Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Cledenir Formiga Casimiro

A mudança organizacional em um estabelecimento de saúde: um estudo da preparação para acreditação.

Rio de Janeiro
2005

Cledenir Formiga Casimiro

A mudança organizacional em um estabelecimento de saúde: um estudo da preparação para acreditação

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Parada

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C339 Casimiro, Cledenir Formiga.
A mudança organizacional em um estabelecimento de saúde: um estudo da preparação para acreditação / Cledenir Formiga Casimiro. – 2005.
186 f.

Orientador: Roberto Parada.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Licenciamento hospitalar. 2. Acreditação. 3. Organizações de manutenção da saúde – Teses. 4. Serviços de saúde – Teses. I. Parada, Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.012

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Cledenir Formiga Casimiro

A mudança organizacional em um estabelecimento de saúde: um estudo da preparação para acreditação.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde Pública

Aprovada em 29 de junho de 2005.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Roberto Parada (Orientador)
Instituto de Medicina Social

_____

Prof.ª Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social

_____

Prof.ª Dra. Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Instituto de Medicina Social

_____

Prof.ª Dra. Maria Luiza Garcia Rosa
Faculdade Fluminense de Medicina – UFF

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

A meu pai que embora não estando mais fisicamente nessa dimensão, é presença constante e energia sustentadora na minha caminhada, sobretudo no mundo de descobertas e buscas do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, enquanto força maior do universo, pela presença em mim, e a todas as demais forças do bem, que me ajudam e me sustentam nessa caminhada.

Á minha família, mãe irmãos, cunhada e sobrinhos pelo carinho e compreensão de minhas ausências.

Aos meus superiores e colegas de trabalho, pelo apoio na sustentação de minhas tarefas cotidianas durante os tempos de maior dedicação á realização dessa dissertação.

Aos professores, Célia Regina Pierantoni, Mário Dal Poz, Ana Maria Campos pelos apoios e incentivos. A Maria Manoela P. Carneiro que apoiou e incentivou a concretização desse trabalho. Aos demais professores do IMS, por tudo que me apontaram nessa caminhada.

Ao meu orientador, Roberto Parada, pela paciência e entendimento do meu modo de caminhar o que possibilitou chegar até aqui.

Aos amigos de perto e de longe que tiveram uma participação importantíssima nesse trabalho Nicolas Godin, Dolores Allard e Anne Bouchard, foram presenças constantes, nos momentos mais difíceis.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para construção desse trabalho, serei sempre grata, em especial aos funcionários da secretaria acadêmica do IMS, e um especial obrigado a José Carlos Moreira

... a diferença entre professores ordinários e extraordinários consiste no fato de que os ordinários não produzem coisas extraordinárias e o extraordinários não produzem coisas ordinárias.

Sigmundo Freud

RESUMO

CASIMIRO, Cledenir Formiga. *A mudança organizacional em um estabelecimento de saúde: um estudo da preparação para Acreditação.* 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Esse estudo teve por objetivo analisar as dinâmicas de mudanças organizacionais transcorridas em um estabelecimento de saúde. Conduzido através metodologia de estudo de caso descritivo, teve como campo de pesquisa o Instituto de Hematologia do Estado do Rio de Janeiro. Buscando conhecer o papel da preparação para acreditação na dinâmica da mudança em uma organização de saúde essa pesquisa foi assim estruturada: abordagem dos problemas encontrados nas mudanças organizacionais em estabelecimentos de saúde; quadro teórico estruturado com uma revisão de literatura; embasamento da metodologia aplicada, com definição de instrumentos de coletas de dados, de material e atores implicados no levantamento para realização da análise qualitativa. O estudo analisou as seguintes variáveis: a natureza da mudança focalizando a extensão, ritmo e trajetória; as estratégias de ação, contemplando as situações de adesões e resistência e a concepção, verificando se as mudanças foram indutivas ou dedutivas. O resultado demonstrou que a preparação para acreditação naquele hospital, proporcionou mudanças com movimentos lentos, mas com continuidade em todos os setores do estabelecimento. Foi identificada participação mais ativa de um grupo de profissionais identificados como facilitadores, funcionando como multiplicadores. A abrangência das estratégias aplicadas foram desde as reuniões em assembléias gerais, á formação de grupos de estudo por setores para entendimento do manual de padrões de acreditação. Foram realizados processos internos de auto-avaliação com base no manual de acreditação. Em relação á concepção, o processo de mudança foi motivado pela determinação da direção do hospital para obtenção do certificado de acreditação internacional. Quanto á resistência e adesão, o estudo demonstrou que a participação de uma grande maioria dos profissionais foi motivada pelo desejo de aprender e desenvolver novas práticas que proporcionasse a melhoria da qualidade da assistência. A análise de dados aponta certa resistência da categoria médica no início do processo. Do ponto de vista organizacional, foram criadas novas estruturas. A conclusão do estudo: O processo de preparação para acreditação na unidade de saúde estudada demonstrou ser um instrumento capaz de promover mudanças em organizações de saúde.

Palavras-chaves: Mudança organizacional. Acreditação hospitalar. Melhoria da qualidade. Educação continuada. Organizações de saúde. Assistência hospitalar. Gestão de saúde. Sistemas e serviços de saúde

ABSTRACT

This study it had objective to analyze the dynamic ones of which elapsed organizational changes in a health establishment. Lead through methodology study of descriptive case, the Institute of Hematology of the State of Rio de Janeiro had as research field. Searching this research to know the paper of the preparation for accreditation in the dynamics of the change in a health organization thus was structured: boarding of the problems found in the organizational changes in health establishments; structured theoretical picture with a literature revision; basement of the applied methodology, with definition of instruments of collections of data, material and actors implied in the survey for accomplishment of the qualitative analysis. The study it analyzed the changeable following: the nature of the change focusing the extension, rhythm and trajectory; the action strategies, contemplating the situations of adhesions and resistance and the conception, verifying if the changes were inductive or deductive. The result demonstrated that the preparation for accreditation in that hospital, provided changes with slow movements, but with continuity in all the sectors of the establishment. It was identified to more active participation of a group of identified professionals as providers, functioning as multiplying. They comprehensives, was applied strategies was since the meetings in general meetings, the training of groups of study for sectors for agreement of the manual of accreditation standards. Internal processes of auto-evaluation on the basis of the accreditation manual were accomplished. In respect to conception, the change process was motivated by the determination of the direction of the hospital for attainment of the certificate of international accreditation. How much the resistance and adhesion, the study demonstrated that the participation of a great majority of the professionals was motivated by the desire to learn and to develop new practices that the improvement of the quality of the assistance provided. The analysis of data points certain at the beginning resistance of the medical category of the process. Of the point of view organizational, structures were new servants. The conclusion of the study: The process of preparation for accreditation in the unit of studied health demonstrated to be an instrument capable to promote changes in health organizations.

Keyswords: Organizational change. Hospital accreditation. Improvement of the quality. Continued education. Health organizations. Hospital assistance. Health management. Systems and services of health.

SUMARIO

	INTRODUÇÃO	9
1	**OBJETIVOS**	11
1.1	**Objetivo geral**	11
1.2	**Objetivos específicos**	11
1.3	**Relevância da pesquisa**	11
1.4	**Os resultados alcançados podem beneficiar**	11
1.5	**Formulação do Problem**a	12
1.5.1	O problema da pesquisa em seu contexto	12
2	**O CONTEXTO PARA FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**	13
2.1	**A mudança nas organizações**	13
2.2	**A mudança na saúde**	16
2.2.1	As especificidades das organizações hospitalares	16
2.3	**O contexto do caso estudado**	19
2.3.1	Especificidades do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti	19
2.3.2		21
2.3.2.1	1º período: Antes da decisão de buscar a acreditação hospitalar: (1995 à 1998)	21
2.3.2.2	Sistema de mensuração de desempenho	25
2.4	**A decisão de buscar a acreditação**	27
2.4.1	Acreditação internacional dos sistemas e serviço de saúde	28
2.4.2	Definição do programa de acreditação Hospitalar do HEMORIO	30
2.5	**O problema da pesquisa**	32
3	**MARCO TEÓRICO**	33
3.1	**A acreditação**	33
3.1.2	Sobre a definição da acreditação	33
3.2	**A relação com a qualidade**	34
3.3	**A avaliação dos atos profissionais**	37
3.3.1	A avaliação de serviço	37
3.3.2	A certificação	37
3.3.3	A autorização e o licenciamento	37

3.3.4 Avaliação de competência 38
3.3.5 Os prêmios de qualidades 38
3.4 **Acreditação hospitalar no mundo** 38
3.5 **Desenvolvimento da acreditação hospitalar no Brasil** 40
3.6 **O papel educativo para os participantes internos e externos** 41
3.6.1 Um instrumento de ajuda para gestão 42
3.7 **A definição de acreditação** 42
3.8 **O processo da acreditação** 42
3.9 **As estruturas das organizações acreditadoras** 43
3.10 **A evolução das ações qualidade** 44
3.11 **A elaboração do manual de acreditação** 44
3.11.1 A realização da acreditação 45
3.11.1.1 Passo a passo 45
3.11.2 A preparação para acreditação 45
3.12 **A auto–avaliação** 46
3.12.1 O momento da avaliação para acreditação 46
3.12.2 Avaliação do programa de acreditação realizado 47
3.13 **A acreditação: um agente de mudança?** 47
3.14 **Sobre a mudança organizacional** 51
3.14.1 O conceito de mudança 52
3.14.2 Origens da mudança 52
3.14.3 Abordagens normativas da mudança 53
3.14.3.1 Modelo hierárquico 53
3.14.3.2 Desenvolvimento organizacional 54
3.14.4 Abordagens empíricas 54
3.14.4.1 Modelo político 54
3.14.5 Nível organizacional interno 54
3.14.6 No nível organizacional externo 55
3.15 **As condições favoráveis á divulgação e implantação da mudança** 55
3.15.1 Condições básicas para que ocorra a mudança 56
3.15.2 As outras condições 58
3.16 **Liderança e competências específicas** 59
3.17 **Estratégias de implantação de mudanças** 62

3.17.1 Divulgação 62
3.17.2 Aprendizagem 64
3.17.3 Adesão 65
3.17.4 Concepção e compreensão 67
3.18 **As características da mudança** 68
3.19 **A natureza da mudança** 68
3.20 **Sobre a concepção** 70
3.21 **Sobre a estratégias de ação** 71
3.22 **Sobre os desafios** 73
3.23 **Transformação de ordem estratégica** 73
3.23.1 Transformação da organização 74
3.23.2 Transformação das relações entre a organização e o seu ambiente 75
4 **METODOLOGIA** 77
4.1 **A metodologia** 77
4.2 **Planejamento metodológico do estudo** 78
4.3 **As variáveis para análise** 79
4.3.1 A escolha do caso 79
4.4 **Coleta de dados, natureza e levantamento** 80
4.4.1 4.3.1 Nível I: Nível de gestão de operações 80
4.4.2 Nível II: Nível estratégico de operações 81
4.4.3 Nível II: Nível estratégico de operações 81
4.5 **As entrevistas semi-estruturadas** 81
4.6 **Realização das entrevistas** 82
4.7 **A seleção das pessoas** 82
4.8 **Conteúdo das entrevistas** 83
4.8.1 Construção de instrumentos 83
4.9 **Os documentos e as observações dos meios** 85
4.10 **Operacionalização dos conceitos de base do estudo** 86
4.11 **Qualificação dos dados** 86
4.12 **Análise de dados** 86
4.13 **Validade e confiabilidade da pesquisa** 88
4.14 **Validade interna do estudo** 88
4.15 **Validade da construção do estudo** 88

4.16 **Validade externa do estudo** 89
4.17 **Confiabilidade do estudo** 89
5 **RESULTADO DA ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES FINAIS** 90
5.1 **As condições favoráveis à instalação das mudanças no hospital estudado** 90
5.1.1 As estratégias 90
5.1.2 A autonomia 91
5.1.3 A liderança 92
5.1.4 As mudanças instaladas no HEMORIO a partir da preparação para acreditação 92
5.1.5 Características das mudanças 94
REFERÊNCIAS 96
APÊNDICE A - Entrevistas com profissionais da assistência e chefes de serviços 106
APENDICE B – Entrevista 2 com os facilitadores da preparação 111
APÊNDICE C - Entrevista com a direção e gestores 119
APÊNDICE D - Roteiro da entrevista com os representantes do Consorcio Brasileiro de Acreditção(CBA). 124
APÊNDICE E – Resumo dos resultados da coleta de dados 126
APÊNDICE F – Demonstrativo das intervenções dos atores entrevistados 128
APÊNDICE G - Síntese do resultado quanto às características das mudanças segundo as variáveis investigadas 130
ANEXO A - Modelo do termo de compromisso entregue a todos os entrevistados 176

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo estudar as dinâmicas da mudança organizacional ocorrida em um estabelecimento de saúde submetido à preparação para acreditação. Como campo de estudo, foi escolhido um hospital público da SES do Rio de Janeiro, com a experiência no processo de acreditação hospitalar.

O estudo buscou a compreensão das mudanças organizacionais introduzidas pelo processo de preparação para acreditação, ocorridas entre abril de 1999 a novembro de 2001. Para dar conta de seus objetivos este estudo apresentou as seguintes bases de sustentação: 1) Um marco teórico, construído a partir da revisão teórica da mudança nas organizações de saúde: 2) análise de dados colhidos em entrevistas semi-diretivas junto aos profissionais de saúde do estabelecimento envolvidos no processo; 3) análise de documentos relacionados ao processo.

Embora o marco teórico apresente um grande quantitativo de variáveis disponíveis para análise das características das mudanças, este estudo optou por analisar a mudança em função de duas naturezas que revelem características da mudança; a natureza da extensão da mudança (generalizada, ou localizada); a natureza da velocidade da mudança (radical e gradativa).

A preparação para acreditação ocorrida no HemoRio estendeu-se a todos os domínios do hospital, assim a natureza da extensão das mudanças foi caracterizada como generalizada. .Quanto á natureza da velocidade de instalação foi considerada gradativa coerente com o processo de assimilação das mudanças. Foi apresentada uma contextualização do processo de preparação transcorrido no hospital estudado, com a finalidade de identificar as condições favoráveis á instalação das mudanças.

Na primeira fase da preparação, foram criadas estratégias para disseminação do instrumento de avaliação de acreditação. Após disseminação e estudo, as dez funções do manual foram inicialmente aplicadas em processo de auto-avaliação, através dos facilitadores responsáveis por cada função.

Três outras avaliações externas foram realizadas a fim de proporcionar oportunidades de implantação de melhorias de desempenho à luz dos padrões do manual internacional de acreditação hospitalar. As estratégias de ação foram desenvolvidas pela direção, coordenação e lideranças, sem incitações coercivas, o crescimento de participação era proporcional ao entendimento dos objetivos e da metodologia. As principais motivações de adesão reveladas

pelos participantes relacionavam-se à vontade de elevar o nome do estabelecimento e obter melhor reconhecimento como profissional deste serviço.

No início do processo, as reações de resistências podiam ser detectadas entre grupos específicos de profissionais que estavam mais distantes da programação como os médicos da ponta da assistência e os administradores dos processos mais burocráticos. A luz da análise do material coletado este estudo considera que do ponto de vista organizacional, as mudanças interferiram nos processos, Foram criadas e reorganizadas estruturas de atendimento ao paciente, assim como foram implantadas melhorados estruturas de atendimento e acolhimento aos servidores.

A preparação para acreditação revelou-se uma oportunidade, importante, para a introdução e consolidação de um programa de qualidade, por conseguinte capaz de promover um movimento dinâmico de mudanças.

1 **OBJETIVOS**

1.1 **Objetivo geral**

O objetivo geral é descrever e compreender o fenômeno da mudança na organização hospitalar após a implementação do processo de preparação para acreditação.

1.2 **Objetivos específicos**

- Compreender as características da dinâmica das mudanças desenvolvidas no decorrer do processo de preparação.
- Apreender o processo da preparação para acreditação como um instrumento de mudança organizacional.
- Conhecer as ações estratégicas que condicionaram as mudanças e as suas características nos ambientes organizacionais, nos processos e nos resultados.

1.3 **Relevâncias da pesquisa**

A motivação para a realização dessa pesquisa decorreu da importância do processo de preparação para acreditação em estabelecimentos hospitalares. Tal importância foi confirmada nos relatos de experiências realizados em seminários e reuniões em hospitais que se submeteram ao processo de avaliação para acreditação hospitalar.

1.4 **Os resultados alcançados podem beneficiar**

O estabelecimento hospitalar estudado através do reconhecimento de seu modelo estratégico de preparação, identificando seus pontos fortes e críticos podendo ser apontado como referência como instrumento de mudança organizacional**.**

Os estabelecimentos hospitalares, a partir do conhecimento sobre a dinâmica das mudanças desencadeadas pelo processo de preparação. E ainda poderão escolher sobre as estratégias de implantação das ações de preparação.

As agencias acreditadoras também poderão utilizar-se dos resultados deste estudo para desenvolvimento de seus trabalhos de consultoria para preparações para acreditação.

E ainda os formuladores de política de saúde poderão obter insumos capazes de orientar as políticas de melhoria da qualidade na área hospitalar .

1.5 **Formulação do Problem**a

1.5.1 O problema da pesquisa em seu contexto

Esse estudo aborda a mudança organizacional em um hospital, que decidiu implantar um programa de melhoria da qualidade na prestação da assistência. Trata-se do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti, da rede estadual do Estado do Rio de Janeiro. O período analisado foi de período de abril de 1999 á dezembro de 2001. Dentre os programas de qualidade realizados pelo hospital, nos deteremos na acreditação, e mais particularmente, na preparação para acreditação.

2 O CONTEXTO PARA FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 A mudança nas organizações

O fenômeno da mudança é inerente ao desenvolvimento da vida e da existência do universo. No campo das organizações, ele ocorre de forma cada vez mais intensa, impondo desafios ao ambiente organizacional no que se refere à adequação e administração dos movimentos próprios produzidos por esse fenômeno, uma vez que a velocidade das inovações tecnológicas[1], aliadas às transformações econômicas e sociais desatualizam rapidamente informações, saberes e descobertas. As invenções e inovações se acumulam com a mesma rapidez com que são ultrapassadas.

As mudanças organizacionais consistentes não refletem apenas os processos evolutivos tecnológicos. Motta (1992), chama atenção sobre a utilização das inovações tecnológicas salientando que não se implantam mudanças em ambientes organizacionais por simples substituição de procedimentos técnicos. As mudanças provocadas pelos conceitos de modernização, tais como eficiência, produtividade e qualidade exigem uma nova concepção do ambiente de trabalho e de organização social da produção.

Historicamente o processo produtivo acompanhou e se adequou às conjunturas políticas e econômicas. A primeira revolução industrial no fim do século dezenove desencadeou as transformações mais profundas no mundo do trabalho. Desde então foram sucedendo-se os ciclos de inovações no processo produtivo[2]. A partir da segunda metade do século vinte, a dinâmica dessas mudanças ficou mais arrojada e nesse período, como assinala Motta:

> *"Presenciou-se uma revolução cientifica e tecnológica nas formas de produção. As empresas tornaram-se mais complexas e as concepções de gerência alteraram-se tão profundamente quanto as inovações em produtos e serviços. Essa revolução prossegue com a renovação cada vez mais rápida das atuais concepções de produção e das formas de organização do trabalho". Motta, (1997, p 10)*

---

[1]" Inovações tecnológicas são um produto tanto da ciência quanto da estrutura social,. Os conceitos de modernização eficiência, produtividade e qualidade possuem valorações diversas conforme a premissa social sobre seu uso" Motta,(1997 p x)

[2] "A invenção de um novo tipo de trabalhador introduz uma nova forma de viver ,pensar e sentir a vida, adequada a um novo tipo de trabalho". (Harvey. 1993 p, 121).

A gestão contemporânea[3], reflete a própria prática da mudança. A lógica da produção capitalista adota o gerenciamento da mudança como exercício cotidiano no ambiente organizacional, exigindo dos gestores e funcionários condições de vulnerabilidades a críticas, capacidade de desprendimento de *"status quo"* e disponibilidade para produzir e incorporar inovações.

Os primeiros passos do processo de organização social da produção foram marcados por modelos emblemáticos tais como o Taylorismo e o Fordismo[4]. O movimento do pós–guerra contribuiu para o dinamismo desse processo, impulsionando a aplicação de tecnologias que favoreciam o trabalho em equipe, à participação nos diferentes etapas do controle do trabalho[5] e na construção da identidade da organização.

