percentual de utilização dos manuais  
 Fonte: Pesquisa 2015

Os resultados demonstraram a preferência pelo uso de MGR pelos HUs federais, atitude recomendada por Campos (2004, p.36), quando afirmou que “o gerenciamento da rotina é a base da administração da empresa, motivo pelo qual deve ser realizado com o máximo cuidado, dedicação, prioridade, autonomia e responsabilidade”. Neste sentido, Oliveira (2011, p.366) orientou que “os manuais de gerenciamento da rotina, representam um instrumento efetivo de consulta, orientação e treinamento na empresa”.

Evidencia-se que, todas as instituições trabalham na organização e padronização dos processos de trabalho, estruturados em manuais de gerenciamento da rotina ou com gerenciamento eletrônico dos processos. No entanto, identifica-se que a prática da utilização dos diferentes tipos de manuais, não é muito difundida entre os HUs, visto que, apenas um HU informou possuir quatro tipos de manuais.

#### 4.2.2 Conhecer o padrão de documentos de organização da rotina de trabalho em todas as instituições, inclusas no estudo

A existência de impressos padronizados para o gerenciamento da rotina nas instituições, representa o início para a organização institucional voltada à qualidade, e deve ser de responsabilidade da equipe da gestão da qualidade. Cada instituição deve avaliar quais os documentos serão importantes no seu contexto institucional. Esses devem conter itens básicos para atender aos requisitos de qualidade. Sendo importante que os documentos contenham a data de elaboração e de revisão, o responsável pela elaboração e para execução, além dos itens específicos de cada documento.

##### 4.2.2.1 Quanto à existência de impressos padronizados na instituição

Identificou-se que 100% das instituições possui impressos institucionais padronizados. Sendo que 25% não são estruturados na forma de manual. Ainda, 75% informou possuir os documentos organizados, compondo manuais, e desses dois relataram que o MGR é constituído por impressos padronizados, que contém perfil institucional e dos serviços, rotinas, macro fluxo e fluxograma dos processos, atribuições dos profissionais, instruções de trabalho e protocolos assistenciais. Apenas um HU informou contar com impressos para monitorar indicadores e, nenhum possui documento organizado com as legislações que regulamentam os serviços.

Geralmente as normas e as padronizações são documentos que ficam em manuais impressos, disponíveis em cada setor, ou quando o serviço oferece um sistema informatizado, essas normas ou padronizações ficam disponíveis nos sistemas de rede informatizados (LUONGO, 2011). O importante é o acesso de todos os profissionais aos manuais, no entanto, a informatização é uma ferramenta que auxilia cada vez mais na dissiminação da informação.

A necessidade de padronização também foi reforçada por Forgia, Couttoloenc (2009, p.316), ao afirmar que há um consenso generalizado entre os

estudiosos da qualidade, de que a falta de padronização dos processos clínicos e o não aproveitamento das evidências clínicas para informar essas práticas constituem os principais motivos das variações em custos e em qualidade nas instituições. Os autores complementaram afirmando que esses documentos devem ficar com acesso disponível a todos.

Na opinião de Campos (2004 p.51) “Não existe gerenciamento sem padronização”. O estabelecimento de fluxogramas, normas e procedimento operacional padrão é fundamental para a padronização e, por conseguinte, para o entendimento do processo atingir qualidade institucional. O autor enfatizou que eles devem ser estabelecidos para todas as áreas da empresa, congruente com a ideia de que “a padronização constitui a base para o desenvolvimento do processo de qualidade nas organizações” (LUONGO; ROCHA, 2011, p.163). Os autores reforçaram a necessidade das instituições padronizarem os processos para oferecer serviços de qualidade.

Percebe-se que todos HUs possuem impressos padronizados, porém, organizados de maneira distinta. Entende-se que a organização formal dos documentos pode variar de uma instituição para outra, respeitando as particularidades institucionais. É importante a flexibilidade, adotando as práticas que mais se adequam à instituição, porém, mantendo um padrão.

#### 4.2.2.2 Quanto ao manual ser estruturado por categoria funcional ou por serviço

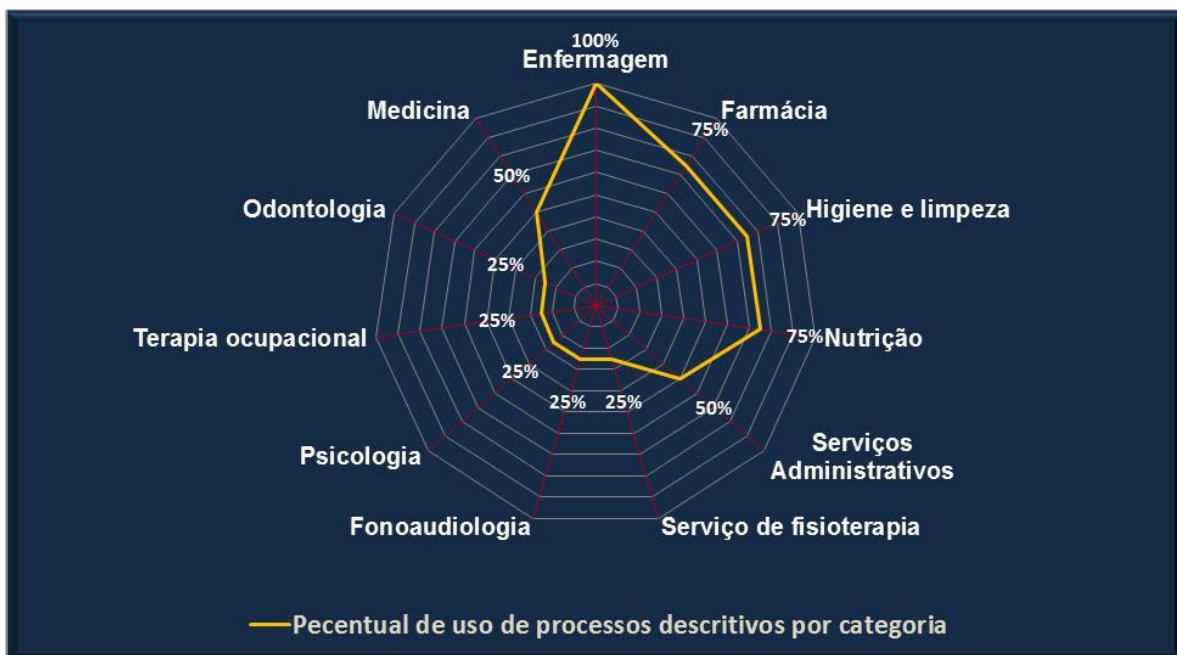
Neste quesito, 50% dos HUs relatou possuir manual organizado por serviço e 25% por categoria profissional. Em relação à organização dos documentos, 25% informou possuir documentos separados relacionados a todas as categorias funcionais. Identificou-se que todas as instituições possuem impressos padronizados, com diferente estruturação; duas instituições possuem manuais por serviço; uma por categoria profissional; e, outra possui seus documentos separados.

Segundo Manzo et al. (2012), para que ocorram melhorias na qualidade da assistência, é necessário um trabalho com vistas à interdisciplinaridade e à superação da fragmentação da assistência, fazendo com que os profissionais se organizem em equipe, para entender a lógica do cuidado integral.

A organização dos manuais por serviço pode ser considerada uma prática onde os processos são analisados, melhorados e padronizados envolvendo todas as categorias profissionais que atuam no serviço, reforçando o trabalho multiprofissional em prol da assistência integral.

Ao identificar e analisar as categorias profissionais que possuem seus processos de trabalho descritos constata-se que a enfermagem possui seus procedimentos descritos em 100% das instituições, seguido pelos serviços de farmácia, higiene e limpeza e nutrição, em 75% dos HUs. Na sequência, aparece o serviço de medicina e serviços administrativos com 50%, e, por fim, a fonoaudiologia, a psicologia, a terapia ocupacional e a odontologia apresentam os processos descritos em apenas 25% dos HUs.

A busca por serviços de qualidade tem se tornado, cada vez mais, a meta dos serviços de saúde e, em particular, da enfermagem, que apresenta interface, no modo de atuação, na definição de novos padrões de qualidade, capazes de gerar as mudanças (LANA et al., 2011). A afirmação dos autores é reforçada neste estudo, na Figura 18, onde pode-se observar que a enfermagem é única categoria profissional que em todas as instituições pesquisadas possui os processos descritos.



**Figura 18** – Representação do percentual das instituições, por categorias profissionais, que possuem os processos descritos

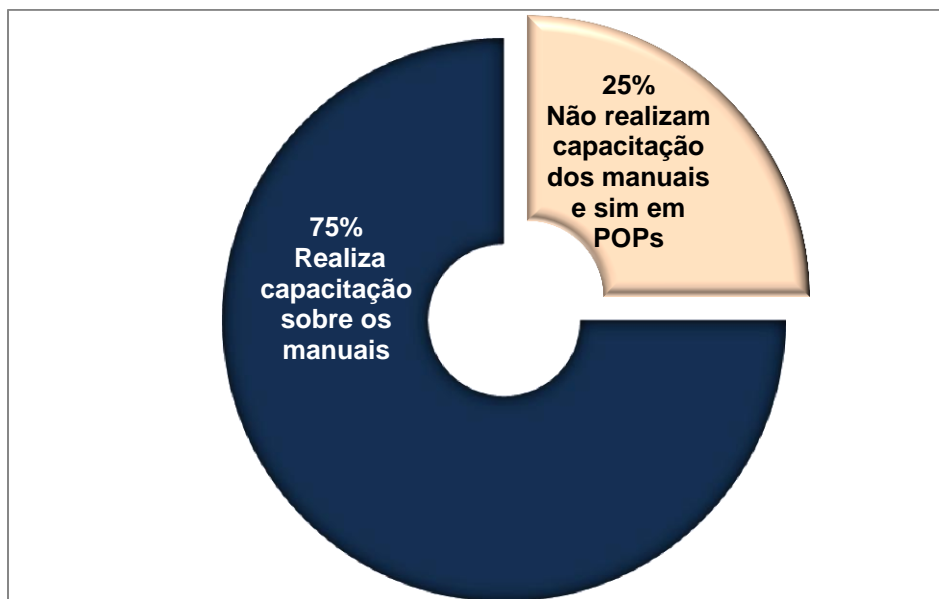
Fonte: Pesquisa 2015

#### 4.2.3 Verificar se a estruturação dos processos de trabalho segue os padrões de qualidade

Autores como Campos (2004); e Mezomo (2001), referências nacionais em qualidade, ressaltaram a importância da organização dos processos de trabalho por meio da padronização e capacitação dos funcionários, para assim alcançar a qualidade institucional. Recomendaram o uso de ferramentas de qualidade e de gestão para monitorar e melhorar os processos, assim como a adoção de auditorias internas que possibilitam a avaliação dos padrões existentes para o estabelecimento de melhorias.

##### 4.2.3.1 Capacitações dos funcionários com base nos manuais

Todos os HUs estudados consideraram importante a capacitação dos profissionais, objetivando a padronização na execução dos processos de trabalho para a qualidade e segurança do paciente e dos profissionais, sendo que três (75%) realizam capacitação sobre os manuais e um (25%) em relação aos procedimentos operacionais padrão (POPs) e impressos padronizados. Portanto, todos os HUs realizam capacitação, sendo que as instituições que possuem manuais, realizam suas capacitações com base nestes e, a instituição que disponibiliza os POP em meio eletrônico, realiza a capacitação dos profissionais baseada nos POPs e não em manuais, conforme mostra a Figura 19.



**Figura 19** – Capacitações realizadas pelos HUs federais do RS  
Fonte: Pesquisa 2015

Na opinião de Sarreta (2009, p. 24):

A instituição de saúde tem o desafio de incorporar o processo educativo ao cotidiano de trabalho. A educação permanente estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, a construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de fazer saúde.

Como o conhecimento é adquirido por pessoas, “a equipe deve ser mantida motivada e cultivada a cultura da excelência e do elevado desempenho” (CAMPOS, 2011, p.126), pois “pessoas motivadas e qualificadas fazem suas tarefas de forma competente, gerando uma maior satisfação no cliente e o consequente resultado financeiro da organização” (TORELLY, 2011, p.87).

Todas as instituições consideraram importante as capacitações e o investimento nas pessoas, buscam aprimorar os processos de trabalho, por meio delas, o que vem ao encontro com as referências da literatura.

**Quanto à periodicidade das capacitações** (50%) das instituições informaram que estas, são realizadas anualmente, apenas uma o faz ainda “sempre que necessário no serviço” e, 50% afirmam realizá-las semestralmente.

Segundo Campos (2004, p.160): “Dentro da empresa, o crescimento do ser humano tem como objetivo aumentar o valor agregado no trabalho”.

Para Manzo, 2009, p.68):

O envolvimento das pessoas com a gestão da qualidade deveria ser incessante, distribuído durante todo o ano como forma de reaprendizado e reiteração das rotinas, visto que a excelência não se mede em um atendimento, mas na continuidade da prestação dos serviços. Para atingir efetivamente a máxima qualidade, os treinamentos e devem ser frequentes.

Segundo Gil (2006) a capacitação dos profissionais tem por base a atualização profissional, para que antigos hábitos possam ser modificados, aprimorando conhecimentos geram novas atitudes e, resultando em um atendimento de qualidade.

O investimento nas pessoas, por meio de capacitações para obter um padrão de assistência, é enfatizado por diversos autores, reforçando os resultados dessa pesquisa.

**Quanto aos tipos de capacitações utilizadas** identificou-se que todas as instituições utilizam duas ou mais formas de realizar as capacitações. No entanto, os cursos são a forma de realizar capacitações adotadas em 100% dos HUs, seguido de atividades práticas, que também são utilizadas em 75% das instituições. Além disso, dois deles recorrem aos vídeos, um também adota o ensino à distância (EAD) e outro, palestras.

O conhecimento das pessoas é adquirido de várias maneiras como aulas, livros, congressos, consultores, entre outros, o importante é manter a instituição aberta ao conhecimento (CAMPOS, 2011).

Além da prática tradicional de capacitações por meio de cursos, podem ser identificadas outras como: dinâmica de atividades práticas, vídeos, EAD e palestras, demonstrando a preocupação das instituições em qualificar os profissionais com base nos padrões definidos.

