

**METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA
GESTÃO HOSPITALAR COM BASE NO PROGRAMA
GAÚCHO DA QUALIDADE E PRODUTIVIDADE E NO
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

por

Odete Teresinha Portela

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Área de Concentração em Qualidade e Produtividade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Souza Schmidt

**Santa Maria, RS, Brasil
2006**

00020493

042665

Universidade Federal de Santa Maria
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Área de Concentração: Qualidade e Produtividade

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


**METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA
GESTÃO HOSPITALAR COM BASE NO PROGRAMA
GAÚCHO DA QUALIDADE E PRODUTIVIDADE E NO
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

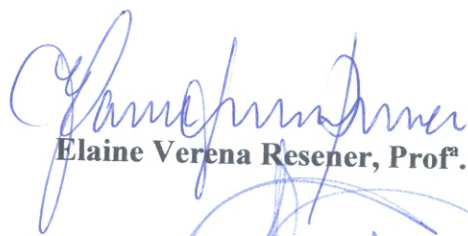
elaborada por

Odete Teresinha Portela

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

COMISSÃO EXAMINADORA:


Alberto Souza Schmidt, Prof. Dr.
(Presidente/Orientador)


Elaine Verena Resener, Profª. Drª (UFSM)


Leoni Pentiado Godoy, Profª. Drª (UFSM)

Santa Maria, novembro de 2006.

Dedico este trabalho a:

Meu filho, Bruno, amigo incondicional, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência exigidos pelo trabalho.

Meu orientador, mestre maior, pela dedicação e apoio na superação de desafios.

Colegas, tanto do HUSM, quanto da Clínica Renal de Santa Maria pelo carinho, incentivo e apoio em todos os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

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

A Deus, pela Luz e pela Força que norteiam a minha vida.

A minha família, pela presença constante e incentivo nesta jornada.

Ao Professor Dr^o. Alberto Souza Schmidt, pelo incentivo, tranquilidade e orientações para elaboração da dissertação.

A Prof^a. Dr^a. Leoni Pentiado Godoy, pelo carinho, apoio e dedicação, que além de professora sempre foi companheira e incentivadora, tornando momentos difíceis e confusos parecer mais claros e amenos.

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

A todos colegas e amigos de mestrado, pelo convívio e apoio.

A todas colegas enfermeiras da Clínica Renal de Santa Maria: Clara, Geni, Juliana, Macilene e Onélia por partilhar esta trajetória, com carinho e apoio freqüentes.

As enfermeiras, Marlene Rodrigues e Geni Burg, pela troca de idéias e por compartilharem as emoções nos difíceis e gratificantes momentos dessa caminhada...

A todos colegas da Assessoria da Qualidade do Hospital Universitário de Santa Maria, pelo apoio e compreensão.

A Direção Executiva do Hospital Universitário, pelo incentivo que permitiu concluir essa caminhada.

Obrigada a todos!

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Postgraduate Program in Production Engineering
Federal University of Santa Maria

EVALUATION AND DIAGNOSIS METHODOLOGY OF HOSPITAL MANAGEMENT BASED ON THE PRODUCTIVITY AND QUALITY GAUCHO PROGRAM AND HOSPITAL ACCREDITATION

AUTHOR: ODETE TERESINHA PORTELA
ADVISER: PROF. DR. ALBERTO SOUZA SCHMIDT
Date and Place of Defense: Santa Maria, november 24th, 2006

Currently, hospital organizations represent the most complex contemporary companies due to their structure, processes and clients specificities. In order to achieve the hospital aims, its management should be concerned with business as well as health assistance, improving the scarce financial resources to offer qualified assistance to the population. In this area, it is increasing the difficulty to access specialized services, mainly regarding poorer communities. Perhaps, it is because of the government lack of interest and low investments in public policies and preventive health care, thereby aggravating the problems faced by these organizations management. In this health chaos, it is necessary to invest in the hospital management system, either public or private. Therefore, the objective of this research is to propose an evaluation and diagnosis methodology of hospital management based on the Productivity and Quality Gaucho Program (PQGP) and the Brazilian Program of Hospital Accreditation. This study is a descriptive, qualitative and bibliographical research that made it possible to develop a comparison between the two programs criteria in order to verify convergent and divergent aspects. After this analysis it was found that both programs present compatible and complementary criteria. Thus, the evaluation methodology proposed will benefit assessment and diagnosis of health institutions, satisfying specific criteria, including legislation, and will enable the organization to score points and to get prizes offered by the PQGP as a reward for the effort to the improvement of the services quality and aiming at excellence.

Key words: quality programs, hospital management, management evaluation

RESUMO

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

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA GESTÃO HOSPITALAR COM BASE NO PROGRAMA GAÚCHO DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE E NO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

AUTORA: ODETE TERESINHA PORTELA

ORIENTADOR: PROF. DR. ALBERTO SOUZA SCHMIDT

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 24 de novembro de 2006. Sala 304 PPGEF.

Atualmente, as organizações hospitalares representam as empresas mais complexas da modernidade, devido as suas especificidades de estrutura, processos e clientes. Para atender a missão do hospital, sua gestão deve estar voltada tanto ao negócio quanto para a assistência à saúde, otimizando os escassos recursos financeiros a fim de oferecer assistência com qualidade à população. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados nesta área é crescente, principalmente às comunidades mais carentes. Talvez, pelo descaso governamental que pouco investe em políticas públicas e saúde preventiva, agravando assim os problemas de gestão dessas organizações. Neste caos que a saúde enfrenta, urge investir no sistema de gestão das organizações hospitalares, sejam elas públicas ou privadas. Assim, o objetivo deste trabalho foi propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar com base no Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade e no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa descritiva, qualitativa, bibliográfica, que permitiu elaborar um alinhamento de critérios entre os dois programas com o intuito de verificar pontos convergentes e divergentes. Essa análise propiciou concluir que ambos os programas apresentam critérios compatíveis e complementares. Deste modo, a metodologia de avaliação proposta trará benefícios na avaliação e diagnóstico das organizações de saúde, satisfazendo critérios específicos, inclusive no que se refere à legislação, além de possibilitar que o órgão aferido receba pontuação e participe das modalidades de premiação oferecidas pelo PGQP, como reconhecimento do esforço para a melhoria da qualidade dos serviços em busca da excelência.

Palavras-chave: programas de qualidade, gestão hospitalar, avaliação da gestão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do requisito 4, ISO 9001/2000	24
Figura 2 – Fluxograma do requisito 5, ISO 9001/2000	24
Figura 3 – Fluxograma do requisito 6, ISO 9001/2000	25
Figura 4 – Fluxograma do requisito 8, ISO 9001/2000	26
Figura 5 – Origem dos prêmios da qualidade	27
Figura 6 – Critérios dos prêmios Deming e Malcolm Baldrige	28
Figura 7 – Modalidades de premiação do PGQP	31
Figura 8 – Modelo de excelência PNQ	33
Figura 9 – Processo de Acreditação Hospitalar	50
Figura 10- Organograma de uma instituição acreditadora	52
Figura 11- Sistema de liderança	63
Figura 12- Cultura da excelência	64
Figura 13- Análise crítica do desempenho global	65
Figura 14- Formulação das estratégias	66
Figura 15- Desdobramento das estratégias	67
Figura 16- Planejamento da medição do desempenho	68
Figura 17- Imagem e conhecimento de mercado	69
Figura 18- Relacionamento com clientes	71
Figura 19- Responsabilidade socioambiental	74
Figura 20- Ética e desenvolvimento social	77
Figura 21- Gestão das informações da organização	80
Figura 22- Gestão das informações comparativas	86
Figura 23- Gestão do capital intelectual	87
Figura 24- Sistemas de trabalho	88
Figura 25- Capacitação e desenvolvimento	90
Figura 26- Qualidade de vida	92
Figura 27- Gestão de processos relativo ao produto	93
Figura 28- Gestão de processos de apoio	96
Figura 29- Gestão de processos relativos aos fornecedores	102
Figura 30- Gestão econômico-financeira	104
Figura 31- Resultados relativos aos clientes e mercado, econômico-financeiros, às pessoas e aos fornecedores	105

Figura 32- Resultados relativos aos produto, à sociedade e processos de apoio e organizacionais.....	106
Figura 33- Compatibilidade de requisitos entre PGQP e PBAH	107
Figura 34- Sistema de liderança	114
Figura 35- Cultura da excelência	115
Figura 36- Análise crítica do desempenho global	116
Figura 37- Formulação das estratégias	117
Figura 38- Desdobramento das estratégias	118
Figura 39- Planejamento da medição do desempenho	119
Figura 40- Imagem e conhecimento de mercado	120
Figura 41- Relacionamento com clientes	121
Figura 42- Responsabilidade socioambiental	122
Figura 43- Ética e desenvolvimento social	124
Figura 44- Gestão das informações da organização	125
Figura 45- Gestão das informações comparativas	127
Figura 46- Gestão do capital intelectual	128
Figura 47- Sistema de trabalho	129
Figura 48- Capacitação e desenvolvimento	130
Figura 49- Qualidade de vida	131
Figura 50- Gestão de processos relativos ao produto	132
Figura 51- Gestão de processos de apoio	134
Figura 52- Gestão de processos relativos aos fornecedores	136
Figura 53- Gestão econômico-financeira	137
Figura 54- Resultados relativos aos clientes e mercado	138
Figura 55- Resultados econômico-financeiros	138
Figura 56- Resultados relativos às pessoas	139
Figura 57- Resultados relativos aos fornecedores	139
Figura 58- Resultados dos processos relativos ao produto	140
Figura 59- Resultados relativos à sociedade	140
Figura 60- Resultados dos processos de apoio e organizacionais	141
Figura 61- Pontuação de enfoque e aplicação do PGQP	144
Figura 62- Pontuação de resultados do PGQP	145

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PGQP	Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
SUS	Sistema Único da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
TQC	<i>Total Quality Control</i>
OTAN	Organização Tratado Atlântico Norte
AQAP	<i>Allied Quality Assurance Procedures</i>
BSI	<i>British Standard Institute</i>
ISO	International Organization for Standardization
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
FPNQ	Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade
PBAH	Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

ADMIN
TRAB
EMP
ORG
PSIC
PERS
IND
SIST
OPER
TQC
QUAL
MGT
BEN
FIN
HUM

“... ciência, em lugar de empirismo; harmonia, em vez de discórdia; cooperação, não individualismo; desenvolvimento de cada homem, no sentido de alcançar a maior eficiência e prosperidade” (F.W. Taylor).

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	x
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	16
1.1.1 Objetivo Geral.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos.....	16
1.2 Problema de pesquisa	17
1.3 Justificativa do trabalho	17
1.4 Estrutura do trabalho	18
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1 Qualidade em serviço	19
2.2 Sistema de gestão da qualidade	21
2.3 Programas de qualidade	23
2.3.1 Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade	29
2.3.1.1 Origem e evolução do programa	30
2.3.1.2 Graus de reconhecimento e modalidades de avaliação	31
2.3.1.3 Critérios de avaliação	32
2.3.2 Programa Brasileiro de Acreditação	37

2.3.2.1 Origem e definição do programa	41
2.3.2.2 Desenvolvimento da Acreditação na América Latina e no Brasil	47
2.3.2.3 Organização Nacional de Acreditação e a estrutura do Sistema Nacional de Acreditação.....	48
2.3.2.4 Processo de Acreditação	49
2.3.2.5 Preparo para o processo de Acreditação	51
2.3.2.6 Manual de avaliação	53
2.3.2.7 Processo de Avaliação	56
3. METODOLOGIA.....	59
3.1 Classificação da pesquisa.....	59
3.1.1 Quanto ao tipo de pesquisa	59
3.1.2 Quanto a abordagem do problema	60
3.1.3 Quanto a natureza da pesquisa.....	60
3.2 Quanto aos procedimentos técnicos	61
3.3 Análise e construção do modelo	61
4. RELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DO PGQP E PBAH.....	63
4.1 Análise comparativa entre o manual de avaliação do PBAH e do PGQP.....	108
5. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA GESTÃO HOSPITALAR COM BASE NO PGQP E NO PBAH	114
5.1 Diretrizes para pontuação	142
5.1.1 Pontuação de itens de enfoque e aplicação	142
5.1.2 Pontuação de itens de resultados	143
5.1.3 Pontuação global	143
6. CONCLUSÃO	146
6.1 Sugestões para futuros trabalhos	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

INTRODUÇÃO

*“Nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado. Mas nada pode ser modificado enquanto não for enfrentado”
(James Baldwin)*

Historicamente, percebe-se grande dificuldade de visualizar o hospital como empresa de negócio, devido a especificidade de sua clientela. Isto ocorreu em função da origem dos hospitais, por serem vistos inicialmente como hospedarias destinadas a receber doentes e acidentados, instituições filantrópicas e agências de auxílio aos pobres, e simultaneamente caracterizados como organizações religiosas, que evoluíram ao longo dos anos, mantendo, todavia, o seu caráter humanitário. Um exemplo é o caso das Santas Casas, como instituições filantrópicas o governo brasileiro concede a isenção do pagamento de contribuições previdenciárias, em troca da filantropia. Essas instituições destinam 20% de sua receita bruta para atendimento gratuito às pessoas carentes onde pelo menos 60% dos seus leitos são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e os membros da diretoria não recebem gratificação ou vantagem de qualquer espécie (FELDMAN, 2004).

O Ministério da Saúde define hospital como sendo,

parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente” (ZANON, 2001, p. 24).

Nota-se, portanto, que apesar da evolução tecnológica, a missão do hospital restringe-se a receber o ser humano com saúde comprometida e busca restaurá-la. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), define hospitais como sendo,

todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de Serviço de Enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos. (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 1999, p.63).

Atualmente, é imperativo entender e reconhecer a atividade hospitalar como um negócio que consome entre 4 e 14% do PIB. Neste sentido, Zanon (2001, p.52) afirma que para “compatibilizar esse conceito com a função social do hospital é necessário uma gestão empresarial ética e competente”.

Apesar do grande investimento orçamentário na área da saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988, para a integração de hospitais públicos e privados com intuito de facilitar o ingresso à população, independente de renda ou classe social, aumenta a dificuldade de acesso aos serviços especializados de atenção a saúde, principalmente pela população mais carente, mesmo sendo a assistência à saúde um direito legal de todo cidadão.

Os meios de comunicação através da mídia mostram diariamente pronto socorro superlotados, pessoas com sua saúde debilitada sem assistência clínica aguardando por leito hospitalar e exames especializados, além de organizações de saúde com infra-estrutura inadequada à assistência médico-hospitalar que deixam a desejar em termos de segurança para o profissional e ao cliente. Essa situação caótica pode ser justificada devido a estruturas hospitalares deficientes e pela falta de resolutividade na assistência básica, em nível preventivo, e por problemas de gestão do sistema.

É importante destacar que as organizações hospitalares exibem um sistema complexo de atendimento. O ambiente de atuação dos profissionais apresenta-se intrinsecamente ligado, tanto pela estrutura física, quanto pelos processos de atendimento. Neste sentido, Bittar (2000) afirma que a prestação de serviços de assistência à saúde, apresenta dois componentes de qualidade: a operacional e a percepção, ou seja, a forma pela qual os clientes recebem e avaliam o serviço.

Hoje a sociedade está mais consciente de seus direitos, com isso passa a exigir qualidade na assistência que lhe é prestada no âmbito da saúde. Sob este aspecto, Kluck (2005) enfatiza que, a busca da qualidade por parte dos usuários torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle pelas organizações.

A preocupação com os riscos reais e potenciais aos quais os clientes das organizações estão expostos, é cada vez maior mesmo com os avanços da medicina moderna.

Concomitantemente, o usuário está mais esclarecido e exigente na medida em que os meios de comunicação mostram que uma organização de saúde, em determinadas circunstâncias, pode representar uma ameaça à integridade e à vida do cidadão.

Neste contexto, a procura da qualidade assistencial nesta área tornou-se uma necessidade técnica e social. Em 2001 o Ministério da Saúde oficializou a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição responsável para dar prosseguimento e divulgação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, já consolidado na Europa. O objetivo desse programa é melhorar a qualidade da assistência hospitalar. Para Donabedian (1990, p.73), a qualidade da atenção médica refere-se a “obtenção de maiores benefícios, com

menor risco para o paciente”. Até dezembro/2005, já foram certificados pelo Programa, 111 hospitais, no Brasil.

O Sistema Brasileiro de Acreditação, liderado pela ONA, busca promover o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a eficácia na assistência em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

Atualmente, existe grande movimento dos gestores hospitalares em busca de melhoria da qualidade da assistência e gestão hospitalar. Esse novo posicionamento justifica-se, principalmente pelas exigências dos consumidores, fortalecidos pelo Código de Defesa do Consumidor e a globalização da economia.

Neste contexto, além do Programa de Acreditação Hospitalar, específico da área da saúde, muitos hospitais buscam outras certificações, dentre as quais, destaca-se o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade, de aplicação genérica, que pode ser utilizado por organizações de qualquer porte e ramo de negócio e que permite ao hospital comparar seus resultados com outras empresas. Assim a expressão tantas vezes dita, “o paciente é a razão de ser do hospital” está tendo sentido, pelo menos naqueles interessados na prática de uma administração preocupada com a melhoria contínua da qualidade (MEZOMO, 2001, p. 68). Portanto, a proposta em desenvolver este estudo, visa propor uma metodologia integrada de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar utilizando os critérios do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP) e do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral:

- propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar com base no Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade e no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos:

- interpretar e analisar os critérios do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade;
- interpretar e analisar os critérios do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar;

- analisar compatibilidade de requisitos do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

1.2 Problema de pesquisa

Como conciliar os dois sistemas de avaliação em uma única metodologia que permita à organização hospitalar receber uma pontuação e, dessa forma possibilite comparação de seus resultados com outras organizações empresariais sem deixar de atender aos requisitos específicos da área da saúde?

1.3 Justificativa do trabalho

No Brasil o processo de Acreditação Hospitalar é recente, com 111 serviços de saúde certificados, visto que o primeiro manual foi lançado em 1999 pelo Ministério da Saúde, a segunda edição foi publicada em 2001 e a última revisão foi realizada em 2006. Diferente dos países europeus e estados norte-americanos onde o processo de Acreditação já está consolidado com 80% de seus estabelecimentos de saúde certificados.

Inicialmente adequar a gestão hospitalar às exigências dos critérios “Rumo à Excelência” em nível básico do PGQP, é uma forma de disseminar a cultura da excelência na organização e preparar o ambiente às mudanças estruturais (área física, alvarás além de outras exigências legais) que são pré-requisitos para o Programa de Acreditação e que podem gerar maiores investimentos financeiros.

O PGQP é um programa de aplicabilidade genérica, que pode ser utilizado por organizações de qualquer porte ou ramo, seja ela pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, independente do estágio de gestão. Serve também para avaliar o sistema gerencial e o desempenho em relação às melhores práticas adotadas por organizações de alta performance.

Por isso a proposta de elaborar um instrumento de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar, partindo dos critérios de avaliação do PGQP incluindo os critérios do Programa de Acreditação Hospitalar, permite, mediante avaliação estabelecer pontuação, bem como participar das modalidades de premiação, como elemento de *marketing*, além de motivar a equipe a dar continuidade ao processo. O diagnóstico pode ser utilizado como ferramenta de gestão para atingir a certificação tanto da Acreditação quanto do PGQP rumo à excelência na gestão.

1.4 Estrutura do trabalho

O presente trabalho apresenta-se dividido em seis capítulos, cujos conteúdos aparecem descritos brevemente:

Capítulo 1: consta a introdução do trabalho, objetivos, justificativa e estrutura da pesquisa.

Capítulo 2: expõe uma revisão bibliográfica sobre qualidade em serviços, sistema de gestão da qualidade, em especial o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade e programas de qualidade específicos da área da saúde, com ênfase ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Capítulo 3: apresenta a metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho.

Capítulo 4: exhibe o alinhamento de critérios e uma análise comparativa entre os requisitos do Manual de Avaliação do PGQP e Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.

Capítulo 5: mostra uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar integrada a partir do alinhamento de requisitos do PGQP com Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.

Capítulo 6: apresenta conclusões da pesquisa e sugestões para trabalhos futuros.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*“Nas organizações humanas não haverá mudanças, a não ser que haja primeiro quem advogue esta mudança”
(J.M.Juran)*

2.1 Qualidade em serviço

Desde os primórdios da civilização existe preocupação com a qualidade, seja de produtos ou serviços. Definir qualidade é muito complexo. Para Bueno (1996, p. 542) qualidade significa “característica de uma coisa, modo de ser ...” Sabe-se, no entanto, que a avaliação da qualidade de um produto ou serviço é muito subjetiva, depende dentre outros aspectos, da época, da cultura das partes interessadas, do poder aquisitivo de um povo, e sem dúvida, do ramo de atividade. Ao adquirir um produto ou serviço o consumidor apresenta algumas expectativas e necessidades que, a princípio, devem ser satisfeitas. Portanto, de acordo com Casas (1999), o ideal é que o produto ou serviço atenda a padrões de conformidade com requisitos preestabelecidos a partir de atributos exigidos pelo consumidor/cliente, com menor custo e um atendimento ótimo.

Corroborando com outros autores com essa visão, Paladini (2002, p.24) considera consumidor “aquele que utiliza nosso produto hoje, e clientes aqueles que poderão ou não vir a utilizá-lo”. Para Nogueira (1999, p. 9) cliente é “qualquer pessoa ou unidade que necessite dos meus serviços, produtos ou informações”. Congruente na definição, Oliveira (2004, p. 9) afirma que cliente “é toda parte interessada no produto/serviço”.

Historicamente, percebe-se a preocupação com a busca de satisfação das necessidades dos clientes, mediante o controle de conformidade de requisitos, que, de acordo com Csillag (1999) evoluiu da inspeção final do produto/serviço, que gerava desperdício e retrabalho, para o controle de processos e a utilização de sofisticadas técnicas estatísticas.

Neste sentido, Paladini (2002, p. 34), afirma que “os mecanismos de avaliação da qualidade não podem ser subjetivos, devem ser essencialmente mensuráveis”. Partindo desse pressuposto, o autor recomenda o uso de indicadores para controle da qualidade de produtos/serviços. Com o surgimento de alta complexidade tecnológica, a partir da revolução industrial, esse controle ganha destaque. Torna-se fundamental assegurar previamente a qualidade dos produtos, serviços, instalações e equipamentos.

Compartilhando dessa preocupação, Deming e Juran contribuem em dois grandes movimentos que, mais tarde, culminaram no modelo Japonês, o TQC (*Total Quality Control*). Ferramenta de gestão da rotina que preconiza o esforço globalizado e sistêmico da empresa, desenvolvida por Armand Feigenbaum, após a Segunda Guerra Mundial e aperfeiçoada pelos japoneses, que revolucionaram a produção japonesa, a partir da década de 1950.

Além de Deming, Juran e Feigenbaum, é necessário ressaltar Shewhart, Ishikawa e Crosby que, provavelmente não tenham se dado conta na época, da relevância que teriam seus trabalhos desenvolvidos nas décadas de 1930, 1940 e 1960, em relação ao controle da qualidade da produção industrial. Menos ainda, conforme Silva (2003), que sua ideologia marcava o início de um novo paradigma no desenvolvimento das forças produtivas.

Vale ressaltar que no TQC, a ênfase é em todas as etapas de produção, incluindo os fornecedores adotando-se medidas preventivas tanto na administração como na produção. Algarte & Quintanilha (2000, p. 38), afirmam “quem estabelece a qualidade é o cliente e não os engenheiros, nem o pessoal de *marketing* ou a alta administração”, reforçando a importância da comunicação com o cliente.

Percebe-se, então, que a preocupação com a qualidade vai além da conformidade com as especificações, deve ser embutida no produto desde o começo, de forma que atenda aos desejos e satisfaça as expectativas do cliente.

Neste sentido, Lima (2003, p. 58) afirma que “aumentar o valor agregado do produto é aumentar o número de características desse produto apreciadas pelo cliente”.

Atualmente, o TQC ainda é amplamente utilizado. Seu foco é a garantia da qualidade de produtos/serviços entregues. No entanto, para Pedrosa (2003), esse modelo apresenta uma lacuna pois ele não prepara o sistema para a fiscalização externa pelo cliente, para facilitar o relacionamento comercial.

Com a globalização da economia, a partir de 1973, houve uma mudança de cenário. A qualidade de produtos/serviços torna-se estratégia governamental, a fim de aumentar a competitividade das nações mediante o aumento de produtividade, considerada por Porter (1993, p. 6) “o determinante principal, a longo prazo, do padrão de vida de um país”. Nessa oportunidade, surgem os programas de qualidade que utilizam metodologias de avaliação com visão sistêmica da organização, utilizados na gestão da qualidade empresarial.

2.2 Sistema de gestão da qualidade

Hoje, a gestão da qualidade vem sendo uma das maiores preocupações das empresas, sejam elas voltadas à qualidade de produtos ou de serviços. Conforme afirma Tajra (2006, p. 184), um sistema de gestão da qualidade tem como objetivo “o aumento da competitividade entre as organizações por meio de atividades planejadas e demonstradas através de diversas ferramentas, garantindo que ela atenda aos requisitos solicitados para uma determinada qualidade requerida”. A conscientização para a qualidade e o reconhecimento de sua importância, conforme Drummond (1998, p. 71) “tornou a certificação de sistemas de gestão da qualidade uma poderosa ferramenta para a composição do direcionamento estratégico institucional”. Para alguns setores, a certificação é praticamente essencial constituindo-se em fator decisivo para a obtenção de contratos e clientes, tanto na indústria de manufatura como na de serviços (SANCHEZ, 2003).

No início do século XX, são publicadas as primeiras normas de qualidade adotadas, inicialmente, pelos segmentos de defesa Britânico e Americano, preocupados essencialmente com atendimento às especificações dos produtos em detrimento do sistema de produção como um todo.

Após a Segunda Guerra Mundial, de acordo com Fernandes (2000), vem à preocupação em proporcionar confiabilidade e eficácia à imensa quantidade de material bélico comprado pelos países que faziam parte da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), que resultou nas *Allied Quality Assurance Procedures* (AQAP) que são normas de Procedimentos de Garantia da Qualidade da OTAN as quais se constituem no primeiro sistema de gerenciamento da qualidade, onde se apresenta os fundamentos de todas as normas que, posteriormente, foram publicadas com a designação de BS 5750. O *British Standard Institute* (BSI) publicou em 1979, na Inglaterra, a série de normas BS 5750 consideradas uma evolução dos AQAP. Inicialmente a aplicação da BS 5750 era limitada ao Reino Unido.

O foco da BS 5750, analisada por Sanchez (2003, p.97) é demonstrar que seus sistemas são capazes de atender as exigências dos clientes, com ênfase na prevenção do sistema de produção, buscando identificar as não-conformidades, desde o projeto, passando pelo processo produtivo até alcançar a manutenção. Desse modo, “as empresas certificadoras buscam evidenciar a existência da definição clara de objetivos, sistemas, procedimentos e métodos de trabalho”. Além disso, é mister desenvolver um sistema de comunicação eficiente, investimentos em capacitação e treinamento, controle de documentação e a atribuição clara de responsabilidades. Logo, é necessário a adaptação do modelo a uma estrutura adequada para a

organização, pois a BS 5750 serve apenas como um modelo geral à implementação de um sistema de gestão da qualidade.

Segundo Paladini (2002, p.71), os pressupostos necessários para a adoção da abordagem sistêmica com ênfase na gestão da qualidade, indicam a necessidade de fomentar-se uma rede de relações que se caracteriza por atuar em um sistema aberto no qual predomina a interação de muitas variáveis. Ainda o autor reforça que existem vários modelos disponíveis à implementação de práticas gerenciais voltados à qualidade. A “integração de modelos de gestão que buscam a qualidade total deve possibilitar o atendimento do objetivo principal, que se formaliza por envolver funções diversas num esforço único pela qualidade”.

Com a influência da economia globalizada, torna-se necessária à uniformização dos sistemas de qualidade utilizados pelos diversos países, com o objetivo de facilitar o livre comércio. Nesta perspectiva, em 1947 foi fundada a *International Organization for Standardization* (ISO), em Bruxelas, na Bélgica. Estruturada como uma organização não governamental, atualmente com sede em Genebra, na Suíça, da qual participam representantes de 130 países de todo mundo. (SOUZA, 2000). No Brasil, é representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), um de seus membros fundadores.