A sucessão dessa fase de *empowerment* social do pós-guerra, no âmbito da administração cientifica da produção foi o "movimento da qualidade[6]", no início dos anos cinqüenta. Liderado por teóricos americanos[7], esse movimento evoluiu em estágios que refletiram, na época, a busca da qualidade no campo da produção[8]. W. Edwards Deming, Joseph Juran, Kaoro Ishikaw e seus discípulos acreditavam, como destaca Berwick :

---

[3] "A gestão contemporânea incorporou a prática da mudança tanto na área empresarial, quanto no setor público. Nas empresas, as variações tecnológicas e econômicas tornam o processo produtivo vulnerável e conquista o progresso em meio a descontinuidade e inovações. Na administração pública, as pressões comunitárias por mais e melhores serviços provocam revisões nas funções do Estado, e questiona tanto as formas de ação quanto a própria legitimidade das instituições. Na busca da qualidade e eficiência as organizações públicas se assemelham as empresas privadas". Motta, (1992, p 15)

[4] A organização da produção reflete sempre um movimento de mudança, as adaptações teóricas se sucedem ,para responder as necessidades do momento, colocando novos mentores em evidência: Fayol adaptou ações do Taylorismo, Ford, por sua vez, adequou as teorias dos dois autores ao momento de produção de sua época.

[5] Harvey refere-se a disciplina da força de trabalho, para os propósitos da lógica de produção capitalista , como um processo de "controle do trabalho"" envolvendo elementos que precisam ser organizados, não somente no setor de trabalho como na sociedade como um todo. Esses elementos compreendem, segundo o autor, uma mistura de repressão, familiarização dos assalariados, cooptação e cooperação. O autor acrescenta que a socialização do trabalhador, na lógica de produção capitalista, envolve "o controle social profundo, envolvendo capacidades físicas e mentais". Harvey (1993,p 110

[6] Entenda-se por movimento da qualidade as ações de mudanças apoiadas pela ciência administrativa, interferindo nos processos de produção de bens e serviços, orientados para a melhoria da eficiência, produtividade e qualidade.

[7]Os pioneiros , W Edwards Deming e Joseph Juran iniciam a mudança da visão da qualidade nas linhas de produção do Japão, onde foram enviados pelo governo americano para ajudar a recuperar a economia japonesa.

[8] O movimento da qualidade evoluiu em diferentes estágios focalizando aspectos do processo de produção, visando a obtenção dos objetivos da qualidade passando pela: *excelência da qualidade*, conferida através da reputação da capacitação científica e tecnológica dos agentes e dos meios; *controle da qualidade*, desenvolvido através do cumprimento dos requisitos da qualidade, com larga utilização de métodos estatísticos, critérios, e normas estritas destinadas ao reforço da confiabilidade do produto;*Garantia da qualidade*, no campo da prevenção, buscando detectar variações antes de ocorrências de má qualidade; *gestão estratégica da qualidade* ou, *gestão da qualidade total*, ou ainda, *controle da qualidade total*, focalizando as estratégias de gestão como: planejar, acompanhar e corrigir o rumo das ações pró qualidade. Empenhando-se também na solução dos problemas de mau desempenho e

"que a melhoria sistemática da qualidade pode não ser apenas uma arte, mas uma ciência administrativa orientada e fundamentada na estatística, engenharia, psicologia e acima de tudo na experiência concreta". Berwick (1994, p 14)

A mudança de visão da administração da qualidade representa um dos pilares da teoria desses intelectuais. Para eles a qualidade esta dimensionada nas ações de capacitação, ajustamento de processos e adequação dos sistemas. (Berwick, 1994).

A partir dos anos 70, a crise econômica mundial causa forte impacto nos ambientes organizacionais, provocando mudanças, pôr vezes graduais, e pôr vezes radicais. Nesse novo contexto, a condição de sobrevivência das organizações passa a depender, cada vez mais, da forma de administrar as mudanças (Motta, 1997).

A década de 80 foi marcada pela globalização[9] e pelo agravamento das situações de interdependência no mercado mundial que perdura até os dias atuais. Nesse estado de instabilidades, as mudanças continuam influenciando fortemente as relações entre regiões, países e organizações. A competição fica mais acirrada, sujeita a oscilações onde os preços e as vantagens tecnológicas são extremamente temporárias.

Nesse cenário, o setor de produção de serviços se posiciona de forma especial: de um lado, apresenta crescimento, em função da demanda social por ações que proporcionem qualidade de vida; de outro lado, submetido à pressão explícita da exigência da qualidade dos serviços, os demandantes dispõem, cada vez mais, de informações que os capacitam para o conhecimento de suas necessidades.

Para responder as exigências para qualidade dos produtos, cresce o uso da instrumentação técnica da qualidade nas organizações e em especial no setor de serviços. As teorias e programas de gestão da qualidade passam a desenvolver métodos específicos para esse setor[10], orientados os processos, as adequações estruturais e de ações voltadas para resultados.

---

baixa produtividade, trabalhando com cultura organizacional, educação continuada, formação de equipes ou círculo da qualidade, aproveitando as lideranças internas, capazes de canalizar as contribuições de todos. .Teboul, (1991)

[9] Globalização é a extensão do âmbito geográfico dos negócios na medida em que as fronteiras nacionais e as barreiras econômicas desaparecem. Por força das mudanças políticas, econômicas e tecnológicas.MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.

[10] Albrect e Zemke consideravam que as especificidades do setor de serviço, não se adequavam aos mesmos métodos utilizados nas industrias, os autores fazem a seguinte recomendação.: "'A abordagem á excelência em serviço, baseada principalmente em valores culturais e na atuação dos líderes"Albretcht& Zemke, 2002, p 18-19

2.2 **A mudança na saúde**

As organizações de saúde se inserem no contexto da mudança, por suas características próprias, [11] e é o ambiente organizacional mais afetado pelas inovações tecnológicas e transformações sociais. No campo da saúde, as mudanças mais freqüentes estão ligadas a novas descobertas: medicamentos, insumos específicos, equipamentos, e conhecimentos técnicos multiprofissionais.

2.2.1 As especificidades das organizações hospitalares

Os hospitais têm como finalidade o acolhimento das pessoas que necessitam de cuidados de saúde, sobretudo curativos e eventualmente preventivos. Para proporcionar esses cuidados, profissionais habilitados trabalham, fazendo parte de uma estrutura dotada de diferentes recursos. A produção e distribuição dos cuidados são inseparáveis, como sinaliza Lengnick-Hall, (1995).

Um hospital possui uma organização que reúne competências e recursos (Pouvourville, 1996). Sua capacidade técnica e funcional esta voltada, por um lado para acolher, diagnosticar, tratar e supervisionar os problemas de saúde das pessoas, e por outro, produzir bens coletivos, competências, além do sentimento de ser parte integrante da sociedade. Vale destacar, que os doentes tratados nos hospitais são, também, atores que participam das ações do cuidado.

As características das organizações de saúde podem ser apreendidas partir de alguns modelos[12]. O modelo estrutural, proposto por Mintzberg (1982& 2003), identifica cinco grandes pólos (cúpula estratégica, tecnoestrutura, linha intermediária, assessoria de apoio e centro operacional), como uma burocracia profissional.

Nestas burocracias, o centro operacional ocupa lugar dominante, constituído por unidades elementares (os serviços), relativamente independentes, mantendo relações privilegiadas com o ambiente onde a linha hierárquica é fina e as tecnoestruturas pequenas.

A particularidade das burocracias profissionais, em relação às burocracias mecanicistas, se verifica na padronização dos conhecimentos e habilidades, uma vez que, são elaboradas fora

---

[11] Saúde não é apenas a ausência de doença, esta diretamente relacionada com a qualidade de vida e depende dos aspectos: biológico, estilo de vida, social e acessibilidade aos serviços de saúde.

[12] Ë importante destacar que os modelos estruturais que orientam o funcionamento das organizações hospitalares estão diretamente relacionados com a cultura e o sistema de saúde vigente em cada sociedade, independente das inspirações e adequações que permeiam suas estruturas.

da organização. O trabalho é especializado horizontalmente apresentando, assim, fraca divisão do trabalho na execução e na administração da produção. Nessas organizações, existe dispersão de poder e a tomada de decisão ocorre em estruturas fora do âmbito da gestão.

O hospital pode, também, ser entendido como "uma anarquia organizada" (Denis, Langlay e Cazale, 1995). Anarquia, porque existem fontes de autoridade múltiplas e difusas, financiamentos e meios incertos, incerteza com os objetivos estabelecidos e dificuldades para definir os critérios de desempenho. Contudo organizado, porque mobiliza os seus recursos para um objetivo: oferecer a assistência de saúde.

O hospital pode ser estudado como "um sistema organizado de ação" (SOA)[13]. Essa categorização se compreende á partir de três componentes: (Contrandiopoulos & Denis, 2001).

- uma estrutura simbólica (representada por crenças, representações e valores que permitem, aos diferentes atores do sistema, dar entre si, um sentido às suas ações e desenvolver vínculos, além da comunicação;
- uma estrutura física composta de diferentes recursos mobilizáveis (financeiros, humanos, imobiliários técnicos, informativos, etc.) e parâmetros físicos do sistema;
- uma estrutura organizacional que reúne leis, regulamentos, convenções, regras de gestão e etc. que definem como, e em quais lógicas, os recursos (o dinheiro, a autoridade, a influência e os compromisso) são repartidos e trocados.

As inter-relações entre esses três elementos criam um espaço social articulado, no qual, os atores do sistema interagem individual e coletivamente. Esses atores são reconhecidos por suas convicções e concepções de mundo. Suas posições dependem dos recursos e dos projetos, controlados por eles, dentro desse sistema. A mobilização desses recursos é realizada dentro de um jogo permanente de competição e de cooperação com a finalidade de realçar posições pessoais e de concretizar projetos coletivos que constituem a razão de ser do sistema.

As características do modelo, Sistema Organizado de Ação[14], apresentado pelos autores canadenses, no quadro evolutivo do funcionamento da organização hospitalar (quadro I),

---

[13] Este estudo foi apresentado pelos autores Contrandiopoulos e Souteryrand, (93; 96) ; Contrandiopoulos & Denis, 2001; Contrandiopoulos, 2002; in Pomey, (2003); publicações do Grupo de pesquisa interdisciplinar em Saúde, (GRIS) Universidade de Montreal, Faculdade de Medicina, Departamento de Administração em saúde.

[14]Este SOA pode assim ser analisado em função de quatro dimensões: ontológica, que corresponde à estrutura física da organização (recursos mobilizados, regras formais de gestão, de arquitetura, de tecnologia disponível, etc.), epistemológica, que corresponde à sua estrutura simbólica (cultura, crenças, valores), praxis, que corresponde as maneiras de fazer, aos comportamentos, da aprendizagem, a dimensão teleológica que agrupa as intenções, as finalidades, os projetos (Contandriopoulos & Denis, 2001)

encontram afinidades com o modelo estrutural de ação organizada, desenvolvido por Fiedberg (2000).

Esse autor entende a organização como um ente, constituída de vontades que transcendem aos mecanismos da organização clássica. Ainda segundo esse autor, a ação coletiva ocorre quando guiada pelo ajuste do comportamento e pela coordenação de atitudes. Trata, esse o modelo, **de ação organizada** e que ele existe em todos os lugares onde a interdependência obriga as pessoas a se organizarem e a se coordenarem para conseguir cooperação.

Quadro 1 - O Hospital, uma evolução de modelo estrutural, (Contandriopoulos et Souteyrand, 1993)

Espaços de interação	**Burocracia profissional**	**Sistema organizado de ação.**
I - Cultura	Elementos de um sistema piramidal	Ator dentro de uma rede de oferta de cuidados. Empresa de produção integrada.
	Desintegração das ações assistenciais. Vocação médico-social Médico: “patrão” do serviço	Vocação técnica Médico; responsável de um departamento especializado.
	Diretor: gestor burocrata Gestão por procedimentos.	Diretor: chefe de empresa Gestão contratual por objetivos.
II- Estrutura	Arquitetura fechada (separação por pavilhões).	Arquitetura integrada.
	Serviços de grande porte, pouco especializados, com cobertura de atividades em diversos campos.	Serviços de pequeno porte, média complexidade e alta complexidade.
	Corpo médico: pequeno efetivo, tempo de dedicação restrito, vários vínculos, (privado, público, etc.)	Corpo médico: pequeno efetivo, dedicação integral.
	Tecnologias uniformes, simples e estáveis.	Tecnologia de rápida obsolescência, alto custo, altamente especializada, leve, móvel e pouco invasiva.
	Tecnologia, própria para cada local	Tecnologia compartilhada, interna e externamente.
	Financiamento *á posteriori* Ausência ou fraca produção de informações médicas	Financiamento global e prospectivo Forte desenvolvimento de informações médicas integradas á informação da gestão.

Espaços de interação	**Burocracia profissional**	**Sistema organizado de ação. (SOA)**
III- Comportamentos	Autonomia dos serviços.	Desapropriações das ações adstritas, forte coordenação interna dos processos.
	Assistência hospitalar sem programação; longa duração desnecessária.	Assistência coordenada e programada; curta permanência hospitalar; continuidade do cuidado externamente articulado.
	Médicos, polivalentes trabalhando de maneira autônoma.	Médicos especializados trabalhando de forma articulada e interdependente.

	Médicos ignorando as contingências administrativas e financeiras.	Médicos submetidos às obrigações econômicas e comprometidos com a gestão.
	Planificação e controle das atividades assistenciais a partir dos dados quantitativos gerados pelo volume de atendimentos.	Planificação e controle das atividades assistenciais a partir dos dados epidemiológicos referentes à população a ser coberta pelo sistema.
IV - Estratégias	Estratégias auto-centradas.	Estratégias pró - ativas em busca do conhecimento do ambiente.
	Estratégia orientada para os meios.	Estratégia orientada para os resultados.
	Os serviços de maternidade e de urgência são considerados as funções que legitimam o hospital.	Os serviços de maternidade e urgência são meios que reforçam a posição local do hospital.

Quadro I -Fonte: Departamento de Administração em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal, Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde – DASUM-GRIS.

Nas últimas décadas, os hospitais estão submetidos a pressões orçamentárias, independente das condições econômicas dos paises. As dificuldades orçamentárias são conseqüências de vários fatores: do desenvolvimento das tecnologias, das novas terapêuticas, do conhecimento sobre os determinantes de saúde, do envelhecimento da população, e do surgimento de novas doenças e, com o aumento do acesso à informação, o nível de exigência da população quanto a qualidade da assistência à saúde.

2.3 **O contexto do caso estudado**

2.3.1 Especificidades do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti

O Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), é um órgão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES), especializado em hematologia e hemoterapia. Em 1944, no bairro da Lapa, no Rio de janeiro, foi fundado como primeiro banco de sangue do país, em 1946 passa se denominar Instituto, com a implantação do serviço de hematologia.

Em 1980, o Ministério da Saúde implementa a política nacional de sangue e hemo derivados e inicia a construção da rede pública de hemoterapia. Em 1986, o Instituto Estadual de Hematologia é constituído Hemocentro do Estado do Rio de Janeiro, passando a ser conhecido, a

partir daí, como HEMORIO.

Em 1990, a SES decide que o HEMORIO fará coordenação técnica da Rede Estadual de Órgãos Executores de Atividades Hemoterápicas, a HEMORREDE. Essa estrutura está constituída de 4 hemocentros, 10 hemonúcleos, 12 serviços de hemoterapia e 64 unidades transfusionais. O HEMORIO é membro da Comissão Estadual de Hemoterapia e Hematologia da SES cujas ações são de planejamento, execução e fiscalização da HEMORREDE, além do levantamento da situação hemoterápica e hematológico de todo estado.

As atribuições que lhes foram conferidas fazem com que essa unidade se torne referência para todo o estado, com responsabilidade na assistência em hemoterapia e hematologia; ensino, realizando atividades de treinamento e desenvolvimento em hematologia, hemoterapia e áreas interligadas ao desenvolvimento das práticas de gestão de saúde; pesquisa de desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos, com realizações de projetos internos e em parcerias com outras instituições.

Este estudo se situa nas atividades da área hematológica desenvolvida no HEMORIO, cujas ações estão voltadas para atendimento de pacientes internos e externos, portadores de doenças hematológicas.

A instituição é considerada de médio porte e funciona como Centro de referência em hematologia[15]. Possuem 80 leitos de atenção moderados, atendimento de emergência para hemopatias, tratamentos quimioterápicos, fisioterapia e atendimento odontológico para pacientes com distúrbios de coagulação, além do serviço de diagnóstico por imagem.

Para a assistência às unidades de internação e atendimento ambulatorial a instituição conta com *Staffs* de cuidados formados por equipes multidisciplinares, (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, e dentistas) além de profissionais habilitados nas áreas de administração e apoio.

A partir de 1999, o HEMORIO divide a sua estrutura organizacional em quatro níveis hierárquicos: (i) nível estratégico: direção e coordenações; (ii) nível gerencial: sessões; (iii) nível de supervisão; serviços; (iv) nível operacional; setores (Organogramas em Anexo).

A comunicação formal da instituição é realizada através de comunicados por escrito, convencional ou eletrônico (e-mail), reuniões registradas, livros de ocorrências e etc. Enquanto a

---

Tipos de hemopatias tratadas no HEMORIO: alterações da hemostasia; anemias hereditárias, Doença de Gaucher; anemias aplásticas, mielomas, leucemias, e linfmas[15]

comunicação informal, utiliza-se a comunicação telefônica, e-mail, caixas de sugestões, etc.

As reuniões operacionais sistemáticas são realizadas pelo Conselho Técnico Administrativo, composto pela diretoria e coordenações, diariamente e, cada gerente de serviço, reúne seus subordinados mensalmente. (Relatório de Atividades, 2001)

O HEMORIO tem as seguintes comissões: Óbito, Análise de Prontuário, Ética e Pesquisa e Controle de Infecção Hospitalar.

No momento os serviços contratados terceirizados são: Lapac – Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia Ltda Exames e diagnóstico; Dert Depuração Extra Renal e Transplante Ltda, Limpeza e Nutrição (Relatório de Atividades, 2001).

2.3.2

Para contextualizar as mudanças no interior da instituição estudada, abordaremos as ações que contribuíram para esse resultado, dividindo-as em três períodos:

2.3.2.1. 1º período: Antes da decisão de buscar a acreditação hospitalar: (1995 à 1998).

O HEMORIO, enquanto organização de saúde pública, não ficou imune às pressões para adequação as restrições orçamentárias, dos anos 90. A implementação do Programa de Gestão pela Qualidade Total foi uma das opções da direção para o enfrentamento dos desafios contemporâneos da instituição, em particular a melhoria do desempenho, da qualidade da assistência, da modernização da gestão, ba busca de resultados positivos em circunstâncias de escassez de recursos.

O Programa de Gestão da Qualidade Total no HEMORIO (PGQT/HEMORIO) inicia-se em 1995, em parceria com o Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear, (IBQN)[16], utilizando a metodologia de implantação de melhoria contínua e inovação de processos.

A implantação do PGQT/HEMORIO, adotou 10 princípios enquanto metodologia:

[16] Segundo Santos & Lins (1997) , o desenvolvimentos das ações de melhoria contínua da qualidade noHEMORIO, foi possível graças ao convênio instalado entre a Secretaria Estadual de saúde e a Fundação de Apoio do HEMORIO, a FUNDARJ, e o apoio da Finep e Faperj.

Princípios da metodologia GQT/IBQN -

(*i*) - Satisfação total dos clientes;
(*ii*) - Gerência de processos;
(*iii*) - Delegação de poder;
(*iv*) - Gerência participativa;
(*v*) - Gerência de informação e comunicação;
(*vi*) - Desenvolvimento humano;
(*vii*) - Garantia da Qualidade;
(*viii*) - Constância de propósito;
(*ix*) - Busca da perfeição;
(*x*) - Melhoria contínua

A primeira parte do programa consistiu na realização de diagnóstico, cujo resultado apontou a necessidade de internalização dos canais de relação com o mercado e a comunidade; processos – fins; planejamento e gestão; desenvolvimento humano; arquitetura organizacional e sistemas normativos; infra-estrutura; processos de apoio; comunicação e disseminação de informações.

A instituição, assessorada pelo IBQN, desenvolveu estratégias de capacitação dos grupos de trabalho, para identificação das dimensões da qualidade em saúde.