**Quanto ao acesso da equipe aos manuais ou impressos** padronizados nas instituições, 50% informou disponibilizar na forma impressa e, 50% disponibilizam na forma online. Percebe-se que todas as instituições disponibilizam os documentos para consultas das equipes de trabalho, atitude muito importante numa instituição hospitalar, uma vez que, tais organizações possuem três turnos de trabalho, um grande contingente de pessoal e muitos processos críticos. Essa prática pode facilitar a obtenção de um padrão de assistência e o desenvolvimento da cultura da qualidade na instituição.

#### 4.2.3.2 Sistema de avaliação dos processos de trabalho

Quanto ao sistema de avaliação de processos de trabalho, a totalidade dos HUs considerou importante a auditoria interna a fim de avaliar a conformidade da execução dos processos, para a qualidade e segurança de pacientes e profissionais. Apenas um HU não realiza auditoria interna, mas, a prática já é adotada por 75% dos demais, porém, ainda não de forma regular. Um HU realiza auditorias “anualmente, se necessário”. Em outro HU, as auditorias são realizadas “dependendo do processo e se os indicadores demonstrarem necessidade, não planejada” e, no terceiro hospital, “não de forma sistemática, geralmente são realizadas auditorias a partir de notificações da Vigilância Sanitária”. Percebe-se que as auditorias ainda não são uma prática insitucional regular, visando análise e melhoria dos processos.

Segundo Martins (2014, p. 35): “A avaliação das organizações de saúde é um elemento chave, mas, crescem custos não desprezíveis e ainda apresentam lacunas e desafios”. Luongo (2011) reforçou a importância da auditoria interna, ao considerar a auditoria da qualidade uma ferramenta que permite controlar a qualidade do produto ou serviço, se constituindo em um processo positivo e construtivo. Segundo o autor, por meio da auditoria, os problemas na instituição podem ser identificados precocemente, possibilitando avaliar se os padrões estão sendo cumpridos. Considerou as auditorias instrumentos de medida, que servem de base para o estabelecimento de critérios, para mensuração da qualidade na instituição, e para comprovar se o nível de qualidade satisfaz os interesses institucionais.

Os dados apontaram para a necessidade de ampliar as estratégias relacionadas a auditorias internas, como um processo institucional, sistemático e periódico para avaliação das conformidades e não conformidades, objetivando qualidade, segurança, eficiência e eficácia institucional.

Quanto ao monitoramento dos principais processos por meio de indicadores, apenas um HU informou que monitora. “O reconhecimento da existência dos indicadores da qualidade, testemunha a seriedade com que o hospital encara seu trabalho e garante sua legitimidade social” (MEZOMO, 2001, p. 29). A ausência de informações confiáveis sobre qualidade, eficiência e custo dos serviços hospitalares,



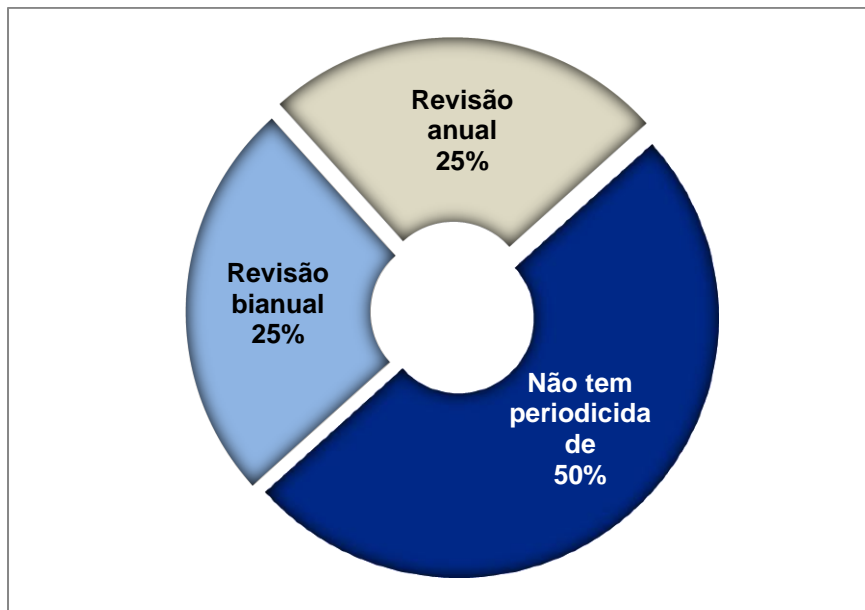
dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho. “É consenso que a existência de dados confiáveis sobre qualidade é essencial para avaliar a atenção hospitalar” (FORGIA; CUTTOLENC, 2009, p.15). Para Miranda (2011, p. 47): “a qualidade deve se tornar mensurável, caso contrário a avaliação se torna muito subjetiva”.

Para Campos (2004) gerenciar é essencialmente atingir metas. O autor afirmou que não existe gerenciamento sem metas e, para se atingir metas de melhoria faz-se necessário estabelecer novos padrões ou modificar os já existentes, em busca de melhoria contínua.

Existe uma vasta literatura que reforça a necessidade das instituições de saúde de mensurar e disponibilizar resultados institucionais, tanto para o público interno, como para a fonte pagadora e público externo, possibilitando a análise dos processos de trabalho, realização de *benchmarking* e definição metas para melhorias. A existência de indicadores supõe uma gestão competente, comprometida com ao processo de mudança e de melhoria contínua. Apesar do amplo entendimento, relacionado à importância dos indicadores, para a melhoria da qualidade na saúde, percebe-se que nos HUs federais do RS, há uma deficiência de estratégias a fim de se obter o efetivo monitoramento dos indicadores de qualidade nessas instituições, uma vez que 75% dos HUs informaram não monitorar seus principais processos por meio de indicadores.

#### 4.2.3.3 Quanto às revisões/atualizações dos manuais

Quanto às revisões dos manuais ou dos documentos formais, 50% das instituições informou que não tem periodicidade definida, sendo que a revisão depende do tipo de documento, 25% com revisão anual e 25% informou realizar revisão bianual, conforme ilustrado na Figura 20.



**Figura 20** – Periodicidade de revisões dos manuais ou documentos formais de trabalho  
Fonte: Pesquisa 2015

Qualidade deve ser entendida como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade, de permanente identificação de falhas nas rotinas e nos procedimentos. Essas devem ser revisadas, atualizadas e difundidas periodicamente, para mantê-los atualizados (CAMPOS, 2004).

Os resultados apontaram para a necessidade de melhoria no que se refere às revisões periódicas, visto que apenas uma instituição informou realizar revisão anual. Deve estar estruturado um manual para atender aos critérios de qualidade, em um processo de acompanhamento sistemático e com possibilidade de ajuste constante, em caso de melhoria na prática. Os procedimentos que não necessitarem de adequações devem ser revisados anualmente.

#### 4.2.3.4 Estratégias de melhoria da qualidade

Em relação às estratégias de melhoria da qualidade, três HUs relataram que definem ações quando identificam não conformidades ou falhas nos processos de trabalho, sendo que um relatou que o faz, às vezes. Portanto, nenhum dos HUs utiliza um plano de ação, regularmente.

Para Campos (2004, p. 45): “O segredo do bom gerenciamento está em se

saber estabelecer um bom plano de ação para toda meta de melhoria que se queira atingir”. Reforçou dizendo: “[...] se o plano de ação é bom, a meta de melhoria é atingida”. Ainda, o autor afirmou que para que se possa montar um bom plano de ação anual é necessário que o gerente tenha todos os itens do processo analisados.

Com base no autor supracitado é possível afirmar que para uma instituição de saúde estabelecer estratégias de melhoria de qualidade é preciso que ela estabeleça metas e adote o plano de ação para atingí-las. Os resultados mostraram que os HUs pesquisados ainda precisam institucionalizar o plano de ação como uma metodologia para melhoria e correção de não conformidades.

Todos os HUs informaram que, somente, às vezes, utilizam ferramentas da Qualidade. Um deles utiliza a Metodologia 5S, 5W3H. Outro usa a Análise do Modo e Efeito de Falha (FMEA), a Análise de Causa Raiz (RCA), o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) e o plano de ação 5W2H. Os outros dois não especificaram as ferramentas utilizadas.

Segundo Luongo (2011), para conseguir a efetiva qualidade, algumas ferramentas são necessárias para os gestores. Cada uma possui aplicação específica para identificar e solucionar problemas. As ferramentas que controlam a qualidade podem ser estratégicas ou estatísticas. Em estudo exploratório realizado, sobre o tema acreditação hospitalar no Brasil.

Martins, Carmo e Nganga (2013, p. 41) afirmaram:

Ficou evidente que a aplicação de técnicas e ferramentas de melhoria contínua aos ambientes hospitalares, além de factível, traz benefícios inquestionáveis tanto para as instituições propriamente ditas quanto para os usuários dos serviços de saúde.

As ferramentas de qualidade são de extrema importância para o mapeamento, análise e o monitoramento dos processos, possibilitando a visualização clara dos problemas institucionais. No entanto, nenhuma técnica, por mais perfeita e operacional que seja, terá resultados se não houver a participação dos profissionais dos variados níveis da instituição. Cabe aos gestores, conhecedores dos reais problemas, identificar e definir as ferramentas que mais se adequam a instituição para atingir os resultados almejados.

Nos HUs pesquisados, identificou-se que há a necessidade de ampliar a utilização de ferramentas de qualidade, uma vez que, apenas 50% informou utilizar

as mesmas. Além disso, três instituições relataram usar ferramentas de gestão. A primeira, utiliza planejamento estratégico, a segunda, *Balanced Scorecard* (BSC) e, a terceira, utiliza o Sistema Integrado de Gestão (SIG) entre outros.

Segundo Silva (2011) a implantação de metodologias de gestão é decisiva na profissionalização da gestão. Não importa qual, mas é imprescindível a adoção de uma ferramenta de gestão que permita as ações e os resultados necessários para a instituição.

Os resultados da pesquisa demonstraram a adoção de ferramentas de gestão em 75% das instituições, sendo hoje o recomendado para empresa de qualquer porte e natureza de atividade. A não utilização de alguma ferramenta, pode ser considerado com ausência de profissionalização da gestão.

#### 4.2.4 Conhecer as dificuldades encontradas na estruturação dos processos de trabalho

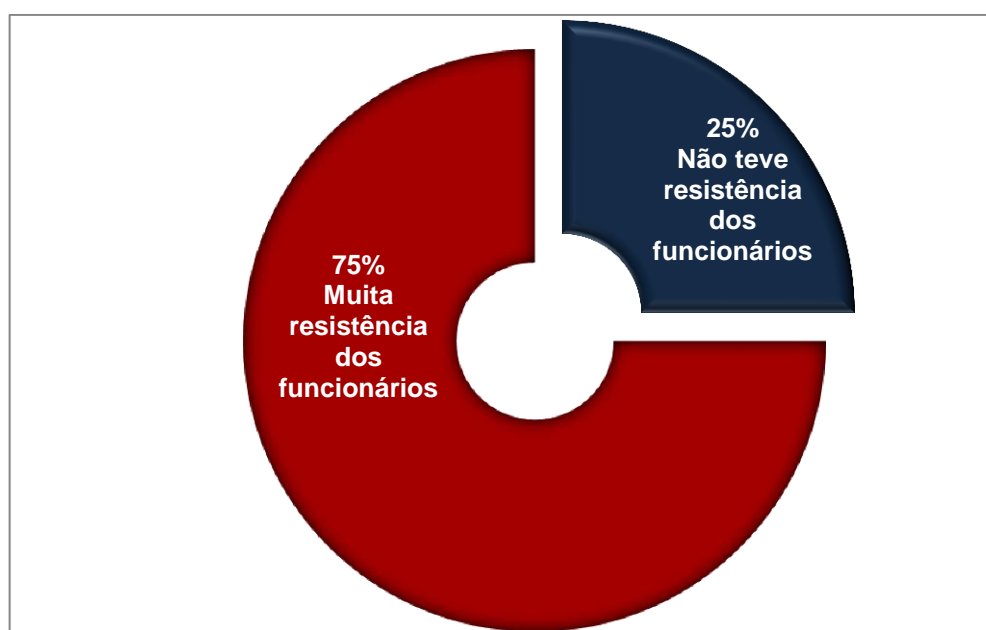
Nas instituições de saúde, por tradição, os profissionais realizam suas atividades com base na formação acadêmica, na busca pessoal por melhoria, ou então, com base nos consensos das especialidades, resultando em variações na execução de procedimentos. Porém, nos últimos anos, com a preocupação, a nível mundial, com a segurança dos pacientes e dos profissionais, os programas de qualidade vêm ganhando força e o padrão de assistência tornou-se uma exigência. A estruturação dos processos em uma instituição hospitalar, para ser bem sucedida, requer tratamento de política institucional. Precisa de lideranças que saibam o que deve ser feito e por que deve ser feito, para conseguir a adesão de todas as categorias ao processo de padronização.

##### 4.2.4.1 Dificuldades para implantar o Manual (Documentos) de Gerenciamento da Rotina

Em relação às dificuldades que o serviço enfrenta ou enfrentou para implantar **o Manual (Documentos) de Gerenciamento da Rotina** na Instituição, 75% relatou

dificuldade moderada **quanto à política institucional**, sendo que um HU não teve nenhuma dificuldade. **Relacionado ao comprometimento com os gestores, envolvimento com chefias e capacitação para elaboração.** Um HU relatou muita dificuldade com o comprometimento com os gestores na elaboração do MGR; outro relatou moderada e outros dois relataram pouca dificuldade.

**Quanto à rotatividade das chefias e o grau de influência na elaboração do MGR**, dois (50%) relataram que não encontraram dificuldade, um encontrou moderada e outro muita dificuldade. No entanto, quanto à resistência dos funcionários, três (75%) encontraram **muita resistência** por parte dos funcionários e outro relatou que não teve nenhuma. A Figura 21 representa o grau de resistência dos funcionários para a elaboração do MGR.



**Figura 21** – Resistência dos funcionários para implantação do MGR  
Fonte: Pesquisa 2015

Dois HUs relataram que o **excesso de outras atividades das equipes, inerentes às suas funções**, causou muita dificuldade na implementação do manual; outro, moderada; e, um, pouca dificuldade. Além disso, dois deles relataram que a **não priorização institucional** causou dificuldade moderada para dois deles; para um, muita dificuldade; e, para outro, pouca dificuldade.