Compete à ISO desenvolver normas, testes e certificação que representem e traduzem o consenso dos diferentes países do mundo, atuando como elemento facilitador nas relações comerciais de bens e serviços, de acordo com os princípios da Organização Mundial do Comércio.

Em grego, ISO significa “igualdade”, que vem ao encontro do objetivo dessa organização, de que todos os países utilizem as mesmas normas para qualificação da empresa (TAJRA, 2006). Assim, garantindo aos clientes o fornecimento de produtos conformes, de maneira consistente além da satisfação das suas necessidades, atendimento aos requisitos da legislação e prevenção de problemas com ênfase na melhoria contínua. Os requisitos da ISO são genéricos e aplicáveis a todas organizações independente do tipo, dimensão ou produto que fornecem. Também a organização não é obrigada a incluir todos os produtos e serviços que fornece no âmbito do sistema de gestão da qualidade. Essa inclusão irá depender de interesses comerciais e requisitos contratuais, estatutários e regulamentares. Justifica-se, portanto as normas ISO como referenciais para a implementação de sistema de gestão da qualidade baseado em processo.

2.3 Programas de qualidade

As normas ISO criam oportunidade de mercado e garantem que o produto ou serviço seja aceito e reconhecido, inserindo a empresa num contexto mundial, além de facilitar relações comerciais, reduzir custos e riscos e manter uma forma de trabalho mais organizada. Conseqüentemente, gera menos erros e perdas de produção, menor reprocessamento, reparo e retrabalho, e ainda beneficia os colaboradores, fornecedores e parceiros da empresa, possibilitando reduzir conflito no trabalho, maior integração entre os setores e oportunidade de treinamento. (TAJRA, 2006).

As atividades de certificação para ISO envolvem a análise de documentação, auditorias, inspeções e coletas de produtos. O processo de certificação inicia com a conscientização da necessidade da qualidade para a manutenção da competitividade, a partir da utilização de normas técnicas e através da difusão do conceito de qualidade por todos os setores da empresa, incluindo a sociedade e meio ambiente.

A ISO 9001 está estruturada em oito requisitos que devem ser observados para implantação do sistema de gestão da qualidade. Os requisitos um, dois e três da norma são explicações sobre os conceitos e a própria norma, não implicam na sua formulação prática.

O requisito quatro, **Sistema de Gestão da Qualidade**, solicita que a empresa documente todo seu sistema de gestão da qualidade, ou seja, implemente seus procedimentos, instruções de trabalho, manual da qualidade e registros garantindo a execução e melhoria contínua do processo. A empresa deve definir como irá descrever seus procedimentos e as rotinas de trabalho, bem como controlar os documentos e registros, além de definir como eles serão identificados para garantir a rastreabilidade.

Os resultados das reuniões de análise crítica têm efeito de retroalimentação do sistema de gestão da qualidade que devem ser registrados em atas. Nesses encontros, a direção terá conhecimento do andamento das ações do planejamento, das auditorias realizadas, das ações corretivas e preventivas desenvolvidas, dos indicadores de processo e das sugestões dos clientes.

Por conseguinte, esse requisito consiste basicamente na definição da padronização da documentação, conforme representado na Figura 1.

O requisito cinco, **Responsabilidade da Direção**, focaliza as ações que asseguram o comprometimento da alta direção, sem o qual o sistema de gestão da qualidade dificilmente será mantido e melhorado. O compromisso da alta direção, como condutora da Política da Qualidade deve ser claro, na elaboração e participação do planejamento para atendimento às

necessidades dos clientes, na condução de reuniões de análises críticas e dos recursos indispensáveis disponibilizados, conforme Figura 2.

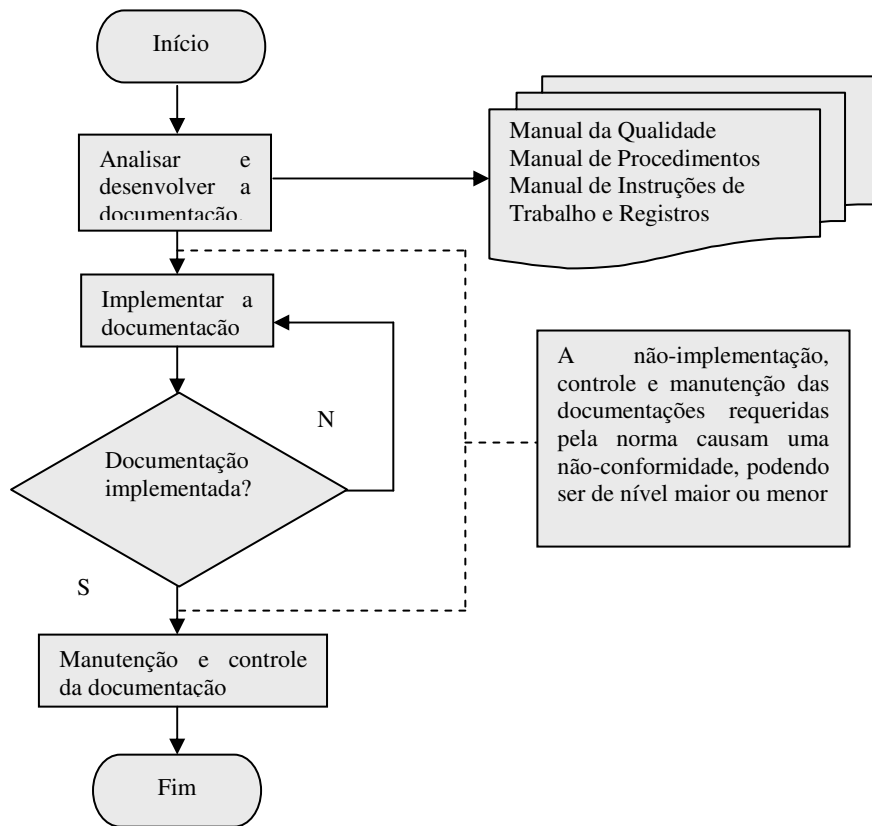


Figura 1 - Fluxograma do requisito 4, ISO 9001/2000 (TAJRA, 2006,p.197)

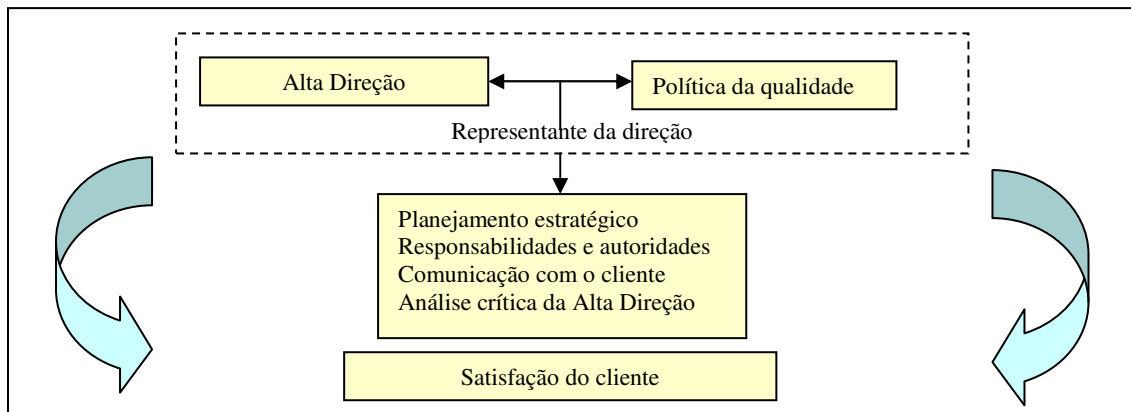


Figura 2 - Fluxograma do requisito 5, ISO 9001/2000 (TAJRA, 2006, p.201)

O requisito seis, **Gestão de Recursos**, requer a identificação e disponibilização dos recursos humanos, de infra-estrutura e ambiente de trabalho precisos para implementar e manter o sistema da qualidade, melhorar sua eficácia e obter a satisfação dos clientes.

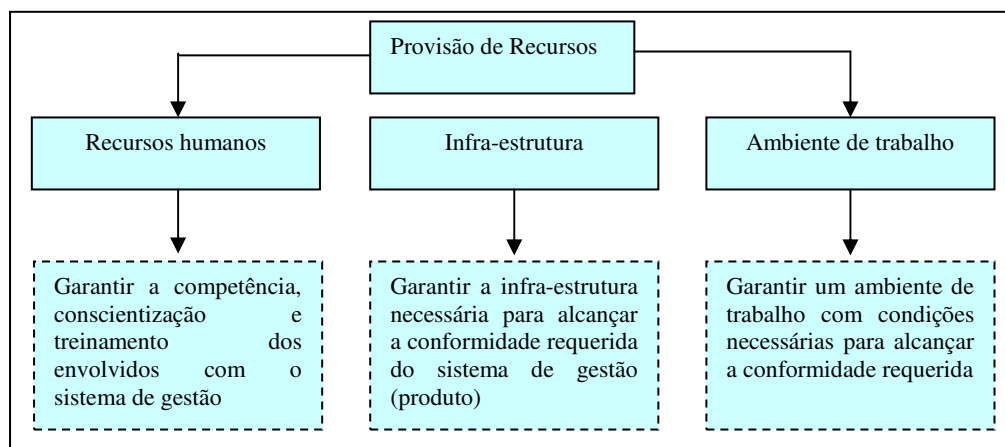


Figura 3 - Fluxograma do requisito 6, ISO 9001/2000 (TAJRA, 2006, p. 203)

O requisito sete refere-se à **Realização do Produto**, normatiza o planejamento do desenvolvimento de produtos/serviços. Assim a organização deve determinar, planejar e implementar os processos necessários, e as interações desses processos devem ser estruturadas a fim de assegurar a efetiva operação. O requisito contempla os processos relacionados a clientes, ao planejamento do projeto e desenvolvimento, especificação do processo de aquisição, de produção e fornecimento de serviço, identificação e rastreabilidade, propriedade do cliente e controle de dispositivos de medição e monitoramento.

O requisito oitavo, **Medição, Análise e Melhoria** solicita a definição, planejamento e execução dos processos de medição, monitoramento, análise e melhoria para assegurar a conformidade de produtos, processos e sistema. Esse requisito preconiza basicamente melhorias contínuas a partir de auditorias internas, atuações com clientes, acompanhamento das ações corretivas e desenvolvimento de ações preventivas, conforme Figura 4.

Na opinião de Pedrosa (2003), a ISO facilitou as transações comerciais, porém se limita a garantia da qualidade do produto/serviço em detrimento aos resultados da empresa, como um sistema integrado.

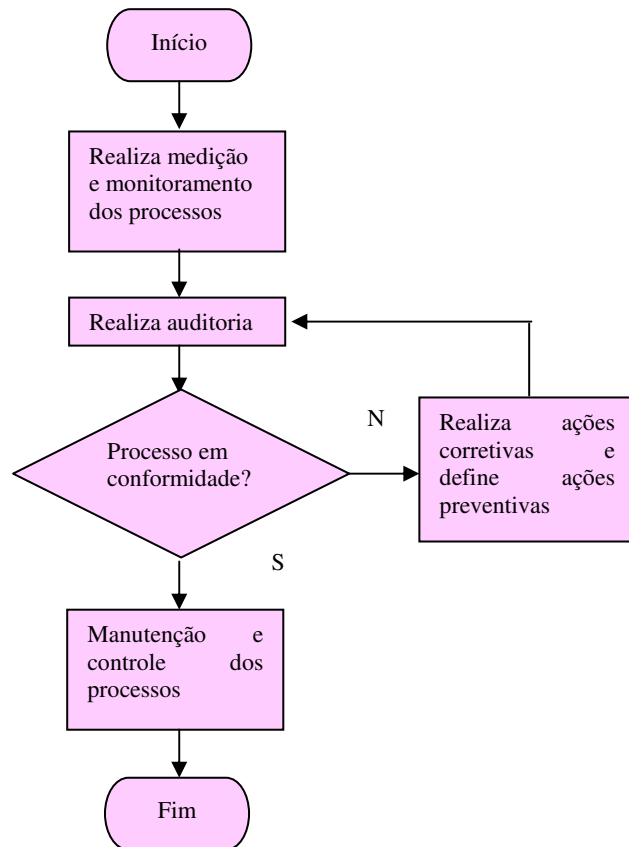


Figura 4 - Fluxograma do requisito 8, ISO 9001/2000 (TAJRA, 2006, p. 210)

Buscando avaliação sistêmica, surgem os prêmios de excelência em qualidade, que abordam concomitantemente a satisfação do cliente, a garantia da qualidade do produto/serviço, os resultados da empresa, a gestão empresarial e a melhoria contínua da qualidade.

No Brasil, o ano de 1991 foi instituído pelo governo brasileiro Ano Nacional da Qualidade e Produtividade, com o intuito de incentivar os melhores modelos de gestão da qualidade.

Nesse clima, o Comitê Nacional da Qualidade e Produtividade criou o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), estruturado como um prêmio anual de reconhecimento de empresas que se distinguem em relação à qualidade e à gestão. Sua criação coincidiu com a abertura econômica, fato esse que favoreceu a conscientização empresarial para a importância da qualidade e produtividade, devido ao ambiente de grande concorrência que se apresentava e para o qual a indústria brasileira não estava preparada.

A partir dos critérios do PNQ, é criado, em 1992, no Rio Grande do Sul o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade com o objetivo de tornar competitivo os produtos e serviços do Estado.

Em 1997, é oficializado pelo Ministério da Saúde o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, programa específico para a área da saúde, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade nos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde de nossos cidadãos, em todas organizações prestadoras de serviços de saúde do País. Além disso, o Ministério da Saúde vem investindo em outros programas como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) oficializados pela Portaria n° 935/2002, do Ministério da Saúde.

O PNHAH tem como objetivo difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde e capacitar os profissionais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania. Estimular também a realização de parcerias e intercâmbios de conhecimento e experiências nesta área.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), objetiva avaliar a satisfação dos usuários em relação à qualidade dos serviços prestados.

Portanto, esses programas buscam avaliar e melhorar a assistência prestada pelos hospitais credenciados pelo SUS.

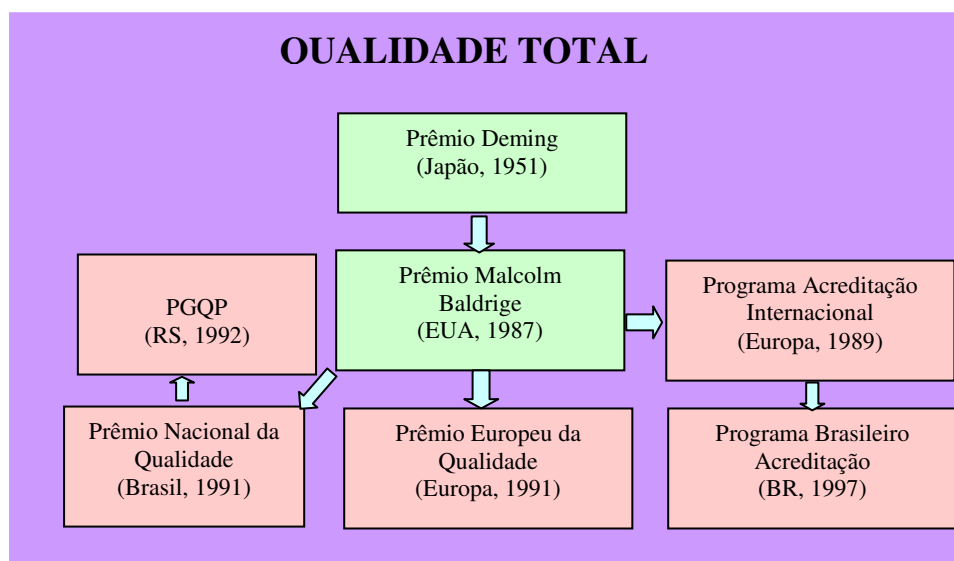


Figura 5 - Origem dos prêmios da qualidade

Conforme ilustrado na Figura 5, a partir dos critérios do prêmio Deming, surge o Prêmio Malcolm Baldrige e a partir deste os demais. Constitui-se em um modelo centrado na implementação de princípios e técnicas como a análise de processos, métodos estatísticos e círculos da qualidade. Na avaliação, esses programas utilizam um sistema de pontuação.

O prêmio Deming, precursor dos demais, surgiu no Japão em 1951. Em 1987, cria-se nos Estados Unidos o Prêmio Malcolm Baldrige, com o intuito de estabelecer um padrão de excelência capaz de ajudar as empresas norte-americanas a alcançar qualidade ao nível mundial. Inicialmente se destinava a distinguir as melhores empresas industriais e de serviços. Todavia, a utilização do modelo que serve de suporte para auto-avaliação das organizações generalizou-se rapidamente, expandindo-se também aos setores da educação e saúde. A partir desse modelo despontam outros Prêmios, tais como o Prêmio Europeu da Qualidade, criado na Europa em 1991. Esses modelos, de acordo com Algarte e Quintanilha (2000), caracterizam-se por não ser prescritivos, reconhecendo, dessa forma, que existem diferentes maneiras de alcançar a excelência.

Os critérios representados na Figura 6 estruturam os dois modelos de avaliação para o prêmio Deming e Malcolm Baldrige que originaram os demais programas de avaliação da gestão.

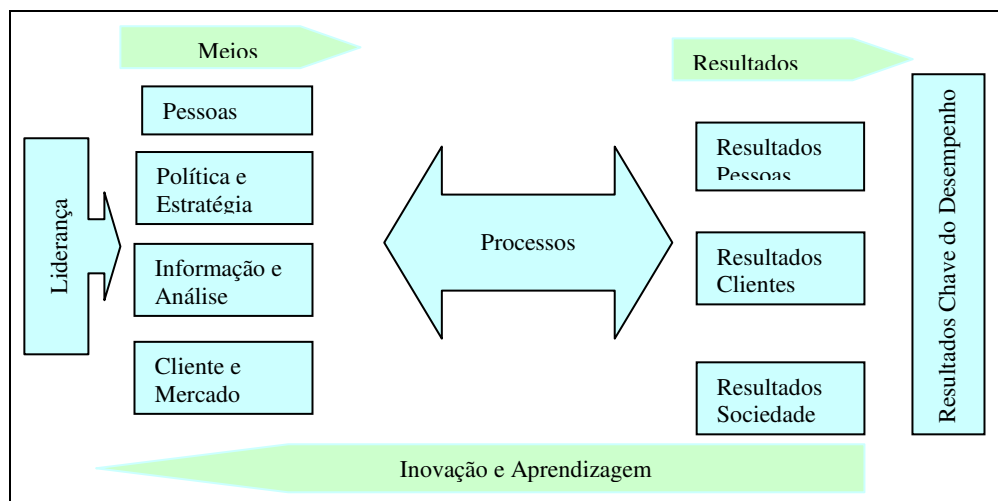


Figura 6 - Critérios dos prêmios Deming e Malcolm Baldrige

Conforme os critérios representados na Figura 6, percebe-se que a qualidade passa a ser uma preocupação de toda empresa, partindo do comprometimento da alta direção que perpassa pelos demais setores, como uma tarefa coletiva em que todos estão voltados para o

atendimento às necessidades do cliente com olhar direcionado aos resultados com qualidade (OLIVEIRA, 2004).

Nesta perspectiva, a qualidade vai além da questão técnica, torna-se uma estratégia empresarial. Independente do modelo utilizado seja ele PNQ ou derivados dele, os empresários objetivam, melhorar o desempenho empresarial e satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

Para atender aos objetivos propostos neste trabalho, a revisão bibliográfica restringe-se ao Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade e ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, a fim de obter subsídios necessários para analisar e interpretar os critérios de avaliação de cada programa, identificando pontos convergentes e divergentes que permitam um alinhamento desses Programas e, posteriormente, propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico que permita a implementação simultânea de forma que os Programas se complementem, e assim, de forma integrada, proporcionar melhor apreciação do sistema de gestão da organização de saúde.

2.3.1 Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade

Atualmente, produzir com qualidade evidencia-se como estratégia de sobrevivência empresarial. Assim, “a discussão passa a ser a respeito de estratégias, ferramentas, métodos, mecanismos de gerenciamento da qualidade que enfatize fundamentalmente as ações práticas que determinam como ajustar produtos, serviços e processos a clientes, consumidores e sociedade em geral” (PGQP, 2005, p. 10). Portanto, fornecer produto/serviço mais adequado às necessidades do cliente, incluindo os aspectos econômico, de segurança e de desempenho.

Seguindo orientações de especialistas na área, tais como Falconi, Deming, Juran, entre outros, a escolha do sistema de gestão da qualidade na empresa deve partir da alta administração, baseada na tecnologia, promovendo o desenvolvimento de recursos humanos e a disseminação dos conceitos da qualidade. Assim, criando a cultura da qualidade com comprometimento dos colaboradores em todos setores da empresa.

Os critérios de avaliação do sistema de gestão utilizados pelo PGQP (2006), orientam que a condução do processo de mudança seja feito pelas lideranças, com clareza das estratégias, valores e metas, com foco nos clientes com responsabilidade social e com decisões baseadas em dados. Reforçam a necessidade de qualificação das pessoas e o domínio dos processos, induzindo a um sistema de gestão voltado para resultados.

Neste sentido, Wittmann (2003, p. 285), afirma que “a instituição deve usar seus meios centrada em sua missão para alcançar desenvolvimento social justo e responsável”. Ainda o autor reforça que, desenvolvimento “requer competitividade, que requer estratégia, que requer gerenciamento com abordagem sistêmica contribuindo para o constante aperfeiçoamento gerencial”.

Dessa forma, a alta administração escolhe um sistema de gestão da qualidade que melhor se adapta à organização e participa no processo de implementação e controle com interação e sinergia entre o grupo, conduzindo o processo, porém sem centralizar o poder, assim consolidando o sistema.

2.3.1.1 Origem e evolução do programa

O PGQP foi lançado em outubro de 1992 com o objetivo de estimular, articular e promover ações visando tornar competitivo os produtos e serviços no Estado, por meio de melhoria da qualidade e produtividade. Conforme o Manual de Avaliação do PGQP (2006, p.6), o programa tem como missão “promover a competitividade do Estado e a qualidade de vida das pessoas através da busca da excelência em gestão”, e visão de futuro “ser referência mundial na promoção da competitividade da sua região”.

As informações a seguir foram adaptadas a partir do Manual de Avaliação Rumo à Excelência (2006).

A estrutura do programa em comitês setoriais e regionais objetiva facilitar o acesso às organizações, além de potencializar as ações da entidade e atingir todos setores e regiões do Estado, a fim de fortalecer e capacitar as empresas gaúchas para o futuro.

Disponibiliza um instrumento de avaliação que permite formular um diagnóstico do estágio de desenvolvimento gerencial. De posse deste levantamento, a Organização pode utilizá-lo como ferramenta de gestão para planejar ações visando melhorias. É um programa de aplicabilidade genérica, que pode ser utilizado por organizações de qualquer espécie e dimensão, seja pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, independente do estágio de gestão. Avalia o sistema gerencial e seu desempenho em relação às melhores práticas adotadas por organizações de alta performance.

Caracteriza-se por não ser prescritivo, quanto ao modo de fazer, ou seja, não sugere abordagens ou metodologias de gestão específicas, assim como também não apresenta recomendações quanto a ferramentas, técnicas, processos, metodologias, etc.

Historicamente desde o primeiro ciclo de avaliação, em 1994, foram realizadas mais de 5.100 avaliações e treinados mais de 18.500 avaliadores demonstrando a consolidação dessa metodologia de avaliação. A partir, daí, a Comissão Técnica do Sistema de Avaliação vem aprimorando os conceitos inseridos nos critérios, sempre alinhado com Critérios de Excelência do PNQ.

2.3.1.2 Graus de reconhecimento e modalidades de avaliação

A busca da excelência na gestão constitui-se em um caminho árduo e trabalhoso, que tem como princípio muito esforço, comprometimento e persistência da equipe seguindo estratégias e metas bem definidas, buscando melhoria contínua, com foco no cliente e mercado. Assim, como forma de incentivo e reconhecimento o PGQP estabeleceu que todas organizações as quais obtiverem mais de 100 pontos no sistema de avaliação recebem um diploma de distinção com mérito. Além disso existe o Prêmio Qualidade RS, como reconhecimento às organizações que mais se destacarem no aperfeiçoamento do seu sistema de gestão.

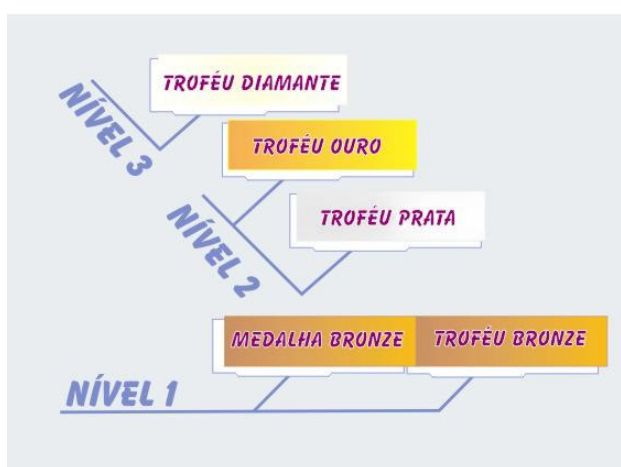


Figura 7 - Modalidades de premiação do PGQP (PGQP,2006).

Conforme representado na Figura 7, para os prêmios do nível 1 não há pré-requisitos, no entanto, para a Organização participar das categorias de premiação do nível 2 e 3, a escala é crescente, ou seja, para atingir o Troféu Ouro deverá ter obtido o Troféu Prata anteriormente e assim sucessivamente.

Para seleção dos requisitos foram considerados aspectos mais relevantes ou prioritários no processo de implementação ou desenvolvimento de um sistema de gestão para

uma organização que proporcionasse o progresso de seu desempenho e facilitasse a transição para o estado de excelência, representado pelos critérios de 1000 pontos do PNQ (PGQP, 2005).

2.3.1.3 Critérios de avaliação

A partir de 2005, a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ) passa a publicar os critérios de avaliação “Rumo à Excelência”, cujo teor apresenta os instrumentos de avaliação 250 e 500 pontos que estabelecem patamares intermediários e são derivados do PNQ (1000 pontos), com os seguintes objetivos:

- Apresentar critérios para a gestão correlacionados com os de Excelência do PNQ, que reproduzem as melhores práticas de gestão conhecidas no mundo;
- Permitir o diagnóstico da organização, pois além de propor critérios à gestão, permite a avaliação do estágio em que a organização e encontra-se quanto ao alinhamento com esses critérios;
- Servir como referencial avaliatório para premiações internas, setoriais e regionais que estão se desenvolvendo no Brasil;
- Assegurar uma transição adequada e uniforme entre os instrumentos 250, 500 e 1000 pontos.

Os critérios de Excelência do PNQ que originaram o PGQP fundamentam-se na **visão sistêmica** e integração com a Sociedade; **aprendizado organizacional**, que gera novo nível de conhecimento; **agilidade** de respostas a mudanças de cenários e necessidades dos clientes e demais partes interessadas; **liderança e constância de propósitos** mediante o comprometimento dos líderes com valores e objetivos da organização; **visão de futuro**, atento aos resultados do presente com **foco no cliente e no mercado**, conhecendo as necessidades e expectativas dos clientes e mercados potenciais; **responsabilidade social** mediante relacionamento ético com as partes interessadas; **gestão baseada em fatos**, com informações adequadas e sistemática de informações comparativas; **valorização e desenvolvimento das pessoas**; **abordagem por processos**, com conhecimento de cada um e suas necessidades, orientados para resultados.