O quadro abaixo resume os primeiros dados levantados a partir dos princípios citados:

Quadro 2 - Interessados no HEMORIO e dimensões de excelência para esses grupos; (Teixeira,2000)

Dimensões de excelência do programa :	**O que significa:**	**Grupos interessados:**	
		Cliente externo:	**Cliente interno:**
		- Todos que recebem os produtos do HEMORIO.Comunidade impactada pelos serviços e produtos do HEMORIO. Paciente, interno, externo, doador, hospitais e a sociedade.	Funcionários(estatutários;celetistas;contra-tados e/ou terceirizados);financiadores (Ministério da Saúde; FINEP, FAPERJ e FUNDARJ e Secretaria Estadual de Saúde); fornecedores.
- Confiabilidade	-Receber um atendimento seguro e livre de falhas	X	X

- Rapidez.	Ser atendido no tempo hábil.	X	
- Cortesia	Ser atendido com educação e simpatia	X	
- Reconhecimento	-Receber remuneração justa, premiações e recompensas.		X
-Desenvolvimento	-Obter conhecimentos e habilidades para melhorar o desempenho		X
- Bem – estar	-Clima satisfação e segurança do trabalho	X	X
- Produtividade	Atendimento em quantidade com qualidade	X	X
- Prestígio	Imagem positiva diante do cliente, mercado e sociedade	X	X
- Economia	Redução de custos	X	X
- Utilidade	Serviços que ajudam ao progresso da sociedade	X	X
- Segurança	Não causar danos á saúde, não ameaça o bem-estar	X	X
- Preço	Correspondente ao valor do mercado	X	X
- Conformidade	Fornecer produtos e serviços conforme as especificações definidas pelo HEMORIO		X
- Oportunidade	Fornecer produtos e serviços no momento em que o HEMORIO necessitar		X

Fonte: Interessados no HEMORIO; e Dimensões de excelência do HEMORIO, *Programa de Qualidade Total na Administração Pública, Instituto de Hematologia, HEMORIO*, Teixeira, (2000)

Após o diagnóstico e hierarquização dos problemas, a etapa seguinte foi do treinamento - fase de educação para qualidade total. O PGQT/HEMORIO usou a "estrutura de comitês" (Deming, 1975) como ferramenta para implantação de ações de melhoria da qualidade.

Quadro 3 - Definição dos Comitês do HEMORIO:

Estrutura/funcionamento	Finalidades	Composição	Operacionalização
Comitê de Diretrizes; (reuniões sistemáticas semanais)	- Definir estratégias, diretrizes e metas, deliberar sobre soluções que envolvam recursos financeiros e mudanças estruturais.	- Direção geral. -Presidente da FUNDARJ. - Diretorias técnica	- Orienta o funcionamento do comitê de coordenação. - Avalia os resultados do PGQT, deliberando sobre ações corretivas.

Comitê de Coordenação; (reuniões sistemáticas semanais)	- Organizar o processo de internalização do PGQT, definindo as metodologias que assegurem a realização das etapas do PGQT. - Encaminhar ao comitê de Diretrizes as questões que envolvem decisão de governo.	- Profissionais que desempenhem atividades ligadas aos processos chaves definidos no planejamento estratégico.	- Coordena, apóia e avalia as atividades dos comitês. Serve de interface entre a estrutura formal e os demais comitês Viabiliza a criação de comitês Operacionais.
Comitê de Educação para Qualidade; (reuniões sistemáticas semanais)	- Adequar as metodologias do treinamento às características específicas da instituição, desenvolver mecanismos de multiplicadores das ações educacionais do programa.	- profissionais, que atuam nos processos de instrutorias (teórico/prático) e mantém interface com todos os funcionários da instituição .	Promove a certificação formal dos treinamentos realizados através da Divisão de RH. Elabora o conteúdo programático dos cursos e treinamentos de QT e propõe realização de ações educacionais ao Comitê de Coordenação. Seleciona e prepara instrutores internos para disseminação.
Comitê de Promoção e Divulgação Reuniões sistemáticas semanais	- Planejar e executar as ações estratégicas para promoção da qualidade total, referendados pelo Comitê de Coordenação.	- Profissionais ligados às atividades de comunicação da instituição	- Reestruturação do Jornal HEMORIO Informa. Organização de murais, caixas de sugestões, criação de eventos que estimulam a participação de toda clientela interna. - Realização de atividades cênica que retratam o cotidiano das mudanças organizacionais e seu impacto sobre as pessoas.
Comitê de Valorização Humana; Funcionamento durante o período de levantamento de informações.	- Identificar as necessidades, de segurança física, saúde e expectativas dos funcionários sobre a instituição a fim de subsidiar as decisões da alta administração.	Profissionais habilitados e envolvidos com as atividades que mediam as ações concernentes	- levantamento de indicadores, através da realização de coletas de opiniões dos funcionários. - Comitê transitório, suas atribuições foram incorporadas á estrutura formal da instituição.
Comitê Operacional de Atendimento ao doador[17] (transitório)	- Identificar as necessidades de atendimento do doador, para melhorar os pontos críticos.	Profissionais da área de atendimento ao doador e componentes do comitê de coordenação.	- Melhoria das condições de conforto, redução do tempo de atendimento, maior cortesia e aumento de atenção ao cliente.
Comitê Operacional de atendimento ambulatorial. (transitório)	- Identificar as necessidades e expectativas dos clientes externos, as causas dos problemas de fluxo de atendimento e outros, priorizando os mais críticos	Profissionais do ambulatório e componente do comitê de coordenação.	- elaboração de fluxogramas e rotinas de todos os setores do ambulatório. Melhoria da interação entre as equipes multiprofissionais.

A consolidação do plano estratégico do PGQT/HEMORIO, descrita pelos autores Santos & Lins, (1997) como cita Teixeira, (2000) teve como objetivo, garantir o compromisso, através

[17] Os comitês operacionais foram mecanismos transformações, estabelecidos para buscar soluções imediatas para os processos críticos priorizados pelo PGQT/HEMORIO. Outros comitês operacionais foram criados, com objetivo de agilizar os processos, sendo inseridos na própria estrutura do PGQT (Comitês de : internação, faturamento, normatização, auditoria e de indicadores)

da participação de todos, alinhar as ações em todas as áreas, buscando alcançar as metas e viabilizar a realização dos projetos considerados prioritários para organização.

O processo de sedimentação dos pilares institucionais, relativos a missão, visão e valores[18] foi concretizado através de estratégias pedagógicas, tais como seminários e oficinas de trabalho com a participação dos membros dos comitês (direções, chefias, assessorias e lideranças convocadas) e os demais integrantes do processo de implantação do PGQT/HEMORIO.

Segundo Teixeira, (2000) no processo de implantação do PGQT/HEMORIO, foi aplicado o conceito de "*Fatores Críticos para o Sucesso*" [19], a fim de reforçar a visão estratégica, deixando claros seus objetivos e metas. Na mesma linha de produtos do processo de implantação, a mesma autora registra a elaboração das diretrizes, estabelecidas com objetivo de registrar como política institucional, ações que direcionadas ao aperfeiçoamento contínuo do HEMORIO na melhoria da qualidade.

2.3.2.2. Sistema de mensuração de desempenho

Desde o início do processo de implantação do PGQT/HEMORIO, em 1995, a instituição se organiza para sistematizar a mensuração de seu desempenho, cujo resultado pode ser medido através dos seguintes indicadores:

Indicadores Qualitativos:

- Redução do tempo de internação;
- identificação da importância dos benefícios para os funcionários;
- mudança do horário do atendimento da farmácia do ambulatório;
-esclarecimentos sobre o plano diretor de obras que envolvem a infra-estrutura do ambulatório;
- obras de melhorias no ambulatório, seguindo, solicitações e sugestões de reuniões;
- reestruturação do processo de distribuição de remédios, com controle centralizado pela

[18] A missão é a razão de ser de uma organização, um processo de negócio ou mesmo de uma função, é o compromisso, estabelecido entre os integrantes da estrutura ou proposta. Os valores são conceitos assimilados e incorporados por todos enquanto crenças e princípios que norteiam a cultura organizacional. A visão é declaração do maior objetivo à longo prazo, é o ponto de vista de como será o negocio no futuro. A visão é uma posição estratégica coerente com os valores e missão da organização. Estas conceitos são concebidos á partir da análise dos ambientes internos e externos, portanto no caso do HEMORIO, foram também consideradas as orientações da Secretaria Estadual de Saúde.

[19] A adoção desse conceito requer o estabelecimento de metas e estratégias especificas para garantir a realização das ações de melhoria contínua de qualidade. (Santos & Lins,1997, citado p Teixiera, 2000

farmácia;

- priorização dos setores do subsolo para implantação do programa 5S;
- implantação do Plano de Valorização Funcional dos servidores do HEMORIO;
- agilização dos processos administrativos e da tomada de decisões;
- melhora do relacionamento entre as equipes multifuncionais, maior interação para soluções de problemas como:

  - Agendamento e preenchimento de planilhas de consultas, de rotinas e extras por parte dos médicos;
  - Preenchimento adequado dos formulários de autorização para internação Hospitalar (AIH).
  - disponibilidade de funcionários para sala de curativos, aumentando e melhorando o atendimento;
  - Elaboração pela chefia do laboratório de um manual, com orientações sobre os exames disponíveis no hospital, explicando a forma de solicitação e indicando para quais laboratórios devem ser encaminhados.

Indicadores Quantitativos:

- Redução do tempo de atendimento ao doador, de 3 horas e 30 minutos para 1 hora e 15 minutos, em média;
- aumento da satisfação do paciente ambulatorial : 91% dos pacientes do ambulatório estão satisfeitos;
- 77% dos pacientes estão satisfeitos com o primeiro atendimentos;
- aumento da satisfação do doador, cuja pesquisa aponta para avaliações positivas sempre superiores a 90% em aspectos como cortesia, conforto e rapidez;
- 84% dos pacientes estão satisfeito com os serviços prestados pelo laboratório;
- 74% dos pacientes do ambulatório estão satisfeitos com o aspecto cortesia no atendimento pelo funcionário.

Durante a fase de diagnóstico e treinamento do processo de implantação do PGQT/HEMORIO, os Comitês Especiais funcionaram como ferramentas essenciais de desenvolvimento do programa. Nesse contexto destaca-se a atuação da secretaria executiva do programa. Essa estrutura servia de referência para o mesmo, tendo as seguintes atribuições:

organizar reuniões semanais, promover interfaces entre os Comitês de Diretrizes e de Coordenação, facilitar a articulação entre o HEMORIO e IBQN; promover a articulação entre os demais Comitês; manter o registro e guarda da documentação produzida pelo PGQT; manter em arquivo as publicações diversas sobre Qualidade Total; zelar pela memória do programa.

As atividades de internalização do programa foram continuadas com a criação do Núcleo da Qualidade na estrutura da Divisão de Pesquisa e Recursos Humanos. A coordenação do programa continuou sob a responsabilidade da direção da DPQR com acompanhamento de um consultor externo. Durante esse período o processo de internalização da gestão da qualidade total foi se consolidando, com destaque para atuação dos comitês operacionais. Esses eram montados a medida que se identificava a necessidade de intervenções focais.

Na seqüência do processo de intenalização do PGQT foi criado o Núcleo de Qualidade (NQ), que passou a funcionar com uma comissão de marketing institucional, uma comissão de normatização e os comitês operacionais de auditoria e de indicadores, cujo trabalho garantiam as atividades permanentes das ações de qualidade. A partir dos resultados obtidos, com as premiações em 1997[20], o NQ adquire formalmente a estrutura de assessoria da direção com título de Núcleo de Ações para Qualidade (NAQ).

Em 1998, apesar das restrições orçamentárias, a instituição continuou o processo de melhoria contínua da qualidade realizando encontros sistemáticos de reflexão com objetivo de identificar os pontos fortes e fracos do hospital a fim de traçar seu planejamento estratégico anual. O Sistema de Medição de Desempenho Organizacional, (SMDO), foi um desdobramento do Comitê de Indicadores[21], assim como o Setor de Auditoria, foi desdobramento do Comitê de Auditoria.

2.4 **A decisão de buscar a acreditação**

O primeiro contato com a metodologia da acreditação, foi em 1998, quando o HEMORIO foi um dos hospitais da região sudeste para se testar o Manual Brasileiro de Acreditação

---

[20] Em Dezembro de 1997 o HEMORIO, recebe o “Prêmio Gestão Rumo à Excelência” do Projeto Qualidade Rio. Em 1998 recebe o “Destaque Procom”, entre as empresas que mais se destacaram no atendimento.

[21] Que permanence até o presente, responsável pelo Sistema de Medição de desempenho Organizacional (SMDO) e promove dois encontros anuais, com exposição de relatórios, para apoiar a elaboração do planejamento estratégico anual.

Hospitalar. A visita de avaliação foi realizada por técnicos enviados pelo Ministério da Saúde.

Ainda em 1998, a direção do HEMORIO, decidiu iniciar a experiência com a Acreditação pela hemoterapia e submeteu o setor a avaliação para certificação de acreditação do Serviço de Hemoterapia à *American Association of Blood Banks, (AABB).* A instituição recebeu o manual e os responsáveis pelo projeto operacionalizam as condições para adequação do serviço aos critérios de conformidade dos padrões do referido manual de acreditação. Vale destacar que o processo de acreditação em um dos serviços motivou o busca da acreditação em todo hospital.

Em 1999, a direção do HEMORIO, decide iniciar o processo de acreditação da instituição como um todo. A acreditação precedida de treinamento de seu corpo técnico com acompanhamento direto da agência acreditadora, foram pontos fortes para decisão de buscar a acreditação internacional.

2.4.1 Acreditação internacional dos sistemas e serviço de saúde

Segundo as normas de políticas e procedimentos do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) o processo de acreditação internacional visa identificar oportunidades de melhoria de desempenho para o aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Inicia-se com a aprovação da candidatura do hospital ao processo e posterior etapas de: atividades de acompanhamento para avaliação; preparação para avaliação e avaliação para acreditação; comprometimento da organização com a melhoria contínua de seu desempenho e da participação das agências: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde,(CBA) e Joint Commission International Accreditation (JCIA)[22] em atividade de educação e avaliação dessa organização”(Políticas e procedimentos, CBA 2001).

O manual utilizado para avaliação no HEMORIO foi editado com 10 funções, cada uma correspondendo processos e atividades dirigidos a um mesmo objetivo. Cada função é constituída por um conjunto de padrões[23], que expressa os principais processos e atividades que o hospital deve desempenhar satisfatoriamente para obter o resultado de boa qualidade.

---

[22] A Joint Commissio International Accreditation ‘e uma das subsidiárias da Joint Commission Accreditation Healthcare Organization.

[23] Padrão é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência ou ainda ao que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar. Manual de Acreditarão hospitalar . (CBA, 2000)

Os padrões são contextualizados com propósitos, e itens de pontuação, que detalham os significados e escopos. As funções do manual estão divididas em dois grandes grupos: funções voltadas para o paciente e funções voltadas para a organização. A avaliação de acreditação investiga o nível de conformidade de cada serviço, departamento ou unidade.

A decisão de acreditação baseia – se na avaliação do nível de conformidade da organização como um todo. As instituições acreditadas devem atingir conformidade satisfatória com os padrões em negrito. Esses padrões apresentam características específicas, são considerados padrões "essenciais", pois protegem direitos fundamentais de pacientes e familiares, mantém um ambiente de cuidado seguro e reduzem os riscos nos processos de cuidado ao paciente, (CBA, 2000).

Quadro 4 – Estrutura do Manual de Acreditação Hospitalar do CBA edição de julho de 2000, utilizado na preparação do HEMORIO para acreditação.

Foco	**Função**	**Objetivos**	**Área de desempenho**
No paciente	- Direitos do Paciente e familiares, Ética da Organização e Educação;	- Garantir o respeito aos pacientes, através do acesso a informação. - incentivar os procedimentos éticos no interior da organização	- Direito do Paciente e familiares. - Ética da Organização. - Educação.
	- Avaliação dos pacientes;	- Garantir processos que permitam ao hospital avaliar corretamente as necessidades do paciente á partir das avaliações das condições físicas, clínicas,, psicológicos e sociais.	- Avaliação inicial; - Serviço de patologia clínica, anatomia patológica e imagem; - Serviços de radiologia e outros de imagem; Reavaliação.
	- Cuidados ao paciente	- Tornar o hospital adequado às necessidades e a condição do paciente, de forma planejada, abrangente e colaborativa.	- Planejamento do cuidado ao paciente; - Uso de medicamentos; - Assistência nutricional; - Cirurgias e outros procedimentos invasivos; -Assistência em anestesia; - Pacientes de riscos e procedimentos especiais; -Ass. Obstétrica e ao recém nascido. - Cuidados de reabilitação.
	- Acesso e continuidade do Cuidado.	- Garantir processos que possibilitem a assistência contínua das etapas do cuidado na admissão, avaliação diagnóstico tratamento e alta. - Dotar o hospital de mecanismos capazes de garantir que as necessidades do cuidado ao paciente se dêem de modo seguro e em tempo oportuno.	- Acesso; - Continuidade do cuidado; - Transferência; - Alta.

Na organização	- Liderança, Governo e Direção	- Relacionar as ações da direção e dos dirigentes dos serviço com as condições de governabilidade através de sua interação no contexto	- Planejando o hospital e serviços; - Dirigindo o hospital; -Dirigindo os serviços
	- Melhoria de desempenho da Organização.	- a melhoria contínua do desempenho dos processos de um hospital, especialmente aqueles relacionados à assistência ao paciente	- Dirigindo ações de melhoria de desempenho - Planejando ações de melhoria de desempenho - Monitorando o desempenho - Assegurando a melhoria de desempenho.
	Gerência do ambiente hospitalar.	- garantir um ambiente seguro, funcional, operacional e adequado para o cuidado do paciente, o trabalho dos funcionários e de todos aqueles que transitam pelo hospital.	- Planejando e dirigindo o ambiente hospitalar; -Equipamentos biomédicos de infra-estrutura e de emergência - Educação dos profissionais. - Qualidade de vida no hospital

Foco	**Função**	**Objetivos**	**Área de desempenho**
	Gerência Qualificação e Educação dos Recursos Humanos	- O desenvolvimento de atividades necessárias para que o hospital disponha de profissionais qualificados e preparados para o desempenho de suas operações. - tornar a gestão de recursos humanos uma estratégia para que se obtenha melhor cuidado ao paciente.	- Planejamento de recursos humanos; - Orientação e treinamento de recursos humanos; - saúde ocupacional; - Corpo médico; - Corpo de enfermagem - outros profissionais.
	Gerência de informação.	- Obtenção, administração e uso da informação. Usar a informação para melhorar o desempenho hospitalar e a capacidade gerencial dos serviços	Planejamento e organização da informação. - Dados e informações do Paciente; - dados e informações agregados. - Informações sobre evidências cientificas.
	Vigilância Prevenção e Controle da Infecção no Ambiente Hospitalar.	- identificar um processo de vigilância, prevenção e controle das infecções hospitalares, visando mantê-las em níveis aceitáveis e compatíveis com a população de pacientes.	- -Prioridade das ações -Gerenciamento ações -Integração das ações ao programa de melhoria de desempenho.

2.4.2 Definição do programa de acreditação Hospitalar do HEMORIO

O processo regular de acreditação conjunta do CBA/JCIA, é desenhado de acordo com as características da instituição demandante. A discussão para definição do programa de acreditação

é realizada entre o CBA e a direção do hospital, com base na análise das informações apresentadas na primeira fase da candidatura.

A definição do programa depende das condições do caminho à ser percorrido pela instituição, a partir do momento da demanda até o alcance da acreditação. Assim, o CBA oferece, a instituição interessada, a possibilidade de inserir-se em um processo direto para acreditação, ou optar por começar o processo por um Programa de Educação.

A direção do HEMORIO optou pelo processo educacional, complementado com a Acreditação Internacional.

O programa foi definido com o agendamento de duas avaliações externas antes da solicitação definitiva da avaliação para acreditação.