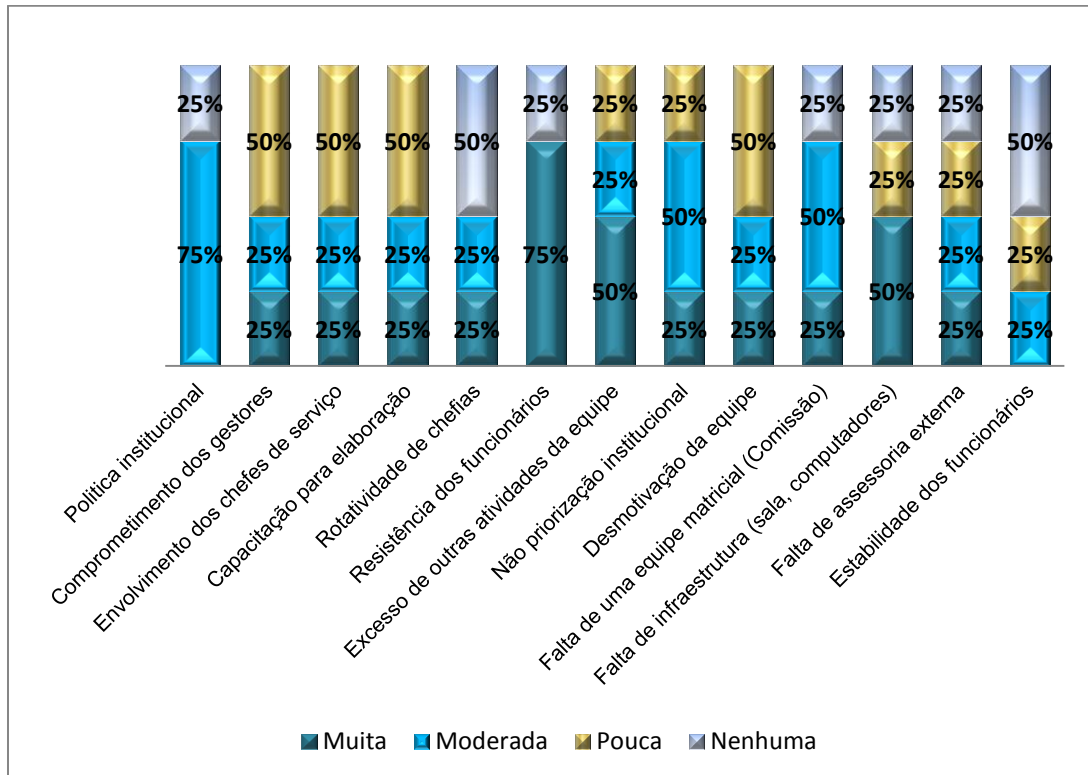
A **desmotivação da equipe foi um dos motivos de** muita dificuldade para um dos HUs, moderada para um e pouca para outros dois. Também representou

muita dificuldade, para um deles, **a falta de equipe matricial (comissão)**, moderada para outros dois e, nenhuma, para o quarto HU.

Para dois HUs, a **falta de infraestrutura**, como salas e computadores, foi motivo de muita dificuldade para implementação do manual. Os outros HUs tiveram pouca ou nenhuma dificuldade com infraestrutura.

A **falta de assessoria externa** foi considerada causa de muita dificuldade por apenas um dos hospitais. Os outros relataram moderada, pouca e nenhuma dificuldade. Assim como, a **estabilidade dos funcionários** apareceu como dificuldade moderada para um dos HUs, pouca para outro e nenhuma para os outros dois.

Para facilitar a visualização foi elaborada a Figura 22, contendo os 13 componentes e o grau de influência relacionado por cada instituição, na elaboração do MGR. O percentual da Figura 22 refere-se ao percentual de instituições que assinalaram o item, sendo que cada instituição conferiu um grau de dificuldade a cada item questionado.



**Figura 22** – Dificuldade e grau de influencia na elaboração do MGR  
 Fonte: Pesquisa 2015

Os componentes apontados pelos HUs, como geradores de muita dificuldade ou influência na elaboração do MGR, que são citados, em primeiro lugar por 75% das instituições foi a resistência dos funcionários, seguido por excesso de outras atividades e, falta de infraestrutura (50%). A política institucional foi relatada por 75% das instituições que referiram dificuldade moderada. Além dessas, todas as questões a seguir foram consideradas por 25% das instituições como causas que impactaram grande dificuldade, na elaboração dos MGR, sendo representados por: comprometimento dos gestores; envolvimento dos chefes de serviço; capacitação para elaboração; rotatividade de chefias; não priorização institucional; desmotivação da equipe; falta de uma equipe matricial; e, falta de assessoria externa.

Pesquisa realizada em HU Federal por Lana et al. (2011), ao questionar sobre os fatores que dificultaram a elaboração MGR, 12,5% alegaram a falta de equipamento tecnológico (computador), enquanto que 43,75% afirmou que ocorreu falha no sistema de informação entre o enfermeiro, e os responsáveis pela elaboração do Manual. Já, 43,75% de participantes afirmou que a dificuldade foi na disponibilidade de tempo destinada à elaboração do MGR, a efetivação desta etapa. Quando foi indagado sobre fatores que facilitaram na elaboração do MGR, uma minoria (6,25%) considerou a integração e discussão por parte dos elaboradores e, 12,5% apontou a infraestrutura gerencial de apoio, enquanto que 25% afirmou que a construção foi facilitada devido à familiarização com o antigo manual que apresentava alguns tópicos em comum. Uma maioria de 56,5% assegurou que o modelo pré-definido na instituição, distribuído durante a capacitação foi o fator primordial para a elaboração do MGR. Ainda, na mesma pesquisa, ao questionar sobre o processo de implantação e adesão aos procedimentos descritos no MGR, uma maioria de 62,5% dos enfermeiros gerentes evidenciou acreditar que não será difícil implantá-lo. Para 37,5% a sua implantação e adesão será dificultada devido a resistências dos funcionários (LANA et al., 2011).

Os resultados dessa pesquisa se assemelham aos encontrados na literatura e, mais uma vez, apontaram para a importância no investimento nas pessoas. A resistência dos funcionários, citada por três instituições como um fator que gerou muita dificuldade na elaboração e implantação do MGR, deve ser conduzida como uma questão estratégica, com ações pontuais para obter a adesão das pessoas ao processo, conforme lembrou Campos (2011). Apesar dos grandes avanços com o mundo da internet, as pessoas continuam sendo a principal alavanca de sucesso

para uma organização e, o sucesso sempre será alcançado por meio delas.

A falta de infraestrutura e o excesso de outras atividades podem ser traduzidos em falta de priorização institucional, uma vez que 75% das instituições considerou que a política institucional teve influência moderada na elaboração e na implantação do MGR.

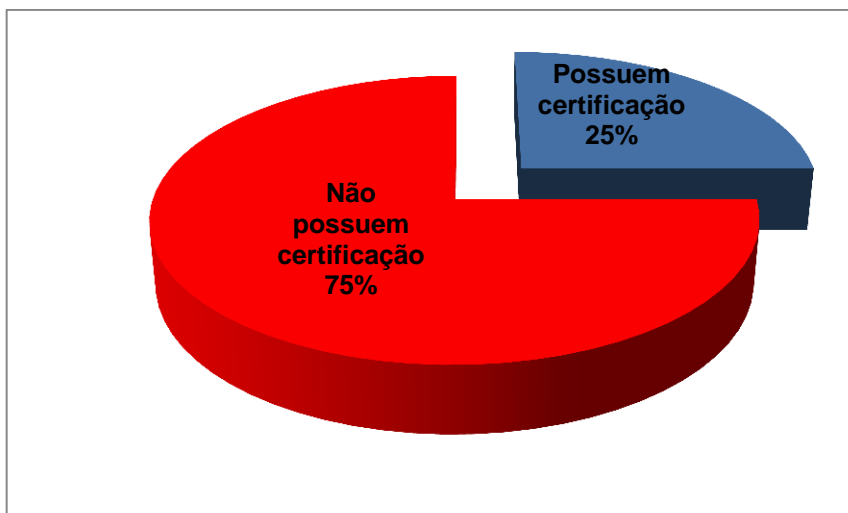
#### 4.2.5 Analisar as organizações hospitalares quanto à implantação dos programas de qualidade

A acreditação hospitalar é uma metodologia de avaliação, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde e tornar as instituições mais seguras. Essa metodologia vem agregar qualidade na gestão das instituições de forma a articular as dimensões assistenciais e gerenciais do processo de trabalho. No Brasil as três metodologias mais adotadas pelos hospitais e as principais organizações Acreditoras são: O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) da Organização Nacional de Acreditação (ONA), criado em 1998, adotado pela maioria dos hospitais certificados no país, seguido pela *Joint Commission International* (JCI), com origem nos Estados Unidos em 1951, no Brasil coordenada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), e *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) ou Acreditação Canadense Internacional (ACI), criada em 1958.

##### 4.2.5.1 Certificação / Acreditação

Todos os respondentes relataram que consideram importante a instituição ser certificada em um programa de qualidade, sendo que apenas um (25%) relatou que possuem esta certificação, *Joint Commission Internacional* JCI, há seis meses, e Organização Nacional de Acreditação ONA, há oito anos. Foi informado, também, que contou com assessoria externa para implementação do programa, representado na Figura 23.





**Figura 23** – Certificação de Programa de Qualidade  
Fonte: Pesquisa 2015

Os outros três, não estão em fase de organização institucional para a implementação de certificação. Um HU relatou uma tentativa de certificação, mas, sem sucesso, e dois deles nunca tentaram por reconhecerem que não atendem aos critérios para Programa de Qualidade e Acreditação Hospitalar.

Segundo dados da Organização Nacional de Acreditação (ONA), de 2012, o Brasil conta com 199 hospitais certificados, o que representa 3% dos hospitais do país. A Acreditação Nacional (ONA) é a de maior preferência, adotada por 164 hospitais em todo país, seguida pela Acreditação Internacional dos Estados Unidos (JCI), com 22 hospitais certificados, e pela Acreditação canadense (CCHSA) com 13 hospitais certificados, Certificação norueguesa (DNV/NIAHO) com três hospitais certificados no Brasil. A pesquisa também analisou a distribuição das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde acreditadas pela ONA, por estado, revelando que 51,96% das organizações acreditadas no país, estão no estado de São Paulo, seguido do estado de Minas Gerais, com 18,86%, Paraná, com 4,46% e o Rio Grande do Sul aparece em 6º lugar, com 2,49% do total de organizações acreditadas no Brasil (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2011).

No contexto das certificações, os resultados da pesquisa se assemelham aos encontrados no restante do país sobre a acreditação hospitalar, ou seja, ainda há um baixo índice de instituições de saúde acreditadas, demonstrando a necessidade de ampliar as estratégias a fim de obter sucesso nas certificações.

Todos os HUs consideraram que a **certificação de um programa de**

**qualidade influencia positivamente na segurança dos pacientes.** Para o H1 porque *“qualidade e segurança andam juntas”*, para H2 *“cria cultura de cuidado seguro e envolve todos no processo”*, para o H3 porque *“avalia e melhora os processos de trabalho”* e, para o H4, os motivos dessa influência são porque o processo de certificação *“estabelece o comprometimento da liderança perante a instituição, definindo uma prioridade, é realizada a revisão de processos, acompanhamento de processos, gera a qualificação dos profissionais”*.

Segundo o relatório 2009-2011, do Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil, realizada nos hospitais acreditados de todo o país, para os respondentes, a acreditação, seja ela a ONA, a JCI ou a Canadense, aumentou a segurança do paciente, aumentou o foco no paciente, padronizou o processo, aumentou a capacitação dos funcionários, melhorou o trabalho em equipe, aumentou a integração entre os setores do hospital e melhorou a infraestrutura da instituição gerando melhores condições de trabalho.

Para Mezomo (2004, p.22). *“[...] a razão importante da implantação de um processo de Certificação é necessidade urgente de se racionalizar o uso de recursos da saúde, otimizando os seus benefícios e minimizando seus riscos e custos”*.

Da mesma forma consideraram que a **certificação de um programa de qualidade influencia positivamente na segurança dos profissionais** por motivos semelhantes, *“favorece para toda a instituição, de maneira que reflete em todos os aspectos da mesma”*; *“melhorias dos processos resultam em mais segurança dos profissionais”*; *“define a adoção de padrões de assistência testados e validados”*; e, *“permite a análise das práticas adotadas com ciclos de melhoria”*

No relatório 2009-2011 do Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil, realizada nos hospitais acreditados de todo país, o principal motivador para a certificação de um programa de qualidade é a melhoria dos processos, apontada por 71% dos respondentes, como o item mais relevante. Na mesma pesquisa, quando questionados sobre o motivo para buscar a acreditação os cinco principais motivos apresentados pelos hospitais públicos para buscar a acreditação foram: aumentar a satisfação dos pacientes; aumentar a eficiência no atendimento ao paciente; aumentar a segurança do paciente; aumentar a integração entre os setores do hospital; e, desenvolver a cultura de mensuração no hospital (INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO, 2012). Com base nesses resultados a certificação das instituições em programa de qualidade pode ser a alternativa para a

excelência na saúde do Brasil.

No mesmo pensamento os autores Fernandes e Mendes (2013, p. 86) afirmaram:

Em relação aos resultados esperados com a implementação de um Programa de Qualidade, obteve-se que a segurança assistencial foi entendida como produto final a ser atingido, independente da metodologia adotada pela organização. Nesta perspectiva, instituir ações para diminuir riscos assistenciais reflete em resultados positivos, evidenciados na diminuição do tempo de permanência do paciente no hospital, na melhoria das condições de trabalho para o funcionário, e em melhores indicadores assistenciais e de satisfação do usuário.

#### 4.2.5.2 Dificuldades encontradas para implantar um programa de qualidade na instituição

Apenas dois HUs relataram ter Programa de Qualidade instituído. Outros dois não responderam as questões. Dos respondentes um relatou muita dificuldade em relação **à resistência à mudança dos funcionários, ao excesso de outras atividades da equipe, à ausência de uma equipe de qualidade, à cultura da qualidade e à falta de assessoria externa.** O HU também relatou dificuldade moderada quanto **à política institucional, ao comprometimento dos gestores, ao envolvimento dos chefes, à capacitação para a qualidade, à rotatividade de chefias, a não priorização institucional, à desmotivação da equipe e à falta de investimento em infraestrutura.** Quanto à **estabilidade dos funcionários** a dificuldade foi pouca mencionada.