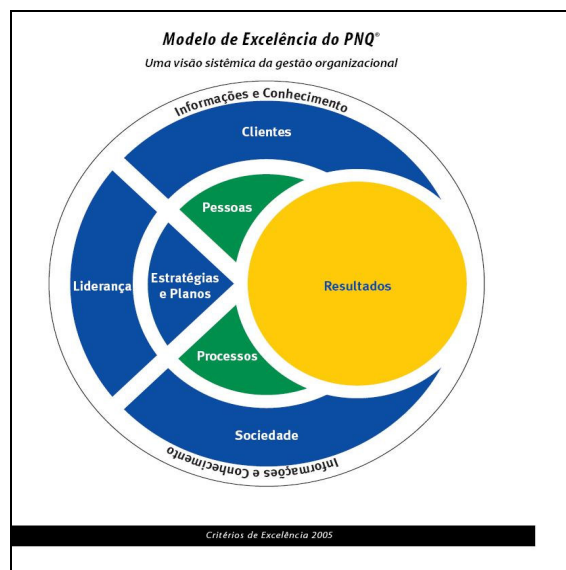


Figura 8 - Modelo de excelência PNQ (PGQP, 2006, p.10)

A Figura 8 salienta os critérios do modelo, imersos num ambiente de informação e conhecimento, que se relacionam de forma harmônica e integrada voltados para a geração de resultados. Percebe-se a necessidade de identificação e satisfação das necessidades dos clientes, sociedade e comunidade com as quais interage de forma ética cumprindo com a legislação e preservando o meio ambiente, voltado para o desenvolvimento sustentável. Cabe à Liderança estabelecer os valores e as diretrizes organizacionais e a análise crítica do desempenho global, considerando o controle e o aprendizado organizacional. Assim, as estratégias formuladas pelos líderes são desdobradas em Planos de Ação de curto e longo prazo. As pessoas atuam no gerenciamento dos processos, capacitadas e satisfeitas proporcionando ambiente propício para a consolidação da cultura da excelência. Na reunião de análise crítica do desempenho global, os resultados devem ser comparados às metas estabelecidas para posteriormente serem transformados em Informações e Conhecimentos, divulgado a toda equipe da Organização para que esta possa executar ações e buscar o aprendizado organizacional.

As informações e conhecimentos permitem a ligação e correlação entre todos os critérios, e, portanto entre todos os elementos que constituem a organização. A gestão das informações e do capital intelectual é um elemento essencial à jornada em busca da excelência.

Oportuno citar Juran (1991, p. 328), que reforça a idéia da necessidade de conhecer e satisfazer os clientes, quando afirma que “garantir que as necessidades dos clientes estejam de

fato sendo atendidas é um dos principais propósitos do planejamento/replanejamento da qualidade para agir nas oportunidades de melhorar”.

Os oito critérios de excelência representados na figura 8 estão subdivididos em 27 requisitos específicos e uma pontuação máxima. Destes, 20 representam os aspectos de enfoque e aplicação; 7, os resultados. O modelo de 500 pontos apresenta a mesma estrutura. No entanto, para o modelo de 250 pontos recomendado para organizações que estejam em estado inicial de estruturação de sua gestão, os critérios não estão subdivididos. Cada um apresenta um Aspecto de Avaliação constituído de cinco itens que correspondem a uma pontuação que pode ser 0%, 5%, 10%, 15% ou 20%. O somatório dos valores atribuídos a todos itens gera o percentual do Aspecto de Avaliação do critério. **Enfoque** refere-se ao “conjunto das práticas de gestão utilizadas para atender aos requisitos de cada item dos Aspectos de Avaliação”. **Aplicação**, diz respeito à “disseminação e uso dessas práticas” e os **Resultados**, referem-se “a consequência da aplicação dessas práticas” (PGQP, 2006, p.13).

No PNQ o grau máximo para as práticas de gestão e resultados é a excelência, no modelo de 500 pontos e é classificado como bom desempenho; já no de 250 pontos, esse grau caracteriza-se como estágio inicial rumo à excelência em que não se aplicam mecanismos de controle e aprendizado.

Portanto, para avaliação da organização é necessário conhecer as características das práticas de gestão, dos padrões de trabalho, dos indicadores, o grau em que essas práticas e indicadores estão sendo utilizados e os resultados obtidos a partir do seu sistema de gestão.

A seguir, será apresentada, resumidamente, as exigências de cada Critério e Aspectos de Avaliação, cujas informações foram baseadas no Sistema de Avaliação “Rumo à Excelência” (2006). Para todos os Aspectos, a organização avaliada deve apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho, a disseminação e continuidade das práticas e padrões referente ao aspecto do critério avaliado.

O critério **Liderança** examina os valores e diretrizes organizacionais, os recursos utilizados pela alta direção na tomada de decisões, comunicação e implementação dessas decisões. Os valores e diretrizes devem atender às necessidades das partes interessadas (clientes e mercados, finanças, pessoas, produtos, fornecedores, sociedade, acionistas, comunidade, etc.), bem como, avaliar as formas em que a liderança interage com as partes interessadas que demonstre comprometimento, disseminação e continuidade das práticas de gestão e padrões de trabalho. Para o estabelecimento destes nas principais práticas de gestão, deve-se utilizar um método e para a análise crítica do desempenho global, indicadores.

O critério **Estratégias e Planos** examina o processo de formulação das estratégias que deve considerar as necessidades das partes interessadas, planos de ação devem ser alinhados às estratégias, comunicação e envolvimento da força de trabalho de forma que estabeleça compromisso mútuo. Indicadores de desempenho, que permitam monitorar as estratégias e operações em todos níveis da organização, e, os principais devem possuir metas alinhadas às estratégias. Apresentar um plano de ação para cada indicador, do desempenho global e o das operações relacionadas a clientes e mercado, finanças, pessoas, produtos, fornecedores, processos relativos ao produto, sociedade e processos de apoio e organizacionais. Expor as principais metas de curto e longo prazo. Para atender esse critério, pode-se utilizar o Planejamento Estratégico que considera os ambientes externo e interno. No externo aprecia-se as oportunidades e ameaças; já no interno, valorizam-se os pontos fortes e avaliam-se pontos fracos, e definem-se também, missão e visão de futuro. Assim, as partes interessadas passam a conhecer o caminho aonde a organização deseja trilhar.

O critério **Clientes** analisa como a empresa define método para segmentar o mercado, definir seus clientes-alvo e agrupá-los. A metodologia utilizada para identificar as necessidades desses clientes e para divulgação de produtos, marcas e ações de melhoria da organização propicia credibilidade, confiança e imagem positiva. Definir canal de comunicação com o cliente, para receber sugestões e/ou reclamações, bem como ter método e padrão de trabalho para tratamento das informações de forma rápida e eficaz. A organização deve possuir procedimento para avaliação da satisfação do cliente, que permita utilizar as informações em ações de melhoria.

O critério **Sociedade** analisa a interação da com a sociedade e práticas adotadas que visam ao desenvolvimento sustentável: as pessoas da força de trabalho são conscientizadas e envolvidas em questões relativas à preservação ambiental e desenvolvimento social; a organização estimula o comportamento ético e busca assegurá-lo no relacionamento com todas as partes interessadas, promove ações sociais visando atender às necessidades da comunidade e da sociedade, zela pela equidade étnica, sexual e social e evita o uso do trabalho infantil.

O critério **Informação e Conhecimento** analisa o método utilizado para identificar e organizar as informações sistematizadas que possibilitem apoiar as operações diárias e a tomada de decisões, bem como disponibilizar as informações indispensáveis à força de trabalho. Concomitantemente, a organização deve usar informações comparativas pertinentes à tomada de decisão e promoção de melhorias em produtos, processos e práticas de gestão. Dispor das principais organizações consideradas como referenciais pertinentes, assim como as

principais inovações e melhorias implementadas. Identificar os ativos que compõem o capital intelectual visando se diferenciar e aumentar o valor agregado em seus produtos e serviços, bem como métodos para manter-se atualizada em relação às tecnologias e conhecimentos relacionados ao seu capital intelectual.

O critério **Pessoas** analisa a organização do trabalho e a estrutura de cargos definidas e implementadas para promover resposta rápida, iniciativa, criatividade, inovação, cooperação e comunicação eficaz. Formas de remuneração e incentivo que estimulem a obtenção de melhores resultados e a promoção da cultura da excelência. Estrutura de trabalho capacitada e desenvolvida para atender as suas necessidades e as da organização, bem como as prioridades para o desenvolvimento da excelência. Reconhecer os perigos e tratar os riscos relacionados à saúde, segurança e ergonomia, bem como observar os fatores que afetam o bem-estar, satisfação e motivação das pessoas. A organização deve dispor de métodos para eliminar ou minimizar esses riscos, no entanto precisa de uma política de recursos humanos, programa de capacitação de pessoas, reservar um capítulo para cuidar da integração de novos funcionários, do desenvolvimento gerencial, avaliação de desempenho, acompanhamento em período de experiência, relações interpessoais, reabilitação e capacitação, programa para promoção de saúde e segurança do trabalhador, método de avaliação da satisfação do cliente interno e externo inter-setoriais e da metodologia de gestão do capital intelectual.

O critério **Processos** examina o projeto de produtos e processos de produção que precisam ser projetados a partir de requisitos traduzidos das necessidades das áreas pertinentes. Os processos de produção e apoio devem ser gerenciados por meio de indicadores de desempenho que medem o atendimento desses requisitos. Métodos para selecionar fornecedores e medir o desempenho destes com base nos requisitos de fornecimento. O plano orçamentário é gerenciado de modo a assegurar a utilização adequada dos recursos e a organização utiliza parâmetros adequados para gerenciar o seu desempenho econômico-financeiro. Por conseguinte, deve dispor de requisitos que sejam atendidos pelos processos de produção, apoio, fornecedores e pelos respectivos indicadores de desempenho, bem como apresentar os parâmetros econômico-financeiros utilizados.

O critério **Resultados** examina os efeitos dos principais indicadores de desempenho relativo aos clientes e mercados, desempenho econômico-financeiro, sistemas de trabalho e às práticas relativas à capacitação, desenvolvimento e qualidade de vida, produtos e processos referentes ao produto, fornecedores, à responsabilidade socioambiental, à ética e ao desenvolvimento social e relevância dos processos de apoio e organizacionais, que permitam avaliar a tendência e a existência de referenciais comparativos pertinentes.

Ao interpretar os critérios, percebe-se que a sistemática de avaliação do PGQP preconizam avaliação sistêmica da organização, de forma integrada entre a produção e prestação de serviços. Neste sentido, Paladini (2002) afirma que a área de prestação de serviços envolve a produção de serviços propriamente dita e a estruturação de métodos. Por isso, não há possibilidade de separar o processo produtivo da prestação de serviços, ambos se confundem. Assim, a gestão da qualidade centra-se fundamentalmente na interação com o usuário.

2.3.2 Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

A primeira legislação relacionada à qualidade da assistência à saúde surgiu há cerca de duzentos anos antes de Cristo, foi escrita pelo imperador da Babilônia, o Código de Hammurabi, que em sua essência preconizava “*não causar mal a alguém*”. Seguindo a mesma perspectiva, encontra-se o famoso juramento de Hipócrates, datado de 400 anos antes de Cristo que refere “*primum non nocere*” (primeiro não causar dano).

Quinto Neto (2000), em sua análise histórica, observa que na Grécia antiga inexistia procedimentos tecnológicos e estruturas organizacionais caracterizadas como hospitais. Logo, na época, a intensidade da relação interpessoal, centrada na figura do médico, era mais importante do que a complexa tecnologia observada atualmente. Assistência com qualidade significava prevenir dano ao paciente.

O autor reforça que por muito tempo manteve-se o conceito de que somente o médico era responsável pela assistência com qualidade. Essa percepção mudou a partir da atuação da enfermeira inglesa, Florence Nightingale, interessada em assuntos de gerência que atuou junto a guerra da Criméia, em 1854 desafiando o conceito milenar de que o responsável pela qualidade em saúde era apenas o médico. Introduziu medidas inovadoras no cuidado dos pacientes em campos de batalha: higiene, ventilação, drenagem, uso de dieta, desinfetantes, etc. diminuindo drasticamente a taxa de mortalidade nos hospitais. Defendia que o hospital como organização poderia influenciar e melhorar a qualidade da atenção que oferecia aos pacientes e que, pela análise da qualidade da assistência prestada no passado, conseguiria identificar meios de melhorias na atenção ao futuro paciente. Percebe-se que, naquela época, a enfermeira já preconizava o aprendizado organizacional como forma de melhoria contínua. Dessa forma, na época, os gestores de instituições de saúde perceberam que suas organizações careciam de condições precárias de funcionamento, e que não respondiam às necessidades

reais da população, inclusive muitas vezes oferecendo serviços os quais não possuíam padrões mínimos de qualidade.

A partir do século XX houve uma mudança de paradigma, a responsabilidade pela qualidade na assistência à saúde deixa de ser do médico individualizado e passa a ser do corpo médico e posteriormente dos médicos e da direção do hospital.

Concomitantemente, surgem programas de certificações que tem papel extraordinário na proteção dos consumidores. Segundo Pedrosa (2003), a empresa certificada possui estruturas adequadas para a produção com elevada probabilidade de entregar produtos/serviços com qualidade.

A maioria dos estudiosos da área de qualidade são congruentes nas idéias de que, para avaliar a qualidade de um produto/serviço deve-se considerar o aspecto mensurável e não mensurável. Compactuando com essa linha de pensamento, Casas (1999), em suas definições, refere que qualidade objetiva trata do aspecto mensurável o qual considera: a) qualidade intrínseca como processo de assistência com evidências científicas de maior benefício disponível ao paciente; b) atendimento, produto certo para pessoa certa na hora certa e na quantidade certa; c) custo menor para execução do processo; d) segurança para o cliente, trabalhador e toda sociedade; e) qualidade atrativa, algo a mais que garante a fidelidade do cliente. Oposto ocorre, segundo o autor, quando avaliada a qualidade subjetiva, que se refere ao aspecto não mensurável, o qual permite ao cliente perceber a presença das características da qualidade objetiva no produto entregue, determinando satisfação.

Interessante é a analogia feita por Zanon (2001), entre uma viagem aérea e uma internação hospitalar. Na viagem aérea o objetivo é chegar vivo ao destino sem acidentes; na internação hospitalar, é ter alta com o problema de saúde melhorado ou curado, evitando a piora ou a morte. Percebe-se que somente após ter sido atingido o objetivo principal é que o atendimento é analisado: custo, pontualidade, atenção e a gentileza da tripulação ou do pessoal do hospital. Seguindo o raciocínio desta analogia, ambas as empresas, por imperativo ético, devem oferecer um serviço compatível com o poder aquisitivo do passageiro ou do paciente, sem comprometer a atividade-fim: a segurança de vôo nas companhias aéreas ou a qualidade médico-assistencial nos hospitais.

Genericamente, a necessidade do cliente que interna em um hospital, seguindo orientações de Zanon (2001, p. 54) é “obter um diagnóstico da doença, receber tratamento consensual, atualizado, comprovadamente eficaz, ter uma internação isenta ou com o mínimo de intercorrências e deixar o hospital no menor prazo, curado ou em melhor estado do que se encontrava antes da internação”. Entretanto, Mezomo (2001), alerta que devido à

complexidade técnica, o cliente carece de capacidade para avaliar a qualidade médico-assistencial. Este pode apreciar apenas o processo administrativo, o atendimento recebido durante a internação. Donahue & Ostenberg (2000, p. 243), em sua pesquisa reforçam que “há um grande risco de sérios eventos adversos na área da saúde por causa de sua complexidade, sua independência sobre o conhecimento humano, habilidades e julgamento e as conseqüências potenciais de erros”. Logo, a percepção do cliente, em cada contato no hospital, é que fará o diferencial de satisfação e a divulgação do serviço que poderá ocasionar a fidelidade do cliente. Conforme Fullerton (2004), a qualidade do serviço garante probidade do cliente, tanto comportamental, quanto de atitude, ou seja, ele está disposto a pagar mais pela qualidade e manter-se leal ao serviço mesmo aparecendo oportunidades de troca de fornecedor de serviço a um custo menor.

A avaliação e a garantia de qualidade, de acordo com Paladini (2002), constituem-se pela estrutura de processos e pela mensuração de resultados da instituição. Além de existir o sistema de garantia da qualidade é necessário avaliar resultados através de indicadores assistenciais e de outros setores produtivos do sistema.

Collopy (2000), em sua experiência na Austrália, evidenciou que o uso extensivo dos indicadores por organizações de saúde estimulou muitas ações para melhorar os cuidados do paciente, levando à evidência documentada da melhoria da administração do paciente e dos resultados.

Na corrida pela otimização de recursos em busca de diferencial competitivo e excelência em gestão, atualmente existem no mercado muitas metodologias de avaliação do sistema de gestão da qualidade de um fornecedor/serviço. Deve-se, portanto, atentar para que a metodologia de avaliação escolhida contenha alguns princípios básicos: contemple os processos produtivos com todos os seus componentes; foco nos resultados; tenha sido amplamente testada; tenha menor custo para implementação e auditoria; facilite o processo de venda; seja voluntária; permita melhorias contínuas; viabilize a meta de “erro zero” (PEDROSA, 2003).

Simultaneamente, aos programas de avaliação da qualidade da assistência e gestão na área da saúde existem formas de avaliação oficial e obrigatória que contemplam itens específicos de funcionamento hospitalar, tais como: a) Alvará de Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros; c) Alvará de Localização das prefeituras municipais; d) Autorização do Conselho Regional de Medicina; e) Fiscalização: COREM (Conselho Regional de Enfermagem); CRM (Conselho Regional de Medicina); CRF (Conselho Regional de Farmácia). (PEDROSA, 2003, p. 265)

Por isso, existem basicamente três formas de avaliação das organizações de saúde: a habilitação, a categorização e os programas de auto-avaliação.

A habilitação refere-se a Licença Sanitária ou Alvará. Na auditoria, o objetivo da autoridade sanitária é identificar se a organização atende aos requisitos de funcionamento legais. A categorização relaciona-se à classificação de serviços ambulatoriais e de internação, conforme critérios determinados como os graus de complexidade, a prevenção de riscos, as especialidades médicas, entre outros.

Esses critérios, de acordo com Quinto Neto (2000), permitem definir funções, concentrar atividades, classificar os benefícios de acordo com a sua viabilidade, segundo o tipo de estabelecimento analisado dentro de uma rede de serviços integrados de uma região.

Na assistência médico-hospitalar, a ideologia da qualidade passou por um processo evolutivo semelhante ao da indústria de bens e serviços. Há necessidade da organização de processos institucionais compatíveis e investimento em capacitação da força de trabalho, levando em conta a complexidade hospitalar (ZANON, 2001).

A primeira tentativa de avaliar objetivamente a assistência médio-hospitalar, conforme estudo de Nogueira (1999), foi feita em 1912 por Ernest Codman, um cirurgião de Boston, influenciado pelas idéias da Enfermeira Florence Nightingale, que propôs, pela primeira vez, o conceito de “*quality of care*” colocando, naquela época, o paciente como principal foco da atenção dos profissionais de saúde.

Em consequência às idéias de Codman, foi criada a auditoria médica, em 1943. Mais tarde, em 1993 o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Auditoria (Artigo 6º, Lei 8.689, regulamentada pelo Decreto 1.651 de 28/09/1995). De acordo com Zanon (2001, p. 13) auditoria consiste em “análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas”. Portanto, o autor reforça que se trata de análise para avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços, assim como a necessidade de melhoria ou de ação preventiva, corretiva e saneadora. Porém, a auditoria na saúde encontra-se ainda na fase de inspeção. Na maioria das instituições de saúde o intuito é flagrar e denunciar o erro, por isso torna-se dispendiosa e ineficiente para o aprimoramento da qualidade.

Percebe-se que a qualidade de bens e serviços é uma ideologia que tem raízes na vigilância sanitária. Na área industrial consiste em uma alternativa de oferecer o melhor e ter um diferencial competitivo; já na área da saúde, observa Zanon (2001), é uma opção para

eliminar ou diminuir o risco de dano à população, além de atender exigências legais cada vez mais rigorosas.

No Brasil, há décadas ocorre uma grande mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares com vistas a melhorar a eficiência dos serviços e incrementar seu gerenciamento. Paralelamente, o usuário vem se tornando mais consciente e exigente, como decorrência do amadurecimento de sua condição de consumidor, respaldado pelo advento do Código de Defesa do Consumidor, criado pela lei 8.078 de 11/09/1990, que também evoluiu passando pela fase de repressão, indenizatória e atualmente preconiza a prevenção, sem excluir totalmente as fases iniciais (QUINTO NETO, 2000).

Portanto, atualmente o paciente tem poder para exigir do hospital segurança, qualidade, efetividade e eficácia na assistência, assegurado por lei. Nesta perspectiva, o autor reforça que a partir da segunda metade da década de 90, a administração do hospital torna-se responsável pela segurança do paciente perante a lei, com isso se exige do hospital uma administração preocupada com a segurança do paciente, o que torna imprescindível a profissionalização, dedicação e o planejamento estratégico por parte da direção dos hospitais.

Para avaliação da performance das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu instrumentos oficiais de avaliação, selecionando um conjunto de critérios que os hospitais devem satisfazer a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total.

Na avaliação da qualidade dos serviços de assistência à saúde, e na implantação de programas de qualidade, Guth (2005) refere que itens complementares importantes, como por exemplo hotelaria podem representar um diferencial na percepção do paciente enquanto submetido a um tratamento de saúde. Além da qualidade intrínseca do cuidado hospitalar, advém a preocupação com o custo do serviço, qualidade do atendimento e a sensação de segurança. No contexto da complexidade hospitalar, enfatiza Nogueira (1999), que tais características devem ser alicerçadas pela manutenção de elevada moral das pessoas que atuam nessas organizações.

2.3.2.1 Origem e definição do programa

Historicamente, qualidade em saúde preconiza prevenção de erros com foco no cliente. O PBAH conforme a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Quinto Neto (2000),

afirma que esse programa representa um avanço social, e em um futuro próximo certamente terá apoio da sociedade.

Quatro aspectos são destacados no programa: a busca voluntária da qualidade, o processo de construção em equipe, a educação da direção e corpo funcional e o instrumento de gerenciamento, representado pelo diagnóstico organizacional. Voluntário, porque o incentivo para acreditação é o reconhecimento da qualidade assistencial; um processo de construção em equipe na preparação para acreditação, fase de desenvolvimento da direção e corpo funcional, a qual propicia um clima de trabalho conjunto sobre os padrões definidos e encoraja os trabalhadores a darem o melhor de si: motivação para a certificação; educação da direção e corpo funcional que, enriquece dirigentes e grupo de avaliadores. Oportunidade de visualizar práticas atuais, observar sob nova perspectiva o que está sendo feito e a maneira como pode ser melhorado.

De acordo com Quinto Neto (2000, p. 26), “o Processo de Acreditação deve caracterizar-se pela garantia da segurança dos serviços de saúde oferecidos à população”. Dentro desse enfoque, o autor lista quatro objetivos:

- a) garantir aos usuários um determinado nível de qualidade dos serviços de saúde;
- b) identificar os problemas nos serviços que vão ao encontro da qualidade dos mesmos;
- c) definir os padrões que sirvam de orientação à adequação e manejo de serviços de qualidade;
- d) determinar políticas, prioridades e critérios de dotação de recursos a fim de incrementar a qualidade dos serviços.

O Processo de Acreditação teve origem nos Estados Unidos a partir de iniciativas da corporação médica, e, posteriormente se disseminou para outros países em todo mundo.

Quinto Neto (1997), enfatiza a importância da atuação do cirurgião Ernest Codman no processo de estruturação da Acreditação internacional. Em 1910, ele avaliou a efetividade do tratamento médico baseado no resultado final, após esta avaliação criou um sistema de padronização hospitalar o qual serviu de base para a fundação em 1913, do Colégio Americano de Cirurgiões, que instituiu o Programa do Colégio de Cirurgiões de Padronização de Hospitais. Em 1919, essa instituição estabeleceu cinco padrões oficiais para prestação de cuidados hospitalares chamado “Padrão Mínimo”, precursor do Processo de Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos que exigia:

- Organização dos médicos que trabalham no hospital como grupo, ou seja corpo clínico;

- Os médicos e cirurgiões devem possuir certificados e licenças reconhecidas, caráter e ética profissional;
- Deve haver reunião mensal do corpo clínico a fim de revisar todos os seus registros para analisar os serviços.
- O médico é responsável pelo registro exato dos casos de todos os pacientes.
- A estrutura do serviço deve ter disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica, incluindo patologia, radiologia e serviços de laboratório.

Nesse mesmo ano, o Colégio de Cirurgiões realizou uma pesquisa, que incluiu 1000 hospitais. Desses, 692 tinham cem leitos ou mais e, os resultados mostraram que apenas 89 observavam padrões preconizados.

Portanto, o autor conclui em seu estudo que o PBAH surgiu em função da necessidade de melhorar os ambientes precários e estruturas físicas deficientes de organizações prestadoras de serviços de saúde, as quais interferiam na prática clínica. Ele consiste em um programa de educação continuada, para melhoria e aprimoramento da gestão das organizações de saúde, a partir dos resultados de avaliação e auditoria. Apesar de partir, inicialmente da vigilância sanitária, não tem caráter fiscalizatório. No entanto, para solicitar avaliação para Acreditação, a organização deve estar Habilitada pela Autoridade Sanitária nacional, estadual ou municipal. Essa exigência direciona as organizações de saúde adequar-se à legislação e ir em busca de seus alvarás de funcionamento.

O Colégio Americano de Cirurgiões, em 1987 uniu-se ao Colégio Americano de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense e passaram a compor a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), (Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar), dois anos mais tarde, em 1989, nomeada oficialmente pelo Colégio Americano de Cirurgiões como responsável pelo Programa de Acreditação, dando início ao processo de Acreditação na Europa.

Certamente, o que acelerou o processo desses países é que apesar da adesão ser voluntária, havia um grande incentivo governamental aos hospitais que aderissem ao Programa, chegando a participação de 80% às Organizações Acreditadas pela *Joint Commission*, programa mais procurado e prestigiado nos Estados Unidos. Foi projetado para permitir comparações difíceis em âmbito internacional sob outros métodos devido à variação específica de cada País. Desse modo, Donahue & Ostenberg (2000), afirmam que o processo de Acreditação caracteriza-se como oportunidade de troca de conhecimento internacional e potencial para aumentar a consistência na prática da medicina e, sobretudo dos cuidados com a saúde. Ainda Schyve (2000, p. 255) refere que o Acreditação facilita, porque “geralmente

reflete um modelo similar no processo em busca da certificação”. Assim, cerca de 96% dos leitos dos hospitais dos Estados Unidos estão em hospitais acreditados. Conforme, Schilling et al (2001, p. 157), na Suíça provedores de cuidados de saúde e seguradoras de saúde são “obrigados por lei a assinar contratos de qualidade nos cuidados à saúde.”

Percebe-se a evolução quanto ao foco de atenção na acreditação da *Joint Commission*, a partir da década de 1960, conforme refere Bukonda (2002, p. 10) “originalmente na estrutura, passa a considerar processos e resultados da assistência”. Sua atuação é somente nos Estados Unidos, porém a acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da *Joint Commission International* (JCI), que possui critérios, instrumentos e processos os quais seguem parcialmente o modelo da JCAHO, todavia não tem o seu reconhecimento (ANTUNES, 2000).

No Brasil, o Processo de Acreditação iniciou a passos lentos, na década de 90, momento em que ele já estava bem consolidado na Europa.

O Manual de Classificação dos Hospitais criado pelo governo brasileiro, em 1974, serviu de base para os instrumentos concebidos para o Processo de Acreditação. O Relatório de classificação hospitalar (RECLAR) era constituído de tabelas que apresentavam a composição do hospital nos seguintes setores: planta física, equipamentos, utensílios, instalações e organização. De modo geral o instrumento privilegiava os aspectos estruturais, alguns itens incorporavam a idéia de avaliação de processos. Portanto, havia ênfase na estrutura física, instalações e tecnologia, porém não era avaliada a capacidade gerencial. Na época, observa Quinto Neto (2000, p. 48) “a finalidade da avaliação foi reduzida para a venda de serviços ao INAMPS, predominando critérios políticos”.

Sabe-se, no entanto, que a década de 1980 foi marcada pela crise na previdência, escassez de recursos diante da recessão econômica, pelo gigantismo burocrático, pela ineficiência da administração e dos serviços prestados. Nesse cenário, em 1981, foi elaborado o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com normas racionalizadoras de prestação de serviços e de alocação de recursos, além da proposta de medidas de avaliação e controle. A idéia era a integração das várias ações de saúde em projetos racionalizadores. Um exemplo da intenção de otimização foi a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), que acabaram com o pagamento por unidade de serviço.

Ainda ao longo da década de 1980, houve a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), germe do Sistema Único de Saúde (SUS), que procurou redirecionar o modelo

de atenção à saúde iniciando uma descentralização e desconcentração, culminando com a tentativa de integração entre as ações de saúde e assistência à doença.

Em 1986, com a criação do SUDS, inicia-se o processo de desestruturação do INAMPS, ocorre a transferência gradual dos hospitais próprios para a esfera estadual e redivisão de papéis entre as três esferas de governo. Assim o credenciamento de prestadores de serviço passaram para a esfera estadual (NOB-SUS, 1997).