Quadro 5 - 1ª versão do Programa de Acreditação Internacional CBA/JCIA/HEMORIO

1- Solicitação da candidatura ao processo de acreditação internacional; 2- Envio e análise de documentos; 3- Inicio de preparação preliminar (contatos entre a direção do HEMORIO e o CBA)	
Programa de Educação para acreditação/Processo de preparação para acreditação	
4 - Apresentação do projeto; 5 - Formação do grupo facilitador; 6 - 1º avaliação do grau de satisfação dos pacientes e funcionários; 7 - Disseminação dos padrões; 8 - Auto- avaliação preliminar com base nas funções; 9- 1ª avaliação externa (CBA). 10 - Elaboração do plano de ação para conformidades; 11 - 2ª avaliação de grau de satisfação dos Pacientes e funcionários 12 - Acompanhamento das ações de melhorias; 13 - 2ª avaliação externa (CBA); 14 - Elaboração do plano de ação para conformidades	15 - Solicitação de avaliação para acreditação; 16 - Preparação para alcance de conformidades dos padrões em aberto. (definição de plano). 17 - Aplicações de estratégias para conformidades (facilitadores); 18 - Definições da agenda de Avaliação para acreditação; 19 - Avaliação para acreditação , CBA/ JCIA; 20 - Decisão de acreditação. a) Acreditada com conformidade em todos os padrões essenciais. b) Acreditada com padrões essenciais com conformidade parcial. c) Não acreditada- um ou mais padrões essenciais com conformidade **0** d) Não acreditada – a organização interrompe o processo.

2.5 **O problema da pesquisa**

A acreditação, enquanto um macro processo e a preparação para acreditação, enquanto núcleos componentes podem ser considerados como sistemas dinâmicos com capacidade de intervir nas ações desenvolvidas pelo hospital, em suas trajetórias de transformações.

Portanto, ao solicitar a acreditação o hospital entrou voluntariamente no processo de preparação. Isto implica no diagnóstico organizacional prévio, a partir de uma avaliação global das condições da organização quanto ao funcionamento e práticas das ações assistenciais.

Nesse contexto a preparação para acreditação, (enquanto visão estratégica organizacional) é um instrumento potencial de mudanças. (Mintzberg e al., 1999).

Assim este trabalho buscou responder seguintes questões:

1 - A preparação para acreditação pode ser vista como um instrumento de mudança?

2- Quais as mudanças introduzidas através do processo de preparação para acreditação no hospital estudado?

3 MARCO TEÓRICO

Na perspectiva de apontar o estado da arte em torno do tema e o objeto desse estudo, abordaremos em primeiro lugar a acreditação, focalizando uma de suas fases: a preparação, buscando apreender sua relação nas transformações organizacionais e em que níveis podemos relacioná-las como fonte de mudança.

Em seguida apreenderemos os diferentes modelos que permitem estudar as condições favoráveis à instalação e a divulgação da mudança no contexto da aplicação de programas de qualidade. Nos deteremos na análise de certas características da mudança organizacional, a fim de nos orientarmos sobre a construção de um modelo teórico sobre o qual nos apoiaremos - para realizarmos um estudo de caso.

3.1 A acreditação

A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade dos cuidados de saúde. Abordaremos o tema a partir de suas definições; evolução e implantação no mundo; características; diferentes programas; realização concreta; relações com as normas ISO; novas orientações dos sistemas de acreditação; as especificidades da acreditação no Brasil, e a acreditação como agente de mudança.

3.1.2 Sobre a definição da acreditação

A definição de acreditação varia pôr regiões e instituições. A International Society for Quality in Health Care, (ISQua) define a acreditação como um reconhecimento público que uma organização de saúde está conforme com padrões predeterminados a nível nacional, utilizado tanto para o setor público como privado.

Os padrões enfocam um conjunto de ações sistematizadas no âmbito do cuidado, desde a atenção básica até as ações de alta complexidade, devendo ter programas específicos para cuidados especializados. *"O reconhecimento é baseado na conformidade com padrões e a avaliação externa é realizada por profissionais pares daqueles que desempenham as ações na organização*". ISQua (2002)

A Joint Commision International,[24] (JCI) define a acreditação como *“ um processo no qual uma entidade, em geral não governamental, separada e distinta das instituições de saúde, avalia instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de requisitas concebidos para melhorar a qualidade do cuidado.”* (Manual Internacional de Padrões de Acreditação, 2003).

O manual da JCI completa a definição acrescentando que a acreditação possibilita um compromisso por parte da instituição avaliada em melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, garantindo ambiente seguro e estimulando a melhoria contínua das ações voltadas para diminuição de riscos para pacientes e profissionais.

Na França, a Agência Nacional de Acreditação em Hospitais de Saúde, (ANAES) entende acreditação como: *"um procedimento de avaliação externo em um hospital efetuada por profissionais, independente do hospital e dos seus organismos de tutela seja pública, privada ou semi-privada. A acreditação visa assegurar que os hospitais responsáveis pela assistência á saúde, administram esse cuidado em boas condições de segurança e qualidade* "(ANAES, 1996)

As definições citadas convergem para a noção de avaliação externa de uma organização em função de normas de referência que tentam caracterizar níveis de responsabilidade da organização comprometendo-a com a qualidade e a segurança dos cuidados por ela desempenhados. No entanto, essas definições permanecem com um caráter muito geral, sem que se possa apreender concretamente o que é a acreditação. Como veremos mais adiante, o que permite definir a acreditação são suas características.

A avaliação da qualidade dos cuidados e o compromisso da instituição de garantir esses cuidados estão sempre vinculados de forma implícita nas definições encontradas.

3.2 **A relação com a qualidade**

Para que compreendamos melhor o conceito de acreditação é necessário identificar sua relação com a qualidade.

A qualidade é um conceito[25] multiforme (O' Connor & Bowers, 1990) e multidimensional (Berwick, 1995). É também uma noção que evolui no tempo condicionada aos conhecimentos, as

[24] A Joint Commision International, é subsidiária da Joint Commision on Accreditation Healt Care Organization, (JCAHO).
[25] O termo conceito esta colocado no sentido etmológico de uma representação mental geral e abstrata de um objeto.

técnicas e ao ambiente social, político e econômico. A qualidade é pôr conseguinte "contingencial" e a "*sua medida deve ter em conta o seu caráter contextual*" (Brunelle, 1993).

Portanto, depende de quem avalia, dos valores e normas implícitas e explícitas escolhidas (Ellis & Whittington, 1993). É necessário fazer uso de quatro eixos orientadores que podem ser apreendidos simultaneamente, para preencher a noção da qualidade (Haddad, Roberge & Pineault, 1997):

(i) - o eixo epistemológico, (representações) onde qualidade é apreendida em função das significações e representações do objeto-qualidade na assistência à saúde.

(ii) - o eixo ontológico, (atores) onde os atores definem a qualidade e as modalidades da avaliação.

(iii) - o eixo teleológico, (finalidades) que permite definir mais precisamente as finalidades da qualidade.

(iv) - e o eixo metodológico (instrumentos) que mede a qualidade.

No campo da assistência à saúde, Avedis Donabedian, propôs a seguinte definição para a qualidade dos cuidados:

> "*É, sobretudo um julgamento de valor sobre uma unidade específica de cuidados que tem repercussões sobre o estado de saúde em nível individual e coletivo (...). O julgamento da qualidade desta unidade deve ter em conta os benefícios e os riscos esperados bem como os custos diretos e indiretos gerados" Donabediam,(1980)*

A avaliação da qualidade de uma organização de saúde pode ser realizada por três grandes grupos de atores: os pacientes e sua família, os profissionais de saúde e os poderes públicos (Donabedian,1976 a,b&c).

A visão da qualidade dos pacientes, em relação à visão da qualidade dos profissionais, pode ter quatro diferentes significados. Quando a qualidade é vista pelas pessoas cuidadas, ela representa a qualidade prevista (esperada), resultante de suas experiências passadas e das informações recebidas sobre a organização.

A qualidade esperada não é necessariamente equivalente àquela que a pessoa vai receber, (a qualidade sentida). Ela pode ser diferente daquela realizada pelos profissionais de saúde e, ainda, diferir da maneira com a que os profissionais definem a qualidade das prestações que desejam oferecer (a qualidade desejada).

Com efeito, existem diferenças entre a forma como os profissionais e os pacientes conceituam qualidade e a maneira como, de fato é concretizada. Estes diferenças são fontes de insatisfação e de incompreensão entre as pessoas cuidadas e os profissionais cuidadores (ANAES, 1999.)

O terceiro ator, os poderes públicos ou os seus representantes avaliam a qualidade do compromisso e da prestação do cuidado. É uma ação coerente, uma vez que, o Estado, na maior parte dos países industrializados, é responsável pelo sistema de proteção contra o risco doença devendo assegurar a saúde coletiva.

Nesse sentido, a acreditação se apresenta como uma das metodologias que permitem realizar diferentes níveis de avaliação, seja daqueles que não estejam participando internamente do processo do cuidado, (poderes públicos, tutores das instituições) seja daquelas que estão no processo, enquanto receptores, e avaliam a qualidade como resultados no plano da saúde individual e coletiva.

No entanto, a maneira como são construídos os manuais de acreditação reflete o ponto de vista dos cuidadores (normas estabelecidas por consensos profissionais) e a sua maneira de conceber a qualidade desejada. As pessoas cuidadas aparecem através dos inquéritos de satisfação que avalia a diferença entre a qualidade esperada e a qualidade sentida.

Cabe ressaltar que a acreditação é uma avaliação normativa (Contandriopoulos e Al, 2000)[26] da qualidade (eixo metodológico) conduzida por um organismo fiador externo ao estabelecimento. Utiliza um instrumento com normas e critérios de natureza científica e se apóiam sobre consenso. Tem legitimidade essencialmente profissional, (eixo ontológico) e

---

[26] Estes autores propõem distinguir a avaliação normativa da investigação avaliativa. A avaliação normativa é a atividades que consiste a pronunciar-se sobre uma intervenção comparando os recursos postos obra e na sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processos) e os resultados obtidos à critérios e normas. A avaliação normativa permite apreciar as estruturas (recursos), os processos (serviços ou atividades) e os resultados de uma intervenção a investigação avaliativa é, tão à ela, uma diligência que consiste a pronunciar-se a *posteriores* sobre uma intervenção empregando métodos científicos. Mais especificamente, trata-se de analisar as diferentes relações que existem entre as diferentes componente de uma intervenção: a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção bem como a relação existente entre a intervenção e o contexto no qual situa-se, geralmente com o objetivo de ajudar à tomada de decisão -

respeita o ambiente político e social (eixo epistemológico) que evolui com o conhecimento e o contexto.

3.3 **A avaliação dos atos profissionais**

A avaliação dos atos profissionais pode ser realizada internamente nas instituições pelos próprios profissionais, assim como podem ser avaliados por estruturas externas, por instituições profissionais, de tipo de conselhos de classe, como ocorre na maioria dos paises industrializados.

3.3.1 A avaliação de serviço

A avaliação pode ser realizada pelo próprio serviço (auditoria interna) ou através de um organismo externo. Dentre as avaliações externas mais comuns destacam-se a certificação, a autorização, a homologação, a avaliação das competências e a comparação dos serviços hospitalares. Essas avaliações estão no quadro das avaliações normativas.

3.3.2 A certificação

A certificação é um procedimento no qual o serviço recebe uma declaração por escrito, atestando que o estabelecimento, ou uma de suas estruturas, esta conforme parâmetros previamente definidos. (Rooney & Van Ostenberg, 1999).

3.3.3 A autorização e o licenciamento

Estas avaliações na maioria dos países estão ligadas a atos administrativos realizados pelo Estado e, mais especificamente, por suas autoridades sanitárias regionais, com a atribuição de aprovar ou renovar atividades de cuidados. As avaliações para licenciamento são realizadas por fiscais governamentais e se concentram estritamente no cumprimento das normas de segurança e das condições necessárias para definição do perfil de atendimento a ser realizado pelo hospital[27].

[27] Os padrões de avaliação de licenciamento são específicos de cada país ou estado, e estão relacionados ao escopo da licença, se institucional ou individual. (Rooney & Van Ostenberg, 1999)

3.3.4 Avaliação de competência

A avaliação de competência está sob a responsabilidade de instituições de ensino e conselhos profissionais. Esta avaliação se concentra nos conhecimentos teóricos e práticos, cuja finalidade é aferir certificados que comprovem qualificação profissional. Em alguns países, o licenciamento dos serviços de saúde exige a verificação das credenciais dos profissionais. Esse processo é utilizado para atestar a qualificação, (além da formação) de profissionais que oferecem cuidados específicos. Ela verifica as credenciais enquanto habilidades e experiência.

3.3.5 Os prêmios de qualidades

Os prêmios qualidade são originários do ambiente industrial e com freqüência está presente no âmbito da saúde. O prêmio Deming foi o primeiro prêmio qualidade, realizado no Japão, em 1951, pedido da União dos Cientistas e dos Engenheiros Japoneses.

Em seguida, os americanos criaram *The Malcolm Baldrige Award*, com base em um instrumento de oito categorias de atividades: a liderança, os recursos humanos, os procedimentos de avaliação, a planificação, os resultados, a informação e o lugar dos consumidores. É um modelo de avaliação que não vem apresentando adesões significativas entre as organizações de saúde . (Hertz, Reiman e Bostwick, 1994)

A versão européia dos prêmios de qualidade é inaugurada na década de 80 com a criação da Fundação Européia para a Gestão da Qualidade: *The Europeu Foundation for Quality Management, (EFQM*), em 1988[28].

3.4 Acreditação hospitalar no mundo

A primeira avaliação, com a metodologia da acreditação, ocorreu em 1919, nos Estados Unidos, realizado pelo American College of Surgeons [29](ACS), com a implantação do “Hospital Standartização Programme”. Tratava-se de um programa de padronização de ações de qualidade

[28] O primeiro prêmio europeu da qualidade, o *European Quality Award*.(EQA) foi emitido em 1991. (EFQM, 2002).
[29] O Colégio Americano de Cirurgiões foi fundado em 1913, sob influencia das ideias do Dr. Ernest Codman. Ele consegue estimular a reflexão e o debate sobre a padronização dos hospitais, através do estudo “O produto dos hospitais”. (White, 1992)

nos hospitais americanos que visando garantir normas de boas práticas com enfoque nas atividades cirúrgicas[30].

Em 1951, foi criada a Joint Commision on Accreditation of Hospital[31] (JCAH), uma comissão conjunta, americana e canadense, formada por entidades de representação médica e hospitalar dos dois países (Roberts & al., 1987 e Bohigas et al.,1988).

A partir de 1958 o Canadá separou-se do sistema de acreditação americano, fundando a Canadian Council of Health Serviços Accreditation (CCHSA) ou Conseil Canadien d' Agrément[32] des Services de Santé (CCASS). Neste país a acreditação hospitalar é obrigatória apenas para os hospitais universitários[33].

Nos Estados Unidos, esse processo passa a ser obrigatório, a partir 1965, apenas para os hospitais que integram os programas governamentais de assistência a saúde, Medicare e Medcaid . A Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization[34] (JCAHO) avalia 80% das instituições que atendem a esses programas. (Heidemann, 1995; de Thomas,1996).

A JCAHO, a partir de sua experiência na acreditação hospitalar em outros países, evoluiu para a criação de um sistema de acreditação internacional, criando a subsidiária denominada Joint Commission International, (JCI). Essa organização, utiliza o manual com padrões internacionais, elaborado por técnicos dos sistemas de saúde de vários países.

Nos Estados Unidos existem outras organizações operando acreditação: the National Committee for Quality Seguro (NCQA), the American Medical Accreditation Program (AMAP), the American Accreditation HealthCare Comissão/Utilization Review Accreditation Commision, (AAHC/URAC) e the American Associação for Ambulatory Health Care (AAAHC), (Viswanathan & Salmon, 2000).

Em 1973, a Austrália criou the Australian Council ele Healthcare Padrões (ACHS), organização privada não governamental, cujo conselho de administração tem participação de representantes do ministério da saúde (Lloyd, 1997).

---

[30] Padrões mínimos adotados pelo American College of Surgeons.

[31] Em 1988 aJoint Commision Accreditation of Hospital foi renomeada Joint Commision on Accreditaionnof Healthcare Organization.

[32]O termo *agrément*, é utilizado no Quebec, para designar acreditação e tem tradução como aprovação.

[33] A província do Quebéc possui o Conseil Quebecois d'Agrément. (CQA), criado por iniciativa dos Centros Locais de Saúde Comunitária ,(CLSC). (Conseil Quebecois d'Agrément, 1996; 1997)

[34] Em 1988, a Joint Commision on Accreditation of Hospital foi renomeada para Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization

Na Europa, acreditação surge por iniciativa do Estado. Inicia-se, nos anos 80, na Espanha. O ministério da saúde da Catalunha, foi um dos primeiros a lançar um programa de acreditação na Europa (Bohigas & Ansenjo, 1995; de Simon & Ruiz, 1995).

No Reino Unido, existe mais de uma organização responsável pelo desenvolvimento da acreditação. A mais conhecida é a King' s Fund Organização of Accreditation (KFOA), instituição caritativa fundada ha mais de cem anos. A acreditação do KFOA não se limita aos hospitais gerais, pois atua, também nos consultórios médicos não especialistas, nos serviços comunitários de saúde mental, nos consultórios e ambientes administrados por enfermeiros e/ou autoridades de saúde, (Fourcade, 1995).

Na França, a acreditação é obrigatória para todos os hospitais de saúde, públicos e privado, desde 1996, por determinação da lei no 96-346,(Code de la Santé Publique) que cria a Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en santé, (ANAES) (Pomey,2002)

Ainda que de maneira insipiente, a acreditação esta presente outros países: Israel, África do Sul, República Checa, Hungria, Japão, Países Baixos, Arábia Saudita, Suécia, Taiwan, etc. (Scrivens, 1995 a&b)

3.5 **Desenvolvimento da acreditação hospitalar no Brasil**

No Brasil, a acreditação hospitalar foi apresentada como opção ao programa de melhoria de qualidade nos serviços hospitalares no final dos anos 70[35](Santos, et al 2000). No início dos anos 90, foi oficialmente introduzida, com apresentação do Manual de Acreditação de Hospitais, através do projeto de cooperação entre a Organização Panamericana de Saúde,(OPS), a Organização Mundial de Saúde,(OMS) e a Federação Latinamericana de Hospitais,(FLH).

Em 1994 o Ministério da Saúde, criou o Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) e instituiu a Comissão Nacional para Melhoria da Qualidade na Assistência à Saúde, (Malik,1997; Noronha, 1998). O PMQ beneficiou-se da reestruturação do Programa Brasileiro para Qualidade e Produtividade.

[35] Discussão da adoção de padrões mínimos de qualidade nos serviços hospitalares, apresentação da Dra Lourdes de Carvalho, em 1979.

A acreditação vem crescendo como opção metodológica de melhoria contínua da qualidade na assistência à saúde no país. [36] A trajetória desse crescimento desenhou-se entre os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. Nesses estados, instituições acadêmicas e corporativas contribuíram para o desenvolvimento e adequação de instrumentos e metodologia de acreditação.

Desde 1999, o sistema nacional de acreditação é regulamentado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) que controla, avalia e legitima as competências das agências acreditadoras, bem como define normas básicas do sistema. A ONA é independente e constituída por diversos seguimentos sociais; entidades hospitalares, entidades de seguros de saúde e representantes do Sistema Único de Saúde. A ONA desenvolveu o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares cuja metodologia avalia a estrutura da organização e verifica a conformidade dos processos funcionais relacionados às ações de assistência hospitalar.

A acreditação no Brasil conta também com o sistema de acreditação internacional, através da parceria entre a Joint Commission International e o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA). Agência acreditadora pioneira nos movimentos voltados para acreditação no Estado do Rio de Janeiro, o CBA[37] foi fundado oficialmente em 1998.

Desde a sua criação o CBA desenvolveu um manual de acreditação hospitalar próprio, adaptação do manual de acreditação da JCAHO. A partir de 2002 passa utilizar o manual internacional de acreditação hospitalar.

3.6 **O papel educativo para os participantes internos e externos**

Um dos principais objetivos de acreditação é a educação. Ela oferece oportunidade de educação continuada não somente para os que se submetem à avaliação, como também para as pessoas que aplicam a avaliação da qualidade.

Na organização de saúde permite o reexame das práticas dos cuidados na perspectivas de melhoria contínua da qualidade. Para a equipe externa, o momento avaliativo permite aos

---

[36] Em 1995, o Ministério da Saúde, inicia a implementação do REFORSUS, um projeto financiado com recursos do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, cuja uma das vertentes do projeto, era o de financiar atividades de melhoria da qualidade que estivessem ligados aos princípios norteadores do PMQ, como por exemplo a criação do Programa Nacional de Acreditação.