O outro relatou moderada dificuldade, no que se refere à **resistência à mudança dos funcionários e excesso de outras atividades da equipe.** O **envolvimento dos chefes, a capacitação para a qualidade e a ausência da cultura da qualidade** foi motivo de pouca dificuldade e, os outros aspectos, não causaram nenhuma dificuldade.

Na análise dos dados, verifica-se que na questão 9.2 do instrumento de pesquisa, estão relacionadas às dificuldades encontradas para implantar um programa de qualidade na instituição, dois HUs assinalaram “Não se aplica” em todos os itens questionados. Os demais resultados estão resumidos no Quadro 13.

| Dificuldade / Grau de influência             | Muita | Moderada | Pouca | Nenhuma | Não se aplica |
|--|-------|----------|-------|---------|---------------|
| 1. Política institucional                    |       | X        |       | X       | XX            |
| 2. Comprometimento dos gestores              |       | X        |       | X       | XX            |
| 3. Envolvimento dos chefes de serviço        |       | X        | X     |         | XX            |
| 4. Capacitação para qualidade                |       | X        | X     |         | XX            |
| 5. Rotatividade de chefias                   |       | X        |       | X       | XX            |
| 6. Resistência a mudança dos funcionários    | X     | X        |       |         | XX            |
| 7. Excesso de outras atividades da equipe    | X     | X        |       |         | XX            |
| 8. Não priorização institucional             |       | X        |       | X       | XX            |
| 9. Desmotivação da equipe                    |       | X        |       | X       | XX            |
| 10. Ausência de uma equipe de qualidade      | X     |          |       | X       | XX            |
| 11. Falta de investimentos em infraestrutura |       | X        |       | X       | XX            |
| 12. Custo da implantação                     |       |          |       | X       | XXX           |
| 13. Ausência da cultura da qualidade         | X     |          | X     |         | XX            |
| 14. Falta de assessoria externa              | X     |          |       | X       | XX            |
| 15. Estabilidade dos funcionários            |       |          | X     | X       | XX            |

**Quadro 13** – Dificuldade e grau de influência para a implantação de um programa de qualidade  
Fonte: Pesquisa 2015

Os dados revelaram que nos HUs, resistência à mudança apresentadas pelos funcionários, excesso de outras atividades da equipe, ausência de uma equipe de qualidade, ausência da cultura da qualidade e falta de assessoria externa são consideradas as maiores dificuldades para a implantação de um programa de qualidade.

Os aspectos considerados, como fatores que impactam média dificuldade, ganham destaque na política institucional; o comprometimento dos gestores; o envolvimento dos chefes; a capacitação para a qualidade; a rotatividade de chefias; a não priorização institucional; a desmotivação da equipe e a falta de investimento em infraestrutura. Não foi apontado como dificuldade, por nenhum HU, o custo da implantação.

Dados semelhantes aparecem no Relatório do Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil. As dificuldades enfrentadas pelos hospitais públicos, durante o

processo de obtenção da acreditação, e os fatores que foram apontados estão associadas à criação de uma nova cultura: cultura de registro e formalização dos processos, de gestão da qualidade, de mensuração e de qualidade do hospital. Para Dinsmore e Silveira (2005) a mudança comportamental pode ser provocada, embora a jornada possa ser longa e cansativa. Persistência, paciência e autodisciplina são fatores-chave na indução da mudança. As mudanças no conhecimento são as mais rápidas e mais fáceis de acontecer. Mudança em atitudes e comportamentos individuais representam estados intermediários de dificuldade e de duração, mas, são indispensáveis.

Pesquisa realizada em 2013 por Fernandes e Mendes, em três hospitais públicos e um privado, na qual, os responsáveis pelos serviços de qualidade, apontaram os principais desafios para a implementação de um Programa de Qualidade, com destaque:

Desenvolver uma cultura de qualidade, incorporar uma visão sistêmica e instituir práticas interdisciplinares na organização. Atitudes como capacitar e sensibilizar equipe; comunicar avanços e dificuldades do programa; criar mecanismos de valorização e envolvimento da equipe; e formar comissões compostas por lideranças de diversas áreas são vistas como ações planejadas e estratégicas para o desenvolvimento de mudanças progressivas de atitudes favoráveis a uma cultura de qualidade (FERNANDES; MENDES, 2013 p. 85)

A implementação de programas de qualidade nos hospitais do Brasil, pode ser considerada uma prática recente, ou seja, do início da década de 1990. Assim, percebe-se que ainda há um longo caminho a percorrer na busca da excelência na saúde. Os gestores das instituições de saúde possuem inúmeros desafios, as pesquisas apontaram para ações relacionadas à gestão de pessoas, como sendo as principais dificuldades ou desafios para a viabilização dos programas de qualidade.

Considerando a complexidade hospitalar, para que ocorra gestão da qualidade é preciso desenvolver gestores capazes de “comprar essa ideia”, ou seja, comprometidos com o processo, com capacitação e sensibilização de todos para a cultura da qualidade institucional. Os autores Fernandes e Mendes (2013) reforçaram a relevância dos gestores ao afirmar:

Ressalta-se que a sustentabilidade de um Programa de Qualidade guarda relação direta com o apoio da alta direção em manter o programa alinhado ao planejamento estratégico. Assim, é necessário que a alta direção assuma o compromisso constante com os processos que envolvem o

Programa de Qualidade e que perceba a gestão da qualidade como estratégia para a sustentabilidade da organização Além disso, fica evidente a necessidade de sensibilização e informação dos funcionários/empregados em relação aos objetivos e os propósitos do Programa de Qualidade (FERNANDES; MENDES, 2013 p. 86).

Portanto, é possível dizer que o programa de qualidade deve ser um processo coordenado por uma equipe de qualidade, de forma participativa, visando diminuir a resistência ao novo. É essencial que este faça parte da política institucional, como uma meta comum a todos e, em especial tenha a participação dos gestores.

#### 4.2.6 Segurança dos pacientes e dos profissionais

Todos os hospitais participantes do estudo informaram que foi implementado, formalmente, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Atualmente, 50% dos HUs possui um plano de ações voltadas para a segurança do paciente já implantado e 50% está com o plano em elaboração.

No ano de 2013 a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira publicou, como parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a Resolução de N° 36 (RDC N° 36, de 25 de julho de 2013), que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Para efeitos desta Resolução, a segurança do paciente foi definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 2).

Dentre as ações previstas na RDC N° 36, está incluída a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que deverá adotar como princípios e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco; garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Para tal, o NSP deverá ser instituído como instância do serviço e terá como objetivo promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente como a elaboração do plano de segurança do paciente e o

monitoramento e notificação da ocorrência de eventos adversos, entendidos como incidentes que resultem em dano ao paciente, decorrentes da assistência à saúde (BRASIL, 2013).

Há um movimento internacional de segurança do paciente. No Brasil o plano de Segurança do Paciente, conforme previsto na RDC 36, contempla as seis metas internacionais de segurança e, é de responsabilidade de cada gestor a sua implantação. Os dados revelaram que os HUs estão se estruturando no sentido de implementar a referida RDC, uma vez que todos já possuem o núcleo de segurança, formalmente constituído, sendo este o primeiro passo para, a seguir, elaborar e implantar o Plano de Segurança do Paciente, conforme metas definidas.

Todas as instituições, em seu plano, possuem ações voltadas **à identificação dos pacientes, a medicamentos, a quedas de pacientes e a úlceras por pressão.**

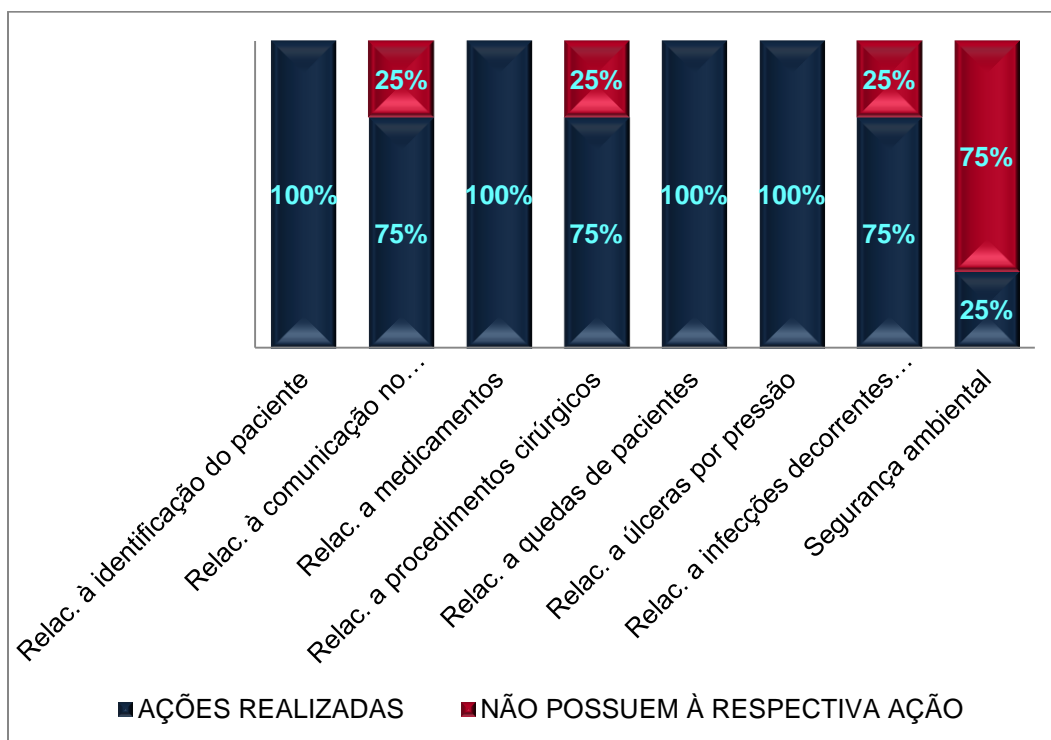
Percebe-se que nos planos elaborados pelas instituições, até o momento, ainda nem todas contemplaram as seis metas internacionais de segurança conforme previsto, exemplo disso, é que uma adotou apenas quatro das seis.

Também foi informado por 75% das instituições, que além dos itens relacionados, possuem em seu plano de Segurança do Paciente, ações relacionadas com: **a comunicação no ambiente dos serviços de saúde, os procedimentos cirúrgicos, a infecções decorrentes dos cuidados em saúde** e ações relacionadas com o **uso de dispositivos e equipamentos hospitalares.** Um HU, além dos citados, contém em seu programa **a segurança ambiental.** Os dados foram representados por HU no Quadro 14 e na Figura 24.

| AÇÕES RELACIONADAS   | H1 | H2 | H3 | H4 |
|--|----|----|----|----|
| Relacionados à identificação do paciente                     | X  | X  | X  | X  |
| Relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde | X  | X  |    | X  |
| Relacionados a medicamentos                                  | X  | X  | X  | X  |
| Relacionados a procedimentos cirúrgicos                      | X  | X  |    | X  |
| Relacionados a quedas de pacientes                           | X  | X  | X  | X  |
| Relacionados a úlceras por pressão                           | X  | X  | X  | X  |
| Relacionados a infecções decorrentes dos cuidados em saúde   | X  | X  |    | X  |
| Segurança ambiental  |    |    |    | X  |

**Quadro 14** – Componentes do Plano de Ação da Segurança do Paciente por instituição.  
Fonte: Pesquisa 2015

Na Figura 24 foi representado o percentual por ação nas quatro instituições, onde se observa que 100% delas informou possuir ações relacionadas à identificação de pacientes, medicamentos, queda de pacientes, úlceras por pressão.

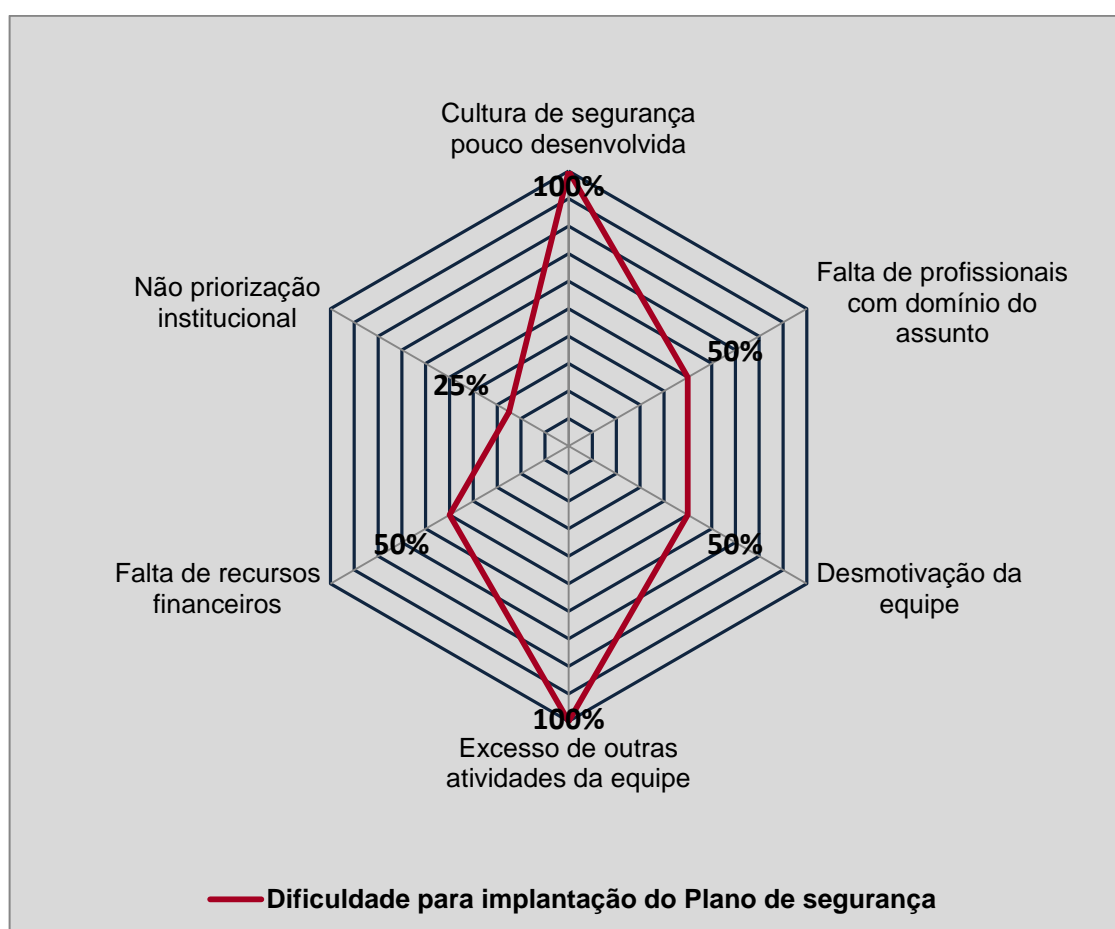


**Figura 24** – Percentual por ação implementada do plano de segurança do paciente na quatro instituições  
Fonte: Pesquisa 2015



Como dificuldade na implantação do plano de Segurança do Paciente na instituição, aparece a **cultura de segurança pouco desenvolvida** e o **excesso de outras atividades da equipe**, considerados por 100% dos HUs.