Com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser definida como direito social universal derivado do exercício da cidadania dentro de uma perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas. Inicia-se a efetivação gradual da implantação do SUS e a preocupação com a avaliação da qualidade dos serviços oferecidos à população (LEI 8080/1990). Foi designada a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS responsável pela continuidade do trabalho na América Latina.

Novaes e Paganini (1994), relatam que a estratégia proposta para elaboração do Manual de Avaliação foi de implementar vários métodos, a fim de respeitar as diferentes realidades regionais e/ou locais. Identificaram, portanto três itens para o estabelecimento de uma instituição de assistência à saúde:

a) A habilitação;

b) A categorização, determinando os benefícios a serem oferecidos e a organização das redes de prestadores, bem como classificando os serviços de saúde, segundo determinados critérios como, complexidade dos casos, risco de atenção, etc. Pretendia-se definir níveis e concentrar atividades, compondo uma rede de serviços integrados nos Sistemas Locais de Saúde.

c) Os métodos de auto-avaliação considerados procedimentos intra-institucionais no âmbito de cada organização.

De acordo com a ONA (2001), a lógica do Processo de Acreditação consiste em avaliação com nível de complexidade crescente e integrada das várias estruturas hospitalares, ressaltando o papel dos diferentes serviços para assegurar a qualidade da assistência prestada.

Em 1990, conforme Novaes e Paganini (1994), foi firmado convênio entre a OPAS e Federação Latino Americana de Hospitais para a padronização de um Manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina” com a intenção de servir de impulso à promoção, definição e adequação desses padrões.

Além de definir os padrões de assistência, estabeleceu alguns conceitos e descreveu os passos para aderir ao Processo de Acreditação. Assim, ficou entendido como padrão a definição de expectativas, estruturas ou evidências de desempenho, que deve estar em perfeita

harmonia no hospital, de maneira que garanta a qualidade do atendimento hospitalar. O padrão deve ser integralmente cumprido. Cada um apresenta uma definição e uma lista de itens de verificação que servem de guia aos avaliadores na busca de evidências do cumprimento do padrão. Todos eles são organizados por graus de complexidade crescente e correlacionados, de maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior os níveis anteriores obrigatoriamente devem ter sido satisfeitos. Os padrões são expressos em três níveis de complexidade, procurando-se atender às diferenças de recursos e condições das instituições avaliadas (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 2006).

Conforme dados fornecidos pela ONA (2001), em 1991, foi publicado o primeiro Manual “*La garantia de calidad. Acreditacion de Hospitales para América Latina y el Caribe*” de Humberto de Moraes Novaes – Assessor Regional de Hospitais e Sistemas de Saúde da OPAS/OMS e José Maria Paganini – Diretor da Divisão de Desenvolvimento de Serviços de Saúde da OPAS/OMS.

Em abril de 1992, a OPAS promoveu em Brasília o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais da área da saúde, local onde foi apresentado o Manual de Acreditação da OPAS, surgindo durante esse Seminário diferentes propostas e discussões a respeito do modelo de Acreditação mais apropriado para o país.

As conclusões desse Seminário foram quatro: a) controlar a qualidade dos serviços de saúde, considerado assunto relevante e oportuno; b) a Acreditação seria um mecanismo válido; c) o Manual de Acreditação proposto seria um instrumento básico para iniciar o processo; d) os participantes comprometeram-se a levar a discussão para suas entidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, liderada pelo então coordenador desse programa, José Carvalho de Noronha, com a participação de representantes, profissionais médicos, instituições de saúde, consumidores e órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade, que desempenharam importante papel no estabelecimento das diretrizes do programa e na sua disseminação, inclusive em outras esferas do governo.

Desde 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico do Ministério da Saúde, prioridade para o biênio 97/98.

Em julho de 1997, o então Ministro da Saúde Carlos Albuquerque anunciou a contratação de Humberto de Moraes Novaes para desenvolver a Acreditação no âmbito do Ministério, na tentativa de unificar os esforços nacionais. Com isso, iniciou-se um projeto juntamente com o REFORSUS, com o financiamento pelo Banco Mundial (Programa de Apoio Financeiro para o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde), chamado Acreditação Hospitalar.

O PBAH foi oficialmente lançado em novembro de 1998, bem como o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. As normas básicas do Processo de Acreditação são o credenciamento de instituições Acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores.

No período entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde realizou um projeto voltado à divulgação do Programa no Brasil. Constituiu-se em inúmeras palestras em todas as regiões do país com o objetivo de sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação, assim como sua forma de operacionalização, o que culminou na criação da entidade ONA em maio de 1999.

Ao referenciar atendimento ao paciente, Schyve (2000, p. 257) afirma que “o foco deve ser na segurança dos cuidados, pois todas as melhores intenções e melhorias perderão credibilidade aos olhos do público se eles não perceberem que segurança é prioridade”.

Atualmente, os hospitais têm como função compor uma rede de serviços de atenção à saúde que abrange a totalidade da oferta de serviços disponíveis em um território, o qual é denominado sistema local de saúde, além da responsabilidade de, oferecer assistência médica continuada e integrada; concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio; construir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente; promover a saúde e prevenir as doenças, além de avaliar os resultados de suas ações sobre a população de influência (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 1999).

2.3.2.2 Desenvolvimento da Acreditação na América Latina e no Brasil

Entre 1991 e 1992, os padrões estabelecidos no Manual: *La garantía de calidad. Acreditacion de hospitales para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud* foram analisados em reuniões em Washington, culminando na II Conferência Latino Americana de Acreditação Hospitalar. Conforme dados da ONA (2001), discussões realizadas

nesse período desencadearam uma série de ações que fortaleceram o desenvolvimento desse processo em vários países.

a) No Brasil, de acordo com Feldman (2004), foram quatro iniciativas pioneiras em Acreditação desenvolvidas pelos Estados:

b) São Paulo – Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina.

c) Rio Grande do Sul – Associação dos Hospitais.

d) Paraná- Secretaria Estadual de Saúde.

e) Rio de Janeiro – Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. O processo foi coordenado pelo Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e teve como base o Manual de Acreditação elaborado por Novaes e Paganini.

Conforme a autora, a intenção do Ministério da Saúde em associar-se com diferentes grupos teve como objetivo consolidar distintas experiências em uma metodologia única e de consenso, para começar a implementação de um Programa Nacional buscando a participação e compromisso de todos no processo. Assim, formou-se um grupo de trabalho composto por profissionais provenientes de programas de garantia e melhoramento da qualidade em saúde, instituições que trabalhavam com programas de acreditação ou qualidade dos serviços de saúde desses Estados e as secretarias de políticas e atenção da saúde do Ministério, objetivando também alcançar padrões de avaliação comuns a todos.

2.3.2.3 Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a estrutura do Sistema Nacional de Acreditação

Constituiu-se de uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços desta área a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de Acreditação. É um órgão credenciador, onde estão atualmente inscritas sete empresas, que podem atuar em âmbito nacional com competência para avaliar as instituições de saúde.

Conforme Feldman (2004), a ONA foi constituída juridicamente e seu superintendente é indicado por um conselho. Teve como fundadores o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e entidades prestadoras e financiadoras de serviços de saúde que também participaram em seu conselho de administração.

As principais atribuições da ONA são a regulamentação de todo o processo, o estímulo à criação de entidades acreditadoras e seu licenciamento (também de direito privado) à definição de normas básicas de procedimentos assim como controle e avaliação do processo em todo país. A limitada participação do Ministério da Saúde na ONA teve a intenção de apoiar e estimular o desenvolvimento do processo no país, permitindo uma ampla ação da sociedade civil representativa do setor na avaliação e certificação dos serviços de saúde, sem no entanto, interferir no processo porém se mantendo informado e acompanhando a efetividade de sua implementação.

As instituições Acreditadoras são empresas de direito privado que foram credenciadas pela ONA, a partir de 2000. Têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde, dentro do Processo de Acreditação, em nível nacional.

Atualmente, são seis empresas credenciadas pela ONA para realizar o processo de Acreditação e certificar as instituições avaliadas e, com capacidade para proceder atividades de capacitação e treinamento, diagnóstico organizacional e avaliação para a certificação:

- a) DNV – Det Norske Veritas;
- b) FCAV - Fundação Carlos Alberto Vanzolini;
- c) IAHCs – Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde;
- d) IPASS- Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde;
- e) IQC – Instituto Qualisa de Gestão;
- f) GLCSA – Germanischer Lloyd Certification South América.

As empresas acreditadoras têm como atribuições, segundo a ONA, atividade educativa, cursos de multiplicadores/facilitadores; atividade de avaliação dos sistemas de assistência; gestão e qualidade dos serviços de saúde destinada às organizações desta área que pretendem preparar-se para o Processo de Acreditação, e elaborar o Diagnóstico Organizacional realizado após visita, que visa a identificar os pontos fortes e as não conformidades ao instrumento de avaliação, possibilitando priorizar as tomadas de decisão.

2.3.2.4 Processo de acreditação

Constitui-se em um conjunto de ações desenvolvidas para atingir a certificação. Fazem parte desse processo quatro elementos básicos: caráter voluntário, manual de avaliação, auditoria externa e instituição acreditadora (QUINTO NETO, 2000).

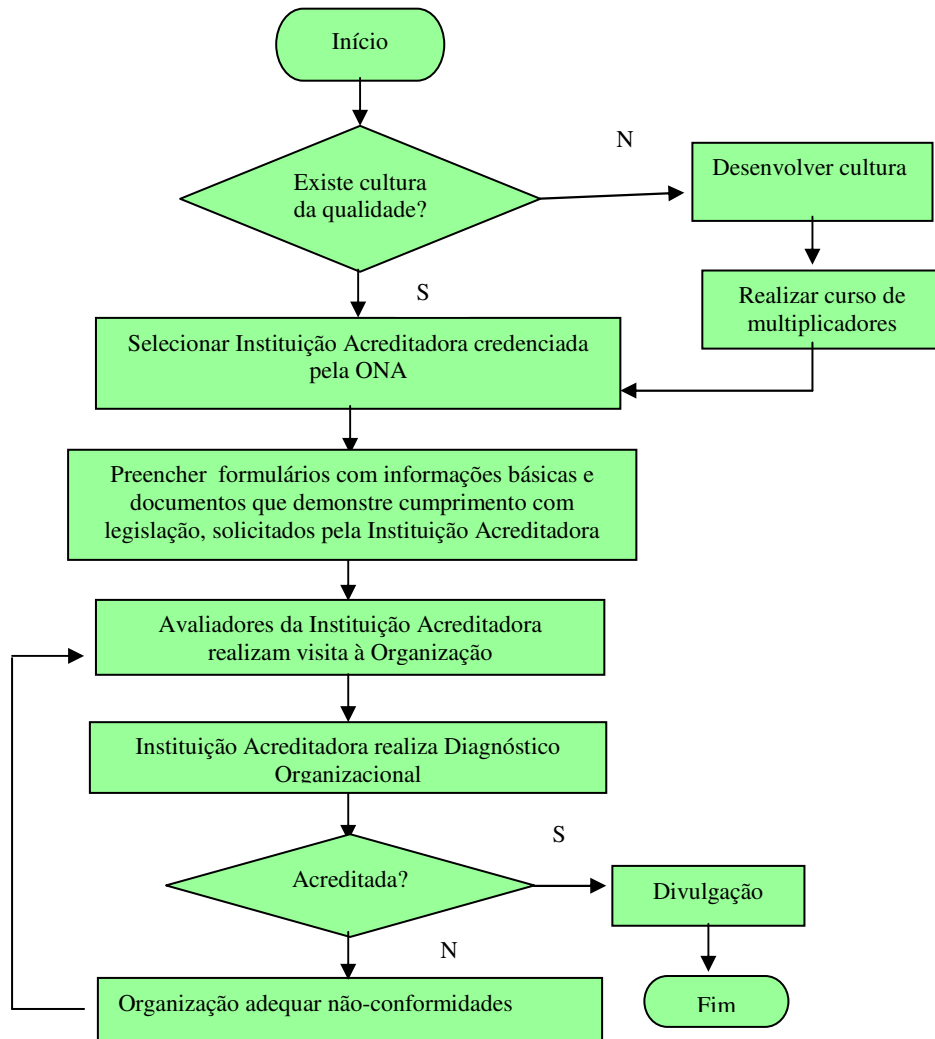


Figura 9 - Processo de Acreditação Hospitalar

Conforme a Figura 9, a seqüência do processo inicia com a solicitação da organização interessada, seguida da visita dos avaliadores e decisão da instituição acreditadora. A solicitação é espontânea, bem como as exigências das instituições acreditadoras são semelhantes, quanto ao preenchimento de formulário com informações básicas da organização e solicitação de documentos que demonstrem cumprimento com determinados pré-requisitos sanitários.

Para atingir o propósito do sistema de acreditação de elevar a qualidade assistencial, a organização deve preparar-se para o processo de avaliação. Inicialmente, conforme Quinto Neto (2000, p. 62) é recomendado realizar um diagnóstico organizacional, baseado no manual de acreditação, que serve como "ferramenta de gestão para elaborar planos de ação para estabelecer conformidades com os padrões do manual e posteriormente solicitar a visita externa para acreditação".

Essa visita, constitui-se de avaliadores especializados que verificam "in loco", o cumprimento dos padrões. Estruturada semelhante a dos Estados Unidos, possui no mínimo

três profissionais: um médico, um enfermeiro e um administrador, podendo incluir outros integrantes. O resultado da visita é diferente de auditoria, na qual a organização recebe o relatório de problemas detectados. Na acreditação há duas possibilidades: Acreditado ou Não Acreditado. No entanto, todos os Programas de Acreditação prevêm a possibilidade da Organização recorrer à Instituição Acreditadora ou a ONA, diante de decisão desfavorável, insatisfação seja na forma de conduzir o processo ou no resultado.

2.3.2.5 Preparo para o Processo de Acreditação

Segundo Quinto Neto (2000), no primeiro ciclo a preparação é a mais demorada. Adequar vários aspectos da organização aos padrões da acreditação demandam despesas adicionais em treinamento de pessoal, reestruturações organizacionais e de processos, bem como melhoria de instalações. Nesta fase, é necessário motivação e comprometimento de toda equipe para ter sucesso na avaliação externa.

Para confirmar o ajustamento com padrões durante a visita, os colaboradores necessitam sistematizar um conjunto de dados e informações, mediante trabalho em equipe e reestruturação de processos administrativos e assistenciais.

A Instituição Acreditadora é responsável por todo processo de avaliação e acompanhamento sistemático da organização após ter sido acreditada.

No momento em que precede a visita, Quinto Neto (2000), orienta que a Organização realize ampla divulgação sobre o processo de avaliação para toda equipe de colaboradores, assim como, seja informado os objetivos e propósitos da avaliação, e indique membros responsáveis para acompanhar a equipe de avaliadores ao longo da visita a fim de facilitar o acesso às instalações e documentos comprobatórios e, disponibilizem sala reservada para reuniões da equipe.

A duração da visita varia de acordo com o porte e complexidade da Organização avaliada, hospitais com: 150 leitos – de 2 a 4 dias; 350 leitos – de 4 a 8 dias e mais de 350 leitos – de 8 a 10 dias.

A relação nominal dos membros componentes da equipe de avaliadores é apresentada anteriormente à Organização que tem cinco dias para manifestação contrária a respeito dos integrantes. Aprovada a equipe, o avaliador-líder elabora o Plano de Visita que contemple os objetivos e propósitos da avaliação, a data de execução, a reunião de abertura, a disponibilidade de documentos de referência (normas, procedimentos, rotinas, atas de

reuniões), as reuniões periódicas da equipe de avaliadores em sala reservada e a reunião de encerramento. A Figura 10 apresenta o organograma de uma Instituição Acreditadora.

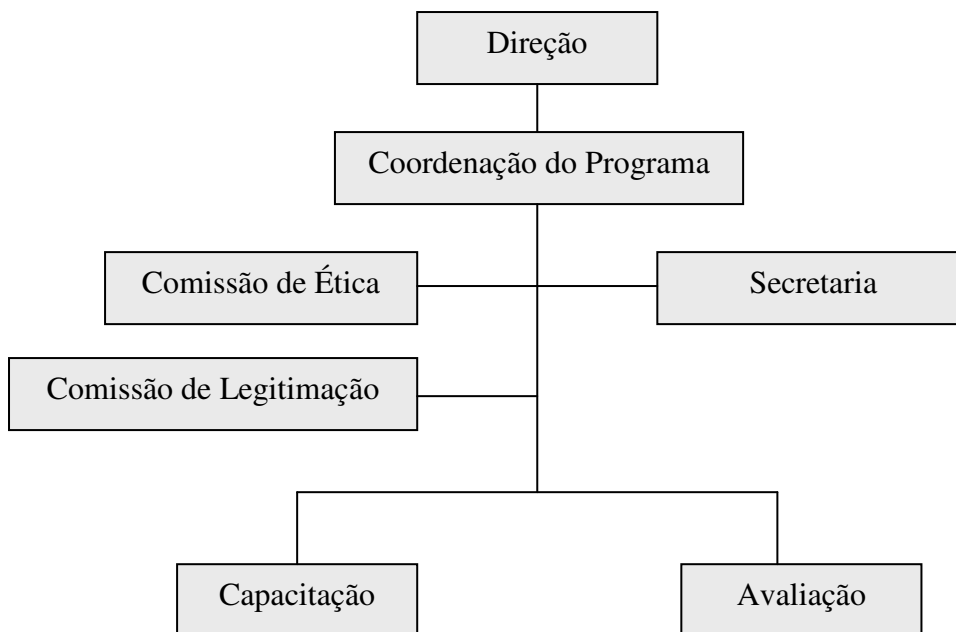


Figura 10 - Organograma de uma instituição acreditadora (QUINTO NETO, 2000, p.65)

No encerramento, seguindo normas da ONA (1999) a equipe de avaliadores elabora o Relatório de Visita de Acreditação e envia à Comissão de Legitimação com o respectivo parecer e uma cópia à ONA. Se for favorável a Organização recebe, em um prazo pré-determinado, o certificado de Organização Acreditada.

O certificado emitido pela instituição acreditadora, conforme determina a ONA (1999), terá validade de dois anos para nível 1 e 2 e de três anos para o nível 3, quando a Organização deverá submeter-se a um novo processo. Portanto, pelo processo de recertificação ocorre o fortalecimento da cultura de melhoria contínua das práticas da qualidade da assistência.

Partindo-se do pressuposto de que erros não acontecem somente com maus profissionais, porém são determinados por um conjunto de circunstâncias que provocam erros similares independente das pessoas envolvidas, mesmo que sejam profissionais altamente qualificados. Quinto Neto (2000) afirma que esforços para garantir ou melhorar a segurança devem seguir uma abordagem sistêmica e não centrado na pessoa, sempre considerando o princípio da falibilidade humana, ou seja, falhas ocorrem até mesmo nas melhores organizações.

Falhas, são conseqüências e não causas e decorrem de problemas no fluxo sistêmico de fatores, originando erros recorrentes no trabalho em função de processos organizacionais mal definidos. Os riscos de dano às pessoas, ao meio ambiente e à organização aumenta progressivamente em conseqüência da alta tecnologia.

Portanto, recomenda o autor, diante de uma falha ou erro, a maior relevância deve-se às causas que levaram a tal evento e porque ocorreu e não relativo a quem cometeu o erro. A questão é sistêmica e não pessoal.

O Processo de Acreditação utiliza a avaliação triangular, que possibilita, conforme Quinto Neto (2000, p. 94) “a avaliação dos padrões examinados, sob vários ângulos, que aumenta a força e rigor da investigação”. Utiliza dois tipos de triangulação: a de avaliadores: uso de pelo menos três avaliadores com experiências diferentes e a metodológica: uso de múltiplas técnicas de coleta de dados: observação, entrevista e análise de documentos.

2.3.2.6 Manual de avaliação

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, versão 2006 é composto por oito seções, onde estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si e, 59 subseções as quais tratam do escopo específico de cada serviço, setor ou unidade. Cada subseção é composta por padrões, elaborados com base na existência de dois níveis, com princípios orientadores básicos, com grau de complexidade crescente e de concepção seqüencial. O nível 3 será aplicado a seção correspondente, como um todo. O nível 1, refere-se basicamente a segurança (estrutura); No 2, é avaliada a segurança e a organização (processos), e no nível 3 é examinada a segurança, a organização de processos e as práticas de gestão e qualidade (resultado). Cada padrão apresenta uma lista de itens de orientação que apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as evidências ou práticas as quais indicam que a organização cumpre com os requisitos do padrão. Esses itens também auxiliam a equipe de colaboradores da Instituição em seu processo de preparação para a Acreditação.

A seguir, será sintetizada a composição e os principais tópicos de cada sessão do Manual de Avaliação (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2006).

A seção **Liderança e Administração**, agrupa os componentes relacionados ao sistema de governo da Organização, aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente. Apresenta como subseções: Direção e Liderança, Gestão de Pessoas, Gestão Administrativa e Financeira, Gestão de

Materiais e Suprimentos, Gestão da Qualidade. Essa sessão trata a forma como está estruturada em relação aos principais recursos para atendimento dos clientes, ou seja, como se estabelece para realizar o modelo assistencial proposto conforme o perfil da clientela.

A seção **Organização Profissional**, agrupa as subseções Corpo Clínico, Enfermagem e Técnico-Profissional, relacionadas à organização de serviços profissionais responsáveis pelo processo de internação do paciente e pela assistência contínua nas 24 horas, até a sua alta.

A seção **Atenção ao Paciente/Cliente**, reúne todas as unidades e serviços tipicamente assistenciais, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe multiprofissional e interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço(s) institucional específico(s) a seus respectivos processos. Subseções: Atendimento ao cliente, Internação, Transferência, Referência e Contra-Referência, Atendimento Ambulatorial, Atendimento de Emergência, Atendimento Cirúrgico, Anestesiologia, Obstetrícia, Neonatologia, Tratamento Intensivo, Reabilitação e Atenção Multiprofissional, Mobilização de Doadores, Triagem e Coleta, Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos, Terapia Dialítica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Quimioterapia, Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica, Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional. Enfim, constitui-se de todos os serviços que a Organização de Saúde possui conforme seu porte e complexidade.

A seção **Diagnóstico**, inclui todos os serviços que se relacionam aos processos de diagnóstico realizados pela organização. Subseções: Processos Pré-Analítico, Processos Analíticos, Processos Pós-Analíticos, Métodos Diagnósticos Cardiológicos, Métodos Diagnósticos Neurológicos, Anatomia Patológica e Citopatológica, Diagnóstico por Imagem, Radiologia, Endoscopia.

A seção **Apoio Técnico**, engloba todos aqueles serviços que envolvem atividades e processos relacionados à gestão da informação relativas ao cliente/paciente incluindo fluxo, recuperação, armazenamento e rastreabilidade. Subseções: Sistema de Informação do Cliente/Paciente, Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar, Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos, Segurança e Saúde Ocupacional, Processamento e Liberação, Processo de Apoio Laboratorial, Assessoria Técnica aos Clientes.

A seção de **Abastecimento e Apoio Logístico**, reúne todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de abastecimento e apoio logístico da organização. Subseções: Processamento de Roupas – Lavanderia, Processamento de Materiais e Esterilização, Qualidade da Água, Materiais e Suprimentos, Armazenamento e Transporte, Higiene, Gestão da Segurança, Gestão de Resíduos.

A seção de **Infra-Estrutura**, seleciona todos os componentes que se relacionam à gestão e à manutenção da infra-estrutura da organização. Subseções: Gestão de Projetos Físicos, Gestão da Estrutura Físico-Funcional, Gestão de Manutenção Predial.

A seção **Ensino e Pesquisa**, agrupa todos os componentes que se relacionam as atividades e processos voltados à capacitação da força de trabalho, à qualificação profissional e para o monitoramento da qualificação e da equipe técnica no estado da arte. Subseções: Educação Continuada, Ensino e Pesquisa.

A avaliação de todas as sessões e respectivas subseções é realizada de forma integrada e sistêmica, considerando os três níveis de complexidade. No topo de cada sessão, encontra-se sua definição, seguido da relação das subseções que a constituem. Para cada subseção foi definido um padrão, que deve ser integralmente atendido.

Basicamente o padrão do Nível 1 examina estrutura, segurança e legislação, no Nível 2 examina a organização dos processos, educação e treinamento continuado e Nível 3 são avaliados os resultados. A “estrutura corresponde aos recursos disponíveis para prestação da assistência à saúde, pessoas, recursos financeiros e físicos; o processo, relaciona-se com as atividades realizadas, e o resultado refere-se as conseqüências da assistência prestada” (QUINTO NETO, 2000, p. 109).

Desse modo, quando a organização cumprir, integralmente, com os requisitos do nível 1, receberá o certificado de Acreditada. No caso de satisfazer além dos do nível 1, todos do nível 2, será certificada como Acreditada Plena e, finalmente, quando atingir todos requisitos dos níveis 1, 2 e 3 será certificada como Acreditada com Excelência.

Os requisitos dos padrões foram estabelecidos por consenso entre os membros da equipe de saúde ligados aos diversos serviços colaboradores na execução do manual. Os padrões são composições periodicamente revisados, em contínuo estado de melhoria, que representam os elementos essenciais os quais devem estar presentes em todo hospital, independente do porte ou tecnologia utilizada. Conseqüentemente, o refinamento do padrão vem no decorrer da prática do processo em busca do padrão ótimo, que retrata o melhor nível a ser alcançado de acordo com os recursos disponíveis.

De acordo com Quinto Neto (2000), trata-se de um manual de avaliação específico para área de saúde. Assim o foco da atenção do exame, centraliza prioritariamente a organização, o gerenciamento da assistência à saúde e a prática clínica. Logo, a organização e o gerenciamento da assistência tendem a se orientar em evidências que mostrem a capacidade da instituição em prestar assistência ou serviço de qualidade, enquanto que a prática clínica descreve a natureza precisa do que será prestado.

Na sistemática de avaliação para a acreditação, o destaque localiza-se na gestão da assistência embora alguns elementos da gestão do negócio são examinados. Já em programas de gerenciamento pela qualidade, como foi visto no PGQP, ressaltam aspectos relacionados com a gestão empresarial.

O Processo de Acreditação constitui-se em um meio de ajudar as Organizações de saúde a melhorar seu desempenho. Nesta perspectiva, a visita de avaliação deve ser concebida como um momento de aprendizado tanto para o avaliador como para o avaliado, em busca de oportunidades de melhorias, a partir do diagnóstico organizacional, importante ferramenta de gestão.

Portanto, programas de gerenciamento pela qualidade e programas de acreditação complementam-se. Quinto Neto (2000, p. 112), afirma que “melhoria contínua representa o quadro de referência sobre o qual a acreditação se constrói”.

2.3.2.7 Processo de avaliação

A Acreditação constitui-se em um processo voluntário. Portanto, a instituição manifesta seu interesse em ser avaliada junto à uma Instituição Acreditadora credenciada pela ONA. No entanto, a primeira exigência para dar início ao processo é que a Organização de Saúde tenha alvará de funcionamento, licença sanitária e o registro do responsável técnico no CRM. Essa documentação deve ser encaminhada à Instituição Acreditadora, a fim de elaborar contrato de prestação de serviço, cuja cópia será enviada à ONA.

A partir desse instante, a Instituição Acreditadora prepara o processo para a realização da visita, indicando a equipe de avaliadores à direção da instituição, para aprovação

A avaliação será realizada considerando os requisitos dos padrões referentes aos três níveis de complexidade, que podem originar os seguintes registros:

a. Não conformidade maior:

- ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo;

- pode ser gerada a partir de um grande número de não-conformidades menores, constatadas ao longo da avaliação da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema;

- situação que possa, com base nas evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

b. Não conformidade menor:

- falta de cumprimento a requisitos do sistema da qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem mas que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema de qualidade;

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

c. Observação:

- uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, lacuna esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade auditada;

- desconforto da equipe de avaliadores;

- falha potencial

d. Pontos Fortes:

- qualquer fato positivo evidenciado durante a avaliação, como por exemplo o atendimento completo ou parcial a um padrão de nível superior ao nível para o qual a instituição foi acreditada.

Após a avaliação, a equipe de Avaliadores emitirá um Relatório de Avaliação à Organização avaliada, que deverá registrar sua ciência e terá um prazo de 90 dias, a contar dessa data, para ajustar as não conformidades menores, e solicitar nova visita à Instituição Acreditadora, que irá gerar novo relatório.