[37] Trata-se de uma organização não governamental, tem como constituintes: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Academia Brasileira de Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Cesgranrio.

visitantes confrontar-se com novas idéias, que poderão servir de aprendizado no processo de cuidado em outras instituições.

3.6.1 Um instrumento de ajuda para gestão

O procedimento de auto – avaliação é importante para o desenvolvimento organizacional, pois permite aos gestores mobilizar os profissionais em torno de um projeto comum, estimulando a reflexão sobre a prática profissional de cada um e, conseqüentemente, promover crescimento profissional e institucional**.**

3.7 **A definição de acreditação**

As considerações apresentadas nos permitem uma definição mais tangível da acreditação: Acreditação é um processo, geralmente voluntário, conduzido por uma organização não governamental, no qual profissionais externos, treinados na metodologia de acreditação escolhida, avaliam a conformidade da instituição de saúde com os padrões de desempenho preestabelecidos. A acreditação avalia a capacidade e o desempenho da instituição como um todo, o que lhe distingue das outras modalidades de certificação[38].

3.8 **O processo da acreditação**

Dependendo do escopo e da metodologia escolhida, o processo de acreditação pode desenvolver-se em três momentos nucleares: o primeiro consiste na sensibilização, divulgação e compreensão dos profissionais da instituição sobre a metodologia escolhida, (fase educacional).

O segundo momento refere-se ao procedimento de auto-avaliação da instituição, É a fase de avaliação da adequação das estruturas e dos processos do cuidado do hospital aos padrões existentes no manual de acreditação.

O terceiro momento é o da preparação para acreditação propriamente dita. É a fase onde toda a estrutura e processos do cuidado do hospital buscarão a conformidade de seu funcionamento com os padrões de acreditação adotados.

---

[38] Outras modalidades de certificação permitem avaliar apenas algum setor ou serviço do hospital.

O quarto momento é o da avaliação externa para acreditação. Nem sempre esta seqüência de momentos do processo ocorre de forma linear, depende do que for acordado entre a agência acreditadora e a instituição avaliada[39].

Nesse sentido a acreditação é um processo com etapas articuladas cujos objetivos principais são: (Rooney & Van Ostenberg, 1999; Scrivens, 1996 e 1998a)

(i) criar um quadro de referência das " melhores práticas" da assistência à saúde;

(ii) oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e "melhores práticas na área de saúde

(iii) ser utilizado como um instrumento que permita garantir um nível ótimo de qualidade e de segurança nos hospitais de saúde;

(iv) Estabelecer banco de dados comparativos de instituições de saúde destinadas a atender um grupo escolhido de padrões enfocando processos e resultados;

(v) Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde

(vi) Reduzir os custos dos cuidados da saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;

Portanto, acreditação se insere como um programa de melhoria de qualidade da assistência estabelecendo metas "ótimas" a serem alcançadas. Assim, pode-se afirmar que a acreditação é um instrumento de ajuda à gestão.

3.9 **As estruturas das organizações acreditadoras**

A ISQua recomenda que os modelos de acreditação sejam bem definidos, e que a regulamentação dessas ações sejam formalmente definidas em contextos legislativos.

As estruturas das agências acreditadoras e o papel dos responsáveis devem ser definidos claramente. Os avaliadores das agências acreditadoras devem ser reconhecidos para a avaliação técnica no campo da acreditação e ter um mandato preciso. Para manter a sua credibilidade, esses membros devem ser reexaminados freqüentemente, assim como deve-se assegurar-se da seu envolvimento com a assistência. As organizações acreditadoras devem ser claras nas suas relações com os hospitais que acreditam e nos serviços que oferecem.

---

[39] A avaliação externa pode ser realizada mais de uma vez, fazendo parte do período de preparação para acreditação, em que a instituição se empenha através de seu corpo de profissionais para construir ou melhorar sua estrutura de cuidados visando alcançar as conformidades dos padrões de avaliação.

3.10 **A evolução das ações qualidade**

Como já foi abordada, a história da qualidade na assistência à saúde, foi marcada com as iniciativas da associação dos cirurgiões americanos, seguida da participação da junta de comissões americana e canadense, que preconizavam uma normalização das práticas profissionais e auditorias do funcionamento da assistência hospitalar (JCAH, 1971).

Progressivamente, os sistemas de acreditação evoluíram (Portefield, 1968) e, orientando-se para abordagens que veiculam visão abrangente da qualidade, propunham a utilização eficaz da informação, a criação de novos instrumentos de avaliação e por último a introdução de uma gestão participativa nas organizações de saúde.

3.11 **A elaboração do manual de acreditação**

A construção do manual de acreditação é a etapa mais importante da acreditação. A filosofia que norteia os manuais de acreditação inspira-se no controle e na segurança da qualidade (Roberts e Al, 1987). Os critérios escolhidos para confeccionar os padrões e avaliar a qualidade dos cuidados devem ser: consensuais, consistentes, mensuráveis e realizáveis.

Os padrões devem ser reexaminados regularmente para manter-se em consonância com a legislação e a políticas de saúde vigente, com os avanços tecnológicos e a evolução das ações de qualidade que orientam as melhores práticas na saúde.(Rooney & Van Ostenberg, 1999).

Assim, seis princípios gerais governam estes critérios, eles devem ser:

(i) - flexíveis para poder adaptar-se todas as às instituições em causa.

(ii) - relacionados com a qualidade dos cuidados e o ambiente;

(iii) - construídos em torno de um consenso;

(iii) - objetivos;

(iv) - realizáveis;

(v) mensurável.

3.11.1 A realização da acreditação

3.11.1.1 Passo a passo

Cada organização acreditadora tem uma política própria. Entretanto, com pouca variabilidade as etapas do processo compreende:

(i)uma primeira visita ao hospital pelos representantes da agência acreditadora, quando é realizada uma troca de informações preliminares.

(ii) Diagnóstico do perfil da organização que permitirá a definição do modelo do programa de acreditação, onde constam a sensibilização, divulgação, preparação e a avaliação externa[40].

(iii) O processo de acreditação se inicia: preparação, auto-avaliação, avaliação externa enquanto preparação/educação e avaliação para acreditação.

3.11.2 A preparação para acreditação

A preparação para acreditação se inscreve como um processo, dentro do macro processo, formatado de acordo com as peculiaridades do hospital demandante. Inicia-se após a avaliação baseada nos padrões de qualidade utilizados para a acreditação.

Essa avaliação pode ser interna (auto-avaliação) ou externa[41] (quando realizada pela agência acreditadora com o propósito educacional). As agências acreditadoras, em sua grande maioria, oferecem suporte educacional durante todo o processo, em especial, durante a preparação.

A preparação necessita do hospital a compreensão da metodologia, mobilização de recursos e esforços institucionais. O suporte educacional é dado pela presença de um preparador técnico, designado pela agência acreditadora, para orientar o hospital na elaboração de seu projeto educacional durante todo o processo.

---

[40] A primeira avaliação externa pode se inserir no processo de preparação, chamada de avaliação de educação.A avaliação para acreditação é solicitada pelo hospitalconsiderando os resultados da avaliação externa de educação

[41] As vantagens da avaliação externa nesse momento reside no envolvimento do conjunto da organização e não apenas dos setores tradicionalmente encarregados de avaliar o desempenho, permite o confronto de distintas visões sobre o mesmo processo (CBA,2001).

Durante esse processo (na auto-avaliação ou na avaliação externa) são identificados os pontos fortes e os pontos que necessitarão de esforços adicionais para alcançar a conformidade com os padrões que levarão a organização para a acreditação. A preparação inicia-se com base nos seguintes objetivos):

(i) orientar planos de intervenção, direcionados, segundo os achados da avaliação;

(ii) introduzir mecanismos para o desenvolvimento de ações melhorias necessárias para o alcance das conformidade dos padrões de acreditação;

(iii) introduzir mecanismos para instalação de processos de avaliação permanente;

(iv) Determinar o tempo e planejar os esforços necessários para obtenção da Acreditação. (coordenação de educação do CBA/JCI, 2001)

3.12 **A auto–avaliação**

A preparação para acreditação é momento especial para os profissionais do hospital. É o momento em que estão dedicados aos procedimentos de melhoria de desempenho do estabelecimento. Dentre as etapas da preparação, a auto-avaliação confere ao hospital o diagnóstico da situação no processo de acreditação. As ações de melhorias podem ser planejadas a partir das condições encontradas, sob a ótica dos próprios, que vão ser avaliados. A primeira auto-avaliação do processo de acreditação é o instrumento determinante das condições dos passos do processo (cronograma de preparação e agendamento da avaliação para acreditação) a serem definidos entre a agência e o hospital demandante.

3.12.1 O momento da avaliação para acreditação

Após a etapa da preparação e a organização em condições para ser avaliada é o momento da avaliação para acreditação. Os hospitais disponibilizam um profissional para o acompanhamento do momento da avaliação a fim de facilitar trabalho executado pelos dos avaliadores. (Seguoin, 98).

A composição da equipe de avaliadores é formada por um médico, um enfermeiro e um administrador.

A duração da avaliação depende do tamanho hospital visitado (nº de leitos, apoio diagnósticos, consultórios, perfil de clientela, salas cirúrgicas, etc..)

Os resultados encontrados são informados através de relatórios para os coordenadores do processo. Os relatórios, com os resultados e as recomendações (se houver), são enviados pela agência acreditadora a direção do hospital.

3.12.2 Avaliação do programa de acreditação realizado

Os programas de acreditação devem, também, ser avaliados, na perspectiva de identificar a consonância com a realidade organizacional avaliada. Assim, três indicadores norteiam essa avaliação:

(i) o percentual de adesão dos hospitais de saúde ao programa de acreditação.

(ii) o percentual de conformidade padrões alcançados pelos hospitais, indicando as condições de adaptabilidade á realidade.

(iii) as mudanças nas práticas de trabalho.

(iv) melhoria do desempenho, conciliando os objetivos de qualidade com os recursos disponíveis.

3.13 **A acreditação: um agente de mudança?**

O alto grau de adesão das organizações de saúde aos sistemas de acreditação no mundo, segundo Scrivens, (1995b) explica-se pelo impacto desse programa "na automotivação" dos profissionais. Ao se inserirem no programa tornam-se flexíveis e permeáveis às mudanças, na perspectiva em oferecer cuidados de qualidade (Ente, 1999). Contudo, existem evidências de mudanças em conseqüência da acreditação?

Com efeito, o procedimento de acreditação não se propõe, apenas, padronizar processos e resultados, mas, também, para coordenar diferentes profissionais numa estrutura, como uma organização de saúde, a fim de melhorar a assistência às pessoas cuidadas (Garfo, 1999).

O objetivo final é criar uma "organização em aprendizagem" *"learning organização*", segundo Peter Senge (1990), permitindo aos profissionais a utilização de seus conhecimentos orientados pelos “manuais de acreditação”. Nesse sentido, a acreditação é um instrumento de ajuda à gestão e excede o nível individual para situar-se no nível coletivo da organização.

Procurou-se nessa revisão de literatura, pesquisar sobre a existência de estudos, ligados ao tema da mudança organizacional em resposta a ação da acreditação nos hospitais de saúde.

A acreditação conta uma vasta literatura que, entretanto aborda o tema de maneira global. Algumas agências acreditadoras dispõem de setores de produção literária bem estruturadas. Contudo, os trabalhos científicos orientados para uma linha de estudos que explore as especificidades da vida organizacional, sob reflexo da intervenção da acreditação, não proliferam tanto quanto o tema em geral.

Nos Estados Unidos, com a exigência de acreditação para os hospitais habilitados nos programas Medicare e Mecaid, existem suposições, mas não há trabalhos científicos que abordem as características dos impactos nos hospitais e/ou nos sistema de saúde. (Keeler e Al, 1992)

Assim, os estudos abaixo são bastante pertinentes com tema desse projeto e se enquadram na resposta da questão supra citada no início dessa abordagem.

O primeiro estudo realizado na França avaliando maternidades (Gerbaud & Pomey, 1999; Pomey et al., 1999) destacou que a utilização do manual do CCASS nas ações do programa perinatal e permitiu a criação de dinâmica da qualidade nas equipes, valorizando o trabalho e o desenvolvimento das relações com outras maternidades para compartilhar "*know how"*.

Estudo, realizado no Canadá francês, no Quebec, em um hospital, (Toussaint, 2000) demonstrou que a introdução de novas normas "centrado no doente", realizada pelo CCASS, em 1995, teve impacto direto na planificação estratégica da organização no que se refere as estruturas de relações de poder.

Outro estudo realizado no Quebec, em outro hospital, confirma a análise anterior (François & Rhéaume, 2001). O trabalho mostrou que mudança de normas, realizada pelo CCASS, provocou uma mudança detalhada das ações da qualidade nos hospital, permitindo passar conceito "de segurança da qualidade" para “melhoria contínua da qualidade".

Este trabalho refere-se à utilização de cinco princípios elaborados por Shortell e Al (1995a): (i) a ênfase na atribuição das causas de deficiências aos processos organizacionais e aos sistemas; (ii) utilização de métodos estruturados para resolução de problemas; (iii) instalação de grupos de trabalho multidisciplinar; (iv) aplicação de gestão por responsabilidades; (v) implementação referência explícita aos clientes internos e externos.

Além disso, a introdução dessas ações de melhoria contínua da qualidade permitiu maior participação dos profissionais, identificarem os pontos fracos da organização e instaurar ações corretivas centradas a partir do ponto de vista do cliente.

Entretanto, o entusiasmo destes autores não é compartilhado por Lozeau (1996 de 2002) que analisou a evolução das ações de qualidade em hospitais quebecoises, entre 1994 e 2000, e não detectou mudança nas ações após a introdução das novas normas, pelo CCASS.

Apenas um hospital um hospital, entre os treze que foram acompanhados, implantou ação de "avaliação do continua da qualidade" (ACQ), mas, tal fato, deve-se à decisão do hospital de reexaminar a estrutura administrativa e criar estrutura por programas nas quais equipes de melhoria contínua da qualidade são os eixos operacionais e os diretores têm apenas papel de consultor.

O primeiro estudo que aborda mudanças induzidas pela acreditação nos hospitais de saúde foi realizado, em 1983, na Austrália, a partir da introdução da acreditação realizada pelo Australian Council ele Healthcare Padrões (Duckett, 1983a). A pesquisa refere-se a vinte e três hospitais submetidos ao processo de acreditação.

Ao término da pesquisa, treze tiveram resultados positivos, seja com obtenção da acreditação, seja com a perspectiva de obtenção ao final. Os outros dez hospitais não foram acreditados e não desejaram retomar o processo. Os resultados deste estudo mostraram que o período onde ocorreram as mudanças mais importantes foi na preparação e no recebimento do relatório com o resultado do processo.

Todos os hospitais submetidos ao processo de acreditação chegaram a mesma conclusão sobre o período da auto- avaliação definindo-o como um excelente instrumento de gestão. Entre os seis campos da mudança estudados (administração e gestão, organização médica, revisão crítica dos casos, organização dos cuidados de enfermagem, segurança, missão e perfil do hospital), o serviço de enfermagem foi o mais impactado pelo processo de acreditação.

A mudança reconhece a papel do serviço de enfermagem na implementação da melhoria da qualidade dos cuidados. Outro impacto significativo da acreditação refere-se ao processo de tomada de decisão: foram criadas comissões para participar das discussões dos problemas as decisões passaram a ser colegiadas. O estudo mostra, nas conclusões finais, o baixo grau de envolvimento do corpo médico no processo de acreditação. A conclusão final, mais significativa,

refere-se a ajuda que a acreditação contribuiu na resposta dos hospitais para as demandas de saúde da população.

Estudo, realizado no nível pan-canadense, (Beaumont, 2002), avaliou o impacto do programa de acreditação sobre os hospitais, tendo em conta os ciclos da acreditação (a percepção da acreditação, auto-avaliação, a visita de avaliação, a utilização do relatório) e o impacto nas políticas de qualidade (as dimensões da qualidade, a melhoria contínua da qualidade e os indicadores de desempenho).

O resultado desse estudo destacou os seguintes pontos: 81% dos hospitais se identificam com o programa de acreditação; a auto-avaliação permitiu que, 67% dos hospitais interrogados, revelassem lacunas nos processo dos cuidados, dos serviços e das funções organizacionais.

Essas identificações permitiram a instalação de um processo de preparação para correção; os processos de comunicação foram melhorados 60%; as práticas clínicas (30%) e em menor escala as estruturas e o subsídio dos recursos humanos e financeiros.

Cerca de 27% dos hospitais estudados destacaram que auto-avaliação provocou mudanças. A visita de avaliação para acreditação foi avaliada pelos hospitais estudados e o resultado indicou que: 93% ficaram satisfeitos e 86% concordaram sobre a alta competência e qualificação dos avaliadores.

As recomendações do relatório de avaliação foram consideradas pertinentes por 88% dos hospitais e, para 62%, o relatório permitiu-lhes identificar ações prioritárias. 83% dos hospitais estudados conseguiram implementar mudanças na organização. No que se refere ao impacto na qualidade do cuidado, o programa de acreditação favoreceu a integração de programas de melhoria contínua da qualidade em 82% dos casos. Essa dinâmica permitiu sobretudo a melhoria da qualidade dos cuidados (98%), a satisfação dos clientes internos (94%) e externos (91%).

O programa também permitiu o desenvolvimento de indicadores de desempenho em 83% dos casos. Contudo, os resultados foram significativamente melhores para os hospitais de pequeno e médio porte (entre 50 e 100 leitos) assim como, para aqueles que permaneceram por muito tempo com o programa em curso.

Tese, apresentada para obtenção do título de doutorado, na universidade de Montreal, no Quebec, Canadá, (Pomey, 2002), estudou pertinente a mudança organizacional, após implementação do processo de acreditação. Trata-se de um estudo de caso, que busca identificar as mudanças organizacionais, ocorridas em um hospital universitário, na França, após as

intervenções de um processo de acreditação de iniciativa obrigatória, em cumprimento à legislação de saúde do país.

O estudo apresentou os seguintes resultados: na preparação para acreditação, houve a participação de todos os profissionais do estabelecimento, porém, os profissionais de enfermagem e os membros da comissão de acreditação foram os que mais se envolveram no processo.

A auto-avaliação, foi realizada com o manual de acreditação da ANAES, aplicado em todo hospital. O estudo revela que as motivações de participação das pessoas situavam-se no desejo de defender os interesses do hospital e na vontade de aprender. A resistência da categoria médica ao processo, também, foi mostrada pelo estudo.

Do ponto de vista organizacional, foram criadas funções e estruturas durante o processo de preparação. A direção teve participação concreta liderando e legitimando o processo. A auto-avaliação possibilitou a reflexão de todos os implicados no processo do cuidado ao paciente, resultando na instalação de espaços de escuta e a criação de modelo de tomada de decisões colegiadas.

A preparação para acreditação proporcionou mudanças significativas para o grupo de funcionários que trabalhavam em setores menos prestigiados intelectualmente. Para esses, foram criados novos modelos de desenvolvimento de suas atividades, dando-lhes maior inclusão social no hospital.

No âmbito da interação do hospital com a comunidade de serviços assistenciais, no seu entorno, foram feitas parcerias visando o desenvolvimento contínuo de ações de qualidade da assistência. Portanto, o estudo conclui que o processo de acreditação apresenta condições efetivas de implementação de mudanças organizacionais, em especial através do momento de preparação.

3.14 **Sobre a mudança organizacional**

A literatura no campo da mudança organizacional é particularmente vasta. Nos limitaremos aquelas referenciadas ao objeto deste estudo: a mudança na organização hospitalar. Nesse percurso abordaremos as principais correntes que estudaram a mudança e suas características. Para tanto nos deteremos nas especificidades da literatura da gestão da qualidade, que esta dirigida em grande parte para a implantação da mudança e avaliação de suas características e resultados.

3.14.1 O conceito de mudança

Ao procurarmos a definição de mudança nos dicionários, tivemos o seguinte resultado: o Aurélio (2000) diz que mudança é o “ato ou efeito de mudar”. Já o dicionário de administração Duarte, (2002), define mudança como: “modificação, transformação, evolução, ato de mudar, passar de um estado um outro, o fato de não ser o mesmo, o estado que evolui, alteração, não continua a ser idêntico".