Dois HUs ainda identificaram como dificuldade a **falta de profissionais com domínio no assunto**, a **desmotivação da equipe**, a **falta de recursos financeiros**. Apenas, um deles considerou como dificuldade para implantação do plano de Segurança do Paciente, a **não priorização institucional**, conforme demonstrado na Figura 25.



**Figura 25** – Percentual de instituições com as dificuldades encontradas para a implantação do Plano de segurança do paciente.

Fonte: Dados da Pesquisa 2015

A cultura de segurança pouco desenvolvida foi apontada por todas as instituições como dificuldade para a implantação do plano de segurança.

O termo cultura de segurança é um tema recente e sem muita clareza na sua definição. Para Barros (2013) a Cultura de Segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo,

os quais, determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

O autor ressaltou a relevância da cultura de segurança, o que reforça os resultados dessa pesquisa que apontaram a cultura de segurança pouco desenvolvida e o excesso de outras atividades das equipes de segurança, como as maiores dificuldades na implantação do plano de segurança nas instituições.

Todos os HUs consideraram que a **organização formal dos processos de trabalho influencia, positivamente**, na segurança dos pacientes, bem como, na segurança dos profissionais. No estudo, apareceram os seguintes depoimentos: segundo o H1 porque “a organização dos processos possibilita a identificação de possíveis erros e sua mitigação; para o H2 porque *“possibilita a mudança de paradigmas, atenta a valores humanos, éticos ou jurídicos da instituição”*; H3 porque *“evita ou minimiza erros”*; já para o H4 porque *“permite a padronização, definição de objetivos, possibilidade de acompanhamento de indicadores, melhora o desempenho”*.

A **organização formal dos processos de trabalho** (manuais de trabalho) nos Hospitais Universitários Federais foi **considerada importante** para todos os entrevistados. Para o H1 porque *“permite avaliação, mensuração e estratégias de melhoria”*; *“Uniformiza condutas e qualifica a atuação profissional e assim aumenta a segurança para os pacientes e para os profissionais”* e para H2, porque *“estrutura processos e delimita habilidades”, “cria a cultura da segurança”*; para o H3 *“porque padroniza as ações”*; para o H4 pela *“padronização, definição de objetivos claros, possibilidade de acompanhamento de indicadores, melhora o desempenho”*.

O principal objetivo de um hospital é a prestação de serviços seguros na área da saúde, com qualidade, eficiência e eficácia. Assim, qualquer risco ou dano ao paciente no atendimento deve ser tratado com transparência e responsabilidade, por meio da identificação, notificação e análise das possíveis causas e a adoção de estratégias capazes de evitar que o erro se repita. A organização formal dos processos de trabalho resulta em uniformidade de procedimentos. É um processo que traz mudanças de hábitos e de comportamentos, requer dos profissionais uma análise crítica da prática do dia a dia, gerando uma ruptura do cuidado mecanizado, bem como possibilitando um ambiente organizacional mais seguro.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar a organização formal dos processos de trabalho nos Hospitais Universitários Federais localizados no Estado do Rio Grande do Sul. Conforme foi demonstrado, por meio dos resultados, todos os objetivos previstos foram atingidos, bem como houve troca de experiências e a incorporação de novas práticas identificadas entre os HUs.

Nos hospitais, percebeu-se a existência de estrutura formal de padronização dos processos de trabalho, porém, em apenas uma instituição há um serviço estruturado de qualidade, hierarquicamente, ligado diretamente à Direção. Fato este, pode contribuir na falta de certificação em programas de qualidade nesses hospitais, uma vez que apenas um HU, dos quatro participantes no estudo, possui certificação.

Das respostas da pesquisa, ficou claro que todas as instituições consideraram importante a existência de manuais, protocolos e POPs, escritos e disponíveis à equipe profissional. Esses instrumentos podem contribuir para a qualidade dos serviços e segurança do paciente.

Evidenciou-se que todas as instituições trabalham na organização e padronização dos processos de trabalho, alguns, estruturados como manuais de gerenciamento da rotina, outros com gerenciamento eletrônico dos processos. Dada a complexidade da gestão, em instituições de saúde, uma equipe multiprofissional com conhecimento e habilidade técnica torna-se vital para o desenvolvimento de trabalho com qualidade e segurança.

Os HUs federais do RS devem ser estimulados a compor equipes de trabalho voltadas para a gestão da qualidade, que possam contribuir na padronização de documentos institucionais organizados na forma de Manual de Gerenciamento da Rotina. Entende-se que a construção desse manual deve ocorrer com a participação das diferentes categorias profissionais de cada serviço, pelo envolvimento e valorização do saber dos profissionais gerando adesão ao processo.

Na pesquisa verificou-se que a organização formal de documentos varia de uma instituição para outra, respeitando suas particularidades, mantendo a flexibilidade, por meio da adoção de práticas que se adequam à realidade institucional, porém, seguindo um padrão definido.

A padronização, em todos os serviços, de um conjunto de documentos contendo o perfil da instituição, macro e fluxogramas dos processos críticos, descrição dos procedimentos operacionais padrão, instruções de trabalho, principalmente, a operação de equipamentos, protocolos assistenciais e responsabilidades profissionais, vem sendo discutido na literatura, como estratégia para a uniformidade de informações e ações, podendo resultar em segurança para os pacientes e para os profissionais.

As instituições consideraram importante as capacitações e o investimento nas pessoas, buscando aprimorar os processos de trabalho, por meio da participação das equipes, o que vem ao encontro de estudos referenciados na literatura nacional e internacional.

A totalidade dos Hus considerou importante a avaliação dos processos de trabalho, por meio de auditorias internas, a fim de verificar a conformidade na execução dos procedimentos, com vistas à melhoria contínua e à segurança dos pacientes e dos profissionais. No entanto, os dados apontaram para a necessidade de ampliar as estratégias relacionadas a auditorias internas, vistas como um processo sistemático e periódico para avaliação das conformidades e não conformidades, objetivando qualidade, segurança, eficiência e eficácia institucional.

Os dados resultantes de auditorias podem gerar indicadores que devem ser monitorados, o que supõe uma gestão competente, comprometida com o processo de mudança e da melhoria contínua. Neste sentido, no estudo, percebeu-se evidências de deficiência no efetivo monitoramento de indicadores de qualidade e falta de plano de ação com metas definidas de melhorias, o que possibilita rodar o PDCA, ferramenta de qualidade, amplamente difundida na literatura.

As ferramentas de qualidade são de extrema importância para o mapeamento, a análise e o monitoramento dos processos, possibilitando a visualização clara dos problemas institucionais. Apesar da importância, tais ferramentas são pouco difundidas e utilizadas nos HUs em estudo. Dentre as mais utilizadas, aparece o Planejamento Estratégico, o *Balanced Scorecard* (BSC) e o Sistema Integrado de Gestão (SIG).

Na organização e estruturação dos processos de trabalho nos Hus apareceram como principais dificuldades a resistência dos funcionários, seguido por excesso de outras atividades e falta de infraestrutura.

A principal dificuldade, resistência dos funcionários, remete à necessidade de investimento nas pessoas, como questão estratégica, educação continuada, com ações institucionais e pontuais, a fim de obter a adesão das pessoas ao processo, pois resistência, muitas vezes, é decorrente de falta de entendimento.

A falta de infraestrutura e o excesso de outras atividades podem ser traduzidos em falta de priorização institucional, uma vez que as instituições afirmaram que a política institucional teve influência moderada no desenvolvimento e implantação dos manuais de gerenciamento da rotina.

De modo que é possível dizer que o programa de qualidade deve ser um processo coordenado por uma equipe de qualidade, de forma participativa, visando diminuir a resistência ao novo, às mudanças. É essencial que as metas da qualidade façam parte da política institucional, para que sejam vistas como propósito comum a todos, com especial participação dos gestores.

Ao realizar o presente estudo, foi possível perceber que ainda há um longo caminho a percorrer na busca pela excelência na gestão das organizações de saúde. Ainda há inúmeros desafios, principalmente, relacionados à gestão de pessoas. É preciso desenvolver gestores capazes de “comprar essa ideia”, ou seja, comprometidos com a gestão da qualidade.

Por fim, acredita-se que o conteúdo deste estudo pode contribuir na criação de oportunidades de mudanças na prática da organização dos processos de trabalho nos HUs, tornando, assim, os serviços mais seguros para os pacientes e para os profissionais.

Percebeu-se com esta pesquisa que, os Hospitais Universitários Federais do RS, vêm se tornando, progressivamente, sensíveis à importância da modelagem dos processos de trabalho, para obtenção de um padrão de assistência e busca de uma certificação de qualidade e segurança do paciente e dos profissionais. Esta mudança decorre da inserção do hospital nos contextos políticos, econômicos e sociais, cada vez mais exigentes. No entanto, os mesmos precisam ainda passar por um processo de mudança, no qual a qualificação da gestão e a incorporação da qualidade institucional não permanecem alheias.

O aprofundamento no tema da pesquisa acarretou conhecimento e grande satisfação pessoal. No momento em que qualidade e segurança na saúde são pauta constante nos órgãos governamentais, os usuários e a mídia tornaram-se fiscalizadores dos serviços prestados, os gestores e profissionais da saúde

perceberam a importância de oferecer serviços seguros e de qualidade. Hoje, a grande maioria, dos gestores e dos profissionais que atuam em hospitais, está aberta ao tema, o que tem facilitado a discussão do assunto nas instituições e, talvez, tenha sido o motivo da participação de 100% dos HUs federais nesse estudo.

No entanto, ainda há pouca publicação sobre organização e padronização dos processos de trabalho nas instituições hospitalares, o que dificulta a possibilidade de análises comparativas dos resultados desse estudo com outros estados ou mesmo instituições de outra natureza, seja privada ou filantrópica.

As exigências éticas para a realização da pesquisa, ou seja, a necessidade de aprovação da pesquisa nos comitês de ética das instituições participantes torna o processo moroso e desgastante para o pesquisador. Talvez, em se tratando de instituições sujeitas à mesma legislação federal o comitê de ética da instituição de origem, pudesse validar a execução da pesquisa nas demais instituições.

O fato de não haver serviços de qualidade ou similar oficialmente constituído, na maioria das instituições pode ter dificultado o entendimento de algumas questões da pesquisa. Dada a relevância e interligação entre o contexto da organização formal dos processos de trabalho e a cultura institucional de qualidade nas instituições para o desempenho global e sucesso da organização, é interessante investigar a relação entre a organização formal dos processos de trabalho para a segurança do paciente e dos profissionais e a cultura institucional de qualidade em diferentes contextos dos HUs federais do RS.

Considerando os resultados do estudo realizado nos HUs federais do RS, sugere-se a realização desse nos demais HUs federais do país, para assim obter um diagnóstico situacional mais abrangente. Entende-se que tais estudos são de grande relevância, uma vez que permitem identificar situações, problemas e práticas comuns, bem como, ações que podem ser socializadas e adotadas por outras instituições.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, L. M. **Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BARROS, C. G. **Segurança do Paciente como Prioridade nas Organizações Hospitalares**. Apresentação congresso de 24 a 26 de julho 2013. São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://sbhci.org.br/2013/wp-content/uploads/2013/08/24/acai/ClaudiaGarciaDeBarros.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2014.

BISPO, E. P. F. **Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na estratégia de saúde da família**. 46 f.: il. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo. v.35, n.5, p.319-31, maio 2011.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 1988**, artigo 196, p. 33, Brasília-DF: 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Introdução a gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **RDC Nº 36**, de 25 de julho de 2013 b. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.fnn.org.br/anvisa\\_rdc36.pdf](http://www.fnn.org.br/anvisa_rdc36.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105206-701.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1000/MEC/MS**, de 15 de abril de 2004 b. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1006/MEC/MS**, de 27 de maio de 2004 c. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor.

Disponível em: <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1702/MEC/MS**, de 15 de abril de 2004 d. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório de auditoria de natureza operacional nos Hospitais Universitários** FOC HU TC nº 002.024/2009-5Fiscalis nº: 499/2009. Ministro Relator: Ministro Aroldo Cedraz. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileiro de Serviços Hospitalares – EBSEH 15 de janeiro, de 2011. p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 17 ago.2013.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.091**, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 16 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 7082**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília: **DOU** de 27.1.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº1101/GM** de 12 de junho de 2002 p. 19. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BURITI, M.C. **Acreditação**: diferentes obstáculos Brasil afora. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/39473/acreditacao-diferentes-gaps-brasil-afora>>. Acesso em: 1 out. 2013.

CAMPOS, F.V. **Qualidade Total**: Padronização de Empresas. Fundação de Desenvolvimento Gerencial. Belo Horizonte, 1992.

\_\_\_\_\_. **Padronização de empresas**. Belo Horizonte, MG: Desenvolvimento Gerencial, 1999.



\_\_\_\_\_. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia**. Belo Horizonte, MG Nova Lima. 2004.

\_\_\_\_\_. **O verdadeiro poder**. Belo Horizonte, MG: Nova Lima, 2011.

CAPELLA-MONTSSERAT,D.;CHO,M.; LIMA,R.S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. ANVISA: Brasília, DF. 2013. (p.13-17).Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

CAUCHICK, M.P.A et al. **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier: ABEPRO, 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?V\\_Estado=00](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?V_Estado=00)>. Acesso em: 20 ago 2013.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?V\\_Estado=43&VMun=431690](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?V_Estado=43&VMun=431690) Acesso em: 21 out 2014.

CLINCO, S.D.O. **O Hospital é Seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98 f. Dissertação. (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007.