O processo de avaliação termina após aprovação do Relatório de Avaliação pela Instituição Acreditadora, emissão do seu parecer final sobre o processo, entrega deste à organização e dos documentos correspondentes à Organização Nacional de Acreditação.

Durante o período de validade do certificado, a Organização Acreditada será submetida a uma avaliação anual simplificada de manutenção de Acreditação e a detecção de eventos sentinela, com o intuito de verificar a continuidade do desempenho obtido no processo de avaliação. Evento sentinela é considerado qualquer falha imprevista que pode resultar em dano para os clientes externos e internos, como por exemplo, elevação incidental da taxa de mortalidade. A presença desse evento indica que a qualidade dos serviços pode estar precisando de melhoria, portanto necessidade de investigação imediata das causas, o planejamento de medidas corretivas, a execução das medidas e a verificação dos resultados (PDCA), a fim de evitar ou reduzir o potencial de uma nova ocorrência.

Os eventos sentinelas são tratados confidencialmente. A ONA recomenda à alta administração de uma Organização Acreditada, ao tomar conhecimento de um evento sentinela, os seguintes procedimentos:

- Designe um ou mais colaboradores para efetuar a análise das causas e apresentar um plano de ação para corrigir as anomalias apresentadas;
- Comunique a detecção do evento-sentinela à Instituição Acreditadora, em um prazo de cinco dias úteis da ocorrência, ou do conhecimento do fenômeno;
- Encaminhe à Instituição Acreditadora o Relatório de Análise das Causas de Evento-Sentinela.

Caso ocorra evento sentinela e a Organização Acreditada não apresentar plano de ação para correção, perderá seu certificado de Acreditada em um prazo de 90 dias.

O processo de recertificação será desencadeado pela Organização Acreditada, ao término da validade de sua Certificação.

3 METODOLOGIA

A metodologia é condição necessária para a competência científica, porque poucas coisas cristalizam incompetência mais gritante do que a despreocupação metodológica, portanto não há ciência sem emprego de método científico. A metodologia é o caminho pelo qual os pesquisadores produzem o conhecimento científico (DEMO, 1998).

Neste sentido, alguns autores como Lakatos (1998), Rudio (1986) e Gil (1998) afirmam que método é um conjunto de atividades sistemáticas racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo, conhecimentos válidos e verdadeiros traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador.

3.1 Classificação da pesquisa

3.1.1 Quanto ao tipo de pesquisa

Essa pesquisa é um estudo descritivo. Neste tipo de estudo segundo Rudio (1986), o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Busca-se explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos, analisa-se o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento desses fenômenos. Oliveira (2002) afirma que é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores que influenciam determinado fenômeno. Triviños (1995) diz que o foco essencial deste tipo de pesquisa reside no desejo de conhecer a comunidade, descrever com exatidão, fatos e fenômenos de determinada realidade e estabelecer relações entre variáveis. Possibilita a compreensão como um todo do assunto investigado. O estudo descritivo contribuiu para compreender a metodologia de avaliação utilizada no PGQP e no PBAH mediante a interpretação dos critérios exigidos em cada programa, permitindo assim, realizar uma análise comparativa dos pontos convergentes e divergentes, bem como, fazer um alinhamento entre os critérios dos dois programas a fim de propor um modelo de avaliação integrado, objeto desse estudo.

3.1.2 Quanto a abordagem do problema

Para atingir os objetivos desta pesquisa foi necessário, inicialmente, interpretar e analisar o detalhamento dos critérios do PGQP e do Acreditação Hospitalar, para posteriormente elaborar uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar integrada.

Neste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, considerada por Oliveira (2002, p. 117) “adequada para entender a relação de causa e efeito do fenômeno e conseqüentemente chegar à sua verdade e razão”. Para o autor, essa abordagem permite descrever a complexidade de processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos. Ainda, Richardson et al., (1999, p. 90), afirmam que a abordagem qualitativa caracteriza-se como “tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas”. Neste estudo, a compreensão detalhada dos critérios foi condição *sine qua non* para atingir os objetivos propostos.

3.1.3 Quanto à natureza da pesquisa

Esta pesquisa envolve abertura de horizontes e a apresentação de diretrizes fundamentais, que podem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento, tanto para efeito científico como profissional. A metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar com base no PGQP e no PBAH proposta poderá ser útil às instituições hospitalares que desejam implantar programas de qualidade em seus serviços, por isso é de natureza aplicada que, conforme Gil (1998) se caracteriza pelo interesse na aplicação, utilização e conseqüências práticas dos conhecimentos. Portanto poderá ser utilizada por profissionais administradores da área da saúde permitindo ao setor hospitalar referenciar-se com o ramo empresarial em busca de melhoria contínua e excelência na gestão.

3.2 Quanto aos procedimentos técnicos

A abordagem utilizada na realização desse trabalho foi pesquisa bibliográfica, que conforme Oliveira (2002, p. 119) “tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno”. Gil (2003,

p. 71), refere que a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Cita como vantagem desse tipo de pesquisa que “permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”, que vem ao encontro com o problema de pesquisa desse trabalho, uma vez que existe poucas organizações hospitalares com experiência nos dois sistemas de avaliação, PGQP e PBAH. Nesse caso, conforme reporta Cervo (2002, p. 65) “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”, assim, busca conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas existentes sobre o assunto. Portanto procura o domínio do estado da arte sobre o tema. Ainda, Lakatos (2003, p. 183) menciona que “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

3.3 Análise e construção do modelo

Para a elaboração do modelo metodológico proposto neste estudo foi necessário seguir várias etapas:

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre gestão da qualidade dando ênfase ao PGQP e ao PBAH a fim de compreender as metodologias de avaliação e interpretar os critérios de cada programa.

A seguir, foi analisada a compatibilidade entre os requisitos. Para isso foram elaborados quadros constituídos pelos critérios e aspectos exigidos pelo sistema de avaliação do PGQP. A partir daí, a cada critério do PGQP foi inserido o critério correspondente do PBAH representado nas Figuras 11 a 31 a fim de comparar a similaridade de requisitos entre os programas.

A Figura 33 representa a compatibilidade de requisitos entre os programas. Finalmente se realizou uma análise comparativa entre os critérios do PGQP e PBAH, verificando pontos convergentes e divergentes para detectar a compatibilidade de requisitos. Posteriormente, elaborou-se uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar, integrando critérios do PBAH ao PGQP de forma complementar.

No próximo capítulo apresenta-se Figuras que permitem visualizar a relação entre os requisitos dos critérios do PBAH inseridos no PGQP e uma análise comparativa entre os dois manuais.

4 RELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS DO PGQP E PBAH

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1.1 Sistema de liderança						
1. A liderança na organização é exercida de forma a permitir que as decisões sejam tomadas, comunicadas e implementadas visando atender de forma harmônica e balanceada as necessidades das partes interessadas.	Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica	Direção e liderança				
2. A alta direção interage com todas as partes interessadas, demonstrando comprometimento e buscando oportunidades para a organização.	Registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional (atas, outros doc.)	Direção e liderança				
3. Os líderes atuais são avaliados com base em competências de liderança previamente estabelecidas.	Define competências, funções, atribuições e responsabilidades.	Direção e liderança				
4. Os líderes atuais são desenvolvidos nas competências de liderança estabelecidas.			Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhorias e impacto nos processos	Direção e liderança		
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao sistema de liderança.			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 11 - Sistema de liderança

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1.2 Cultura da excelência						
1. Os valores e as diretrizes organizacionais, definidos para promover a cultura da excelência e o atendimento às necessidades das partes interessadas, estão disseminados na organização.						
2. A organização assegura que os valores e as diretrizes organizacionais são entendidos e aplicados pela força de trabalho.	Existência de Regimento Interno com conhecimento formal de todo corpo clínico	Atenção paciente				
	Estabelecimento de procedimentos					
3. A organização possui métodos para o estabelecimento de padrões de trabalho para as principais práticas de gestão e estão definidos mecanismos de controle que permitem verificar se estes padrões estão sendo cumpridos	Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada.	Todas seções	Gerenciamento de protocolos assistenciais visando à melhoria da técnica e o controle de problemas	Todas seções		
	Identificação, definição, padronização e documentação dos processos.					
	Mecanismos para o tratamento de reclamações e de pedidos de informação dos solicitantes e clientes					
	Medição e avaliação dos resultados de processos					s se
4. A organização possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar, de forma global, as práticas de gestão e respectivos padrões de trabalho, promovendo o aprendizado organizacional.				Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão.	Todas seções	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à cultura da excelência..			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 12 – Cultura da excelência

PGQP	ACREDITAÇÃO						
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3		
1.3 Análise crítica do desempenho global							
1. O desempenho global da organização é analisado criticamente considerando os resultados dos indicadores de desempenho global.					Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações.		Todas seções
					Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes.		
					Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação, com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos.		
2. A análise crítica do desempenho global considera as necessidades da partes interessadas, as estratégias, os planos de ação, as informações comparativas pertinentes e as variáveis do ambiente externo.			Medição e avaliação dos resultados de processos		Todas seções		
3. As decisões da análise crítica do desempenho global são comunicadas a todos os níveis da organização.							
4. A implementação das ações decorrentes da análise crítica do desempenho global é acompanhada.	Registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão.		Todas seções				
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à análise crítica do desempenho global.			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional		Todas seções		

Figura 13 – Análise crítica do desempenho global

PGQP	ACREDITAÇÃO				
	NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	
2.1 Formulação das estratégias					
1. A organização possui um processo de formulação de estratégias que considera as necessidades das partes interessadas e que permite direcionar suas ações e maximizar o seu desempenho.		Todas seções	Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica	Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.	Todas seções
2. O processo de formulação das estratégias utiliza informações integras e atualizadas em relação às necessidades das partes interessadas, variáveis do mercado e necessidades operacionais.					
3. A organização assegura que as estratégias formuladas são coerentes com as necessidades das partes interessadas.				Define perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade)	
4. As estratégias são comunicadas à força de trabalho e às demais partes interessadas pertinentes visando o estabelecimento de compromissos mútuos.					
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à formulação das estratégias.				Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional	

Figura 14 – Formulação das estratégias

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2.2 Desdobramento das estratégias						
1. As estratégias são desdobradas em planos de ação, de curto e longo prazos, por toda a organização, onde aplicável, com o envolvimento da força de trabalho.		Gestão administrativa e financeira				
2. Os recursos necessários à implementação dos planos de ação estão alocados e disponibilizados.	Condições operacionais e de infraestrutura que atendem aos requisitos de segurança					
3. Os planos de ação são comunicados à força de trabalho.						
4. A organização acompanha a implementação dos planos de ação.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao desdobramento das estratégias.			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional.			

Figura 15 – Desdobramento das estratégias

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2.3 Planejamento da medição do desempenho						
1. Os indicadores utilizados na medição do desempenho da organização permitem monitorar as suas estratégias e operações em todos os níveis.			Definição de indicadores para os processos identificados	Todas seções		
2. Os principais indicadores de desempenho são classificados e integrados para facilitar a análise crítica.					Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão.	Todas seções
3. Os principais indicadores de desempenho possuem metas alinhadas às estratégias.					Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes	
4. Os indicadores de desempenho e as metas são comunicados à força de trabalho e às demais partes interessadas pertinentes.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao planejamento da medição do desempenho.			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 16 - Planejamento da medição do desempenho

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
3.1 Imagem e conhecimento de mercado						
1. A organização possui critérios para segmentar o mercado, definir seus clientes-alvo e agrupar seus clientes.			Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica	Todas seções		
2. As necessidades dos clientes são identificadas, analisadas e compreendidas considerando a segmentação de mercado e os grupos de clientes definidos.	Receptores são observados durante e após a transfusão para reações adversas	todas subseções de atenção ao cliente/paciente				
	Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo)					
	Gerenciamento do fluxo e da demanda do serviço					
	Cumprimento das diretrizes da Comissão de Controle de Infecção					
	Fluxo de atendimento às urgências/emergências.					
	Planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança.	Projetos físicos				
	Sistemática para preservar o ciclo dia/noite dos clientes/pacientes internados	CTI				
	Horário ou política definida para as visitas externas aos pacientes					
	Corrimão em todas as escadas	Gestão estrutura físico				
	Acessos diferenciados para veículos e pedestres, de acordo com o perfil e a complexidade do serviço.					
	Sinalização externa para orientar o acesso à Organização					
	Sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação					
	Sistema de segurança social, predial, patrimonial e tecnológica da Instituição e para os clientes interno e externo.	segurança				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2. As necessidades dos clientes são identificadas, analisadas e compreendidas considerando a segmentação de mercado e os grupos de clientes definidos (cont.)	Capacitação para situações de emergência					
3. Os produtos, marcas e ações de melhoria da organização são divulgados aos clientes e ao mercado, de forma a criar credibilidade, confiança e imagem positiva, e não criar expectativas que extrapolem o que é efetivamente oferecido pela organização.						
4. Os níveis de conhecimento dos clientes a respeito das marcas e dos produtos, bem como a imagem da organização, são identificados e avaliados.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à imagem e conhecimento de mercado.			Grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 17- Imagem e conhecimento de mercado

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
3.2 Relacionamento com clientes						
<p>1. A organização seleciona e disponibiliza canais de relacionamento que permitem aos clientes adquirir produtos, reclamar, sugerir ou solicitar informações.</p>	Humanização da atenção ao cliente/paciente.	atenção ao cliente				
	Orientação aos possíveis candidatos à doação	Mobilização de doadores				
	Sistemática de visita e acompanhamento aos clientes/pacientes	Assistência nutricional				
	Procedimentos de orientação ao paciente e atividades de promoção à saúde	Atendimento ambulatorial				
	Mecanismos de orientação ao doador/paciente pós-alta	Triagem e Coleta				
	Notificação, orientação e/ou encaminhamento em caso de alterações clínicas ou laboratoriais					
	Orientações quanto a interações medicamentosas	Assistência farmacêutica				
	Esclarecimentos aos clientes/pacientes sobre as condições de realização dos exames	Diagnóstico por imagem				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização seleciona e disponibiliza canais de relacionamento que permitem aos clientes adquirir produtos, reclamar, sugerir ou solicitar informações (Cont.)	Instruções sobre possíveis reações adversas ao paciente ou responsável	Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos				
	Orientações sobre as metodologias disponíveis, os procedimentos para a solicitação de exames e a interpretação de resultados.	Assessoria Técnica aos Clientes				
	Informações/orientações aos clientes quanto aos procedimentos a realizar ou realizados					
	Auxílio técnico para a seleção dos exames e interpretação dos resultados.	Todas seções				
	Condições operacionais e de infraestrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo), de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial.					
2. As reclamações ou sugestões dos clientes, incluindo as obtidas por meio de contatos informais, são tratadas e atendidas ou solucionadas de forma rápida e eficaz.		Todas seções			Sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos	Todas seções
3. A organização acompanha as transações recentes com novos clientes e novos produtos entregues a fim de evitar problemas de relacionamento.	Procedimentos voltados para a continuidade do atendimento ao paciente (visita, prescrições e evolução médicas)	Corpo Clínico				
	Orientações e informações acerca do cliente/paciente que contribuam para a realização do exame	Processos de Apoio Laboratorial				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. A satisfação e a insatisfação dos clientes são avaliadas e as informações obtidas são utilizadas para promover ações de melhoria.					Medição e avaliação dos resultados de processos.	Todas seções
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao relacionamento com clientes.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 18 – Relacionamento com clientes

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4.1 Responsabilidade socioambiental						
1. A organização identifica os aspectos e trata os impactos sociais e ambientais de seus produtos, processos e instalações sobre os quais tenha influência.	Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRS) com responsável	Gestão de Resíduos				
	Segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenagem (interno e externo) e manejo externo dos resíduos, conforme legislação vigente.					
	Características e higienização das salas e abrigo externo de resíduos, conforme normas e legislação vigente.					
	Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança	Gestão de Resíduos				
	Medidas preventivas e corretivas de controle integrado de pragas					
	Sistema de manejo e descarte de medicamentos e materiais médico-hospitalares que assegure a correta inutilização	Assistência Farmacêutica				
	Atuação conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) na elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção	Assistência Farmacêutica				
	Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degermantes, materiais, nutrição parenteral, quimioterápicos entre outros) utilizados em serviços de saúde.	Assistência farmacêutica				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização identifica os aspectos e trata os impactos sociais e ambientais de seus produtos, processos e instalações sobre os quais tenha influência (Cont.)	Descarte de resíduos, conforme legislação vigente	Anatomia patológica				
	Disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação	Gestão físico-funcional				
	Limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação.	Qualidade e da água				
	A água utilizada na diálise nos serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva deve ter sua qualidade garantida, em todas as etapas de sua produção, conforme legislação vigente.	Medicina nuclear				
	Sistema de medição de radiações ambiental e pessoal	Diagnóstico por imagem				
	Local para gerenciamento dos rejeitos radioativos que assegure a não contaminação e a não exposição	Gestão de equip. e tecnologia médico-hos				
	Programa de monitoração de área					
	Sistema de inutilização de materiais e suprimentos	Materiais e suprimentos				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização identifica os aspectos e trata os impactos sociais e ambientais de seus produtos, processos e instalações sobre os quais tenha influência (Cont.)	Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão	Gestão de projetos físicos				
2. Os impactos e respectivas informações relevantes associados aos produtos, processos e instalações da organização são comunicados à sociedade.						
3. A organização promove ações envolvendo a preservação dos ecossistemas, a conservação de recursos não-renováveis e a minimização do uso de recursos renováveis.	Gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.	Gestão da Manutenção predial				
	Gerenciamento, operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.					
4. As pessoas da força de trabalho são conscientizadas e envolvidas em questões relativas à preservação ambiental e desenvolvimento social.	PGRSS integrado as demais comissões e serviços (CIPA, SESMT, CCI, Biossegurança, entre outros)	Gestão resíduos				
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no Item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à responsabilidade socioambiental.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 19 – Responsabilidade socioambiental

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4.2 Ética e desenvolvimento social						
1. A organização estimula o comportamento ético e busca assegurar relacionamentos éticos com todas as partes interessadas.	Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos	Materiais e suprimentos				
	Coleta de sangue total executada conforme as normas vigentes	Triagem coleta				
	Identificação positiva do doador no ato da doação					
	Admissão e seleção de candidatos à doação, conforme legislação.	Triagem coleta				
	Documentos gerados no setor arquivados conforme legislação	Triagem coleta				
	Obedece às normas de proteção estabelecidas para o trabalho com substâncias radioativas	Medicina nuclear				
	Traçados radioativos acondicionados em local específico, em conformidade com as normas vigentes.					
	Condições operacionais e de infraestrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo)	Todas subseções				
	Gerenciamento de eventos adversos	Enfermagem				
	Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas	Direção e liderança				
Organização dos processos e sistema voltado para assegurar o cumprimento de normas vigentes e requisitos de segurança para o cliente	Assistência farmacêutica					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização estimula o comportamento ético e busca assegurar relacionamentos éticos com todas as partes interessadas (Cont.)	Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degermantes, materiais, kits de reagentes, alimentos entre outros) utilizados em serviços de saúde.	Corpo clínico				
	Prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação	Terapia dialítica				
	Definição dos consentimentos informados para os procedimentos de risco	Assistência nutricional				
	Alvará de localização e funcionamento expedido pelo município e Alvará sanitário.	Projetos físicos				
	Utiliza manual de boas práticas de preparo de alimentos.	Prevenção, Controle de Infecções /Eventos Adversos				
	Equipamentos médico-hospitalares conforme normas vigentes.					
	Sistemática de vigilância epidemiológica de infecções e eventos adversos e a sua notificação para a autoridade sanitária					
	Disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação.	Estrutura físico-funcional				
2. A organização identifica as necessidades e avalia a satisfação das comunidades com as quais se relaciona.						

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
3. As competências da organização são mobilizadas para o fortalecimento da ação social, de modo a envolver e incentivar a sua força de trabalho e parceiros, na execução e apoio e a projetos sociais elaborados em conjunto com a comunidade e a sociedade a partir das suas necessidades.						
4. A organização zela pela equidade étnica, sexual e social na sua força de trabalho e evita o uso do trabalho infantil.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à ética e desenvolvimento social.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 20 – Ética e desenvolvimento social

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
5.1 Gestão das informações da organização						
1. A organização possui métodos para identificar e organizar as informações sistematizadas necessárias para apoiar as operações diárias e a tomada de decisão	Sistema de comunicação eficaz entre os médicos e serviços que assegure as transferências	Transferência, Referência e Contra-ref.				
	Registros de envio e recebimento de hemocomponentes de/para outros serviços	Armazenamento e transporte			Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão.	Direção e liderança
	Mecanismos que assegurem a correta transcrição dos resultados	Diagnóstico pós-analítico				
	Sistemática para arquivamento dos laudos de exames referenciados	Processo de Apoio Laboratorial				
	Mecanismos de acompanhamento dos exames após as transferências até a emissão dos laudos (rastreadabilidade)					
	Relato no laudo, dos elementos essenciais dos resultados emitidos pelo laboratório de apoio, sem alterações que possam prejudicar a interpretação clínica, quando se faz a transcrição de laudos					
	Campanha planejada e focada no cliente doador/paciente.					
	Instruções de manutenção do sangue e hemocomponentes no evento da interrupção da refrigeração (por exemplo, falta de energia elétrica)					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização possui métodos para identificar e organizar as informações sistematizadas necessárias para apoiar as operações diárias e a tomada de decisão (Cont.)	Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.					
2. A organização possui métodos para definir, desenvolver, implantar e atualizar sistemas de informação.	Campanha planejada e focada no cliente doador/paciente.	Mobilização de doadores				
	Instruções de manutenção do sangue e hemocomponentes no evento da interrupção da refrigeração (por exemplo, falta de energia elétrica)	Armazenamento e transporte				
3. As informações necessárias estão disponibilizadas à força de trabalho.	Orientações quanto a interações medicamentosas	Assistência farmacêutica				
	Registros de todos os atendimentos realizados	Assessoria Técnica aos Clientes				
	Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança	subseções Atenção ao cliente	Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada	Todas seções		
	Mecanismos adequados de registros das unidades: recebidas, fracionadas, liberadas e desprezadas	Processamento e Liberação				
	Ficha anestésica preenchida					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
3. As informações necessárias estão disponibilizadas à força de trabalho (Cont.)	Avaliação pré-anestésica registrada	subseções de atenção ao paciente/cliente				
	Controle da circulação em áreas restritas					
	Sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação					
	Relação dos serviços especializados, para atendimento as demandas de manutenção em que o serviço não possua resolatividade.					
	Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço					
	Documentos no setor arquivados conforme legislação	Triagem e coleta				
	Notificação, orientação e/ou encaminhamento em caso de alterações clínicas ou laboratoriais.					
	Notificação, orientação e/ou encaminhamento em caso de alterações clínicas ou laboratoriais					
	Identificação positiva do doador no ato da doação					
4. As informações armazenadas e disponibilizadas são integras, seguras, atualizadas e tratadas quanto à confidencialidade.	Registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão.	Direção e liderança				
	Registro transfusional de acordo com a legislação	Transfusão				
	Registro da transfusão no prontuário do paciente					
	Instruções sobre possíveis reações adversas ao paciente ou responsável					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. As informações armazenadas e disponibilizadas são integras, seguras, atualizadas e tratadas quanto à confidencialidade (Cont.)	Protocolo das reações transfusionais imediatas ou tardias	Transfusão e procedimentos hemoterápicos				
	Instruções sobre possíveis reações adversas ao paciente ou responsável					
	Sistemática de controle de entrada e saída, de circulação e mecanismos de segurança e rastreabilidade dos prontuários, documentos e registros do cliente/paciente					
	Prontuários, documentos e registros do cliente/paciente completos, legíveis e assinados com a identificação dos profissionais.					
	Registros de todos os atendimentos realizados					
	Sistema de registro e validação do processo de esterilização.	Processos de apoio Laboratorial				
	Critérios para os processos de encaminhamento de amostras e recebimento de resultados de exames.					
	Informações sobre o paciente na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: avaliação clínica, resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência.	Transferência, Referência e Contra-Referência				
Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente	subseções de atenção ao paciente	Gerenciamento de protocolos assistenciais visando à melhoria da técnica e o controle de problemas	Todas seções			

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. As informações armazenadas e disponibilizadas são integras, seguras, atualizadas e tratadas quanto à confidencialidade (Cont.)	Registros dos procedimentos com darioisótopos.	Medicina nuclear				
	Sistemática de registros relativos à identificação, movimentação e liberação do recém-nascido.	Obstetrícia				
	Arquivos de lâminas e laudos	Anatomia Patológica e Citopatologia				
	Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência realizada na UTI.	CTI				
	Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço	subseções de atenção ao paciente	Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada	subseções de atenção ao paciente		
	Sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional.	Segurança e Saúde Ocupacional			Liderança e administração	
	Disponibilização, quando solicitada, da relação dos Laboratórios de Apoio e dos exames que realizam.	Processos de Apoio Laboratorial	Estabelecimento dos procedimentos			
	Registro dos materiais ou amostras enviados ao Lab. De Apoio					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO						
	NÍVEL 1			NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. As informações armazenadas e disponibilizadas são integras, seguras, atualizadas e tratadas quanto à confidencialidade (Cont.)	Registros de Enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados.		Enfermagem				
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações da organização.				Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 21 – Gestão das informações da organização

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
5.2 Gestão das informações comparativas						
1. A organização possui métodos para identificar as necessidades e determinar as prioridades das informações comparativas pertinentes para analisar o nível de desempenho, estabelecer metas e melhorar produtos, processos e práticas de gestão.						
2. A organização possui critérios para identificar as organizações consideradas como referenciais comparativos pertinentes.						
3. As informações comparativas obtidas são integras e atualizadas.						
4. As informações comparativas obtidas são utilizadas para a tomada de decisão e para promoção de melhorias nos produtos, processos e nas prática de gestão.			Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos	Todas seções		
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações comparativas.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 22 – Gestão das informações comparativas

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
5.3 Gestão do capital intelectual						
1. A organização identifica os ativos que compõem o seu capital intelectual visando se diferenciar e aumentar o valor agregado dos seus produtos e serviços.						
2. A organização incentiva o pensamento criativo e inovador visando desenvolver seu capital intelectual.						
3. A organização possui métodos para se manter atualizada em relação às tecnologias e conhecimentos relacionados ao seu capital intelectual.					Sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos	Todas seções
4. O capital intelectual da organização é protegido.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão do capital intelectual.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 23 – Gestão do capital intelectual

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
6.1 Sistemas de trabalho						
1. A organização do trabalho e a estrutura de cargos são definidas e implementadas para promover a resposta rápida, iniciativa, criatividade, inovação, cooperação e comunicação eficaz.	Serviço de pessoal com todos os registros dos funcionários e habilitações específicas	Gestão de Pessoas				
	Organização dos processos e gestão de recursos humanos.					
	Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	todas subseções				
	Responsabilidade técnica conforme legislação					
	Relação de médicos contratados e credenciados	Corpo Clínico				
	Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.	Enfermagem				
	Escala assegura a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.					
	Escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência, nas 24horas.	Gestão da Manutenção Predial				
2. As pessoas são selecionadas e contratadas levando-se em conta os requisitos de desempenho e práticas de igualdade e justiça.	Definição de competências, funções e responsabilidades.	Direção e liderança				
	Responsabilidade técnica conforme legislação.	Gestão de Pessoas				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2. As pessoas são selecionadas e contratadas levando-se em conta os requisitos de desempenho e práticas de igualdade e justiça (Cont.)	Chefia do serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de Enfermagem		Enfermagem			
	Habilitação da equipe de assistência ambulatorial		Atendimento Ambulatorial			
3. O desempenho das pessoas da força de trabalho é avaliado, individualmente e em equipe, de forma a estimular a obtenção de melhores resultados, a promoção da cultura da excelência e o desenvolvimento profissional das pessoas.			Medição e avaliação dos resultados do processo	Gestão pessoas		
4. A organização possui formas de remuneração, reconhecimento e incentivo que estimulam a obtenção de melhores resultados e a promoção da cultura da excelência.	Organização dos processos e gestão de recursos humanos		Gestão de Pessoas			
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos aos sistemas de trabalho.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 24 – Sistemas de trabalho

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
6.2 Capacitação e desenvolvimento						
1. A organização identifica as necessidades de capacitação e desenvolvimento das pessoas da força de trabalho considerando as estratégias e os planos, e contando com a participação das pessoas a serem capacitadas.		Gestão estrutura físico-funcional				
2. A força de trabalho é capacitada e desenvolvida para atender as suas necessidades e as da organização bem como as necessidades de desenvolvimento da cultura da excelência.	Pessoal treinado para orientação e controle do acesso à Organização nas 24 horas	Gestão da segurança				
	Capacitação para situações de emergência	Corpo clínico	Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto sistêmico	Gestão pessoas		
	Corpo clínico, habilitado e capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	Médicos na nuclear				
	Capacitação de toda equipe implicada no manejo dos equipamentos, manipulação dos materiais radioativos e radioproteção.	Radio-terapia				
	Capacitação sistemática da equipe em radioproteção	Diagnóstico por imagem				
Treinamento sistemático da equipe em radioproteção.						
3. As habilidades e conhecimentos recém-adquiridos são avaliados em relação à sua utilidade na execução do trabalho e à sua eficácia no apoio à consecução das estratégias da organização.						