Estas definições apontam duas idéias diferentes: uma, onde existe uma mudança radical; a outra, uma evolução. Portanto, a noção de mudança introduz estas duas possibilidades. Caminhando na direção do nosso tema, procuramos a definição de mudança social, que o Dicionário Sociológico (1999), diz ser "uma transformação significativa, parcial ou geral, do sistema social em diferentes componente e modos de ação". Essa definição guarda as mesmas possibilidades citadas nas definições anteriores.

Quando entramos em nosso tema, o Dicionário de Administração, Duarte (2002) define a mudança organizacional como: "Modificação de natureza estratégica, estrutural, tecnológica, cultural, social e humana passível de causar impacto no todo ou em parte de uma organização, objetivando sua otimização”.

Denis e Champanhe (1990a) abordam o tema, caracterizando a mudança organizacional como "o processo de introdução numa organização de novos métodos técnicos ou administrativos". Nesse sentido, noção de mudança refere-se à adoção de inovação.

3.14.2 Origens da mudança

Existem correntes de pensamento que analisaram as origens da mudança. Tradicionalmente, os mecanismos de transformações estão analisados em duas correntes opostas a "determinista" e a "voluntarista", (Perret & Ramanantsoa, 1996).

A concepção determinista da mudança organizacional é baseada no caráter inflexível da organização considerando os componentes da estrutura, como o sistema e a cultura e os fatores de rigidez e inércia, que tendem preservar a organização, caracterizando-os como guardiões da continuidade.

A mudança só ocorre por ação dedutiva, cuja fonte principal, nessa concepção, provem do exterior (fatores externos). Não obstante as evoluções da administração cientifica, esta abordagem, apresentando as organizações como entidades passivas, sem reações aos estímulos do ambiente interno, circulou até o início dos anos 70. Após a segunda guerra mundial, a mudança passou a ser considerada como o progresso, sendo vista como parte do processo de reconstrução. Portanto vivida de forma gradual e contínuo.

Contudo, o período do pós guerra, embora tenha sido marcado por ações políticas e sociais em busca de reconstrução e crescimento, foi, também, marcada por um tempo dito de "vida e morte" das organizações. O clima econômico ajudou as organizações funcionarem, em alguns casos, como estímulo a acomodação e manutenção do *"status quo"*. Os mecanismos de incentivos econômicos foram percebidos como configurações integradas dotadas de uma grande força de resistência às mudanças (Demers, 1999**)**

A concepção voluntarista aborda as escolhas estratégicas e a liderança como principais mecanismos de transformação organizacional (Child, 1972). A ação é indutiva, os fatores internos são os reais motores da capacidade da organização em responder ao seu ambiente externo.

Nessa concepção, a mudança não é responsabilidade apenas das direções e lideranças, mas de todos os membros da organização. A flexibilidade assume papel importante nesse processo, considerando as dificuldades próprias do ambiente para programação e operacionalização da mudança.

3.14.3 Abordagens normativas da mudança

No âmbito das abordagens normativas, encontra-se os modelos hierárquicos e o desenvolvimento organizacional, (Denis e Champanhe, 1990b).

3.14.3.1 Modelo hierárquico

Os pensadores do modelo hierárquico (Harrison, 1985) sustentam a tese da inadequação da organização para enfrentar os desafios aos quais deve fazer face. A organização é considerada como um ator racional único, representado pela Direcção-Geral. Ela tem a responsabilidade de

identificar as necessidades de mudança, a legitimidade para escolher as novas características da organização futura e a autoridade para obter a aplicação.

3.14.3.2 Desenvolvimento organizacional

Para o desenvolvimento organizacional, a mudança parte, sobretudo, da base e deve ser concebida com os indivíduos. Esse modelo valoriza as estratégias de tipo "bottom/up”, isto é, procura atuar debaixo para cima, buscando limitar os fatores de resistência. (Harriso1985b).

3.14.4 Abordagens empíricas

Dentre as abordagens empíricas, encontra-se o modelo político que foi desenvolvido em uma perspectiva dialética (Benson, 1983).

3.14.4.1 Modelo político

A adoção e a implantação da mudança são consideradas, nesse modelo, como jogos de poder organizacionais, cujo resultado, é o ajustamento organizacional às pressões externas e internas (Harrison, 1985). Essas dinâmicas desenvolvem-se em estruturas integrantes de redes interorganizacionais ou ainda superestruturas político-administrativas que interagem com opiniões e interesses diversos (Benson, 1975).

3.14.5 Nível organizacional interno

No nível organizacional interno, encontram-se duas estratégias. A estratégia de cooperação e a estratégia dita, desestabilizadora ou de perturbação:

Na estratégia de cooperação, cada estrutura integrante das redes participa desenvolvendo ações inovadoras ou complementares de mudança. A desestabilizadora é desenvolvida por ações contrárias aos objetivos da mudança, atuando junto aos recursos vitais da rede. Ela se destaca por instalar situações conflituosas, criando poder desequilibrado entre as estruturas, provocadas pela fragmentação dos recursos.

3.14.6 No nível organizacional externo

Neste nível encontram estratégias com as seguintes características:

Estratégia manipuladora

Em contexto de autonomia e descentralização mínima da rede encontra-se a estratégia, dita, manipuladora (Harrison, 1985). Essa estratégia age sobre o processo de destinação dos recursos para a rede, influenciando a concepção dos programas, sem estimular as relações entre as estruturas, favorecendo a criação de novas fontes de financiamento e de autoridade.

Estratégia autoritária

A segunda estratégia autoritária, para Harrison, resulta da deterioração da anterior, (Harrison, 1985). Ela destrói as relações entre as estruturas, através da supressão da hierarquização. Funciona a partir da autoridade superior, que vai repartir os recursos, em função dos programas escolhidos por ela, mantendo relacionamento direto entre os níveis inferiores.

Essas estratégias podem acontecer sucessivamente, (estratégias seqüenciais) ou simultaneamente (estratégias combinadas). Elas podem também ser utilizadas no âmbito dos jogos dos atores, entre estruturas ou, com uma estrutura e o seu ambiente. O processo de mudança é marcado por negociação permanente entre os interesses dos diferentes atores em causa. Os insucessos de implantação são analisados em função da continuação de interesses dos atores influentes da organização. As estratégias dos atores e o seu grau de influência vão determinar o grau de implantação da mudança.

.

3.15 As condições favoráveis á divulgação e implantação da mudança

Diferentes autores destacam que as boas condições de realização da mudança, assim como de sua divulgação, sem provocar muita resistência, dependem da existência das condições de base associada a implantação de condições específicas. Esse quadro é retratado através da existência de liderança forte, desenvolvimento de programas de qualidade e competências específicas.

Outro aspecto importante destacado refere-se à realização das estratégias de divulgação. É necessário adotar ações especificas que considerem as particularidades da organização, no caso aqui, dos hospitais de saúde. É, igualmente importante, que existem capacidades cognitivas que permitem a compreensão dos desafios ligados à mudança. Por último, é desejável que um projeto explícito e aberto seja determinado com propostas de soluções à uma dada situação.

3.15.1 Condições básicas para que ocorra a mudança

Um ambiente sob pressão com prognósticos de soluções

A perspectiva de mudança e a própria mudança são fontes de desestabilização, de perturbação, ou mesmo de angústia, para os profissionais e para a própria organização hospitalar. Com efeito, os profissionais devem passar de uma situação conhecida, a um novo estado desconhecido, desfazendo-se dos hábitos adquiridos individual e coletivamente, (Coninck, 1998).

As pressões externas, exercidas sobre o sistema organizacional, centradas no objetivo da mudança, funcionam como estratégias para amenizar as resistências e garantir o engajamento e compromisso interno. Estas pressões podem ser motivadas por questões de ordem econômica, administrativa, social ou política, dentro de um contexto conhecido e previsível. Em se tratando de hospitais públicos de saúde, esta pressões são exercidas pelo ambiente externo que aciona as instâncias administrativas responsáveis pela regulação do sistema assistencial.

No caso da implantação dos programas de qualidade, o ambiente externo exerce fortes pressões (Shaw, 2000) quer seja pelo reconhecimento legal ou pelos estímulos financeiros (Shortell, Bennett & Byck, 1998).

Cinco questões básicas interessam aos responsáveis pela regulação de um sistema hospitalar, dentro de um programa de melhoria da qualidade, (Brennan, 1998):

(i) identificar a má qualidade para encontrar soluções :

(ii) suprimir os defeitos do sistema;

(iii) incentivar as comparações, a fim de aproveitar as experiências dos outro;

(iv) aprender a aplicação do ciclo do *Plan-Do-Check-Act*, (PDCA) proposto por Deming (1986; 1991);

(v) melhorar desenvolvendo a criatividade.

Neste sentido, a acreditação se enquadra como metodologia de melhor adequação ao contexto hospitalar, conduzindo a aplicação de um programa de qualidade, específico, exercendo uma pressão externa dentro de um contexto obrigatório ou voluntário, (Lozeau, 2002).

O manual e as condições de realização da visita de acreditação condicionam a filosofia e as modalidades de implantação das ações (Lozeau, 2002).

Entretanto, simultaneamente as pressões externas, a estratégia de diminuição da resistência deve promover o movimento de tomada de consciência e da possibilidade de melhorar a situação, encontrando soluções para os problemas identificados. E preciso criar uma configuração especial onde possam surgir novas idéias e novas formas de reflexão.

O projeto voltado para a mudança deve ser explicito, transparente, aberto, compreensível e acessível. Esse formato permite aos profissionais a opção de se representarem e se projetarem dentro do "novo hospital". Isso passa pela definição dos objetivos, do entendimento do bem comum, a partir dos processos de convergência que constituem o acordo geral sobre as finalidades (Kleiber 1977)

Uma experiência desse porte pode iniciar-se pela sensibilização de todo o hospital, com um movimento de reflexão sobre a definição da palavra qualidade e de suas implicações, estudando as formas mais acertadas de coloca - la em prática, (Toussaint, 2000).

Para Courpasson, (1998) a mudança passa pela busca de uma realização, marcada pelo entendimento de seus objetivos e dos riscos de sair do *"statos quo"*. Não é necessário que todos os atores estejam representados no movimento da mudança mas, é importante, que todos a tenham em as grandes linhas (Courpasson, 1998).

Em resumo:

O ambiente da mudança compreende ações simultâneas como:

(i) - Imposições externas fortes e previsíveis

(ii) - exigência de um projeto aberto explícito,acessível, permitindo a aspiração do bem comum.

3.15.2 As outras condições

Para acompanhar esta mudança, é importante que os todos os atores sintam-se em segurança, que tenham um espaço próprio de autonomia. Uma organização dispõe de um potencial energético, (o conjunto das necessidades de realização pessoal dos indivíduos que a compõem) que tem necessidade de exprimir-se (Crozier, 1973). Para o autor, a liberdade dos atores estimula a conscientização dos problemas específicos do entorno, assim como incentiva o desejo de realização pessoal, à vontade de progredir.

Segundo Crozier e Friedberg, (1977) a mudança sendo um fenômeno sociológico, são os indivíduos e as suas relações entre si que se alteram. Estes espaços são, por conseguinte, portadores de capacidade de inovação e participação dos atores na mudança. Quanto mais uma organização é complexa e diversificada, maior a existência de nichos de poder. Quanto mais ela é rica, no sentido organizacional, maior a capacidade de começar um processo de transformação. Como dizem Crozier e Friedberg (1977, p.399):

"Para que a mudança seja fácil, é necessário que haja jogo, no sentido inglês de slack, no sistema [...]. São os conjuntos menos estreitamente integrados e que dispõem de mais recursos que podem transformar-se o mais facilmente possível."

Paradoxalmente são, provavelmente, nestas organizações, onde os atores dispõem de margens reais de autonomia, que a necessidade de mudar não se mostra evidente.

Para que os atores respondam com adesão, é importante agir sobre a compreensão da mudança. Por um lado, os atores devem compreender porque é necessário transformar o hospital contextualizando a mudança e adquirindo novos modelos intelectuais. De outra parte, a contextualização da proposta deve permitir o fenômeno reflexão, quer dizer, análise crítica do funcionamento do sistema vigente, utilizando os sistemas de informações disponíveis e as habilidades de análises adquiridas. Para o pleno desenvolvimento dessa capacidade crítica, os atores devem conhecer de maneira precisa quais regras e como os diferentes recursos (o dinheiro, o poder, a influência) são distribuídos (lógicas de regulação).

E ainda, quais são as normas sociais que motivam os compromissos dos atores envolvidos na mudança. É necessário ter em vista que, ao mesmo tempo, são precisamente estes elementos que constituem os principais fatores de resistência à mudança (Bourdieu e Wacquant, 1992). O

acesso as informações entre os diferentes níveis da organização é um dos fatores que precisa ser assegurado para promover as condições da mudança.

Os atores insatisfeitos com o aproveitamento de suas habilidades, podem contribuir para as condições da mudança, (Pomey, 2002). A autora refere-se a atores reconhecidamente qualificados[42], mas que ainda não alcançaram os níveis de realização profissional almejados. A insatisfação ou frustração desses atores, motivadas pelo desajuste de suas inserções no modelo vigente pode funcionar como motivação para apoiar a dinâmica da mudança e até mesmo insuflar a criação de novos projetos.

Dentro das condições para realizar a mudança é necessário, que o condutor do projeto, tenha uma forte legitimidade dentro da organização. Esse ator deve dar exemplos simultâneos de desapego ao "statos quo" e de adequação as inovações.

Em resumo, as condições básicas em favor da emergência da mudança são:

(i) - espaços de autonomia
(ii) - capacidades cognitivas e relacionais
(iii) - informações que sejam compartilhadas
(iv) - inserção, aproveitamento das habilidades não utilizadas

3.16 **Liderança e competências específicas**

Na literatura, a importância da liderança esta sempre colocada em primeiro plano nas abordagens de mudança (Conger & Kanungo, 1998) e de implantação de programa qualidade (Weiner, Alexander & Shortell, 1996) . Contudo, ha autores que chamam atenção para certas peculiaridades dos ambientes dos hospitais de saúde.

Segundo Denis, Lamothe e Langlais, conceber a liderança como instrumento de todo favorável á mudança, nos hospitais de saúde, pode ser complexo. De uma maneira geral, nesses ambientes a liderança é compartilhada, os objetivos divergentes e o poder difuso entre os diferentes grupos e atores, (Denis, Lamothe & Langlais, 2001).

[42] Segundo a autora estes atores são identificados no sistema hospitalar como profissionais de saúde de nível superior com habilidades na área de gestão. (Pomey, M .P,2002)

A liderança pode ser exercida em diversos níveis nos hospital: por uma pessoa; por uma equipe de profissionais de mesma categoria ou ainda por uma equipe multi-profissional, sendo esta última, a de melhor resultados para a assistência dos cuidados, (Firth-Cozens & Mowbray, 2001)

Nas abordagens da Gestão da Qualidade (GQ), os autores: Juran,(1989, 1994); Berwick , Blanton, &Roessner, (1990) apontam a participação direta da direção do hospital na condução do processo de mudança, como elemento essencial para sua realização Para tanto, além da disponibilidade de recursos físicos, o diretor deve se por a disposição, como referência, para todo tipo de apoio frente ao processo de alocação de recursos.(ANAES, 1999a; Kennedy & Al, 1992; JCAHO, 1992). O compromisso do diretor deve ser entendido nas posições de todos os gestores do estabelecimento.

De fato, as diferentes teorias da mudança reconhecem um lugar importante ao gestor. Por exemplo, no desenvolvimento organizacional (DO) (Beer, 1976), o gestor é considerado como elemento chave do processo de mudança. Entre outras, suas tarefas consistem em identificar, comunicar e prevenir as resistências.

Do mesmo modo, no âmbito do modelo hierárquico onde os gestores estão em posição de autoridade para decidir sobre as mudanças, eles exercem ao longo de todo o processo um controle hierárquico de supervisão A direção situa-se no centro das ações. Nos dois casos, pode haver um sentimento de manipulação e de resistência importante e a mudança pode ser vivida de maneira tecnocrática.

Por último, na teoria do caos, os gestores têm, como papel principal, a função de criar as condições necessárias para fazer emergir as formas adequadas de auto-organização. É possível criar novos contextos, gerando novas compreensões de uma dada situação, ou empreendendo novas ações. Do mesmo modo, no modelo político, o gestor é identificado como mediador que deve mobilizar e negociar com os,membros internos e externos influentes para criar um contexto favorável a mudança desejada (Perret et Ramanantsoa, 1996)..

Os manuais de organização e métodos orientam o posicionamento das estruturas responsáveis pela coordenação da qualidade em ligação direta com a direção geral, com mandato oficial que os legitime junto aos demais chefes e todos os profissionais de saúde, em especial aos médicos. (Toussaint, 2000).

Esses atores devem ser claramente identificado como sendo as pessoas responsáveis pela implantação do programa no estabelecimento, em todas suas implicações, (Lozeau, 1996 & 2002). O grupo de pessoas, encarregadas de implantar e conduzir as ações da qualidade deve ter diversas características:

(i) - ter difundido e articulado um projeto de melhoria da qualidade no estabelecimento;
(ii) - ser bons comunicadores;
(iii) - ter habilidades pedagógicas;
(iv) - ser agentes de mudança;
(v) - trabalhar com as pessoas em sistema mútuo com valores de respeito e confiança;
(vi) - ser capaz de tolerar a mudança e o caos que podem resultar;
(vii) - ter a energia para fazer os esforços necessários para a implantação da GQ;
(viii) - projetar-se numa nova visão do estabelecimento.
(ix) - ter papel de coordenação e dedicação integral.

As qualidades de liderança são mais importantes que o conhecimento técnico de instrumentos e métodos. São as qualidades apropriadas que permitem desenvolver os princípios e os valores que sustentam as ações coletivas e individuais na gestão da qualidade (Arnold III, 1993).

Com efeito, a qualidade da liderança tem uma incidência direta na qualidade dos cuidados, mesmo fora da implantação de programas qualidade (Firth-Cozens & Mowbray, 2001). A personalidade e os comportamentos dos líderes têm efeitos diretos para o bem-estar das pessoas que trabalham com eles.

É necessário, por conseguinte, favorecer uma liderança "transformacional" no lugar de "transacional", ou seja, que o líder seja que empreendedor, capaz de correr riscos, tendo relações informais, procurando desenvolver as capacidades dos indivíduos e responder as suas necessidades (Firth-Cozens & Mowbray, 2001) no lugar de exercer autoridade direta de maneira arrogante, autoritário e centrada na competição (Clancy, 1997).

Nos outros níveis da organização, é também importante identificar grupos de atores com mobilizadores com os quais a dinâmica de mudança possa contar. É importante que estas pessoas sejam legítimas e que tenham se possível, alguma experiência no campo da gestão da qualidade.

É cada vez mais comprovado, que a liderança não pode ser assumida por só uma pessoa (Pettigrew & Whipp, 1991), mas compartilhada por um grupo de atores.

De modo que a composição seja o mais harmoniosa possível. É desejável que as pessoas sejam complementares uns dos outros, ou seja, que se ocupem de seus diferentes ramos, mas que funcionem de maneira orquestrada (Denis, Lamothe & Langlais, 2001).

Os líderes e os responsáveis da mudança na organização devem valorizar as atividades desenvolvidas pelos demais profissionais incentivando-os e ajudando a realizar as retroações positivas nas ações da mudança.

Conseqüentemente, a liderança deve ser exercida respeitando as seguintes condições:

(i) - visibilidade do compromisso da direção
(ii) - identificação como responsáveis pela implantação da mudança
(iii) - portador de legitimidade e capazes de correr riscos
(iv) - atitudes de valorização das ações das equipes

3.17 **Estratégias de implantação de mudanças**

O tempo de reflexão e elaboração da estratégia é um período crucial, e muitas vezes negligenciado (Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992). As primeiras ações estão dirigidas à divulgação e instalação de um processo educativo, criando espaços de aprendizagem, visando favorecer a adesão á mudança.

3.17.1 Divulgação

Como dito, o planejamento estratégico da mudança fica a cargo dos responsáveis do projeto. Os métodos de divulgação da mudança referem-se a três modalidades que se sucedem cronologicamente: apresentação, multiplicação e reorientação (Mintzberg, Ahlstrand e Lambel, 1999).

A apresentação introduz o projeto da mudança (*enclaving)* buscando sensibilizar todos os atores, disponibilizando todas as informações concernentes, esclarecendo os objetivos e as vantagens da mudança.