CSILLAG, J.M.; CSILLAG, C. (Trad.). **Juran planejando para a qualidade**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

CROSBY, P.B. **Qualidade é Investimento**. 2.ed: Rio de Janeiro: Olympio, 1986.

CUNHA, M. A.; SOUZA Q. G. **O Conceito de Processo de Trabalho para Alinhar Sistemas de Informação com os Objetivos das Organizações**. Disponível em: <http://equipe.nce.ufrj.br/amauri/Artigos/O%20Conceito%20de%20Processo%20de%20Trabalho%20-%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.

CURY, A. **Organização e Método: uma visão holística**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS Ministério da saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-em-dados/revistaleitos18.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2014.

DAVENPORT, T.H. **Reengenharia de Processos**: como inovar na empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DEMING, E.W. **Qualidade: a revolução na produtividade.** Rio de Janeiro, Marques Saraiva, 1990. ISBN 8585238151.

DINSMORE, P. C.; SILVEIRA N.F. H.da. **Gerenciamento de Projetos e o fator humano: conquistando resultados através das pessoas.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med, 1990.

\_\_\_\_\_. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University Press, 2003.

DURAN, E.C.M.; ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Conhecimento de enfermagem em saúde do trabalhador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n. 3, p.416-23, 2007.

DVOREDSKY, A.E.; JARAMILLO, E.R. El hospital docente del siglo XXI. **Hospital Clinics**, Univ. Chile, v.20, p.296-301, 2009.

FELDMAN, LB.; CUNHA, ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.4, p.540-5, jul/ago, 2006.

FELDMAN, BL; GATTO, FA; CUNHA, OKCI. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** São Paulo, Acta Paul Enferm. 18(2):213-9, 2005.

FELDMAN, L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde.** São Paulo: Martinari, 2004.

FERNANDES, A.P.; MENDES, V.L.P.S. **Núcleos de Qualidade Hospitalar: Possibilidades e Desafios para Implementação de um Programa de Qualidade.** Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde 18 a 20 de junho de 2013 Centro de Convenções Rebouçás; Perspectivas da qualidade em redes de atenção à saúde. Anais 2013, trabalho p.81.

FORGIA, G.M.; COUTTOLOENC, B.F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência.** São Paulo: Singular, 2009, p 86-8, p.316-21.

FREITAS, C.S.. **Disciplina de Gestão da Qualidade.** Centro Universitário do Norte. Manaus: Apostila, 2009.

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

\_\_\_\_\_. **Gestão de Pessoas: enfoque nos profissionais.** São Paulo: Atlas, 2006.

GODOY, F.; SILVA, F.. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência: Percepção dos Enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Londrina, 2010. 155 f. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

GODOY, P.T.. **Inovação como Estratégia Competitiva nas Organizações de Serviços da Região Central, RS: Com base em Sistema de Medição de Desempenho 2013.** 119 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

GUIA DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO. **Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4. ed., 2011. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-hospital-survey-process-guide>. Acesso em: 5 ago. 2013.

HENRIQUES, C.M.P. **Manual brasileiro de acreditação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA RS. **Manual De Gerenciamento da Rotina.** 2.ed. Santa Maria, 2013.

INSTITUTO COPPEAD DE ADMINISTRAÇÃO. **Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil: Relatório de pesquisa 2009-2011.** Rio de Janeiro, 2013. [http://www.coppead.ufrj.br/upload/publicacoes/panorama\\_acreditacao\\_brasil.pdf](http://www.coppead.ufrj.br/upload/publicacoes/panorama_acreditacao_brasil.pdf)

*JOINT COMMISSION INTERNACIONAL.* **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais (JCI),** 4. ed. Rio de Janeiro, Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA);2011.

JURAN, J.M.; GRAYNA, F.M. **Controle da qualidade: Conceitos, políticas e filosofia da qualidade.** São Paulo: Makron/Mc Graw-Hill, 1995.

JURAN, J. M. **A Qualidade desde o projeto: novos passos para o Planejamento da Qualidade em Produtos e Serviços.** São Paulo: Cengage Learning, 2009.

KOHN, L.Y.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: Building a Safer Health System.** Washington DC: National Academy Press, 2000.

LANA, L.D.;et al. Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem para subsidiar a instituição de padrões de qualidade. **RAS**, v.13, n.52, 2011.

LIMA, S.B.S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro.** 2008. 283 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

- LUONGO J. (Org). **Gestão de qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.
- LUONGO J.; Rocha,M.R.**Gestão estratégica em saúde**. In: LUONGO J. (Org). **Gestão de qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.
- MACHADO, M.M. Os desafios do Enfermeiro na Acreditação em Saúde. IV Simpósio Gestão em Serviços de Enfermagem – Canoas 25 e 26 de out. 2013. **Anais**. Canoas-RS, 2013.
- MALIK, A.M; SCHIESARI,L. M.C. Qualidade e acreditação. In: VECINA, Neto.G.; MALIKA, A.M. **Gestão em saúde**- [Reimp.]- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- MANZO, B.F.; et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.20, n.1: [08 telas] jan.-fev., 2012.
- MANZO, B.F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- MARTINS M. **Qualidade do cuidado em saúde**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.
- MARTINS, V.F.; CARMO, C.R.S.; NGANGA, C.S.N. Acreditação em Organizações de Saúde: Um Estudo Exploratório. **Cadernos da FUCAMP**, v.12, n.16, p.30-44, 2013.
- MANUAL DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL. Instituto Qualisa de Gestão. Programa de Acreditação Canadense International; 2007. Disponível em: <<http://www.internationalaccreditation.ca/Downloads/EOsample.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.
- MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.
- MIRANDA,T. V. **Aspectos históricos da qualidade na saúde**. LUONGO J. (Org). **Gestão de qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.
- MISHAWKA, V. **A implantação da qualidade e da produtividade pelo Método do Dr. Deming**. São Paulo: McGraw-Hill, 1990.
- OLIVEIRA, D.P.R. **Sistemas, Organizações & Métodos**. 20.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, S.B. Identificando e classificando os processos de sua organização. In: VALLE, R.; OLIVEIRA, S.B. (Orgs). **Análise e Modelagem de Processos de Negócio**. São Paulo: Atlas, 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas: Educato, 2009.

PALADINI, E.P. **Gestão da qualidade no processo**: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 2002.

PAVANI O.J.; SCUCUGLIA R. **Mapeamento e Gestão por Processos – BPM**. Gestão orientada à entrega por meio de objetos. São Paulo: M.Books do Brasil, 2011.

PITTA, A.M.F. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.

QUINTO, N.A. **Processo de acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

\_\_\_\_\_. **Acreditação de Organizações de Saúde**: Sistema Brasileiro de Acreditação Saúde. Simpósio Gestão em Serviços de Enfermagem – Canos 25 e 26 de out. 2013. Palestra.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 22 set. 2014.

SCHIESARI, L.M.C. **Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil**: podemos fazer diferente? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.10, p.4229-34, 2014.

SILVA, A.A. **Cenários e tendências em saúde**. In: *Gestão e saúde: temas contemporâneos abordados por especialistas*, Porto Alegre: IAHCS, 2011. p.40.

TIOSSI, F.M. **Padronização em serviços bancários**. 98 f. 2007. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração)– Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, 2007.

VALLE, R.; OLIVEIRA, S.B. **Análise e Modelagem de Processos de Negócio**. São Paulo: Atlas, 2012.

VECINA N.G. **A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O.J.N.V. **Funcionários por leito**: estudo em alguns hospitais públicos e privados. *RAS*, v.4, n.14, 2002.



## **APÊNDICES**





## APÊNDICE A

### Quadro resumo da “Produção do conhecimento sobre Padronização de Processos e Qualidade nos Hospitais”

| Nº | TÍTULO  | AUTORES                       | ANO/<br>TIPO DE ESTUDO                 | REVISTA  | PALAVRAS CHAVE   | OBJETIVO  | PAÍS           |
|----|---|-------------------------------|--|--|--|---|----------------|
| 01 | Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente?                      | Schiesari, Laura Maria Cesar. | 2014                                   | Ciência & Saúde Coletiva, 19(10): 4229-4234, 2014. | <i>Avaliação em saúde, Avaliação de serviços, Qualidade da assistência, Acreditação.</i>   | Abordar aspectos relacionados ao uso de modelos de avaliação externa de serviços de saúde no Brasil   | Brasil         |
| 02 | Derivação e validação de um modelo padronizado de risco para Benchmarking                               | Arnold et al                  | 2014<br>Estudo de coorte retrospectivo | American Heart Association, Inc.                   | Qualidade de vida, infarto do miocárdio e fatores de risco.  | Padronizar e validar o modelo em uma coorte única de pacientes com IAM.   | Estados Unidos |
| 03 | Melhoria contínua da qualidade usando inteligente. A análise de dados da bomba de infusão.              | Breland Burnis D.             | 2010                                   | Am J Health-Syst Pharm                             | Computadores; dispositivos; A administração do medicamento; Erros, medicação; hospitais; Garantia de qualidade; toxicidade.                | Descrever o uso da melhoria contínua da qualidade com o uso de processos de bombas de infusão inteligentes em uma comunidade de hospitais escola.                               | Estados Unidos |
| 04 | Um quadro para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde na Índia: a hora é aqui e agora!            | Varkey P, Kollengode A        | 2011                                   | J Postgrad Med                                     | Índia; Lean; segurança do paciente; Plan-Do-Study-Act; melhora da qualidade; Six Sigma   | Discutir o quadro de QI e revisar as metodologias Plan-Do-Study-Act (PDSA), Lean e Six Sigma, e rapidamente discutir conceitos de segurança do paciente e medidas de qualidade. | Índia          |
| 05 | Papel de um sistema de gestão da qualidade para melhorar paciente aspectos de segurança em laboratório. | Allen LC                      | 2013<br>A revisão da literatura        | Clinical Biochemistry                              | Gerenciamento de qualidade; gerenciamento de Sistema de qualidade; segurança do paciente; ISO 15189; laboratório de acreditação de Ontario | Descrever como a implementação de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) baseado na norma ISO 15189 aumenta a segurança do paciente.   | Canada         |

| Nº | TÍTULO   | AUTORES                               | ANO/<br>TIPO DE ESTUDO  | REVISTA  | PALAVRAS CHAVE  | OBJETIVO   | PAÍS           |
|----|--|---------------------------------------|---|--|---|--|----------------|
| 06 | Iniciativas de qualidade, o poder do banco de dados: O que são e como funcionam.                                 | Grover et al                          | 1995  | Ann Thorac Surg                                  | -----<br>---  | -----<br>-----   | Estados Unidos |
| 7  | Padronização na segurança do paciente: a OMS Alta projeto 5s.  | Leotsakos et al.                      | 2014<br>Pesquisa de campo com abordagem multifacetada para avaliação. | International Journal for Quality in Health Care | Segurança do paciente, protocolo operacional padrão, de normalização, de avaliação, de segurança de medicamentos, de segurança cirúrgica. | Avaliar se é viável implementar processos padronizados de cuidados de saúde em cada um hospitais, entre vários hospitais dentro de cada país e além das fronteiras do país?<br>Em caso afirmativo, qual é o impacto de padronização sobre os problemas de segurança que o projeto tem como alvo? | Inglaterra     |
| 08 | Avaliação e padronização de passagem dos residente práticas: projeto PACT  | Tapia NM et al                        | 2013<br>Estudo prospectivo  | journal of surgical research                     | Troca residentes<br>Cirurgia<br>Horas de funcionamento<br>Erros médicos   | O objetivo deste estudo é investigar os métodos atuais de passagem no nosso centro, a fim de desenvolver um processo eficaz estruturado.   | Estados Unidos |
| 09 | A literatura publicada sobre trocas em hospitais: deficiências identificadas em uma extensa revisão.             | Cohen Michael D, P<br>Brian Hilligoss | 2010  | Qual Saf Health Care                             | -----<br>---  | Identificar deficiências sobre trocas em hospitais, na literature.   | Estados Unidos |
| 10 | Desenvolvimento de um sistema de gestão de documentos para a uniformização dos documentos de laboratório clínico | Hwang, S-H et al.                     | 2013  | Ann Lab Med                                      | Gestão de documentos,<br>Código de identificação do documento,<br>Padronização em laboratório clínico,<br>Acreditação de laboratórios.    | Facilitar o estabelecimento de um sistema de gerenciamento estrategicamente eficaz e sustentável de padronização de documentos.  | Coréia         |

| N <sup>o</sup> | TÍTULO  | AUTORES   | ANO/<br>TIPO<br>DE<br>ESTUD<br>O | REVISTA  | PALAVRAS<br>CHAVE   | OBJETIVO   | PAÍS           |
|----------------|---|---|----------------------------------|--|---|--|----------------|
| 1<br>1         | Gestão da Qualidade em Radiologia: Aspectos Históricos e definições básicas   | Erturk,Sukru Mehmet; Ondategui-Parra, Silvia; Ros, Pablo R. | 2005<br>Pesquisa<br>Descritiva   | Journal of the American College of Radiology     | Gestão da qualidade, garantia da qualidade, melhoria contínua da qualidade , controle de qualidade                | -----<br><br>----  | Estados Unidos |
| 1<br>2         | A implementação de um plano de qualidade (ISO 9002)...  | Villalba R, et al.  | 2011                             | Cell and Tissue Banking                          | Organização internacional para padronização, padrões, banco de tecido, controle de qualidade, plano de qualidade. | Implantar um plano de qualidade em um banco de tecidos regionais.  | Espanha        |
| 1<br>3         | Readmissão e um indicador válido da qualidade de internação em assistência psiquiátrica?  | Durbin, J et al.  | 2007<br>Artigo de revisão        | Journal of Behavioral Health Services & Research | -----<br><br>----   | Avaliar a associação entre readmissão precoce e qualidade de atendimento psiquiátrico.   | Estados Unidos |
| 1<br>4         | Garantia de Qualidade em cirurgia cardíaca: Configurando os registros cardíacos austríacos. Hospitais Padrões tem Sistemas de Informação adequado | Staudinger et al  | 2008                             | Qual Assur J                                     | Garantia de qualidade; banco de dados cardíaca; sistemas de informação em saúde                                   | Verificar as condições em que sistemas de informação hospitalar existente (HIS) pode ser adequado para o coração.  | Áustria        |
| 1<br>5         | Padronização de sistemas de informação em saúde África do Sul: o Desafio da sustentabilidade local  | Jacucci E; Shaw V; Braa J                                   | 2006                             | Wiley InterScience                               | Padronização ; distrito de sistema de informação em saúde; sustentabilidade.                                      | Conceituar a interdependência entre a adaptação local e apropriação de padrões globais e o valor que isso contribui para o padrão global através da melhoria da qualidade dos dados. | África do Sul  |