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. A força de trabalho é desenvolvida pessoal e profissionalmente utilizando métodos de orientação, aconselhamento e desenvolvimento de carreira.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à capacitação e desenvolvimento.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 25 – Capacitação e desenvolvimento

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
6.3 Qualidade de vida						
1. A organização identifica os perigos e trata os riscos relacionados à saúde, à segurança e à ergonomia.	Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	todas subseções				
	Uso e manutenção de dosímetros pessoais.	Radiotelegrafia				
	Desenvolve programas de saúde e segurança ocupacional conforme legislação vigente.	Segurança e Saúde Ocupacional				
2. A organização identifica e trata os fatores que afetam o bem-estar, a satisfação e a motivação das pessoas.				Gestão administrativa e financeira		
3. A satisfação, bem-estar e motivação das pessoas são avaliados e as informações obtidas são utilizadas para promover ações de melhoria da sua qualidade de vida.			Medição e avaliação dos resultados dos processos			
4. O clima organizacional é mantido propício ao bem estar, à satisfação e à motivação das pessoas por meio de serviços, benefícios, programas e políticas colocados à disposição da força de trabalho.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliara e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à qualidade de vida.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 26 – Qualidade de vida

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
7.1 Gestão de processos relativos ao produto						
1. Os produtos e processos de produção são projetados a partir de requisitos traduzidos das necessidades das partes interessadas pertinentes.	Mecanismos que assegurem a captação e desprezo das unidades vencidas.	Armazenamento e transporte				
	Mecanismos definidos e documentados para a coleta, o transporte e a preservação do material ou amostras.					
	Unidades provenientes de doações autólogas armazenadas de maneira diferenciada das provenientes de doações homólogas					
	Temperatura de estocagem monitorada periodicamente					
	Hemocomponentes devolvidos ao estoque inspecionados e liberados previamente à reentrada					
	Períodos de armazenamento e condições de estocagem estabelecidas, baseadas em processos definidos para cada componente em particular.					
	Sistema de controle de agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das consultas e gestão da demanda admitida	Atendimento ambulatorial				
	Gerenciamento do fluxo e da demanda do atendimento cirúrgico.	Centro cirúrgico				
	Prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.	Corpo Clínico				
	Escala de médicos de plantão ativo ou à distância.					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. Os produtos e processos de produção são projetados a partir de requisitos traduzidos das necessidades das partes interessadas pertinentes (Cont.)	Definição dos consentimentos informados para os procedimentos de risco					
	Reservatórios de água com capacidade para atender à demanda do estabelecimento, cobertura permanentemente e com acesso restrito (em casos de laboratórios situados em edifícios comerciais, contactar a administração do edifício)	Qualidade da água				
	Registros de Enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados					
	Escala assegura a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.					
	Escala de plantão dos profissionais destinados ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços e avaliação dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança	Atendimento em Emergênc.				
2. Os projetos são gerenciados para assegurar que os novos produtos sejam lançados isentos de não-conformidades e no prazo adequado.	Relatório de avaliação periódica da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).	Medicina Nuclear				
	Plano de radioproteção com responsabilidade técnica, aprovado pela CNEN.					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2. Os projetos são gerenciados para assegurar que os novos produtos sejam lançados isentos de não-conformidades e no prazo adequado (Cont.)	Auditorias regulares e independentes para o controle da qualidade	Radio-terapia				
3. Os processos de produção são gerenciados por meio de indicadores de desempenho que medem se os requisitos desses processos estão sendo atendidos.	Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil	Todas seções	Definição de indicadores para os processos identificados	Todas seções		
			Medição e avaliação dos resultados de processos	Corpo Clínico		
4. Os processos de produção são analisados e melhorados e as eventuais não-conformidades são adequadamente tratadas.	Coleta de sangue total executada conforme as normas vigentes.	Triagem e coleta	Mecanismos de auditoria médica (sistemas internos e/ou externos) e seus resultados.			
	Condições de armazenamento adequadas para o hemocomponente.					
	Sistema de controle de qualidade de acordo com legislação	Radio-terapia				
	Sistema de farmacovigilância	Assistên-cia farmacêutica				
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos relativos ao produto.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 27 – Gestão de processos relativo ao produto

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
7.2 Gestão de processos de apoio						
1. A organização possui métodos para definir os novos processos de apoio e para adequar os existentes.	Condições adequadas de transporte do sangue e dos hemocomponentes	Armazenamento				
	Reservatórios de água com capacidade para atender à demanda do estabelecimento, cobertura permanentemente e com acesso restrito (em casos de laboratórios situados em edifícios comerciais, contactar a administração do edifício)	Qualidade da água				
	Acompanhamento do paciente após o seu encaminhamento	Recepção, Transferência, Referência e Contra-				
	Relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos ou referidos os casos em que a Organização não tenha capacidade resolutive.					
	Pacientes e/ou acompanhantes informados sobre o motivo da transferência					
	Ambientes e procedimentos adequados à assistência cirúrgica ambulatorial.	Atendimento Ambulatorial				
	Sistema de controle de agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das consultas e gestão da demanda admitida.	subsecções de atenção ao paciente/cliente				
	Fluxo de atendimento às urgências/emergências.					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO						
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3		
1. A organização possui métodos para definir os novos processos de apoio e para adequar os existentes (Cont.)	Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente.						
	Procedimentos adequados para atendimento a casos especiais (agressão física, moral, psicológica, etc.)						
	Interação com o Laboratório de Microbiologia para definição do perfil de resistência microbiana	CCIH/ Eventos Adversos	Definição de indicadores para processos identificados		Gestão administrativa e financeira		
	Relação dos laboratórios de apoio para os quais devem ser transferidas as amostras	Processos de Apoio Laboratorial					
	Instrumento formal que assegure as responsabilidades das partes	Atendi-mento cirúrgico					
	Estrutura e procedimentos adequados para a recuperação pós-anestésica						
	Local específico para aguarda de equipamentos						
	Mecanismos que assegurem a rastreabilidade dos dados, produtos e amostras coletadas para cada doador	Triagem e Coleta					
	Mecanismo de liberação garante que apenas as unidades com sorologias para doenças infecciosa negativas e testes imunohematológicos realizados sejam liberadas ou disponibilizadas para uso transfusional, e que as exceções tenham justificativa médica	Processamento e liberação					

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
1. A organização possui métodos para definir os novos processos de apoio e para adequar os existentes (Cont.)	Estrutura da UTI intermediária e unidade pós-operatória, similar ao da UTI principal, se houver.					
	Distribuição dos leitos com condições de visualização constante dos clientes/pacientes.					
	Oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito.					
	Apoio diagnóstico e terapêutico nas 24 horas.					
	Componentes processados de acordo com métodos conhecidos garantem a integridade e estabilidade adequado produto	Processamento e Liberação				
	Hemocomponentes rotulados e identificados de maneira consistente com o método de preparo e condições de armazenamento e prazo de validade adequadamente indicado.		Processamento e Liberação			
	Controle de qualidade dos hemocomponentes produzidos					
	Planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança	Gestão de Projetos Físicos				
Disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação.	Gestão da Estrutura Físico-Funcional					
Proteção contra intempéries						

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2. As necessidades dos clientes, dos mercados, da sociedade, dos processos relativos ao produto ou de outros processos de apoio aplicáveis são consideradas para estabelecer os requisitos dos processos de apoio.	Processos farmacotécnicos que permitem obter boa qualidade de matéria-prima e produtos acabados.	Assistência Farm				
	Processos farmacotécnicos que permitem obter boa qualidade de matéria-prima e produtos acabados.	Assistência Farmacêutica				
	Controle de medicamentos e produtos de saúde quanto à especificação, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização ao armazenamento, estoques satélites e distribuição.	Assistência Farmacêutica				
	Gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.	Gestão da Manutenção Predial				
	Sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.	Materiais e suprimentos				
	Planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos.	Materiais e suprimentos				
	Procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos.	Gestão de Equipamentos e Tecnologia				
	Equipamentos médico-hospitalares conforme normas vigentes	Gestão de Equipamentos e Tecnologia				
	Relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência na Organização, com prescrições dietéticas e cardápios diários.	Assistência Nutricio				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
2. As necessidades dos clientes, dos mercados, da sociedade, dos processos relativos ao produto ou de outros processos de apoio aplicáveis são consideradas para estabelecer os requisitos dos processos de apoio (Cont.)	Calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos.					
	Sistemática de interação formal com outros serviços	CCIH/ e Eventos Adversos				
	Projetos atualizados e em conformidade com o edificado (arquitetônico, fundações e estrutural, elétrico-eletrônico, hidro-sanitário, prevenção e combate de incêndio, fluídos mecânico e climatização), com as devidas Anotações de Responsabilidade Técnica (ART)	Gestão de Projetos Físicos				
3. Os processos de apoio são gerenciados por meio de indicadores de desempenho que medem se os requisitos desses processos estão sendo atendidos.	Inspeção de recebimento de materiais e suprimentos	Materiais e supriment	Definição de indicadores para os processos identificados	Todas subseções		
4. Os processos de apoio são analisados e melhorados e as eventuais não-conformidades são adequadamente tratadas.	Mecanismos de avaliação do desempenho dos processos de apoio	Processos de Apoio Laboratorial	Medição e avaliação dos resultados de processos	Gestão administrativa e financeira		
	Sistemática de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos	subseções de atenção ao paciente				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. Os processos de apoio são analisados e melhorados e as eventuais não-conformidades são adequadamente tratadas (Cont.)	Mecanismos que assegurem a rastreabilidade dos dados, produtos e amostras coletadas para cada doador.	Triagem e Coleta				
	Mecanismo de liberação garante que apenas as unidades com sorologias para doenças infecciosas negativas e testes imunohematológicos realizados sejam liberadas ou disponibilizadas para uso transfusional, e que as exceções tenham justificativa médica.	Processamento e liberação				
	Mecanismos de identificação permitem a rastreabilidade de todos os hemocomponentes produzidos					
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos de apoio.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional	Todas seções		

Figura 28 – Gestão de processos de apoio

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
7.3 Gestão de processos relativos aos fornecedores						
1. A organização possui critérios para selecionar e qualificar os seus fornecedores.	Critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança	Materiais e suprimentos				
	Processos de planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos.					
	Critérios de seleção de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer medicamentos e materiais médico-hospitalares de acordo com os requisitos de segurança e legislação vigente	Assistência Farmacêutica/Materiais e suprimentos				
	Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degermantes, materiais, nutrição parenteral, quimioterápicos entre outros) utilizados em serviço de saúde	Equipamentos e Tecnologia Médico-				
2. Os requisitos relacionados ao fornecimento são comunicados aos fornecedores de forma a evitar erros e problemas de relacionamento.	Sistema de identificação do material a ser analisado, que permita rastreabilidade	Anatomia patológica e citopatológica				
3. O desempenho dos fornecedores é monitorado por meio de indicadores de desempenho cujos resultados lhe são informados visando à implantação de melhorias.	Critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança	Materiais e suprimento				
	Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança	Gestão da Manutenção Predial				

(Cont.)

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
4. Os fornecedores que atuam diretamente nos processos da organização são envolvidos e comprometidos com os valores e diretrizes organizacionais, incluindo os aspectos relativos à segurança, saúde e meio ambiente.						
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos relativos aos fornecedores.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		

Figura 29 - Gestão de processos relativos aos fornecedores

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
7.4 Gestão econômico-financeira						
1. A organização gerencia os aspectos que causam impacto na sustentabilidade econômica do negócio utilizando parâmetros econômico-financeiros que incluem os relativos aos grupos de estrutura, liquidez, atividade e rentabilidade.	Inventário dos equipamentos	Gestão de Equipamentos e Tecnologia				
2. A organização assegura os recursos financeiros para atender às suas necessidades operacionais, mantendo equilibrado o fluxo financeiro.						
3. A organização define os recursos financeiros para realizar os investimentos visando apoiar as estratégias e planos de ação.	Condições operacionais e de infraestrutura que atendem aos requisitos de segurança	Gestão adm. e financ.				
4. O orçamento é elaborado e gerenciado considerando as estratégias e as necessidades operacionais da organização.			Grupos de trabalho para: a melhoria de processos e interação institucional.	Todas seções		
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão econômico-financeira.						

Figura 30 –Gestão econômico-financeira

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
8.1 Resultados relativos aos clientes e mercado						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos clientes e aos mercados são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos concorrentes e outros referenciais comparativos pertinentes					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções
8.2 Resultados econômico-financeiros						
1. Os resultados dos principais indicadores relativos ao desempenho econômico-financeiro são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.	Todas seções
8.3 Resultados relativos às pessoas						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos sistemas de trabalho e às práticas relativas à capacitação, desenvolvimento e qualidade de vida são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções
8.4 Resultados relativos aos fornecedores						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos fornecedores são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções

Figura 31 – Resultados relativos aos clientes e mercado, econômico-financeiros, às pessoas e aos fornecedores

PGQP	ACREDITAÇÃO					
	NÍVEL 1		NÍVEL 2		NÍVEL 3	
8.5 Resultados dos processos relativos ao produto						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho dos produtos e dos processos relativos ao produto são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções
8.6 Resultados relativos à sociedade						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos a responsabilidade socioambiental e a ética e ao desenvolvimento social são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções
8.7 Resultados dos processos de apoio e organizacionais						
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos processos de apoio e organizacionais são relevantes e permitem avaliar a tendências e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.					Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos	Todas seções

Figura 32 – Resultados relativos ao produto, à sociedade e processos de apoio e organizacionais

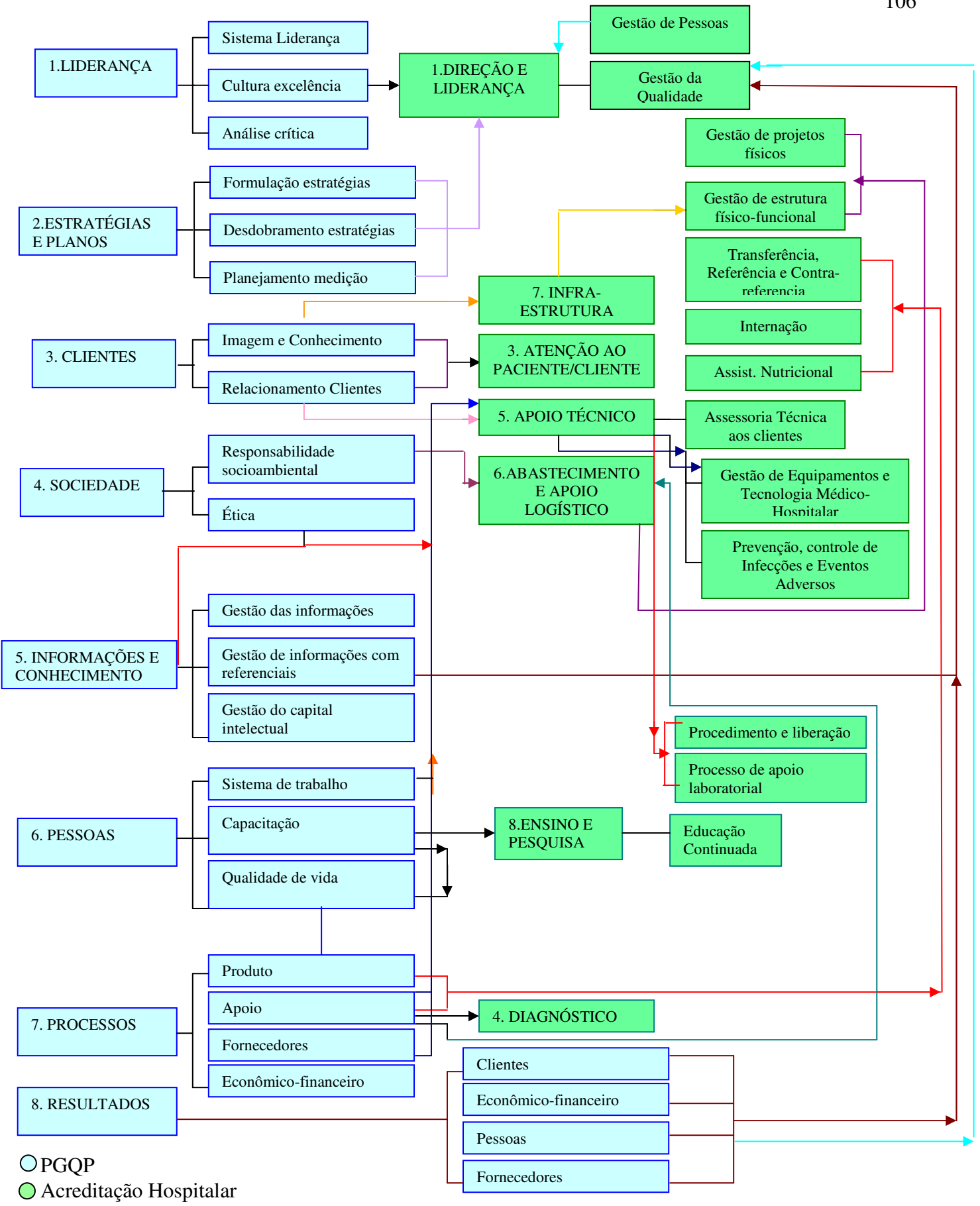


Figura 33 – Compatibilidade de requisitos entre PGQP e PBAH

4.1 Análise comparativa entre o manual de avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade

Conforme pode ser observado na Figura 33, o Manual de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares representado na cor verde, está constituído de oito Seções, cada uma dividida em Subseções que correspondem a setores ou unidades hospitalares com características específicas. Cada Sessão e Subseção é avaliada com base em um padrão pré-definido. Para orientar a equipe de avaliadores, em relação a busca de evidências, existem itens de orientação referentes a cada nível.

O PGQP representado na cor azul também está constituído por oito critérios, subdividido em itens específicos que apresentam aspectos de avaliação.

No PBAH, a **Seção 1. Liderança e Administração**, agrupa os componentes relacionados ao sistema de governo da organização. Inclusive, nessa seção está incluído o planejamento estratégico da instituição. No entanto, o PGQP tem o critério 2 – Estratégias e Planos, específicos para tratar do planejamento estratégico.

No PBAH, essa seção está subdividida em:

Direção e liderança: examina a organização e coordenação de processos relativos ao desenvolvimento de políticas, direcionamento, planejamento estratégico e organização da sistemática de governo da organização. No PGQP, essa subseção está contemplada no critério 1 – Liderança, item 1.1- Sistema de liderança, aspecto de avaliação 1. Também, está incluído nessa subseção do Acreditação, o critério 2 – Estratégias e Planos do PGQP.

Gestão de Pessoas: avalia a organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde e segurança dos profissionais e trabalhadores. Essa subseção está contemplada no PGQP, no critério 6 – Pessoas, que trata da saúde e segurança dos profissionais e trabalhadores e condições de trabalho, especificada no item 6.1 – Qualidade de vida, aspecto de avaliação 1. Processos relativos ao planejamento de recursos humanos, contemplado no item 6.1- Sistemas de trabalho, item de avaliação 2.

Gestão Administrativa e Financeira: examina a organização e coordenação de processos relativos ao planejamento de recursos administrativos e financeiros. No PGQP, esta subseção está contemplada no critério 2 – Estratégias e Planos, item 2.2 – Desdobramento das estratégias, item de avaliação 2. Também contemplado no critério 7 – Processos, item 7.4 – Gestão econômico-financeira, aspecto de avaliação 3 e item de avaliação 4.

Gestão de Materiais e Suprimentos: examina a organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos. No PGQP, essa subseção está contemplada no critério 7 – Processos, item 7.1 – Gestão de processo relativo aos fornecedores, item de avaliação 1. A rastreabilidade é contemplada no item 7.1 – Gestão de processos relativos ao produto, aspecto de avaliação 4.

Gestão da Qualidade: examina a organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, a melhoria da gestão e a política da qualidade. No PGQP, essa subseção está contemplada no Critério 1 – Liderança, item 1.2 – Cultura da excelência, aspecto de avaliação 3 e 4.

A **Seção 2. Organização Profissional** do PBAH, agrupa os profissionais responsáveis pelos processos finalísticos. Essa seção avalia responsabilidade técnica conforme legislação, habilitação, capacitação e dimensionamento de pessoal conforme necessidade do serviço. No PGQP está contemplada, no critério 7 – Processos, item 7.1 – Gestão de processos relativos ao produto, aspecto de avaliação 1. A responsabilidade técnica está contemplada no critério 4 – Sociedade, item 4.2 – Ética e desenvolvimento social, aspecto de avaliação 1. A capacitação está contemplada no critério 6 – Pessoas, item 6.2 – Capacitação e desenvolvimento, aspecto de avaliação 2 e 1, que avalia o método utilizado pela Organização para identificar as necessidades de capacitação da força de trabalho. Esse aspecto de avaliação não consta no Programa de Acreditação Hospitalar, tratando da identificação das necessidades de capacitação.

A **Seção 3. Atenção ao paciente/cliente**, do PBAH, avalia todas as unidades e serviços que se relacionam diretamente no cuidado do paciente/cliente. As subseções de **Atendimento ao Cliente e internação**, no PGQP estão contempladas no critério 3 – Clientes, item 3.1. A **Transferência, Referência e Contra-referência** que se refere ao processo de articulação com outras Organizações para encaminhamento e o retorno de paciente; a **assistência farmacêutica** e a **assistência nutricional**, no PGQP estão contempladas no critério 7 – Processos, item 7.1 – Gestão de processos relativos à produto, aspecto de avaliação 1, no item 7.2 – Gestão de processo de apoio, aspecto de avaliação 1.

Seção 4. Diagnóstico, agrupa todos os componentes, atividades e serviços que se vinculam aos processos de diagnóstico realizados pela Organização. No PGQP esta seção está contemplada no critério 7 – Processos, item 7.2 – Gestão de processo de apoio, aspecto de avaliação 1 e 2.

Seção 5. Apoio Técnico, do PBAH, agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio técnico da Organização. Contemplada no critério 7 - Processos, do PGQP.

Sistema de Informação do Cliente/paciente: processos relacionados à gestão da informação relativo ao cliente/paciente incluindo fluxo, recuperação, armazenamento e rastreabilidade. No PGQP, esta seção está contemplada no critério 5 – Informações e Conhecimentos, item 5.1, também incluída nos aspectos 3 e 4.

Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar: gestão do parque tecnológico da Organização durante todo seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, a aquisição, o recebimento, o teste de aceitação, a capacitação, a operação, a manutenção e a desativação dos equipamentos médico-hospitalares. No PGQP, essa subseção está contemplada no critério 4 – Sociedade, item 4.1, aspecto de avaliação 1, critério 7 – Processos, item 7.2 – Gestão de processos de apoio, aspecto de avaliação 1.

Prevenção, Controle de Infecção e Eventos Adversos: diretrizes e ações sistemáticas e contínuas destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde e o meio ambiente. No PGQP, essa subseção está contemplada no critério 4 – Sociedade, item 4.1 – Responsabilidade socioambiental, aspecto de avaliação 1.

Segurança e Saúde Ocupacional: ações destinadas a prevenir acidentes de trabalho e promover saúde ocupacional. No PGQP, essa subseção está contemplada no critério 6 – Pessoas, item 6.3 – Qualidade de vida, aspecto de avaliação 1.

Procedimento e liberação: processo de separação de produtos sanguíneos no Banco de Sangue, utilizando métodos físicos, garantindo a esterilidade e as características biológicas dos produtos finais. Liberação é o processo pelo qual apenas produtos adequadamente testados e processados sejam disponibilizados para o uso humano. No PGQP, esta subseção está contemplada no critério 7 – Processos, item 7.1 – Gestão de processos relativos ao produto, aspectos de avaliação 1 e 3. Também está contemplado no item 7.2 – Gestão de processos de apoio, aspecto de avaliação 4.

Processo de Apoio Laboratorial: processo de articulação com outras Organizações para encaminhamento, transferência e recepção do material coletado para análise e transmissão do resultado (laudo). No PGQP, esta subseção está contemplada no critério 7 – Processos, item 7.2 – Gestão de processo de apoio, aspecto de avaliação 2.

Assessoria Técnica aos Clientes: atividade institucional destinada à assistência aos clientes. No PGQP, esta subseção contemplada no critério 3 – Clientes, item 3.2 – Relacionamento com clientes, aspecto de avaliação 1, também contemplado no aspecto 2.

Seção 6. Abastecimento e Apoio Logístico: refere-se aos processos de abastecimento e apoio logístico da Organização: Lavanderia; Processamento de Materiais e Esterilização; Qualidade da água; Materiais e Suprimentos; Armazenamento e transporte; Higiene; Gestão da Segurança (clientes internos e externos); Gestão de resíduos. NO PGQP, esta subseção está contemplada no critério 7 – Processos, item 7.2 – Gestão de processos de apoio, aspecto 2. A gestão de resíduos está contemplada no Critério 4 – Sociedade, item 4.1 – Responsabilidade socioambiental, aspecto de avaliação 1.

Seção 7. Infra-Estrutura: componentes que se relacionam com a gestão e manutenção da infra-estrutura da Organização. Esta seção está parcialmente contemplada no PGQP.

Gestão de Projetos Físicos: documentação e registro referente a estrutura física aprovado por órgão competente (alvará sanitário, alvará de funcionamento, planejamento de obras que ofereça conforto e habitabilidade ao cliente). No PGQP, esta seção está parcialmente contemplada no critério 4 – Sociedade, item 4.2 – Ética e desenvolvimento social, aspecto de avaliação 1. Esse critério contempla aspectos referentes à legislação. No entanto, não se refere ao planejamento de obras, nem exige documentos referentes à estrutura física (planta física).

Gestão de estrutura físico-funcional: gerenciamento da estrutura físico-funcional dos acessos e circulação de pessoas e materiais (corrimão em todas escadas, sinalização, acesso para cadeira de rodas). No PGQP, esta subseção está contemplada no critério 3 – Clientes, item 3.1 – Imagem e conhecimento de mercado, aspecto de avaliação 1. Também está contemplada no critério 5 – Informações e conhecimento, item 5.1 – Gestão das informações da Organização, aspecto de avaliação 2.

Gestão de Manutenção Predial: manutenção de instalações mobiliários, equipamentos e infra-estrutura (limpeza e desinfecção reservatórios de água).

No PGQP, está contemplado no critério 4 – Sociedade, item 4.1 – Responsabilidade socioambiental, aspecto de avaliação 1 e no item 4.3 – Ética e desenvolvimento social, aspecto de avaliação 1.

Seção 8 – Ensino e Pesquisa, do PBAH, divide-se em Educação Continuada, Ensino e Pesquisa. A Subseção Educação Continuada está contemplada no PGQP no critério 6 – Pessoas, item 6.2 – Capacitação e desenvolvimento. As subseções Ensino e Pesquisa não são avaliadas no PGQP.

Ao realizar análise comparativa entre os critérios de avaliação do PGQP “Rumo à Excelência 2006” e PBAH, percebe-se que são programas similares, que podem complementar-se, portanto existe compatibilidade de requisitos.

A sistemática de avaliação do PBAH está estruturada por setores. Assim avalia todos os setores do hospital, repetindo os critérios de avaliação, o que torna um tanto confuso, cansativo e extenso. No sistema de avaliação do PGQP a abordagem é estruturada por processos, que parece tornar a avaliação mais simples de entender. O Acreditação é um programa específico para área da saúde que dá ênfase na qualidade da assistência ao paciente/cliente. Nessa perspectiva, o princípio orientador do Nível 1 é segurança, ou seja, avalia, basicamente, a estrutura da Organização e cumprimento com a legislação. No Nível 2, além da segurança, é avaliada a organização dos processos, com enfoque ao gerenciamento dos processos e interação sistêmica, medição e avaliação dos resultados de processos, programa de educação e treinamento continuado voltado para a melhoria de processos. No nível 3, é avaliado, além da segurança e organização de processos, alguns resultados. É analisado indicadores de desempenho dos processos, sistemática de comparação com referenciais pertinentes, evidências e tendências para os indicadores, inovações e melhorias implementadas decorrentes do processo de análise crítica.