As atividades são sistematizadas e busca-se investir em multiplicadores potenciais visando o desenvolvimento do momento seguinte. A multiplicação da participação dos atores na divulgação é o passo seguinte (*cloning*). Para tanto, busca-se a formação de grupos de diferentes categorias profissionais, com duplo objetivo: eliminar as barreiras de comunicação e promover o entendimento e cooperação interprofissional e intersetorial (Milakovich, 1991)

Esse momento visa a multiplicação das forças através dos clones, e aumentar a divulgaçào da mudança, (Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992). Na etapa seguinte, chamada de reorientação, (*uprooting)* os responsáveis e os promotores da mudança podem amparar-se de duas estratégias para desenvolvê-la e difundir a mudança (Perret, 1994; Perret et Ramanantsoa, 1996).

A primeira é a demarcação: significa realizar um mapeamento das situações desestabilizantes, e penetrar no contexto dentro do qual os problemas estão surgindo. A segunda é a estratégia de apoio: significa adequar as ações da mudança ao contexto vigente, buscando diminuir as arestas de resistências.

A literatura cita diferentes pontos de vista sobre por onde começar a difundir as ações da melhoria da qualidade dentro de um hospital. Para alguns, é melhor atuar sobre os processos de produção da assistência, ou seja, no nível dos fornecedores internos e nas relações inter-setoriais (Lozeau, 1996), para outros, essas ações devem ser precedidas da integração da noção de “paciente/cliente” em todos os setores do hospital (Kennedy & Al, 1992; JCAHO, 1992).

Existe, ainda, o porte do hospital, que divide opiniões, (Bennett & Byck, 1998).Nos hospitais de grande porte a divulgação da mudança pode fazer-se por projetos-pilotos. Nesses casos os resultados são mais rápidos e contribui com o aumento da adesão do conjunto dos profissionais (Leroy, 1996). A outra opção é a de iniciar o processo no hospitalem todos os setores simultaneamente.

O atendimento as necessidades dos pacientes pode ser uma das estratégias utilizada no início do processo de divulgação da mudança, (Lengnick-Hall, 1995 & 1996) A coordenação do cuidado ao paciente é outra tema para estratégia á ser desenvolvida.(Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992).

Em qualquer situação é necessário que os responsáveis e promotores da mudança possam difundir as novas idéias e conceitos, tendo um reconhecimento consolidado na organização.

3.17.2 Aprendizagem

Para acompanhar a divulgação, e dar prosseguimento ao processo, a estratégia de aprendizagem (Crozier e Friedberg, 1977; Mintzberg e Al, 1999) desenvolve-se através palestras, debates, sessões de formação e de informação. É importante que a mensagem expostas nas diferentes atividades seja sempre a mesma, dessa forma será possível analisar as reações individuais e coletivas , á partir do desenvolvimento das ações de mudança..

A estratégia da aprendizagem, constitui o momento de maior importância no contexto da implantação da mudança. Para possibilitar proximidade, adesão e prática das novas metodologias da qualidade é necessário estabelecer um processo educativo, com ações pedagógicas adequadas ao perfil da clientela alvo, (Donabedian, 1991; JCAHO, 1992; ANAES, 1999a;).

É importante atingir todos os profissionais, em todos os níveis da estrutura, reforçando os conceitos de totalidade e integração[43]. Assim, as pessoas serão incentivadas a apreender outros modelos intelectuais, a desenvolver novas maneiras de pensar e a integrar os instrumentos da qualidade no cotidiano, ao mesmo tempo respeitando suas capacidades de adaptação à mudança (Lozeau, 1996).

Dentro deste contexto, é possível apoiar-se sobre um estilo participativo de gestão, (Bergman, 1980; de Herman-Taylor, 1985) orientado para a descentralização dos processos de decisão, para a implementação de programas de enriquecimento das tarefas, autonomia e utilização de mecanismos que favoreçam a comunicação. [44]

---

[43] Referências da gestão da qualitadade total do cuidado em saúde: " líderes clínicos são envolvidos no planejamento da GQT desde seu início, o processo de mudança inclui clínicos e pessoal operacional e os esforços para ir ao encontro e ultrapassar as necessidades dos clientes são alinhados e unificados" . A model for integrated TQM: Clinical Care and Operations,A GOAL/QPC Health Care Application Research Comittee Report, Methuen, 1992.

[44] "Os membros de uma organização ou os seus clientes não são com efeito apegados de maneira passiva e limitados às suas rotinas. Eles são perfeitamente capazes de mudar muito rapidamente se tiverem interesse, seus hábitos têm muito menos importância para eles do que se acredita. Eles têm em contrapartida uma percepção muito razoável, quase instintiva dos riscos que a mudança pode representar para eles. Ora qualquer mudança coloca em discussão as condições do jogo e as fontes de poder dos participantes. Eles não se opõem à reforma por razões afetivas ou por falta de informação. Eles podem mesmo aceitar sinceramente os seus objectivos, mas é pedir demais que renuncie ao que lhe permite afirmar-se, e permanecer dono do seu comportamento e eventualmente de melhor realizar a sua tarefa". (Crozier, M (2000,pp.205-212)

6.17.3 Adesão

A adesão ao processo de mudança, esta diretamente relacionada com as estratégias de planejamento e operacionalização do projeto de melhoria da qualidade. Para favorecer a adesão à mudança, é necessário estabelecer incentivos compatíveis com o projeto e focalizar os pontos de resistência mais vísível, como por exemplo os profissionais conhecidos por serem mais resistentes á mudança. Mais uma vez, a escolha dos líderes tem importância fundamental para facilitar a adesão

Tanto nos Estados Unidos, na França, na Grã-Bretanha como no Brasil (Mendonça, 1999; Rebelo, 1995; Nogueira , 1994; JCAHO, 1992; ANAES, 1999ª), a participação dos médicos é identificada como essencial para o êxito na implantação de ações de qualidade nos hospitais de saúde.

Contudo, como sublinham alguns autores, certas peculiaridades do exercício profissional dessa categoria lhes conferem uma resistência natural a mudança no contexto organizacional[45]. No entanto, a melhoria contínua do cuidado é uma prática usual entre os médicos, que estão constantemente preocupados em aprimorar conhecimentos e técnicas. Pressionados pela necessidade de atualização imposta pelo tipo de trabalho, os médicos estão habituados a conviver com as inovações constantes das normas dos protocolos terapêuticos (Berwick, 1989). Portanto, não será difícil criar oportunidades de envolvimento, desenvolvendo estratégias específicas para implicá-los nas ações de melhoria da qualidade do cuidado propostas no projeto de mudança, (Wakerfield & Wakerfield, 1993).

Em primeiro lugar, é preciso estabelecer um clima de confiança entre os médicos e a administração antes da difusão das ações de melhoria da qualidade, (Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992). Considerando o reconhecimento e legitimidade dos médicos no interior do hospital, é fundamental que a coordenação do corpo médico seja informada das ações desde os primeiros passos a fim de garantir participação desde o início do processo.

Outra estratégia importante é a escolha do projeto inicial em que a categoria médica esteja envolvida, levando em conta que as ações de melhoria de qualidade do cuidado implementadas

[45] ‘ Enquanto os padrões de acreditação tem levado os médicos a se alinharem com as instituições na Qualidade de ‘corpo clínico organizado,’ com responsabilidades legais sobre a Qualidade geral do cuidado médico diante das comissões leigas de supervisão, sua mentalidade continua a ser de autonomia individual e coletiva. Não somente trabalham para si mais do que para a instituição, como têm tipicamente uma suspeição diante de qualquer interferência institucional ou administrativa que percebam em seu campo de autonomia clínica, organizacional ou política (i.e. a habilidade de exercer o poder dentro da instituição)” A GOAL/QPC Health Care Application Research Comittee , Report Methuen, 1992 , 18.

nos hospitais de saúde é vista freqüentemente pelos médicos como uma resposta aos pedidos sociais de justificação dos seus atos, (Zürcher, 2000).

É desejável iniciar com um processo de melhoria de problemas pragmáticos onde possam ocorrer mudanças visíveis relacionados com a pratica clínica, protocolos clínicos, processos ligados á organização e metodos de rotinas clínicas, que possam ser comparados com outros hospitais, (benchmarking) expandindo o debate sobre as modalidades da coordenação do cuidado, (Kritchevsky & Simmons, 1991).

Outro aspecto importante é a inserção de mecanismos capazes de manter a participação da categoria. Os médicos têm tendência a implicar-se no início e desligar-se progressivamente das inovações, (Koska, 1992).

Os quadros intermediários, os sub- gerentes devem, também, ser alvo de uma atenção especial no contexto da mudança, eles desempenham papeis fundamentais na dinâmica de implantação das ações de qualidade, em especial, no processo educativo junto aos profissionais do hospital (Kotter, 1997; Katzenback, 1996; Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992).

É possível, como o sublinha o modelo psicológico, trabalhar sobre as crenças, as atitudes, as intenções e sobre o comportamento para favorecer a mudança. Com efeito, agindo sobre as crenças e as atitudes é possível influenciar os indivíduos na aceitação da mudança e no desenvolvimento de uma nova cultura (Morgan, 1999).

No âmbito da mudança em longo prazo (Argyris, 1982 & 1985), o processo é concebido para modificar os fundamentos cognitivos e emotivos graças um processo de aprendizagem. O gestor administrar o processo enquanto um facilitador da aprendizagem. Os indivíduos devem ter um espaço de autonomia para comprometer-se dentro desse processo. É necessário,por conseguinte criar estratégias que visem aumentar a responsabilidade, as iniciativas e a tendência á discussão.

Contudo, estas estratégias podem facilmente ser bloqueadas por fatores de imobilidade. Os indivíduos podem hesitar em correr riscos opondo-se às influências, por considerarem que os líderes estejam defendendo interesses particulares. Como ja foi abordado é essencial que o projeto seja valorizado pelo diretor do hospitale pelos responsáveis e que esses indivíduos tenham atitudes concretas voltadas para a mudança.

A transformação da prática de Gestão, retratada no comportamento dos gestores deve estimular o interesse e a motivação do pessoal do estabelecimento. Outra fonte de incentivo deve

ser a resolução dos problemas detectados, após a identificação das causas. As modificações nos procedimentos e práticas podem funcionar como um sistema criador de qualidade. Para tanto, é necessária a modificação das estruturas e das regras do jogo da organização (Kaluzny & McLaughlin, 1992).

O objetivo nesse processo é a compreensão dos atores sobre as experiências vividas e conseqüentemente a modificação de comportamentos.

As estratégias a serem utilizadas são:

(i) divulgação: apresentação /multiplicação /reorientação /apoio
(ii) aprendizagem: espaços de formação e de debates
(iii) adesão: estímulos compatíveis com o projeto, explicação pelo "discurso" e população alvo.

3.17.4 Concepção e compreensão

Para limitar as resistências às mudanças, é possível concentrar-se (Goldstein, 1994) em fontes que permitem atrair os profissionais para uma nova forma organizacional. Para tanto é desejável que o novo estado de equilíbrio procurado seja mais atrativo que o antigo. Nesse sentido, é importante criar novos contextos que geram novas compreensões da situação ou de empreender novas ações. É o caso de fóruns, por exemplo, onde podem se originar e ser adotados novos modelos intelectuais, ou ainda, novas capacidades coletivas que permitam legitimar e iniciar um projeto.

A faculdade de aquisição de novos modelos é favorecida pela capacidade reflexiva dos atores, através da avaliação das condições anteriores comparadas com o novo sistema e os novos valores em vigor, (Crozier e Friedberg, 1977).

A compreensão da mudança é favorecida por:

(i) - a aquisição de novos modelos intelectuais

(ii) - a compreensão reflexiva

Assim, com o objetivo de definir as condições favoráveis à ocorrência da mudança, a partir da instalação do processo de preparação para acreditação, nos deteremos nas seguintes aspectos:

1. Estratégias.
2. Autonomia.
3. Liderança.

3.18 **As características da mudança**

As condições favoráveis têm repercussões sobre as características próprias da mudança que podem ser estudadas em função de quatro eixos:

(i) - a natureza (alvo, extensão, velocidade, ritmo, duração, trajetória)

(ii) - as estratégias (de acompanhamento: estímulo, influência, autoridade, compromisso; de resistência: indiferença, dissidência e recusas)

(iii) - a concepção (deliberado ou emergente)

(iv) - os desafios (estratégia, organização e ambiente)

3.19 **A natureza da mudança**

A natureza da mudança pode ser caracterizada em primeiro lugar em função do seu caráter intencional. (Ford & Ford, 1995). Para ser intencional uma mudança deve ser decretada e ter sido provocado por uma ou várias pessoas de maneira deliberada e consciente, com a realização de diversas ações capazes de gerar novas condições e circunstâncias.

A mudança, também, pode ser entendida pelo seu alvo (Mintzberg, Ahlstrand e Lambel, 1999) e, esse se situa sobre um bloco contínuo, que abrange a mudança conceitual e a mudança concreta, relacionando-se, assim, com a estratégia e a organização.

A mudança conceitual remete a modificação das representações dos atores no que se refere a determinados papéis da organização; a valorização de novas normas (estratégico) ou

ainda as mudanças de valores (organizacional). A mudança concreta altera, de maneira tangível, o desenvolvimento de novos serviços; a implantação de estrutura por programa (estratégico) ou a criação de novos espaços (organizacional).

A mudança pode ser localizada (micro mudança) ou generalizada (macro mudança) em todo estabelecimento. Pode também ser progressiva, acelerada (velocidade e ritmo) e ter uma duração curta ou longa, permitindo a continuidade da adesão ao modelo em construção (Giddens, 1987).

Para melhor compreender o processo da mudança, é necessário conhecer as características da trajetória seguida pelo hospital. Hinings e Greenwood (1988) propuseram três tipos de trajetórias ,("tracks"): " - 1) a trajetória integral ou completa, que confirma a implantação de todo o processo da mudança, 2) a trajetória bloqueada ou interrompida, onde o processo da mudança é bloqueado sem que haja retrocesso à situação inicial de inércia; e 3) a trajetória regressiva onde a organização, após ter-se comprometido num processo de mudança, volta à sua situação inicial.

A literatura aborda o modo de implantação da mudança desenvolvendo-se em três fases (Vandangeon-Derumez, 1998): a fase do amadurecimento - ou conscientização. Esse é o momento que precede o anúncio público da mudança na organização e que corresponde tomada de consciência da necessidade de inovar, e de elaborar um projeto de mudança[46]; a fase de reestruturação ou de reorientação.

É momento de aprendizagem do novo, que corresponde à apresentação e à aplicação do projeto na organização. Nessa fase são introduzidas as inovações propostas substituindo as antigas práticas.

Os responsáveis pela mudança devem criar condições que permitam aos atores o desenvolvimento das novas práticas com criatividade e pragmatismo, considerando as ações experimentais. Nessa fase a leitura dos resultados demonstra geralmente uma baixa da eficácia em curto prazo, o que pode reforçar as tentações de voltar a trás e cristalizar as antigas práticas. A fase do aprofundamento ou de consolidação traduz a absorção da mudança na atividade diária da organização. Consistem em tornar as novas práticas rotineiras, tornando-as consistentes. É nesta fase que os comportamentos, que consolidam a mudança, devem ser reconhecidos e valorizados.

---

[46] Essa fase pode ser dividida em treis sub- fases (Shein, 1969): a roptura, traduz- se pela conclusão da necessidade de mudar uma situação; a angustia, onde o indíviduo compreende que seus instrumentos estão ultrapassados e imcompatíveis com as novas situações; a segurança, o sentimento que o faz concluir que existe mais a ganhar sendo favorável á mudança do que sendo contra.

Nesse sentido a natureza da mudança esta expressa nas seguintes características:

(i) - Modalidade : Intencional / não intencional.

(ii) - Alvo : conceitual ? concreto

(iii) - Extensão: localizada / generalizada

(iv) - Velocidade: mais ou menos progressiva (lenta)/ mais ou menos acelerada (rápida)

(v) - Ritmo : uniforme/ variável/ instantânea.

(vi) - Duração ; curta/ longa.

(vii) - Trajetória : completa / bloqueada/ regressiva.

(viii) - Fase: reestruturação ou conscientização/ reorientação/ aprofundamento ou consolidação

3.20 **Sobre a concepção**

A concepção da mudança esta diretamente ligada às estratégias de divulgação (Vandangeon- Derumez, 1998; Rocher, 2000). Ela pode se apresentar por dois métodos: concepção indutiva, quando a mudança é concebida por atores centrais, (como direção geral) e compartilhada com outros atores após a formulação do projeto.

Nesse caso existe uma lógica de ação induzindo o comportamento dos outros atores, esse movimento é conhecido como mudança “top/down.”; concepção dedutiva da mudança, quando o projeto de mudança surge em conseqüência da racionalidade dos atores envolvidos nas atividades práticas em busca de melhor desempenho. Fala-se então de mudança "bottom/up" (Milakovich, 1991). Este tipo de concepção é mais fácil de acontecer quando o sistema de gestão é centrado mais na participação que na hierarquia, favorecendo a criatividade e os comportamentos autônomos, (Brickman et al., 1998, Thomas, 1999)

Em resumo a concepção da mudança pode ser:

(i) Indutiva (determinada) “top/down"

(ii) Dedutiva (autônoma) "bottom/up"

3.21 **Sobre a estratégias de ação**

A mudança resulta de estratégias de ação desempenhada pelos diferentes atores, desenvolvidas no âmbito da teoria da ação social (Parsons, 1951; 1977). Como já nos referimos anteriormente (Benson, 1975), no interior da organização podem existir estratégias que favorecem a "cooperação" entre os diferentes profissionais e as diferentes estruturas, assim como, pode haver estratégias desestabilizadoras, perturbadora dos fluxos da rede interna, com instalações de conflitos capazes de por em perigo as estruturas e as fileiras de recursos.

Já o ambiente externo, (representado por instâncias de poder decisório definido) pode utilizar estratégias ditas "manipuladoras" que podem agir sobre a distribuição dos recursos na organização, com a criação de novas condições de financiamento e restrições de autonomia. Pode ainda, apresentar estratégia mais rígida; a chamada “autoritária”.

Nesses casos a organização pode receber determinações externas de instâncias gestoras legítimas com imposições de obediência. A resposta da organização nesses casos, como ressalta Benson, (1975) será o de assegurar a sobrevivência. Estas estratégias podem ser realizadas sucessivamente (estratégias seqüenciais) ou simultaneamente (estratégias combinadas).

As estratégias dos atores e os meios de acompanhamento utilizados que vão determinar a amplitude da mudança. (Os autores destacam que existem pelo menos quatro meios diferentes, (Mintzberg, 1983a; de Kennedy e Al, 1992; JCAHO, 1992; de Longest, Rakich & Darr, 2000; de Firth-Cozens & Mowbray, 2001)).

Os estímulos, a influência, a autoridade e o compromisso podem, modalidades, favorecer ou prejudicar a dinâmica de mudança. Os estímulos quando são positivos podem permitir a aquisição de mais recursos materiais, financeiros, humanos ou ainda de poder, etc. Se negativos, podem desmotivar os atores, diminuindo a adesão.

A influência pode ser exercida por representantes antagônicos da mudança: pessoas convencidas pela mudança, cépticas, ou mesmo hostis. Esta modalidade é incentivada pelo carisma e o reconhecimento dos responsáveis ou dos detratores do projeto. Quanto a autoridade, este meio pode ser exercido direta ou indiretamente em função do caráter das relações hierárquicas mobilizadas.

No compromisso ou descompromisso, a instalação depende do reconhecimento dos valores e da nova deontologia veiculados pela mudança. Este modo de adesão pode ser favorecido pelo reconhecimento da competência dos líderes responsáveis da mudança.

Os fatores de resistência podem exprimir-se de maneira ativa ou passiva. No caso de uma resistência ativa, as pessoas podem recusar-se á participar abertamente ou ainda manifestar posições de dissidência contestando a legitimidade da mudança. As resistências podem ser passivas. As pessoas podem ter comportamentos próximos da indiferença, recusando participar, diretamente, nas ações às quais são convidados ou, progressivamente, se se desligarem.

Estas resistências (Coninck, 1998) estariam relacionadas à incerteza frente o futuro, a falta de informação relativas aos desafios da mudança, a insuficiência dos meios para concretização da mudança e a percepção de injustiças. Para superar estas resistências, é necessário negociar e chegar ao equilíbrio entre interesses divergentes.

Esse equilíbrio pode situar-se em diferentes níveis: na utilização equânime das vantagens da eficácia, nas perspectivas de carreira entre os diferentes profissionais de uma mesma organização, na exigência entre as diferentes categorias profissionais, no stress que estão submetidos e na margem de manobra entre o investimento pessoal e os benefícios atribuídos.