| Nº | TÍTULO  | AUTORES                                      | ANO/<br>TIPO DE ESTUDO | REVISTA  | PALAVRAS CHAVE   | OBJETIVO  | PAÍS      |
|----|---|--|------------------------|--|--|---|-----------|
| 16 | Relações entre o volume, eficiência e qualidade em cirurgia: um delicado balanço a partir de perspectivas gerenciais.               | Kraus TW; Büchler, MW ;Christian Herfarth, C | 2005                   | World J. Surg                                  | -----  | Analisar como volume, eficiência e qualidade hospitalar são inter-relacionados no gerenciamento de hospitais cirúrgicos, com particular foco nos efeitos de volume: sobre restrições financeiras, eficiência é a melhor forma de controlar os custos.   | Suíça     |
| 17 | Implementando a passagem na cabeceira : estratégia para o gerenciamento de mudanças   | McMurray A et al.                            | 2010                   | Journal of Clinical Nursing                    | Comunicação interpessoal, passagem de enfermagem, o cuidado centrado no paciente, as informações do paciente, a participação do paciente, qualidade dos cuidados | Identificar fatores que influenciam a mudança em dois hospitais, que passou de gravado e verbal para passagem de cabeceira.   | Austrália |
| 18 | A Gestão por Processos Gera Melhoria de qualidade e redução de custos: O caso da Unidade de Ortopedia e Traumatologia do HC da UFPE | Lagioia et al                                | 2008                   | Revista Contabilidade Financeira USP São Paulo | Indicadores de qualidade hospitalar. Protocolos médicos. Hospitais universitários  | Verificar até que ponto a utilização de protocolos de atendimento médico hospitalar pode promover um incremento na qualidade dos serviços prestados via padronização de processos, no mesmo tempo em que propicia uma redução nos custos diretamente relacionados aos procedimentos protocolados. | Brasil    |

| N <sup>o</sup> | TÍTULO   | AUTORES                | ANO/<br>TIPO DE ESTUDO                                    | REVISTA                   | PALAVRAS CHAVE   | OBJETIVO  | PAÍS           |
|----------------|--|------------------------|---|---------------------------|--|---|----------------|
| 19             | Fatores Associados à variabilidade nos resultados para crianças hospitalizadas com infecção urinária.          | Conway PH; Keren R.    | 2009<br>Estudo de coorte retrospectivo                    | The Journal of Pediatrics | -----<br>---   | Descrever a variabilidade nos resultados e processos de acolhimento de crianças hospitalizadas por infecção do trato urinário (UTI), e identificar pacientes e hospitalares fatores que podem explicar a variabilidade.   | Estados Unidos |
| 20             | Rumo a um quadro de modelo de negócio inovação na prestação de cuidados de saúde nos países em desenvolvimento | Castano, R.            | 2014  | BMC medicine              | Modelo de negócio da inovação; Atendimento de qualidade; padronização; separabilidade; Paciente centralidade.  | Propor modelos de negócios de inovação  | Estados Unidos |
| 21             | A análise estatística dos indicadores de desempenho no Reino Unido ensino superior.                            | Draper D; Gittoes M.   | 2004  | J. R. Statist. Soc. A     | Calibração; Inferência causal; contrafactuais; Modelos de efeitos fixos; hierárquica e modelagem multinível; Tabelas de classificação; Estudos observacionais; Avaliação da qualidade; | Medir a qualidade com que instituições como hospitais e universidades exercer os seus mandatos públicos ganharam em frequência e sofisticação ao longo da última década.  | Reino Unido    |
| 22             | Desenvolver um caminho de alto valor, centrado no paciente em artroplastia total.                              | Van Citters AD, at al. | 2014<br>Combinação de quantitativo e métodos qualitativos | Clin Orthop Relat Res     | -----<br>---   | Desenvolver uma via de cuidados clínicos generalizáveis para primárias TJA usando insumos clínica, acadêmica e pacientes partes interessadas; Identificar-leave I paciente e sistema- processos para fornecer uma assistência segura, eficaz, eficiente, e no paciente para pacientes submetidos a TJA. | Estados Unidos |

| Nº | TÍTULO   | AUTORES          | ANO/<br>TIPO DE<br>ESTUDO                            | REVISTA   | PALAVRAS<br>CHAVE  | OBJETIVO  | PAÍS             |
|----|--|------------------|--|---|--|---|------------------|
| 23 | Resultados em um Hospital relacionamentos entre admissões médicas na UTI.  | Durairaj, et al  | 2005<br>Estudo de coorte retrospectivo               | Clinical Investigations in Critical Care                      | Taxa de risco; hospital volume; UTI; mortalidade; resultados; ajuste de risco; a gravidade da doença.  | Determinar a relação entre volume hospitalar e risco ajustado em mortalidade hospitalar para pacientes admitidos em UCI com distúrbios respiratórios, neurológicos e do trato gastrointestinal. | Estados Unidos   |
| 24 | Impacto da TI apoiando percursos clínicos em satisfação da equipe médica. Um estudo de coorte longitudinal e prospectivo | Schuld J et al.  | 2011<br>Um estudo de coorte longitudinal prospectivo | international journal of medical informatics 80               | Percurso clínico; apoio da tecnologia da informação; satisfação da equipe; qualidade de atendimento; Tratamentos padrões; Profissionais clínicos | Avaliar a satisfação da equipe médica em relação aos percursos clínicos.  | Alemanha         |
| 25 | Conjuntos de normas em cuidados de saúde: uma avaliação sistemática dos seus efeitos.                                    | Chan AJ et al.   | 2012<br>Pesquisa bibliográfica                       | International Journal of Technology Assessment in Health Care | Sistemas de ordem médica entrada, padronização de protocolos clínicos, sistemas de apoio à decisão clínica, prescrições medicamentosas, revisão  | Determinar a eficácia dos conjuntos de ordem para melhorar a aderência diretriz, os resultados do tratamento, processos de atendimento, eficiência e custo                                      | Inglaterra       |
| 26 | O planejamento da alta: um estudo exploratório   | McKenna H et al. | 2010<br>Estudo exploratório                          | Journal of Clinical Nursing                                   | Comunicação, planejamento de alta, de trabalho multidisciplinar, política e procedimentos, papéis  | Examinar o atual processo de descarga, rever a interface entre a equipe de enfermagem e serviços de enfermagem distrital e analisar a qualidade e o padrão da documentação em uso.              | Irlanda do Norte |

| Nº | TÍTULO  | AUTORES  | ANO/<br>TIPO DE<br>ESTUDO | REVISTA                  | PALAVRAS CHAVE  | OBJETIVO   | PAÍS              |
|----|---|--|---------------------------|--------------------------|---|--|-------------------|
| 27 | A<br>responsabilidade<br>corporativa dos<br>gestores de<br>organizações de<br>saúde e a<br>segurança do<br>paciente.  | Antônio<br>Quinto<br>Neto                              | 2008<br>Descritivo        | RAS                      | Administração<br>hospitalar.<br>Gerenciamento de<br>riscos.<br>Efeitos adversos.<br>Gestão da qualidade   | Discorrer a atual<br>relevância da<br>segurança do<br>paciente para os<br>gestores e o papel<br>fundamental que<br>podem<br>desempenhar no<br>sentido de<br>tornarem as<br>instituições de<br>saúde mais<br>seguras e menos<br>arriscadas.   | Brasil            |
| 28 | Incorporando<br>Normas nos<br>cuidados<br>perinatais.   | Turnock<br>BJ,<br>Masterson<br>JW                      | 1986                      | Public Health<br>Reports | -----   | Entender a aceitar<br>as bases para<br>monitorização,<br>avaliação e<br>estratégias<br>regulatórias para<br>hospitais com<br>maternidade e<br>unidade de recém-<br>nascidos.   | Estados<br>Unidos |
| 29 | Heterogeneidade<br>em vias de<br>diagnóstico de<br>doentes: um<br>exemplo de<br>ultrassom com<br>contraste<br>scans de<br>diagnóstico para<br>lesões hepáticas<br>focais. | Smith AB,<br>Filby A,<br>Carr LM                       | 2014                      | BMC<br>Research<br>Notes | Ultrassom, MR, CT,<br>modalidades de<br>imagem com<br>contraste.  | Identificar as vias<br>diagnosticas para<br>um número<br>representativo de<br>encargos<br>hospitalares e<br>gravar a ideia<br>médica dos<br>pacientes que<br>experimentam<br>esses processos<br>através de uma<br>serie de<br>entrevistas semi<br>estruturadas com<br>médicos<br>britânicos. | Reino<br>Unido    |
| 30 | FMEA: Um<br>modelo para<br>reduzir erros<br>médicos.  | Chiozza ,<br>Maria<br>Laura;<br>Ponzetti,<br>Clemente. | 2009                      | Clinica<br>Chimica Acta  | Modos de falha e<br>análise de efeito<br>Análise de causa raiz<br>A gestão de riscos<br>Total de erros de<br>teste<br>medicina Laboratorial<br>A segurança do<br>paciente | Avaliar o modelo<br>FMEA em reduzir<br>erros médicos   | Itália            |

| Nº | TÍTULO  | AUTORES                    | ANO/<br>TIPO DE<br>ESTUDO                                    | REVISTA   | PALAVRAS<br>CHAVE   | OBJETIVO  | PAÍS       |
|----|---|----------------------------|--|---|---|---|------------|
| 31 | Transporte do paciente não urgente: quais são as questões de qualidade e segurança                      | Hains, Isla M. et al       | 2010<br>Revisão<br>Sistemática                               | International Journal for Quality in Health Care                                      | Transporte de doentes, a qualidade dos cuidados de saúde, segurança do paciente, ambulâncias, transporte de doentes.                | Examinar os fatores associados à qualidade e segurança dos serviços de transporte não urgente.  | Inglaterra |
| 32 | Hospital de financiamento baseado em custos padrão para diagnóstico relacionado grupos.                 | Haraga S; Turlea E.        | 2009<br>Tese de<br>PhD.                                      | Academy of Economic Studies Bucharest   | Financiamento hospitalar, os custos de cuidados de saúde, serviços de contabilidade de gestão, caminhos de cuidados, custos padrão. | Analisar métodos atuais de alocação de recursos para hospitais e desenvolver um modelo de melhora de alocação baseado no custo ideal de serviços de entrega de acordo com padrões da atual prática médica em hospitais romenos. | Romênia    |
| 33 | Indicadores de qualidade adotados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino do estado do Paraná | Rossaneis, Mariana Ângela. | 2013<br>Estudo<br>exploratório<br>descritivo<br>quantitativo | Biblioteca de Vanda de Aguiar Horta escola de enfermagem da universidade de São Paulo | Avaliação em enfermagem, Administração Hospitalar, Indicadores de Enfermagem, Hospital de ensino.                                   | Identificar a adoção de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem pelos serviços de enfermagem em hospitais de ensino do estado do Paraná   | Brasil     |



## APÊNDICE B

### Autorização para coleta de dados da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO  
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS

#### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA

Santa Maria, 28 de fevereiro de 2014

Vimos por meio deste, solicitar a autorização desta instituição para aplicação do instrumento de coleta de dados, que faz parte do projeto de pesquisa, "**Modelagem do processo de elaboração das rotinas de trabalho nos HUs do Rio Grande do Sul: segurança dos pacientes e dos profissionais**", que tem como objetivo analisar a organização formal dos processos de trabalho nos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul.

Salienta-se que a instituição em nenhum momento terá seu nome divulgado, exceto que a mesma manifeste interesse contrário por escrito. Será confeccionado um relatório de pesquisa e entregue à instituição participante. Também esclarecemos que não haverá custos financeiros à instituição, que a participação da instituição e dos trabalhadores é voluntária e que será resguardado o caráter ético e o sigilo perante os participantes. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será entregue ao profissional que aceitar participar da pesquisa. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação da instituição e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM.

Sem mais, agradeço antecipadamente,

  
Prof. Dr. Leoni Penttiades Godoy (UFSM)  
Coordenadora do Projeto

  
Marlene Kreutz Rodrigues  
Enf. Mestranda em Engenharia de Produção - PPGE/UFMS

#### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Instituição:.....

Autorizo a coleta de dados referente à pesquisa acima mencionada. Sendo que,

- ( ) autorizo a publicação do nome da instituição.  
( ) Não autorizo a publicação do nome da instituição.

Assinatura e carimbo responsável



## APÊNDICE C

### Instrumento de coleta de dados da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO  
GESTÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO RIO GRANDE  
DO SUL

Instrumento de Avaliação dos Hospitais de Universitários do Rio Grande do Sul

#### Objetivo

Analisar a organização formal dos processos de trabalho dos Hospitais Universitários do Rio Grande do Sul.

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Cargo/função dos Responsáveis pelas informações: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### 1 Caracterização da instituição

Hospital geral ( ) Hospital especializado ( )

Possui Pronto Socorro Sim ( ) Não ( )

Localização: Dentro do Campus ( ) Extra Campus

Nº de unidades de saúde: ( ) Única unidade ( ) Mais de uma unidade

Quantidade: \_\_\_\_\_

| Item                                       | Quantidade |
|--|------------|
| Numero de leitos                           |            |
| Numero de leitos SUS                       |            |
| Taxa de ocupação                           |            |
| Numero de funcionários do quadro           |            |
| Numero de funcionários com outros vínculos |            |
| Numero de funcionários com Especialização  |            |
| Numero de funcionários com Mestrado        |            |
| Numero de funcionários com Doutorado       |            |

## 2 Campo de ensino

### 2.1 Na graduação

|                     | <b>Campo de estágio para os cursos</b> |
|---------------------|--|
| Medicina            | Sim ( ) Não ( )                        |
| Enfermagem          | Sim ( ) Não ( )                        |
| Fisioterapia        | Sim ( ) Não ( )                        |
| Fonoaudiologia      | Sim ( ) Não ( )                        |
| Psicologia          | Sim ( ) Não ( )                        |
| Nutrição            | Sim ( ) Não ( )                        |
| Terapia Ocupacional | Sim ( ) Não ( )                        |
| Odontologia         | Sim ( ) Não ( )                        |
| Nutrição            | Sim ( ) Não ( )                        |
| Farmácia            | Sim ( ) Não ( )                        |
| Outros Quais        |  |

### 2.2 Na Pós Graduação

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Residência Médica            | Sim ( ) Não ( ) |
| Residência Multiprofissional | Sim ( ) Não ( ) |
| Especialização               | Sim ( ) Não ( ) |
| Mestrado                     | Sim ( ) Não ( ) |
| Doutorado                    | Sim ( ) Não ( ) |
| Pós Doutorado                | Sim ( ) Não ( ) |
| Outras Quais?                |                 |

## 3 Estrutura Administrativa da hierarquia da qualidade no HU é:

3.1 Possui um Serviço de responsável pela Gestão da Qualidade na instituição:

Sim ( ) Não ( )

3.2 Qual o nível de organização da equipe da qualidade na instituição ?

Coordenação ( ) Serviço ( ) Núcleo( ) Escritório ( ) Comissão ( ) Assessoria ( )

Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3.3 Qual a posição no organograma da instituição?