Percebe-se portanto que o Nível 3, referente a resultados do PBAH, está contemplado em vários Critérios do PGQP, tais como critério 1 – Liderança, item 1.2 – Cultura da excelência, aspecto de avaliação 4. No item 1.3 – Análise crítica do desempenho global, aspecto de avaliação 1. Ainda, está relacionado com o critério 2 – Estratégias e Planos, item 2.3 – Planejamento da medição do desempenho (indicadores). Ao critério 5 – Informações e Conhecimento, item 5.1 Gestão das informações comparativas e, critério 8 – Resultados.

O PBAH apresenta seção específica para avaliar Ensino e Pesquisa, não contemplada no sistema de avaliação do PGQP. Porém, este traz importante contribuição na avaliação da gestão do capital intelectual, por sua vez, não avaliado na sistemática de avaliação do PBAH, reforçando a complementaridade de requisitos entre os dois programas.

Nesta perspectiva, vale ressaltar que o PBAH, em sua sistemática de avaliação, segue padrões elaborados com base na existência de três níveis de complexidade, tendo como princípio “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido para que o hospital seja certificado em qualquer nível, desde o mais simples ao mais complexo. Enquanto que a sistemática de avaliação do PGQP, por pontuação, o que é relevante para criar expectativa e motivação à equipe. Concomitantemente, a Organização pode participar do sistema de premiação, mais um incentivo de busca à equipe de colaboradores, além de servir como elemento de *marketing* para a Organização.

A seguir, será apresentada uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar tendo como base os critérios do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade integrados aos critérios exigidos pelo Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Para a definição do Critério, foi mantido o texto original do Manual de Avaliação “Rumo à Excelência” (2006), bem como, será utilizado o mesmo sistema de pontuação desse programa. Dessa forma, a Organização de Saúde em sua avaliação receberá uma pontuação, além de poder participar das modalidades de premiação oferecidas pelo PGQP. Também será mantida a mesma estrutura de apresentação do Manual de Avaliação “Rumo à Excelência” (2006). O texto, em azul, é requisito do Manual de Avaliação do Programa de Acreditação (2006), que foi acrescentado ao sistema de avaliação do PGQP a fim de compor o modelo proposto; o texto em preto é original do Sistema de Avaliação “Rumo à Excelência” (2006).

A metodologia de avaliação e diagnóstico proposta permite a organização ser avaliada segundo os critérios do PGQP e do Programa de Acreditação Hospitalar simultaneamente, possibilitando, dessa forma, um caminho mais ameno à sensibilização e desenvolvimento da cultura da excelência para implementação de um programa de qualidade em organizações de saúde.

5 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA GESTÃO HOSPITALAR COM BASE NO PGQP E PBAH

1. LIDERANÇA

Este Critério examina o Sistema de liderança da organização e o comprometimento pessoal dos membros da alta direção no estabelecimento, disseminação e atualização de valores e diretrizes organizacionais que promovam a cultura da excelência, considerando as necessidades de todas as partes interessadas. Também examina como a alta direção analisa criticamente o desempenho global da organização.

1.1 Sistema de liderança

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A liderança na organização é exercida de forma a permitir que as decisões sejam tomadas, comunicadas e implementadas visando atender de forma harmônica e balanceada as necessidades das partes interessadas.	
2. A alta direção interage com todas as partes interessadas, demonstrando comprometimento e buscando oportunidades para a organização.	
3. Os líderes atuais são avaliados com base em competências de liderança previamente estabelecidas.	
4. Os líderes atuais são desenvolvidos nas competências de liderança estabelecidas.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao sistema de liderança.	
Percentual do Item	%

Figura 34 - Sistema de liderança

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, [apresentar o método de gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.](#)
3. Para o Aspecto 2, [apresentar o método utilizado para identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.](#)
4. Para o Aspecto 3, [apresentar competências, funções, atribuições e responsabilidades estabelecidas.](#)
5. Para o Aspecto 5, [verificar grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional;](#) exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

1.2 Cultura da excelência

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os valores e as diretrizes organizacionais, definidos para promover a cultura da excelência e o atendimento às necessidades das partes interessadas, estão disseminados na organização	
2. A organização assegura que os valores e as diretrizes organizacionais são entendidos e aplicados pela força de trabalho.	
3. A organização possui métodos para o estabelecimento de padrões de trabalho para as principais práticas de gestão e estão definidos mecanismos de controle que permitam verificar se estes padrões estão sendo cumpridos.	
4. A organização possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar, de forma global, as práticas de gestão e respectivos padrões de trabalho, promovendo o aprendizado organizacional.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à cultura da excelência.	
Percentual do Item	%

Figura 35 - Cultura da excelência

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar os valores e diretrizes organizacionais.
3. Para o Aspecto 2, [apresentar Regimento Interno com conhecimento formal de todo corpo clínico; cumprimento das diretrizes da Comissão de Controle de Infecção.](#)
5. Para o Aspecto 4, [apresentar sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.](#)
6. Para o aspecto 5, [apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.](#)
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

1.3 Análise crítica do desempenho global

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. O desempenho global da organização é analisado criticamente considerando os resultados dos indicadores de desempenho global.	
2. A análise crítica do desempenho global considera as necessidades das partes interessadas, as estratégias, os planos de ação, as informações comparativas pertinentes e as variáveis do ambiente externo, na medição e avaliação dos resultados de processos .	
3. As decisões da análise crítica do desempenho global são comunicadas a todos os níveis da organização.	
4. A implementação das ações decorrentes da análise crítica do desempenho global é acompanhada.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à análise crítica do desempenho global.	
Percentual do Item	%

Figura 36 - Análise crítica do desempenho global

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, [apresentar estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações.](#)
3. Para o Aspecto 2, [apresentar sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes. Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação, com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos.](#)
4. Para o Aspecto 4, [apresentar registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão.](#)
5. Para o Aspecto 5, [verificar grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.](#)
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

2. ESTRATÉGIAS E PLANOS

Este Critério examina o processo de formulação das estratégias de forma a determinar o posicionamento da organização no mercado, direcionar suas ações e maximizar seu desempenho, incluindo como as estratégias, os planos de ação e as metas são estabelecidos e desdobrados por toda a organização e comunicados interna e externamente. Também examina como a organização define seu sistema de medição do desempenho.

2.1 Formulação das estratégias

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui um processo de formulação de estratégias que considera as necessidades das partes interessadas e que permite direcionar suas ações e maximizar o seu desempenho.	
2. O processo de formulação das estratégias utiliza informações integras e atualizadas em relação às necessidades das partes interessadas, variáveis do mercado e necessidades operacionais.	
3. A organização assegura que as estratégias formuladas são coerentes com as necessidades das partes interessadas.	
4. As estratégias são comunicadas à força de trabalho e às demais partes interessadas pertinentes visando o estabelecimento de compromissos mútuos.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à formulação das estratégias.	
Percentual do Item	%

Figura 37 - Formulação das estratégias

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, [apresentar critério de identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica](#). Etapas do processo de formulação de estratégias e as principais estratégias definidas. [Perspectivas básicas de sustentação da organização \(inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade\)](#).
3. Para o Aspecto 2, [apresentar sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes; sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos](#).
4. Para o Aspecto 5, [verificar grupos de trabalho para melhoria dos processos e interação institucional](#); exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

2.2 Desdobramento das estratégias

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. As estratégias são desdobradas em planos de ação, de curto e longo prazos, por toda a organização, onde aplicável, com o envolvimento da força de trabalho.	
2. Os recursos necessários à implementação dos planos de ação estão alocados e disponibilizados.	
3. Os planos de ação são comunicados à força de trabalho.	
4. A organização acompanha a implementação dos planos de ação.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao desdobramento das estratégias.	
Percentual do Item	%

Figura 38 - Desdobramento das estratégias

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar os principais planos de ação, de curto e longo prazos, decorrentes das estratégias.
3. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional;** exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

2.3 Planejamento da medição do desempenho

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os indicadores utilizados na medição do desempenho da organização permitem monitorar as suas estratégias e operações em todos os níveis.	
2. Os principais indicadores de desempenho são classificados e integrados para facilitar a análise crítica.	
3. Os principais indicadores de desempenho possuem metas alinhadas às estratégias.	
4. Os indicadores de desempenho e as metas são comunicados à força de trabalho e às demais partes interessadas pertinentes.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao planejamento da medição do desempenho.	
Percentual do Item	%

Figura 39 - Planejamento da medição do desempenho

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, **apresentar definição de indicadores para os processos identificados**, além dos indicadores do desempenho global e das operações relacionados a clientes e mercado, finanças, pessoas, fornecedores, produtos, processos relativos ao produto, sociedade e processos de apoio e organizacionais.
3. Para o Aspecto 2, **apresentar o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão**.
5. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.**
 - Letras grafadas em azul, referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto, referem-se aos critérios do PGQP.

3. CLIENTES

Este Critério examina como a organização identifica, analisa, compreende e se antecipa às necessidades dos clientes e dos mercados, divulga seus produtos, marcas e ações de melhoria, e estreita seu relacionamento com os clientes. Também examina como a organização mede e intensifica a satisfação e a fidelidade dos clientes em relação a seus produtos e marcas.

3.1 Imagem e conhecimento de mercado

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui critérios para segmentar o mercado, definir seus clientes-alvo e agrupar seus clientes.	
2. As necessidades dos clientes são identificadas, analisadas e compreendidas considerando a segmentação de mercado e os grupos de clientes definidos.	
3. Os produtos, marcas e ações de melhoria da organização são divulgados aos clientes e ao mercado, de forma a criar credibilidade, confiança e imagem positiva, e não criar expectativas que extrapolem o que é efetivamente oferecido pela organização.	
4. Os níveis de conhecimento dos clientes a respeito das marcas e dos produtos, bem como a imagem da organização, são identificados e avaliados	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à imagem e conhecimento de mercado.	
Percentual do Item	%

Figura 40 - Imagem e conhecimento de mercado

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, **apresentar** critérios adotados para segmentar o mercado, definir clientes alvo e agrupar clientes, **além de critérios utilizados para identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica e método utilizado para gerenciamento do fluxo e da demanda do serviço.**
3. Para o Aspecto 2, **apresentar evidências de cumprimento das diretrizes da Comissão de Controle de Infecção; condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); receptores são observados durante e após a transfusão para reações adversas; fluxo de atendimento às urgências/emergências; planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança; sistemática para preservar o ciclo dia/noite dos clientes/pacientes internados; apresentar mecanismos para o tratamento de reclamações e de pedidos de informações dos clientes; horário ou política definida para as visitas externas aos pacientes; corrimão em todas as escadas; acessos diferenciados para veículos e pedestres, de acordo com o perfil e a complexidade do serviço; sistema de segurança social, predial, patrimonial e tecnológica da Instituição e para os clientes interno e externo; capacitação para situações de emergência; sinalização externa para orientar o acesso à organização; sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação.**
4. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.**
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

3.2 Relacionamento com clientes

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização seleciona e disponibiliza canais de relacionamento que permitem aos clientes adquirir produtos, reclamar, sugerir ou solicitar informações, quanto a interações medicamentosas, esclarecimentos sobre as condições de realização dos exames, instruções sobre possíveis reações adversas ao paciente ou responsável, orientações sobre as metodologias disponíveis, os procedimentos para a solicitação de exames e a interpretação de resultados, bem como informações/orientações aos clientes quanto aos procedimentos a realizar ou realizados, que demonstre humanização da atenção ao cliente/paciente.	
2. As reclamações ou sugestões dos clientes, incluindo as obtidas por meio de contatos informais, são tratadas e atendidas ou solucionadas de forma rápida e eficaz.	
3. A organização acompanha as transações recentes com novos clientes e novos produtos entregues a fim de evitar problemas de relacionamento e, mantém procedimentos que garantem a continuidade de cuidados ao paciente.	
4. A satisfação e a insatisfação dos clientes são avaliadas e as informações obtidas são utilizadas para promover ações de melhoria.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos ao relacionamento com clientes.	
Percentual do Item	%

Figura 41 - Relacionamento com clientes

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, **apresentar** os principais canais de relacionamento utilizados pela Organização, **mecanismo de orientação ao doador/paciente pós-alta e orientações aos possíveis candidatos à doação, bem como, notificação, orientação e/ou encaminhamento em caso de alterações clínicas ou laboratoriais.**
3. Para o Aspecto 2, **apresentar mecanismos utilizados para o tratamento de reclamações e de pedidos de informação dos solicitantes e clientes.**
4. Para o Aspecto 3, **apresentar sistemática de visita clínica e acompanhamento aos clientes/pacientes; material, medicamentos e equipamentos para emergência; instruções ao cliente interno quanto ao uso e conservação; procedimentos voltados para a continuidade do atendimento ao paciente (visita, prescrições e evolução médicas); orientações e informações acerca do cliente/paciente que contribuam para a realização do exame.**
5. Para o Aspecto 4, **apresentar sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos.**
6. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.**
 - Letras grafadas em azul, referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto, referem-se aos critérios do PGQP.

4. SOCIEDADE

Este Critério examina como a Organização contribui para o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável, por meio da minimização dos impactos negativos potenciais de seus produtos, operações na sociedade e como a organização interage com a sociedade de forma ética e transparente.

4.1 Responsabilidade socioambiental

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização identifica os aspectos e trata os impactos sociais e ambientais de seus produtos, processos e instalações sobre os quais tenha influência, tais como segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenagem (interno e externo) e manejo externo dos resíduos, conforme legislação vigente. Características e higienização das salas e abrigo externo de resíduos, conforme normas e legislação vigente. Uso e manutenção de dosímetros pessoais.	
2. Os impactos e respectivas informações relevantes associados aos produtos, processos e instalações da organização são comunicados à sociedade e, realizado capacitação para situações de emergência, bem como saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão, além de sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para: obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência	
3. A organização promove ações envolvendo a preservação dos ecossistemas, a conservação de recursos não-renováveis e a minimização do uso de recursos renováveis.	
4. As pessoas da força de trabalho são conscientizadas e envolvidas em questões relativas à preservação ambiental e desenvolvimento social	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à responsabilidade socioambiental.	
Percentual do Item	%

Figura 42 - Responsabilidade socioambiental

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, [apresentar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde \(PGRS\) com responsável; gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança; medidas preventivas e corretivas de controle integrado de pragas; sistema de manejo e descarte de medicamentos e materiais médico-hospitalares que assegure a correta inutilização; sistemática de manejo de resíduos conforme Plano de Gerenciamento e legislação vigente; atuação conjunta com a Comissão de Controle de Infecção \(CCIH\) na elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção; sistema de inutilização de materiais e suprimentos; sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos \(saneantes, degermantes, materiais, nutrição parenteral, quimioterápicos entre outros\) utilizados em serviços de saúde; descarte de resíduos, conforme legislação vigente; disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação; limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e](#)

controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação; a água utilizada na diálise nos serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva deve ter sua qualidade garantida, em todas as etapas de sua produção, conforme legislação vigente; sistema de medição de radiações ambiental e pessoal; local para gerenciamento dos rejeitos radioativos que assegure a não contaminação e a não exposição; programa de monitoração de área; instalações elétricas conforme norma vigente.

3. Para o Aspecto 2, apresentar sistema de segurança social, predial, patrimonial e tecnológica da Instituição e para os clientes internos e externos.
 4. Para o Aspecto 3, apresentar gerenciamento, operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço; gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros) de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.
 5. Para o Aspecto 4, apresentar: PGRSS integrado as demais comissões e serviços (CIPA, SESMT, CCI, Biossegurança, entre outros); uso e manutenção de dosímetros pessoais monitoração ambiental.
 6. Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
- Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

4.2 Ética e desenvolvimento social

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização estimula o comportamento ético e busca assegurar relacionamentos éticos com todas as partes interessadas, conforme legislação vigente .	
2. A organização identifica as necessidades e avalia a satisfação das comunidades com as quais se relaciona.	
3. As competências da organização são mobilizadas para o fortalecimento da ação social, de modo a envolver e incentivar a sua força de trabalho e parceiros, na execução e apoio e a projetos sociais elaborados em conjunto com a comunidade e a sociedade a partir das suas necessidades.	
4. A organização zela pela equidade étnica, sexual e social na sua força de trabalho e evita o uso do trabalho infantil e, realiza o dimensionamento do quadro de pessoal da organização e regulação conforme regulação vigente .	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à ética e desenvolvimento social.	
Percentual do Item	%

Figura 43 - Ética e desenvolvimento social

Notas:

- Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
- Para o Aspecto 1, [apresentar: compromissos éticos da Organização; admissão e seleção de candidatos à doação, conforme legislação; documentos gerados no setor de arquivados conforme legislação; obedece às normas de proteção estabelecidas para o trabalho com substâncias radioativas; traçados radioativos acondicionados em local específico, em conformidade com as normas vigentes; gerenciamento de eventos adversos conforme legislação; condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente \(interno e externo\); supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas; organização dos processos e sistema voltado para assegurar o cumprimento de normas vigentes e requisitos de segurança para o cliente; sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos \(saneantes, degermantes, materiais, kits de reagentes, alimentos entre outros\) utilizados em serviços de saúde; prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação; definição dos consentimentos informados para os procedimentos de risco; utiliza manual de boas práticas de preparo de alimentos; instalações elétricas conforme normas vigentes; equipamentos médico-hospitalares conforme normas vigentes; sistemática de vigilância epidemiológica de infecções e eventos adversos e a sua notificação para a autoridade sanitária; disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiência em conformidade com a legislação.](#)
- Para o Aspecto 2, [apresentar a Organização dos processos e gestão de recursos humanos.](#)
- Para o Aspecto 5, [apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.](#)
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

Este Critério examina a gestão e a utilização das informações da Organização e de informações comparativas pertinentes, bem como a gestão do capital intelectual da organização.

5.1 Gestão das informações da organização

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui métodos para identificar e organizar as informações sistematizadas necessárias para apoiar as operações diárias e a tomada de decisão, mediante um sistema de comunicação eficaz entre os médicos e serviços que assegure as transferências, mecanismos que assegurem a correta transcrição dos resultados de exames. Relato no laudo, dos elementos essenciais dos resultados emitidos pelo laboratório de apoio, sem alterações que possam prejudicar a interpretação clínica, quando se faz a transcrição de laudos.	
2. A organização possui métodos para definir, desenvolver, implantar e atualizar sistemas de informação.	
3. As informações necessárias estão disponibilizadas à força de trabalho, tais como: orientações quanto a interações medicamentosas, instruções de manutenção do sangue e hemocomponentes no evento da interrupção da refrigeração (por exemplo, falta de energia elétrica), método para identificação positiva do doador no ato da doação, relativas ao controle da circulação em áreas restritas, sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação, saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão, bem como sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para: obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência, além de notificação, orientação e/ou encaminhamento em caso de alterações clínicas ou laboratoriais.	
4. As informações armazenadas e disponibilizadas são integras, seguras, atualizadas e tratadas quanto à confidencialidade. Possuem registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão. Também, prontuários, documentos e registros do cliente/paciente completos, legíveis e assinados com a identificação dos profissionais.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações da organização.	
Percentual do Item	%

Figura 44 - Gestão das informações da organização

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar, as principais informações utilizadas, tais como, registros de envio e recebimento de hemocomponentes de/para outros serviços, sistemática para arquivamento dos laudos de exames referenciados, mecanismos de acompanhamento dos exames após as transferências até a emissão dos laudos (rastreadabilidade), documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada, gerenciamento de protocolos assistenciais visando à melhoria da técnica e o controle de problemas.
3. Para o Aspecto 2, apresentar os principais sistemas de informação em uso e sua finalidade, tais como campanha planejada e focada no cliente doador/paciente.

4. Para o Aspecto 3, apresentar prontuário médico completo: ficha anestésica preenchida; avaliação pré-anestésica registrada, registros de todos os atendimentos realizados: médico, enfermagem e outros, completos, legíveis e assinados; informações sobre o paciente na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: avaliação clínica, resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência; registro transfusional de acordo com a legislação, mecanismos adequados de registros das unidades: recebidas, fracionadas, liberadas e desprezadas; instruções sobre possíveis reações adversas ao paciente ou responsável; protocolo das reações transfusionais imediatas ou tardias; mecanismos que garantam a emissão dos resultados parciais de exames nas situações de urgência/emergência; relação dos serviços especializados, para atendimento as demandas de manutenção em que o serviço não possua resolutividade;; sistema de registro e validação do processo de esterilização; procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente; registros dos procedimentos com radioisótopos; sistemática de registros relativos à identificação, movimentação e liberação do recém-nascido; disponibilização da relação dos Laboratórios de Apoio e dos exames que realizam; registro dos materiais ou amostras enviados ao Laboratório de Apoio.
5. Para o Aspecto 4, apresentar sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do serviço; documentos no setor arquivados conforme legislação; sistemática de controle de entrada e saída, de circulação e mecanismos de segurança e rastreabilidade dos prontuários, documentos e registros do cliente/paciente; arquivos de lâminas e laudos. Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional; registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão.
6. Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

5.2 Gestão das informações comparativas

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui métodos para identificar as necessidades e determinar as prioridades das informações comparativas pertinentes para analisar o nível de desempenho, estabelecer metas e melhorar produtos, processos e práticas de gestão.	
2. A organização possui critérios para identificar as organizações consideradas como referenciais comparativos pertinentes.	
3. As informações comparativas obtidas são integras e atualizadas.	
4. As informações comparativas obtidas são utilizadas para a tomada de decisão e para promoção de melhorias nos produtos, processos e nas práticas de gestão e é realizado identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através de processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão das informações comparativas.	
Percentual do Item	%

Figura 45 - Gestão das informações comparativas

Notas:

- Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
- Para o Aspecto 1, apresentar as principais informações comparativas utilizadas.
- Para o Aspecto 2, apresentar as principais organizações consideradas como referenciais pertinentes.
- Para o Aspecto 4, apresentar as principais melhorias implementadas.
- Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

5.3 Gestão do capital intelectual

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização identifica os ativos que compõem o seu capital intelectual visando se diferenciar e aumentar o valor agregado dos seus produtos e serviços.	
2. A organização incentiva o pensamento criativo e inovador visando desenvolver seu capital intelectual.	
3. A organização possui métodos para se manter atualizada em relação às tecnologias e conhecimentos relacionados ao seu capital intelectual.	
4. O capital intelectual da organização é protegida.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão do capital intelectual.	
Percentual do Item	%

Figura 46 - Gestão do capital intelectual

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar os ativos que compõem o capital intelectual da organização.
3. Para o Aspecto 3, **apresentar sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.**
4. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional;** exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

6. PESSOAS

Este Critério examina como são proporcionadas condições para o desenvolvimento e utilização plena do potencial das pessoas que compõem a força de trabalho, em consonância com as estratégias organizacionais. Também examina os esforços para criar e manter um ambiente de trabalho e um clima organizacional que conduzam à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da organização.

6.1 Sistemas de trabalho

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização do trabalho e a estrutura de cargos são definidas e implementadas para promover a resposta rápida, iniciativa, criatividade, inovação, cooperação e comunicação eficaz; possui serviço de pessoal com todos os registros dos funcionários e habilitações específicas, bem como responsabilidade técnica conforme legislação.	
2. As pessoas são selecionadas e contratadas levando-se em conta os requisitos de desempenho e práticas de igualdade e justiça, bem como a chefia do serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de enfermagem.	
3. O desempenho das pessoas da força de trabalho é avaliado, individualmente e em equipe, de forma a estimular a obtenção de melhores resultados, a promoção da cultura da excelência e o desenvolvimento profissional das pessoas, bem como supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.	
4. A organização possui formas de remuneração, reconhecimento e incentivo que estimulam a obtenção de melhores resultados e a promoção da cultura da excelência.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos aos sistemas de trabalho.	
Percentual do Item	%

Figura 47 - Sistemas de trabalho

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar a organização dos processos e gestão de recursos humanos, a relação de médicos contratados e credenciados, a escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência, nas 24 horas, escala que assegure a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.
3. Para o Aspecto 2, apresentar definição de competências, funções e responsabilidades, além de responsabilidade técnica em todas as áreas conforme legislação.
4. Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

6.2 Capacitação e desenvolvimento

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização identifica as necessidades de capacitação e desenvolvimento das pessoas da força de trabalho considerando as estratégias e os planos, e contando com a participação das pessoas a serem capacitadas.	
2. A força de trabalho é capacitada e desenvolvida para atender as suas necessidades e as da organização bem como as necessidades de desenvolvimento da cultura da excelência, tais como: corpo clínico, habilitado e capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço, capacitação de toda equipe implicada no manejo dos equipamentos, manipulação dos materiais radioativos e radioproteção, capacitação para situações de emergência, capacitação sistemática da equipe em radioproteção, treinamento sistemático da equipe em radioproteção, pessoal treinado para orientação e controle do acesso à Organização nas 24 horas.	
3. As habilidades e conhecimentos recém-adquiridos são avaliados em relação à sua utilidade na execução do trabalho e à sua eficácia no apoio à consecução das estratégias da organização.	
4. A força de trabalho é desenvolvida pessoal e profissionalmente utilizando métodos de orientação, aconselhamento e desenvolvimento de carreira.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à capacitação e desenvolvimento.	
Percentual do Item	%

Figura 48 - Capacitação e desenvolvimento

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o aspecto 1, apresentar **programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhorias nos processos**.
3. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional**; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

6.3 Qualidade de vida

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização identifica os perigos e trata os riscos relacionados à saúde, à segurança e à ergonomia, controla o uso e manutenção de dosímetros pessoais e desenvolve programas de saúde e segurança ocupacional conforme legislação vigente.	
2. A organização identifica e trata os fatores que afetam o bem-estar, a satisfação e a motivação das pessoas.	
3. A satisfação, bem-estar e motivação das pessoas são avaliados e as informações obtidas são utilizadas para promover ações de melhoria da sua qualidade de vida.	
4. O clima organizacional é mantido propício ao bem estar, à satisfação e à motivação das pessoas por meio de serviços, benefícios, programas e políticas colocados à disposição da força de trabalho.	
4. O clima organizacional é mantido propício ao bem estar, à satisfação e à motivação das pessoas por meio de serviços, benefícios, programas e políticas colocados à disposição da força de trabalho.	
Percentual do Item	%

Figura 49 - Qualidade de vida

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, **apresentar o método de identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança, bem como os métodos utilizados para eliminar ou minimizar os riscos relacionados à saúde, à segurança e à ergonomia.**
3. Para o Aspecto 3, apresentar **sistemática de medição e avaliação dos resultados do processo.**
4. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.**
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

7. PROCESSOS

Este Critério examina os principais aspectos da gestão dos processos da organização, incluindo o projeto do produto com foco no cliente, a execução e entrega do produto, os processos de apoio e aqueles relacionados aos fornecedores, em todos os setores e unidades. Também examina como a organização administra seus recursos financeiros, de maneira a suportar sua estratégia, seus planos de ação e a operação eficaz de seus processos.

7.1 Gestão de processos relativos ao produto

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os produtos e processos de produção são projetados a partir de requisitos traduzidos das necessidades das partes interessadas pertinentes, tais como, procedimentos que garantam mecanismos que assegurem a captação e desprezo das unidades vencidas, temperatura de estocagem monitorada periodicamente, definição dos consentimentos informados para os procedimentos de risco, reservatórios de água com capacidade para atender à demanda do estabelecimento, cobertura permanentemente e com acesso restrito (em casos de laboratórios situados em edifícios comerciais, contactar a administração do edifício).	
2. Os projetos são gerenciados para assegurar que os novos produtos sejam lançados isentos de não-conformidades e no prazo adequado	
3. Os processos de produção são gerenciados por meio de indicadores de desempenho que medem se os requisitos desses processos estão sendo atendidos.	
4. Os processos de produção são analisados e melhorados e as eventuais não-conformidades são adequadamente tratadas.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos relativos ao produto.	
Percentual do Item	%

Figura 50 - Gestão de processos relativos ao produto

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, [apresentar identificação, definição, padronização e documentação dos processos; gerenciamento de protocolos assistenciais visando à melhoria da técnica e o controle de problemas; sistema de controle de agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das consultas e gestão da demanda admitida; gerenciamento do fluxo e da demanda do atendimento cirúrgico; escala de médicos de plantão ativo ou à distância; escala de plantão dos profissionais destinados ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas; Escala de plantão dos profissionais destinados ao atendimento e sua distribuição nas 24 horas; prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação; registros de enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados.](#)
3. Para o Aspecto 2, [apresentar método para estabelecimento dos procedimentos de avaliação periódica da Comissão Nacional de Energia Nuclear \(CNEN\); Plano de radioproteção com responsabilidade técnica, aprovado pela CNEN e Auditorias regulares e independentes para o controle da qualidade.](#)

4. Para o Aspecto 3, apresentar os principais requisitos a serem atendidos pelos processos de produção e os respectivos indicadores de desempenho, além da definição de indicadores para os processos identificados e medição e avaliação dos resultados de processos.
5. Para o Aspecto 4, apresentar sistema de controle de qualidade de acordo com legislação; sistema de farmacovigilância; controle interno e externo de qualidade; controle de qualidade dos hemocomponentes produzidos; mecanismos de auditoria médica (sistemas internos e/ou externos) e seus resultados, bem como apresentar as principais melhorias implantadas nos processos de produção, pelo menos, nos últimos três anos.
6. Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

7.2 Gestão de processos de apoio

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui métodos para definir os novos processos de apoio e para adequar os existentes, tais como: acompanhamento do paciente após o seu encaminhamento; unidades provenientes de doações autólogas armazenadas de maneira diferenciada das provenientes de doações homólogas; condições adequadas de transporte do sangue e dos hemocomponentes; reservatórios de água com capacidade para atender à demanda do estabelecimento, cobertura permanentemente e com acesso restrito (em casos de laboratórios situados em edifícios comerciais, contactar a administração do edifício); condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo) de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial; ambientes e procedimentos adequados à assistência cirúrgica ambulatorial; interação com o Laboratório de Microbiologia para definição do perfil de resistência microbiana; estrutura e procedimentos adequados para a recuperação pós-anestésica; local específico para aguarda de equipamentos; condições de armazenamento adequadas para o hemocomponente; estrutura da UTI intermediária e unidade pós-operatória, similar ao da UTI principal, distribuição dos leitos com condições de visualização constante dos clientes/pacientes; oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito; apoio diagnóstico e terapêutico nas 24 horas; hemocomponentes rotulados e identificados de maneira consistente com o método de preparo e condições de armazenamento e prazo de validade adequadamente indicado.	
2. As necessidades dos clientes, dos mercados, da sociedade, dos processos relativos ao produto ou de outros processos de apoio aplicáveis são consideradas para estabelecer os requisitos dos processos de apoio, tais como: processos farmacotécnicos que permitem obter boa qualidade de matéria-prima e produtos acabados; disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação; Proteção contra intempéries; controle de medicamentos e produtos de saúde quanto à especificação, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização ao armazenamento, estoques satélites e distribuição.	
3. Os processos de apoio são gerenciados por meio de indicadores de desempenho que medem se os requisitos desses processos estão sendo atendidos.	
4. Os processos de apoio são analisados e melhorados e as eventuais não-conformidades são adequadamente tratadas.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos de apoio.	
Percentual do Item	%

Figura 51- Gestão de processos de apoio

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, apresentar relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos ou referidos os casos em que a Organização não tenha capacidade resolutive; relação dos laboratórios de apoio para os quais devem ser transferidas as amostras, bem como instrumento formal que assegure as responsabilidades das partes; Pacientes e/ou acompanhantes informados sobre o motivo da transferência; mecanismos definidos e documentados para a coleta, o transporte e a preservação do material ou amostras; sistema de controle de agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das

consultas e gestão da demanda admitida; fluxo de atendimento às urgências/emergências; procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente; procedimentos adequados para atendimento a casos especiais (agressão física, moral, psicológica, etc.); mecanismos que assegurem a rastreabilidade dos dados, produtos e amostras coletadas para cada doador; mecanismo de liberação garante que apenas as unidades com sorologias para doenças infecciosas negativas e testes imunohematológicos realizados sejam liberadas ou disponibilizadas para uso transfusional, e que as exceções tenham justificativa médica; controle de qualidade dos hemocomponentes produzidos; planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança.

3. Para o Aspecto 2, apresentar gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço; sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço; planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos; procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos; relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência na Organização, com prescrições dietéticas e cardápios diários; calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos; equipamentos médico-hospitalares conforme normas vigentes; sistemática de interação formal com outros serviços; projetos atualizados e em conformidade com o edificado (arquitetônico, fundações e estrutural, elétrico-eletrônico, hidro-sanitário, prevenção e combate de incêndio, fluídos mecânico e climatização), com as devidas Anotações de Responsabilidade Técnica (ART).
4. Para o Aspecto 3, apresentar os principais requisitos a serem atendidos pelos processos de apoio e os respectivos indicadores de desempenho.
5. Para o Aspecto 4, apresentar as principais melhorias implantadas nos processos de apoio, pelo menos, nos últimos três anos; sistemática de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; mecanismos que assegurem a rastreabilidade dos dados, produtos e amostras coletadas para cada doador; mecanismo de liberação garante que apenas as unidades com sorologias para doenças infecciosas negativas e testes imunohematológicos realizados sejam liberadas ou disponibilizadas para uso transfusional, e que as exceções tenham justificativa médica; mecanismos de identificação permitem a rastreabilidade de todos os hemocomponentes produzidos; mecanismos de avaliação do desempenho dos processos de apoio.
6. Para o Aspecto 5, apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.

● Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.

● Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

7.3 Gestão de processos relativos aos fornecedores

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização possui critérios para selecionar e qualificar os seus fornecedores, bem como controles administrativos específicos para itens sob regime de vigilância legal.	
2. Os requisitos relacionados ao fornecimento são comunicados aos fornecedores de forma a evitar erros e problemas de relacionamento, bem como o controle de medicamentos e produtos de saúde quanto à especificação, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização ao armazenamento, estoques satélites e distribuição.	
3. O desempenho dos fornecedores é monitorado por meio de indicadores de desempenho cujos resultados lhe são informados visando à implantação de melhorias. Também, incluir o gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.	
4. Os fornecedores que atuam diretamente nos processos da organização são envolvidos e comprometidos com os valores e diretrizes organizacionais, incluindo os aspectos relativos à segurança, saúde e meio ambiente.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão de processos relativos aos fornecedores.	
Percentual do Item	%

Figura 52 - Gestão de processos relativos aos fornecedores

Notas:

1. Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
2. Para o Aspecto 1, **apresentar critérios de seleção de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer medicamentos e materiais médico-hospitalares de acordo com os requisitos de segurança e legislação vigente; procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos.**
3. Para o Aspecto 2, apresentar os principais requisitos da organização para os fornecedores, **bem como sistema de identificação do material a ser analisado, que permita rastreabilidade.**
4. Para o Aspecto 3, **apresentar critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança e indicadores utilizados para monitorar o desempenho dos fornecedores.**
5. Para o Aspecto 4, **apresentar sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degermantes, materiais, nutrição parenteral, quimioterápicos entre outros) utilizados em serviço de saúde; processos de planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos.**
6. Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.**
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

7.4 Gestão econômico-financeira

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. A organização gerencia os aspectos que causam impacto na sustentabilidade econômica do negócio utilizando parâmetros econômico-financeiros que incluem os relativos aos grupos de estrutura, liquidez, atividade e rentabilidade.	
2. A organização assegura os recursos financeiros para atender às suas necessidades operacionais, mantendo equilibrado o fluxo financeiro.	
3. A organização define os recursos financeiros para realizar os investimentos visando apoiar as estratégias e planos de ação.	
4. O orçamento é elaborado e gerenciado considerando as estratégias e as necessidades operacionais da organização.	
5. A organização utiliza os mecanismos referidos no item 1.2 (Aspecto 4) ou outros pertinentes para avaliar e melhorar as práticas e respectivos padrões de trabalho relativos à gestão econômico-financeira.	
Percentual do Item	%

Figura 54 - Gestão econômico-financeira

Notas:

- Para todos os aspectos, apresentar as práticas de gestão, os padrões de trabalho e a disseminação e continuidade das práticas e padrões.
- Para o Aspecto 1, **apresentar** os parâmetros econômico-financeiros utilizados e **método de inventário dos equipamentos**.
- Para o Aspecto 5, **apresentar grupos de trabalho para melhoria dos processos, interação institucional**; exemplos de melhorias decorrentes destes mecanismos, introduzidas nos últimos três anos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

8. RESULTADOS

Este Critério examina a evolução do desempenho da organização em relação a clientes e mercados, situação financeira, pessoas, fornecedores, processos relativos ao produto, sociedade, processos de apoio e processos organizacionais. Examina também os níveis de desempenho em relação às informações comparativa pertinentes.

8.1 Resultados relativos aos clientes e mercado

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos clientes e aos mercados são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos concorrentes e outros referenciais comparativos pertinentes.	
Percentual do Item	%

Figura 55 - Resultados relativos aos clientes e mercado

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos clientes e mercado. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por grupos de clientes, segmentos de mercado ou tipos de produtos.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: Índice de satisfação; Índice de reclamações; Retorno das reclamações.

8.2 Resultados econômico-financeiros

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores relativos ao desempenho econômico-financeiro são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes	
Percentual do Item	%

Figura 56 - Resultados econômico- financeiros

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho e econômico-financeiro. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por grupos de clientes, segmentos de mercado ou tipos de produtos.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: Receitas; Lucro líquido; Relação entre os recursos planejados (orçados) e executados; Redução de custos operacionais; Arrecadação de impostos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

8.3 Resultados relativos às pessoas

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos sistemas de trabalho e às práticas relativas à capacitação, desenvolvimento e qualidade de vida são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.	
Percentual do Item	%

Figura 57 - Resultados relativos às pessoas

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos às pessoas. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por níveis de pessoas.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: Absenteísmo; Rotatividade; Índice de satisfação dos colaboradores; Horas de treinamento; Frequência e gravidade de acidentes no trabalho; Escolaridade; Indenizações; Quantidade de ações trabalhistas.

8.4 Resultados relativos aos fornecedores

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos fornecedores são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.	
Percentual do Item	%

Figura 58 - Resultados relativos aos fornecedores

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos fornecedores. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por níveis de pessoas, instalações, grupo de fornecedores ou tipo de produtos fornecidos.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: % não conforme nos itens adquiridos; Entregas no prazo; Tempo médio de atendimento; Número de requisições atendidas x requisições feitas; Número de procedimentos cancelados em decorrência da falta de material/equipamento a ser adquirido; Redução de rejeitos, resíduos ou retrabalhos; Número de ocorrências de conflitos.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

8.5 Resultados dos processos relativos ao produto

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho dos produtos e dos processos relativos ao produto são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes	
Percentual do Item	%

Figura 59 - Resultados dos processos relativos ao produto

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos produtos e sociedade. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por tipos de produtos.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: Índice de retrabalho; Redução de custos; Número de serviços prestados.

8.6 Resultados relativos à sociedade

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos a responsabilidade socioambiental e a ética e ao desenvolvimento social são relevantes e permitem avaliar a tendência e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.	
Percentual do Item	%

Figura 60 - Resultados relativos à sociedade

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos**
2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos a sociedade. Quando aplicável, os resultados devem ser apresentados de forma estratificada por grupos de clientes, segmentos de mercado ou tipos de produtos.
3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como: Número de não-conformidades ambientais; Quantidades de sanções ambientais; % de servidores envolvidos em ações sociais; Número de campanhas sociais nas quais participou; Volume de recursos (financeiros, alimentos, roupas, brinquedos) arrecadados.
 - Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 - Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

8.7 Resultados dos processos de apoio e organizacionais

Aspecto de Avaliação	Pontuação
1. Os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos processos de apoio e organizacionais são relevantes e permitem avaliar a tendências e o nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes.	
Percentual do Item	%

Figura 61- Resultados dos processos de apoio e organizacionais

Notas:

1. Para o Aspecto 1, **apresentar análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.**
 2. Apresentar os resultados dos principais indicadores de desempenho relativos aos processos de apoio e organizacionais.
 3. Explicar resumidamente os resultados dos indicadores apresentados, esclarecendo eventuais tendências adversas e níveis de desempenho abaixo das informações comparativas pertinente.
 4. Podem ser incluídos neste item, resultados de indicadores como:
 - Número de não-conformidades em processos de apoio
 - Índice de retrabalho.
 - Disponibilidade de equipamentos.
 - Custo da manutenção.
 - Tempo médio de atendimento de serviços internos.
 - Índice de satisfação com os serviços de apoio.
 - Número de equipamentos de informática adquiridos.
- Letras grafadas em azul referem-se aos critérios do Acreditação Hospitalar.
 ● Letras grafadas em preto referem-se aos critérios do PGQP.

5.1 Diretrizes para pontuação

Conforme apresentado no Quadro 2, a pontuação de cada Aspecto de Avaliação está baseada em três dimensões: Enfoque, Aplicação e Resultados.

5.1.1 Pontuação de itens de enfoque e aplicação

Cada um dos vinte itens dos critérios de enfoque e aplicação é representado por cinco aspectos de avaliação. Cada aspecto de avaliação possui um ou mais requisitos associados. O completo atendimento ao requisito nos cinco aspectos, representa 100% de atendimento ao item avaliado. O conjunto de requisitos de cada um dos aspectos está escrito no estilo afirmativo, como se fosse o registro de uma avaliação da gestão. A avaliação consiste em buscar identificar, dentro do Quadro de Pontuação de Enfoque e Aplicação, qual percentual melhor reproduz, isto é, mais se aproxima da situação real das práticas de gestão da organização, com base nos requisitos do aspecto e nos fatores de avaliação das dimensões Enfoque e Aplicação. Primeiro deve-se escolher a faixa (linha) que melhor se ajusta ao aspecto, com base no estágio dos fatores de avaliação: Adequação, Controle, Proatividade e Refinamento. A seguir, avalia-se o estágio dos fatores: disseminação/ continuidade e escolhe-se a faixa (coluna) cuja descrição mais se aproxima da situação encontrada no aspecto. O percentual do aspecto é o valor encontrado no cruzamento entre as duas faixas selecionadas anteriormente. Esse valor pode ser qualquer um dos seguintes: 0%, 5%, 10%, 15% ou 20%. Deve-se apresentar justificativas a todos aspectos de avaliação dos itens de enfoque e aplicação. Como justificativas, a organização deve apresentar as práticas de gestão utilizadas, os respectivos padrões de trabalho dessas práticas, incluindo os responsáveis e a periodicidade de realização, os métodos de controle das práticas, ou seja, de verificação do cumprimento dos padrões de trabalho, além da aplicação das práticas e padrões, demonstrando, inclusive por meio de exemplos, a disseminação e a continuidade.

Para obter o percentual total de um item é necessário somar os cinco valores percentuais parciais, que representam os níveis de atendimento de cada um dos aspectos de avaliação que compõem o item. O percentual do item será, portanto, qualquer valor entre 0% e 100%, sempre em múltiplos de 5 e a pontuação do item é o resultado da multiplicação do percentual total obtido.

5.1.2 Pontuação de itens de resultados

Cada um dos sete itens do critério de resultados solicita um conjunto de resultados. A avaliação consiste em buscar identificar, dentro da Tabela de Pontuação de Resultados, qual percentual melhor reproduz, isto é, mais se aproxima da situação real dos resultados da organização, com base nos requisitos do aspecto e nos fatores de avaliação da dimensão resultados. Esses fatores deverão ser demonstrados com a apresentação de gráficos ou tabelas de resultados. Primeiro, deve-se selecionar a faixa (linha) que melhor se ajusta ao aspecto, com base no estágio dos fatores de avaliação relevância/desempenho. A seguir, avalia-se o estágio do fator tendência e escolhe-se a faixa (coluna) cuja descrição mais se aproxima da situação encontrada no aspecto.

O percentual do aspecto, que é o próprio percentual do item, é o valor encontrado no cruzamento entre as duas faixas selecionadas anteriormente. Esse valor pode ser qualquer um dos seguintes: 0%, 20%, 40%, 60%, *0% ou 100%. A pontuação do item é o resultado da multiplicação do percentual obtido no item pela pontuação máxima do item.

5.1.3 Pontuação global

A pontuação global é o resultado da soma da pontuação obtida em cada um dos 27 itens e simboliza o estágio atual do sistema de gestão da organização.

Disseminação e Continuidade		1	2	3	4
Adequação, Proatividade, Refinamento e Controle.		- Disseminadas por algumas áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Início de uso, com muitas lacunas.	- Disseminadas por algumas áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Início de uso, com muitas lacunas.	- Disseminadas pela maioria das principais áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Uso continuado com algumas lacunas.	- Disseminadas pelas principais áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Uso continuado com algumas lacunas.
D	- A(s) prática(s) de gestão apresentada(s) é (são) adequada (s) para atender todos os requisitos do aspecto. - Pelo menos uma prática de gestão é refinada. - Pelo menos uma prática de gestão é proativa. - Pelo menos uma prática de gestão possui controle	5	10	15	20
C	- A(s) prática(s) de gestão apresentada(s) é (são) adequada(s) para atender a maioria dos requisitos do aspecto. - Pelo menos uma prática de gestão é proativa. - Pelo menos uma prática de gestão possui controle.	5	10	15	15
B	- A(s) prática(s) de gestão apresentada(s) é(são) adequada(s) para atender alguns dos requisitos do aspecto.	5	5	10	10
A	- Práticas de gestão inadequadas aos requisitos do aspecto ou não apresenta práticas de gestão.	0	0	0	0

Nota: no caso de existirem práticas adequadas, porém não disseminadas, a pontuação deve ser zero.

Figura 62 - Pontuação de enfoque e aplicação PGQP (PGQP, 2006)

Relevância e Desempenho		Tendência			
		1	2	3	4
		Tendências desfavoráveis para todos os resultados relevantes apresentados ou impossibilidade de avaliação de tendências.	Tendências favoráveis para alguns dos resultados relevantes apresentados.	Tendências favoráveis para a maioria dos resultados relevantes apresentados.	Tendências favoráveis para quase todos os resultados relevantes apresentados.
E	- Quase todos os resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. - Alguns dos resultados relevantes apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes	20	60	80	100
D	- A maioria dos resultados relevantes para determinação do desempenho do item foi apresentada. - Alguns dos resultados relevantes apresentados demonstram desempenho similar aos referenciais comparativos pertinentes.	20	60	80	80
C	- A maioria dos resultados relevantes para determinação do desempenho do item foi apresentada. - Todos os resultados relevantes apresentados demonstram desempenho inferior aos referenciais comparativos pertinentes ou nenhuma informação comparativa foi apresentada.	20	40	60	60
B	- Alguns resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. - Todos os resultados relevantes demonstram desempenho inferior aos referenciais comparativos pertinentes ou nenhuma informação comparativa foi apresentada	20	40	40	40
A	- Os resultados apresentados não são relevantes ou não existem resultados	0	0	0	0

Nota: “alguns” significa, mais de um, “a maioria” a metade mais um, “quase todos” algo entre a maioria e todos.

Figura 63 - Pontuação de resultados PGQP (PGQP, 2006)

6 CONCLUSÃO

Os hospitais, sem dúvida, podem ser considerados uma das empresas mais complexas da atualidade dada suas particularidades. Seu produto principal é o paciente, ser humano que ingressa no serviço com saúde debilitada e necessita a recuperação, seja ela total ou parcial, a fim de que possa retomar suas atividades na sociedade. Portanto, nesse serviço, uma não-conformidade pode representar dano irreversível, chegando até mesmo à morte do cidadão.

Neste cenário, o gestor hospitalar, além da responsabilidade ética e social, enfrenta a limitação de recursos financeiros e descaso de autoridades governamentais, como pode ser visto frequentemente em notícias veiculadas na mídia. Há necessidade de redefinir o papel do hospital em relação à assistência à saúde, que sejam introduzidos conceitos e técnicas de organização interna e de gestão, a fim de proporcionar uma maior racionalidade, eficiência e eficácia dos investimentos realizados.

O desenvolvimento desse trabalho apresentou como princípio norteador à gestão da qualidade com enfoque em organizações hospitalares. A análise se concentrou em buscar aspectos comuns à metodologia de avaliação utilizada pelo PBAH e pelo PGQP, bem como a sua aplicabilidade em instituições de saúde.

Através deste estudo, foi possível interpretar e analisar os critérios dos dois programas e obter uma visão da compatibilidade de requisitos. A partir da análise e interpretação dos elementos que compõem a Acreditação e o PGQP, permitiu-se realizar um aprofundamento em relação aos requisitos necessários e propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar integrada, na qual se constatou que os dois sistemas de avaliação complementam-se.

O referencial teórico abordou a origem e evolução do PGQP, modelos de premiação e critérios de avaliação, o histórico da Acreditação Hospitalar, a estrutura da ONA e do Sistema Nacional de Acreditação e os requisitos de avaliação. Também, foi realizada uma análise comparativa entre os requisitos do PGQP/2006 e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares/2006.

O PGQP apresenta um modelo genérico de gestão da qualidade com um maior foco no negócio. Seu sistema de avaliação gera pontuação, que pode representar um fator motivador para a equipe, enquanto que o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresenta seções e subseções com padrões definidos através de três níveis de complexidade crescente e enfatiza o resultado final no processo. Foi possível concluir que o Acreditação

apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificamente para instituições hospitalares com enfoque de gestão no nível três.

Confirmou-se também que a metodologia de avaliação do Acreditação preconiza “tudo ou nada”, ou seja, o resultado da avaliação remete sempre ao menor nível. Dessa forma, para que a organização hospitalar seja certificada como Acreditada deve ter cumprido a todos os requisitos do padrão do nível a que se propõe, ao passo que no sistema de avaliação do PGQP, que utiliza pontuação, permite a organização participar de premiações mesmo em nível inicial do processo.

O processo de Acreditação no Brasil ainda é bastante recente, havendo atualmente 111 hospitais acreditados no Brasil. Também existe muita carência de publicações que abordem esse assunto, enquanto que o PGQP é um programa já bem consolidado.

Conclui-se que a metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar com base nos requisitos do PGQP e Acreditação, proposta neste trabalho, pode ser utilizada por hospitais que estejam buscando um diferencial pela certificação de qualidade. Esta metodologia permite que a organização hospitalar seja avaliada considerando particularidades dessas instituições, bem como exigências da Vigilância Sanitária. Também poderá participar das modalidades de premiação do PGQP enquanto ajusta seus processos para certificação. A sistemática de pontuação pode ser um fator motivador para sensibilização da equipe.

6.1 Sugestões para trabalhos futuros

Com base nos resultados obtidos na avaliação integrada dos dois programas PGQP e Acreditação Hospitalar, sugere-se para trabalhos futuros:

- a) Testar o modelo de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar, proposto, em instituições hospitalares.
- b) Estudar custo x benefício da implantação de programas de qualidade integrados em instituições de saúde.
- c) Estudo de caso em instituições Acreditadas que utilizaram o PGQP ou outro programa de qualidade precedente a Acreditação comparadas com Instituições que implantaram diretamente o Acreditação – facilidades e dificuldades.

Assim, pretende-se que esse estudo não se esgote com o término desse trabalho, todavia seja visto como fomento ao desenvolvimento de outros temas ligado à gestão da qualidade em instituições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGARTE, W.; QUINTANILHA, D. **A história da qualidade e o programa brasileiro de qualidade e produtividade**. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

ANTUNES, F.L. **Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadores de serviços hospitalares da ONA: um estudo de caso em um hospital de grande porte**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-10, jan/mar. 2000.

BRASIL. **Código de Proteção e Defesa do Consumidor**. Lei 8.078, de 11 de junho de 1990. Brasília: Diário oficial da República Federativa do Brasil, v.128, n.176, supl., p.1,12 set. 1990.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [on line]. Disponível em: <<http://www.anvisa.com.br>> Acesso em: 05 dez. 2001.

BRASIL. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 935**, de 24 de maio de 2002. Dispõe sobre a redefinição do Prêmio de Qualidade Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em: 20 ago. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde 1999.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FDTA, 1996.

BUKONDA, N.; TAVROW, P.; ABDALLAH, H.; HOFFNER, K.; TEMBO, J. Implementing a national hospital accreditation program: The Zambian experience. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 14, n. 1, p. 7-16, 2002.

CASAS, Alexandre Luzzi Lãs. **Qualidade total em serviços**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: ABDR, 2002.

COLLOPY, Brian T. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. **International Journal for Quality in Health Care**, v.12, n.3, p. 211-216, 2000.

CSILLAG, João Mário; CSILLAG, Cláudio (Trad.). **Juran planejando para a qualidade**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1998.

Donabedian A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, p. 1115-1119, 1990.

DONAHUE, Tina; OSTENBER, Paul. Joint commission international accreditation: relationship to four models of evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, v.12, n.3, p. 243-246, 2000.

DRUMMOND, Helga. **Movimento pela qualidade**: de que o gerenciamento de qualidade total realmente se trata. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

FELDMAN, L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FERNANDES, Francisco Cortes. **Análise de vulnerabilidade como ferramenta gerencial em saúde ocupacional e segurança do trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FULLERTON, Gordon. The service quality-loyalty relationship in retail services: does commitment matter? **Journal of Retailing and Consumer Services**. Apr., 2004.

GIL A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1998.
_____. São Paulo, Atlas, 2003.

GUTH, Kim Ann; KLEINER, Brian. Quality assurance in the health care industry. **Journal of Health Care Finance**, v.12, n.3, p.33-40, 2005.

JURAN, JM.; GRZYNA, F.M. **Controle de qualidade, conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. São Paulo: McGraw-Hill, 1991.

KLUCK, Mariza. **Indicadores de qualidade para assistência hospitalar**. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/indicadores>>. Acesso em: 20.maio 2005.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A . **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

_____. São Paulo:Atlas, 2003.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de. **Acreditação hospitalar**: construindo uma proposta organizativa das ações de enfermagem no pronto socorro de um hospital universitário. 2003.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padrões mínimos de assistência em enfermagem em recuperação da saúde**. Brasília, 1978. (Informe final. OPAS/OMS)

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Ed. de desenvolvimento gerencial, 1999.

NOVAES, H.M.; PAGANINI J.M. **El hospital público: tendências y perspectivas**. Washington: OPAS-HSS/SILOS, 1994.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. 2.ed. São Paulo, Pioneira Thomson, 2002.

OLIVEIRA, Otávio J. (Org.) **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Fundadoras. Associadas. Acreditadoras. Disponível em: <http://ona.terra.com.br/conteudo_ona/historico>. Acesso em: 08 maio 2004.

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

PEDROSA, T.M.G.; COUTO, R.C. **Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade: viabilizando a sobrevivência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PORTER, Michael E. **A Vantagem competitiva das nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

QUINTO N.; Gastal F.L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

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

REIS, Luis Filipe Souza Dias; OLIVEIRA, José Francisco. **Qualidade total: como estabelecer as bases e encantar os clientes com os serviços prestados**. São Paulo: Érica, 1997.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade: Rumo à excelência**, Porto Alegre, 2005.

_____. Porto Alegre, 2006.

RUDIO, Frans Victor, **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986

SANCHEZ, Kristiane Rico. **Sistema integrado de acreditação hospitalar: um enfoque dirigido a NBR ISO 9001, NBR ISO 14001 e BS 8800**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SCHILLING, J.; CRANOVSKI, R; STRAUB, R. Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland. **International Journal for Quality in Health Care**. v.12, n.2, p. 157-161, 2001.

SCHYVE, Paul M. The evolution of external quality evaluation: observations from the joint commission on accreditation of healthcare organizations. **International Journal for Quality in Health Care**. v.12, n.3, p. 255-258, 2000.

SILVA, Ruvani Fernandes da. **Construindo padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas: possibilidades e flexibilidades para um cuidado mais livre de riscos**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SOUZA, Joel Medeiros de. **Metodologia para gestão integrada da qualidade, meio ambiente, saúde e segurança no trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão estratégica na saúde: reflexões e práticas voltadas para uma administração voltada para a excelência**. 1.ed. São Paulo: Iátria, 2006.

TRIVINOS Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

WITTMANN, Milton Luiz; BECKER Denizar F. (Org.) **Desenvolvimento regional: abordagens interdisciplinares**. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.