( ) Ligado diretamente à Direção ( ) Ligado ao Departamento de Pessoal

( ) Outra Qual? \_\_\_\_\_

3.4 Qual a formação profissional de quem coordena? \_\_\_\_\_

3.5 Quais categorias profissionais compõem a equipe? \_\_\_\_\_

3.6 Profissionais realizam sua carga horaria exclusivamente no serviço?

Sim ( ) Não ( ) Quais?

#### **4 Certificação/ Acreditação**

4.1 O serviço considera importante ser certificado por um programa de qualidade na sua instituição? Sim ( ) Não ( )

4.2 Possui uma certificação em programa de qualidade em sua instituição.

Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ Se certificado, há quanto tempo: \_\_\_\_\_

4.3 Está em fase de implantação? Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual o programa? \_\_\_\_\_

4.4 Já tentou implantar ( ) Nunca tentou ( ) Tentou mas teve insucesso ( )

Qual Motivo? \_\_\_\_\_

Qual programa? \_\_\_\_\_

4.5 Conta ou já contou com assessoria externa na implementação da qualidade na instituição? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

## 5 Organização formal dos processos de trabalho

5.1 O serviço considera importante a organização formal dos processos de trabalho (manuais, POPs, protocolos, etc) para a qualidade dos serviços e para a segurança do paciente e dos profissionais. Sim ( ) Não ( )

5.2 Marque qual ( quais ) manual (is) a instituição possui:

- ( ) manual de organização;
- ( ) manual de normas e procedimentos ou manual de gerenciamento da rotina;
- ( ) manual de política e diretrizes;
- ( ) manual de instruções especializadas;
- ( ) manual do empregado;
- ( ) manual de finalidade múltipla.

Outro ( ) Qual?

( ) não possui nenhum tipo de manual

5.3 Possui manual com modelo de impressos padronizados para toda instituição?

Sim ( ) Não ( )

5.4 Se sim. Quais os impressos padronizados que compõem o manual?

- ( ) Perfil
- ( ) Norma(s)
- ( ) Rotina(s)
- ( ) Macro fluxo dos processos
- ( ) Fluxogramas dos processos
- ( ) Atribuições dos profissionais
- ( ) Procedimentos operacionais padrão (POPs)
- ( ) Instruções de trabalho
- ( ) Protocolos Assistenciais
- ( ) Indicadores
- ( ) Legislação do serviço
- ( ) Outros Quais? \_\_\_\_\_

5.5 O manual é: ( ) por categoria de trabalho ( ) por serviço

5.6 Quais as categorias que possuem seus processos descritos no manual?

- ( ) Medicina
- ( ) Enfermagem
- ( ) Fisioterapia
- ( ) Fonoaudiologia
- ( ) Psicologia
- ( ) Nutrição
- ( ) Terapia Ocupacional
- ( ) Odontologia
- ( ) Farmácia
- ( ) Administrativos
- ( ) Higiene e Limpeza
- ( ) Outros Quais

5.7 Qual a periodicidade da revisão? ( ) Anual ( ) Bianual ( ) Tri anual ( ) Não definido ( ) Outros.

## 6 Capacitações

6.1 O serviço considera importante a capacitação dos profissionais para uma padronização na execução dos processos de trabalho para a qualidade e segurança do paciente e dos profissionais? Sim ( ) Não ( )

6.2 Realiza capacitação do manual? Sim ( ) Não ( )

6.3 Se sim. A periodicidade das capacitações é:

- ( ) anual
- ( ) semestral
- ( ) outros. Quando? \_\_\_\_\_

6.4 Quais os tipos de capacitações instituídas?

Cursos

Aulas práticas

Vídeos

Provas intranet

Outros Quais? \_\_\_\_\_

6.5 Como são disponibilizados os manuais aos profissionais?

impresso  on line

## **7 Sistema de avaliação dos processos de trabalho**

7.1 O serviço considera importante auditoria interna a fim de avaliar a conformidade da execução dos processos de trabalho para a qualidade e segurança do paciente e dos profissionais? Sim  Não

7.2 Realiza auditorias internas dos processos de trabalho? Sim  Não

Qual a periodicidade?

7.3 Monitora os principais processos com análise de indicadores? Sim  Não

## **8 Estratégias de melhoria e qualidade**

8.1 A instituição, quando identifica não conformidades ou falhas nos processos de trabalho, define ações de melhoria? Sim  Não  Às vezes

8.2 Utiliza o plano de ação por escrito? Sim  Não  Às vezes

8.3 A instituição utiliza Ferramentas de Qualidade? Sim  Não  Às vezes

Quais? \_\_\_\_\_

8.4 A instituição utiliza ferramentas de Gestão? Sim  Não  Às vezes

Quais? \_\_\_\_\_

## **9 Dificuldades**



9.1 Assinale as dificuldades que o serviço enfrenta ou enfrentou ao **implantar o Manual de Gerenciamento** da Rotina na instituição.

| <b>Dificuldade / Grau de influencia</b>          | <b>Muita</b> | <b>Moderada</b> | <b>Pouca</b> | <b>Nenhuma</b> | <b>Não se aplica</b> |
|--|--------------|-----------------|--------------|----------------|----------------------|
| 1. Política institucional                        |              |                 |              |                |                      |
| 2. Comprometimento dos gestores                  |              |                 |              |                |                      |
| 3. Envolvimento dos chefes de serviço            |              |                 |              |                |                      |
| 4. Capacitação para elaboração                   |              |                 |              |                |                      |
| 5. Rotatividade de chefias                       |              |                 |              |                |                      |
| 6. Resistência dos funcionários                  |              |                 |              |                |                      |
| 7. Excesso de outras atividades da equipe        |              |                 |              |                |                      |
| 8. Não priorização institucional                 |              |                 |              |                |                      |
| 9. Desmotivação da equipe                        |              |                 |              |                |                      |
| 10. Falta de uma equipe matricial (Comissão)     |              |                 |              |                |                      |
| 11. Falta de infraestrutura (sala, computadores) |              |                 |              |                |                      |
| 12. Falta de assessoria externa                  |              |                 |              |                |                      |
| 13. Estabilidade dos funcionários                |              |                 |              |                |                      |

9.2 Assinale as dificuldades que o serviço enfrenta ou enfrentou ao implantar **um programa de qualidade** na instituição.

| <b>Dificuldade / Grau de influencia</b>      | <b>Muita</b> | <b>Moderada</b> | <b>Pouca</b> | <b>Nenhuma</b> | <b>Não se aplica</b> |
|--|--------------|-----------------|--------------|----------------|----------------------|
| 1. Política institucional                    |              |                 |              |                |                      |
| 2. Comprometimento dos Gestores              |              |                 |              |                |                      |
| 3. Envolvimento dos chefes de serviço        |              |                 |              |                |                      |
| 4. Capacitação para qualidade                |              |                 |              |                |                      |
| 5. Rotatividade de chefias                   |              |                 |              |                |                      |
| 6. Resistência a mudança dos funcionários    |              |                 |              |                |                      |
| 7. Excesso de outras atividades da equipe    |              |                 |              |                |                      |
| 8. Não priorização institucional             |              |                 |              |                |                      |
| 9. Desmotivação da equipe                    |              |                 |              |                |                      |
| 10. Ausência de uma equipe de qualidade      |              |                 |              |                |                      |
| 11. Falta de investimentos em infraestrutura |              |                 |              |                |                      |
| 12. Custo da implantação                     |              |                 |              |                |                      |
| 13. Ausência da cultura da qualidade         |              |                 |              |                |                      |
| 14. Falta de assessoria externa              |              |                 |              |                |                      |
| 15. Estabilidade dos funcionários            |              |                 |              |                |                      |

10. A instituição implantou formalmente o Núcleo de Segurança do Paciente( NSP)?  
( ) Sim ( ) Não

11 A instituição implantou um plano com ações voltadas para a segurança do paciente?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim assinale quais?

- ( ) Relacionados à identificação do paciente;
- ( ) Relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde;
- ( ) Relacionados a medicamentos;
- ( ) Relacionados a procedimentos cirúrgicos;
- ( ) Relacionados a quedas de pacientes;
- ( ) Relacionados a úlceras por pressão;
- ( ) Relacionados a infecções decorrentes dos cuidados em saúde;
- ( ) Relacionados ao uso de dispositivos e equipamentos hospitalares;
- ( ) Outras. Quais?

12 Assinale as principais dificuldades na implantação do plano Segurança do Paciente na instituição?

- ( ) Cultura de segurança pouco desenvolvida;
- ( ) Falta de profissionais com domínio do assunto;
- ( ) Desmotivação da equipe;
- ( ) Excesso de outras atividades da equipe;
- ( ) Falta de recursos financeiros;
- ( ) Não priorização institucional.

13. O serviço considera que a organização formal dos processos de trabalho influencia positivamente na segurança dos **pacientes**? ( ) Sim ( ) Não

E na segurança dos **profissionais**? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. O serviço considera importante a organização formal dos processos de trabalho (manuais de trabalho) nos Hospitais Universitários Federais? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

15. O serviço considera importante a certificação em um Programa de Qualidade nos Hospitais Universitários Federais? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

16. A certificação de um programa de qualidade influencia positivamente na **segurança dos pacientes**? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

17. A certificação de um programa de qualidade influencia positivamente na **segurança dos profissionais** ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

18. Comentários, Sugestões \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA  
NÚCLEO DE QUALIDADE E APOIO GERENCIAL

**Título do projeto:** Análise da organização formal dos processos de trabalho dos Hospitais Universitários Federais do Rs: segurança dos pacientes e dos profissionais.

**Pesquisadora:** Marlene Kerutz Rodrigues

**Pesquisadora responsável:** Professora Dr<sup>a</sup>. Leoni Pentiado Godoy

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

**Telefone para contato:** (55) 3220 9543.

**Local da coleta de dados:** Serviço de qualidade dos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul

A pesquisadora responsável do presente pesquisa se compromete a preservar a privacidade dos profissionais participantes da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de Questionário com perguntas abertas e fechadas. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala 2045 do 2º andar do prédio do Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM- RS. Após este período, os dados coletados serão incinerados. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 08/07/2014, com o número do CAAE: 30726214.2000.5346.

Santa Maria, 28 fevereiro de 2014.

---

Leoni Pentiado Godoy  
CPF: 17693470034



## APÊNDICE E

### Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

**Título do projeto:** Análise da organização formal dos processos de trabalho dos Hospitais Universitários Federais do Rs: segurança dos pacientes e dos profissionais.

**Pesquisadora:** Marlene Kerutz Rodrigues

**Pesquisadora responsável:** Professora Dr<sup>a</sup>. Leoni Pentiado Godoy

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

**Telefone para contato:** (55) 3220 9543. **E-mail:** marlenekr@gmail.com

**Local da coleta de dados:** Serviço de qualidade dos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste instrumento de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**O presente estudo possui como objetivo geral:** Analisar a organização formal dos processos de trabalho nos Hospitais Universitários Federais do Rio Grande do Sul.

**E como Objetivos específicos:**

- Identificar os modelos institucionais de padronização dos processos de trabalho adotados nos hospitais;
- Verificar se a estruturação dos processos de trabalho segue os padrões de qualidade;
- Conhecer as dificuldades encontradas na estruturação dos processos de trabalho;
- Analisar as organizações hospitalares quanto à implantação dos programas de qualidade;
- Conhecer o padrão de documentos de organização da rotina de trabalho em toda instituição.

**Procedimentos.** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam questões que versam sobre a caracterização, estrutura administrativa e hierárquica da qualidade nos HUs,

aspectos relacionados a programas de qualidade e segurança e organização formal dos processos de trabalho nos HUs.

**Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

**Riscos.** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, o que poderá ocorrer será alguma lembrança desconfortável, neste caso você poderá parar de responder.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Todos os dados serão guardados em arquivo sob sigilo durante cinco anos e posteriormente, incinerados. O sigilo das instituições participantes do estudo será preservado por meio da adoção de códigos para identificação de seus registros (H1, H2, H3 e H4). A pesquisadora se compromete a seguir, com rigor, as normas que constam na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_estou de acordo em  
participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a  
posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 2014.

---

Assinatura

---

Pesquisador responsável

---

Pesquisadora Mestranda

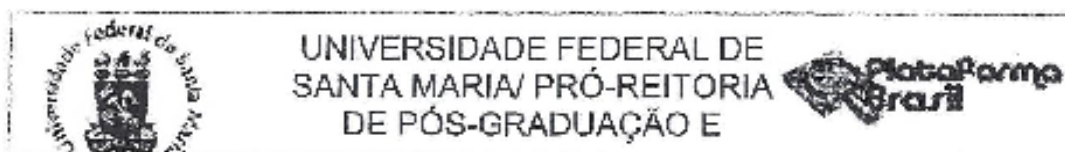
---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 E-mail: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br). Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep).



## APÊNDICE F

### Parecer de aprovação do CEP da UFSM



#### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELAGEM DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS ROTINAS DE TRABALHO NOS HUs DO  
 Pesquisador: RIO GRANDE DO SUL: SEGURANÇA DOS PACIENTES E DOS  
 Versão: PROFISSIONAIS

CAAE: Leoní Pentlido Godoy

1

30726214.2.0000.5348

Instituição Proponente: Hospital Universitário de Santa Maria

##### DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 032822/2014

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Av. Itália, 1001 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 91.059-900  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-3362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com