É essencial reconhecer a importância da contribuição de cada profissional para o progresso da organização e de sua sobrevivência. É importante que as organizações tenham com os profissionais tanto no curto, quanto no médio e longo prazo.

Segundo Perret, (1994) não existe um comportamento estrito: os que são "pró" e os que são "contra". Cada ator desenvolve uma atitude "variável diante da mudança", sendo ao mesmo tempo favorável e reticente de acordo as vantagens e os inconvenientes que a mudança lhe acarrete. “a ambivalência das ações é ao mesmo tempo sincrônica e diacrônica”, como ressalta Perret. (1994, p 68).

As estratégias de ação podem ser:

(i) interna: cooperação/desestabilização (conflitos)

(ii) externa: manipulador/autoritário

(iii) com meios de acompanhamento: estímulo, influência, autoridade, compromisso.

3.22 **Sobre os desafios**

Os desafios da mudança podem ser de ordens estratégicas, organizacionais ou ainda relacionados com o ambiente.

3.23 **Transformação de ordem estratégica**

No que diz respeito às transformações estratégicas, a acreditação hospitalar enquanto programa de melhoria da qualidade enfoca estratégias de melhoria contínua da qualidade da assistência á saúde, utilizando-se de padrões ótimos de qualidade do cuidado, (Ronney, Ostemberg ,1999).

Para os autores, Berwick et al.,(1990); Milakovich,(1991); Longest, Rakich & Darr, (2000) um programa de gestão pela qualidade compreende **quatro dimensões a saber:**

Dimensão Filosófica:

A gestão pela qualidade é uma filosofia organizacional que se introduz na cultura da organização. Esta filosofia é centrada no cliente, e preconiza o alcance da satisfação de suas necessidades. As ações desenvolvidas com esse objetivo são fornecidos pelos atores internos, também, reconhecidos como clientes, portanto, também portadores de demandas.

Nessas condições, as transformações introduzidas para melhoria da qualidade estão relacionadas com a qualidade do desempenho desses profissionais. Portanto essas transformações demandam intervenções de caráter filosóficas envolvendo crenças e valores dentro da organização.

Dimensão compromisso:

O compromisso com um programa de gestão para qualidade é reconhecido com a liberação de recursos e instalação de condições favoráveis à credibilidade do programa. A gestão para qualidade deve criar uma atmosfera que permita a integração das ações de melhoria contínua da qualidade de cada profissional.

A avaliação contínua do programa permite situar-se em relação ao alcance dos objetivos de qualidade e a elaboração de medidas reorientadoras. Nesse sentido é imprescindível a

participação de todos. O nível do compromisso dos profissionais com o programa esta ligado ao nível de compreensão dos objetivos, na maneira de atingí-los e nas vantagens dos resultados O compromisso com um programa de gestão para qualidade é, também, sustentado pelo nível de cooperação existente entre as diferentes unidades do hospital.

Dimensão de visão prospectiva:

Na gestão para qualidade, a perspectiva adotada não está limitada às ações em curso ou as retrospectivas, os objetivos da melhoria contínua contemplam a prevenção dos desvios da qualidade prevenindo os erros, identificando oportunidades de melhoria dos processos.

Dimensão da Liderança

Essa dimensão assume um papel todo especial no programa de gestão para qualidade aplicado, enquanto mecanismo de transformação estratégica. Nesse contexto, o papel da liderança se diferencia das atribuições comuns das chefias ou gerências[47]. As ações da liderança compreendem três funções básicas: orientação, alinhamento de pessoal, motivação e inspiração. Nessa última, o papel da liderança é crucial para o alcance dos objetivos. A liderança cabe: incentivar a inovação, a participação dos indivíduos, a criação de grupos de trabalho e o "empowerment" dos participantes chaves, dando-lhes condições de superar as barreiras políticas, burocráticas e de recursos opostos à mudança.

3.23.1 Transformação da organização

As mudanças organizacionais são realizadas com o objetivo de contribuir para melhor desempenho da organização (Cameron & Whetten, 1983). A expectativa da resposta dessas transformações é definido como desenvolvimento organizacional; *"uma complexa estratégia educacional que tem por finalidade mudar crenças, atitudes, valores e a estrutura da organização, de modo que elas possam melhor se adaptar aos novos mercados, tecnologias e desafios e ao próprio ritmo vertiginoso das mudanças"* (Bennis, 1972:7).

[47] As atribuições das gerências incluem, planejamento, orçamento, organização, recrutamento de pessoal, controle e solução de problemas. A liderança conduz a adaptaçã, orientando com perspectivas de modificar significativamente as circunstâncias. Ela traça a visão do futuro, alinha o pessoal a essa visão, busca as cooperações necessárias á criação de equipes e coalizões e as inspira para ação apesar dos obstáculos. Kotter, (1997)

As modificações culturais dão início ao processo dentro do quadro de transformação estratégica, as outras estruturas se enquadram no contexto das inovações podendo adquirir novas formas físicas ou jurídicas. Novas normas de organização podem ser adotadas. No âmbito das transformações estratégicas pode ocorrer a instalação de um programa de melhoria contínua da qualidade onde o planejamento estratégico e a auto- avaliação sejam inseridos como nova norma de funcionamento interno.

As transformações organizacionais traçam novos cenários com a inserção de novos processos através da adição de novos recursos (humanos e materiais). Nos hospitais essas transformações podem incidir sobre os processos relacionados com a organização do cuidado ao paciente. Esses processos são legitimados institucionalmente através de documentos como protocolos, rotinas e procedimentos. As políticas da melhoria contínua da qualidade geralmente introduzem mudanças nos processos de organização e coordenação do cuidado (Kaegi, 1996).

As transformações da organização estão dirigidas particularmente para o capital humano da organização. Elas podem induzir novas formas de pensar, novas visões em busca de novos conhecimentos técnicos, com possibilidades de mudanças de práticas profissionais e desempenho de novas funções. Todas essas transformações acarretam mudanças nas relações sociais e conseqüentemente produz uma redistribuição de poder.

3.23.2 Transformação das relações entre a organização e o seu ambiente

A mudança, a organização pode estabelecer novas relações com o seu ambiente (Mintzberg & Wesley, 1992). Podem acontecer novas lógicas de regulação do ambiente, por exemplo, com novas redistribuições dos recursos. Estas mudanças podem também conduzir à relações mais integradas com os outros parceiros da rede.

Os desafios:

(i) a transformação estratégica compreende:

- a aquisição de programa de gestão para qualidade

(ii) a transformação da organização abrange:

- as estruturas simbólicas, físicas e organizacionais;
- os processos;
- os atores;
- a trajetória e desempenhos

(iii) e a transformação das relações entre a organização e o seu ambiente.

Na análise das mudanças ocorridas no hospital submetido preparação para acreditação nos interessa nesse momento responder:

1. Que mudanças ocorreram no hospital, em conseqüência da preparação para acreditação?
2. Quais as características dessas mudanças, considerando as variáveis escolhidas para o presente estudo?

4 METODOLOGIA

Esta dissertação foi elaborado com a finalidade de compreender o fenômeno da mudança organizacional em um estabelecimento de saúde submetido a um processo de preparaçào para acreditação. Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa,[48] descritiva[49] Optamos pela estratégia de investigação do estudo de caso descritivo, por ser essa o métodologia que melhor atende aos objetivos estabelecidos, descrevendo a ocorrência da mudança em um contexto hospitalar específico.(Champagne et Denis, 1992 ; Contandriopoulos et al, 1992 ; 2000 ; Pomey,20002). Portanto, á luz desta métodologia, assim como sob a orientação do quadro teórico definido na construção do marco teórico, buscamos descrever e compreender o fenômeno da mudança organizacional em um contexto de preparação para acreditação de um estabelecimento de saúde

Neste capítulo buscamos detalhar a estratégia de investigação adotada, a seleção do caso, o processo da coleta de dados e os crítérios observados para assegurar o rigor ciêntífico da pesquisa.

4.1 A metodologia

O estudo de caso possui várias definições: Leopardi, (p. 125-126, 2002) define o estudo de caso como « *uma investigação sobre um evento ou situação (caso), em que se busca um aprofundamento dos dados, sem a preocupação sobre a freqüência de sua ocorrência* ». Essa autora aponta as principais características deste método dentre as quais destacamos:

(i) o objetivo da descoberta;

(ii) a ênfase na interpretação do contexto;

(iii) o uso da variedade de fontes de informação;

---

[48] Pesquisa qualitativa: refere-se à constituição do objeto de estudo; um fenômeno ou representação de um fato, relativos ao mundo perceptivo, subjetivo e não mensurável, concebido como próprio das ciências humanas e sociais. Este tipo de pesquisa, visa compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam. Atenta-se portanto ao contexto social no qual o evento ocorre. Leopardi (2002, p 117

[49] É aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve. (Tovar, 2002, p. 69)

O « *The United States General Accounting Office(USGAO)* », define o estudo de caso como : « *a method for learning about a complex instance, based on a comprehensive understanding of that instance obtained by extensive description and analysis of that instance taken as in its context »(* USGAO, 1990, p14)

E ainda, referindo-se a metodologia do estudo de caso, Yin, (1981, 1992 & 1994) afirma que esta estratégia de investigação caracteriza-se como pesquisa empírica quando :

(i) - as questões da pesquisa estão centradas sobre o « como » e o "porque" do fenômeno

(*ii)* - o pesquisador não exerce nenhum controle sobre os acontecimentos.

(iii) - o estudo trata de um fenômeno contemporâneo dentro do seu ambiente de realização.

(iv) - busca-se nitidez entre os limites do fenômeno ocorrido e o contexto de realização.

Portanto o estudo de caso é a metodologia mais apropriada para colocar em evidência o que nos interessa nesta pesquisa.

4.2 **Planejamento metodológico do estudo**

O planejamento metodológico, adotado consiste um estudo de caso explicativo longitudinal. (Yin, 1989,1994ª),utilizando unidades de análise ligadas entre si ,buscando contribuir para um conhecimento aprofundado de uma dada situação a partir de um caso particular único.. A análise longitudinal permite como destaca Van de Vem & Poole (1990) realizar uma pesquisa processual para descrever as variáveis ou os mecanismos que se instalam, ou mudam durante o acontecimento estudado. Pettigrew (1990) reforça o uso da análise longitudinal, acrescentando que esta facilita o estudo vertical do fenômeno. Isto é, o estudo do fenômeno, considerando as interdependências entre os diferentes níveis de uma organização e suas interconexões no decorrer do mesmo. Portanto, este estudo do fenômeno da mudança organizacional, a partir do contexto da preparação para acreditação, investigou as intervenções dos atores nos seguintes níveis:

(i) – nível de gestão das operações;.
(ii) – nível estratégico da preparação para acreditacão;
(iii) – nível operacional da preparação para acreditação.

4.3 **As variáveis para análise**

- estudo focaliza os fenômenos ocorridos no contexto da preparação e analisa as características da mudança, considerando a natureza de duas variáveis, sobre as quais se produzirão dados nominais, a saber:
  (i) Extensão: geral, localizada.
  (ii) Movimento de instalação: radical , gradativa

4.3.1 A escolha do caso

- Instituto Estadual de hematologia « Arthur Siqueira Cavalcanti » HEMORIO.

A escolha desse estabelecimento ocorre em função de sua trajetória em busca da excelência nas suas áreas de atuação e pelo seu reconhecimento em nível nacional e internacional. A possibilidade de conhecer o processo de preparação para acreditação em um estabelecimento que tenha alcançado essa meta, potencializará a relevância desse estudo.

As atividades do HEMORIO deseenvolvem-se em duas grandes e distintas áreas : a da hemoterapia e da assistência. Na primeira, é responsável pela cooordenação técnica da HEMORREDE, trabalhando com hospitais e serviços estaduais. Na segunda, é referência nacional para o atendimento a pacientes com doenças hematológicas.

O HEMORIO coleciona vários prêmios de qualidade desde os meados dos anos 90.Na metodologia da acreditação, área de hemoterapia foi acreditada pela American Association Blood Banks, em 2001 e 2003. A área hospitalar foi acreditada pela Joint Comission Internation em 2002 e 2003.

4.4 **Coleta de dados, natureza e levantamento**

A natureza dos dados foram qualitativos e a coleta foi delimitada ao período de abril de 1999 á dezembro de 2001.O levantamento dos dados foi realizado através de entrevistas semi-estruturadas , análise documental e observação direta dos meios, seguindo a seguinte orientação:

(i) - a análise de documentos : relatórios de auto-avaliação, avaliações externas, planejamentos estratégicos, relatórios de ações operacionais de preparação, relatórios de pesquisa de satisfação de cliente interno e externo, realizados no contexto de preparação.

(ii) - entrevista com profissionais sujeitos do processo: responsáveis pela Divulgação, disseminação, programação das ações estratégicas de levantamento e implementação de mudança, direção, lideranças, coordenadores, facilitadores e responsáveis pelos serviços assistênciais.

(iii) - entrevista com preparador técnico em acreditação,designado pela agência acreditadora.

(v) – Entrevista com representantes da agência acreditadoras

O Estudo da preparação para acreditação concentrou-se nos níveis de intervenção do processo:

4.4.1 <u>Nível I: Nível de gestão de operações</u>

- Estudo das ações desenvolvidas para o desenvolvimento do processo de acreditação, gerenciados pelos profissionais das duas instituições (o hospital e a agência acreditadora). No HEMORIO foram representados pela direção geral, coordenação técnica, gerência do núcleo de ações para qualidade e coordenação do núcleo de auditoria interna.

Foram entrevistados: a direção geral, a gerência de qualidade e coordenadora de auditoria interna.

4.4.2 Nível II: Nível estratégico de operações

- Estudo das ações estratégicas desenvolvidas pelos responsáveis pela divulgação, programação e planejamento das ações de implantação do processo de preparação para acreditação. Neste grupo estão, também envolvidos os atores do nível I. O grupo facilitador, cuja constituição, já representa uma estratégia para implantação do processo de preparação para acreditação, também compõe esse grupo.

4.4.3 Nível III: Nível operacional

- Estudo das ações realizadas para implantação das melhorias de qualidade, durante o processo de preparação para acreditação. Neste nível foram entrevistados os chefes de serviço, os profissionais da assistência ao paciente e os profissionais dos serviços de apoio. Nas ações deste nível participam os atores dos níveis anteriores, gerentes e facilitadores, e os da linha da operacionalização das melhorias planejadas. Os quadros apresentando os resumos dos resultados da coleta de dados estão relacionados em apêndices no corpo desse trabalho

4.5 **As entrevistas semi-estruturadas**

As entrevistas permitiram colher informações sobre os acontecimentos da preparação, diretamente com os sujeitos do estudo, possibilitando o conhecimento de suas atitudes e opiniões face ao fenômeno estudado, (Snow & Thomas, 1994). Para realização das entrevistas foram elaboradas questões fechadas e abertas, relacionadas com as variáveis já mencionadas, afim de conhecer suas relações com as características da mudança conduzida pela preparação. As planilhas elaboradas como instrumentos destas entrevistas foram testadas antecipadamente, (Bouchard JR, 1983) com resultados satisfatório para o alcance dos objetivos da coleta de dados. Esse material consta como apêndices no corpo desse trabalho.

4.6 **Realização das entrevistas**

As entrevistas foram conduzidas com vistas á cobrir a coleta de dados com grupo representativos na participação do fenômeno estudado. Nesse sentido foram elaborados roteiros de entrevistas para cada grupo diferenciados apenas pelas questões pertinentes ás respectivas atividades. Assim foram entrevistados os segmentos: a direção do estabelecimento, a coordenação do processo de preparação, as lideranças disseminadoras, as chefias de serviços e os representantes da agencia acreditadora.

A permissão para realização da pesquisa de campo, envolvendo a participação dos profisssionais, análise de documentos e observação dos meios no estabelecimento escolhido, foi formalizada, conforme legislação vigente da CONEP. O projeto do presente estudo, aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do do IMS/UERJ foi apresentado a Comissão de Ética e Pesquisa do HemoRio, através do Serviço de Desenvolvimento Técnico-Científico e Educacional solicitando a permissão e colaboração do estabelecimento enquanto objeto de estudo.

Uma vez aprovada a realização da pesquisa, através do parecer da CEP/HEMORIO, as entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas nas dependencias do hospital.

Quase todas as entrevistados foram gravadas, com duração média de 30 minutos e todos os participantes foram informados por escrito sobre os objetivos da pesquisa, o compromisso da pesquisadora e as condições de participação.

4.7 **A seleção das pessoas**

A seleção das pessoas para participação nas entrevistas, teve como critério as condições de informações sobre o processo de preparação para acreditação, desde a fase de levantamento das condições (auto-avaliação), do estabelecimento, passando pela programação estratégica e operacional da preparação para acreditação. A seleção das pessoas chaves desses processos é excencial nos estudos que utilizam métodos qualitativos, (Seidller, 1974). Portanto a listagem abaixo foi definida após as primeiras consultas aos documentos da primeira fase da preparação:

- Na área assistêncial - Os chefes de serviços dos setores de internação, ambulatório ,e laboratórios - (9 pessoas) ;
- Na área de administração e gestão – A direção, e coordenações. (4 pessoas);
- Os coordenadores diretamente responsáveis pela preparação. Núcleo da qualidade (4 pessoas);
- Os facilitadores responsáveis pela auto-avaliação e disseminação do instrumento de avaliação. (10 pessoas);
- Um coordenador de acreditação designado pela agência acreditadora para acompanhamento da preparação do hospital , (1 pessoa) ;
- Coordenador da gerência de operacionalização do processo de acreditação. (1 pessoa) ;
- Diretor da agência acreditadora. (superintendente) ;

4.8 **Conteúdo das entrevistas**

4.8.1 Construção de instrumentos

Optou-se pela utilização de um roteiro semi-diretivo para conduzir o levantamento de dados nas entrevistas. Foram aplicados instrumentos, (em anexo) cujo teor das questões, visaram o recolhimento de dados que permitissem conhecer a instalação da mudança, as estratégias de divulgação e preparação para o alcance da acreditação e finalmente conhecer as características das mudanças instaladas. O conteúdo dos instrumentos aplicados de uma maneira geral abordaram as seguintes questões:

- Como foi apresentada à metodologia da acreditaçào ?
- Quando, como e porque foi iniciado o processo de preparação para Acreditação em sua unidade de trabalho ?
- Quem apresentou o tema ? (A direção ? Um coordenador ? Um chefe de serviço ? Um técnico de acreditação ?)
- Quais as estratégias de orientações sobre o uso dessa metodologia de avaliação ?

- Quantas horas foram despendidas para a explicação sobre a utilização do manual?. Cite a quantidade, locais e coordenações.

Quantidade. Onde ? Quem ?

Reuniões..... ....

Oficinas de trabalho..... ....

Treinamentos..... ....

Cartazes..... ... .

Folders., ...

- Como foi apresentado o processo de auto- avaliação ?
- Quais as repercussões do processo de auto-avaliação ? Quais os impactos nas atividades do hospital ?
- Que as mudanças foram provocadas pelos resultados do primeiro ciclo de auto-avaliação realizado no hospital ?
- Quanto á natureza da extensão, como se processaram as mudanças ? Localizadas ou generalizadas ?
- Quanto á natureza da instalação, como ocorreu, as mudanças ? Gradativas ou radicais ?

Quanto á natureza da intervenção, as mudanças modificaram os processos e estruturas da organizaçào ?

Quanto á natureza da intervençào, as mudanças modificaram á prática profissional ?

Quanto a natureza da aceitação das mudanças, onde e por quem foi demonstrado maior grau de adesão e onde e por quem foi demonstrado maior grau de resistência ?

- Quais os responsáveis pelo projeto de Acreditação no estabelecimento ?
- Quais as articulações entre a política de gestão da qualidade do estabelecimento e metodologia da preparação considerando as estratégias e valores da acreditação ?
- A participação na preparação para acreditação proporcionou a aquisição de novas habilidades em sua prática profissional ?
- A participação na preparação para acreditação causou algum impacto, positivo ou negativo para sua carreira profissional ?
- Que as ações desenvolvidas na preparação causaram impactos na natureza da aceitação das mudanças ?
- Quais foram os recursos físicos disponibilizados para preparação. ?
- Houve mudança no grau de integração entre as unidades de serviços, durante e após a preparação ? Como explica, a que atribuir ?

- Foi desenvolvida alguma rotina de acompanhamento das mudanças no processo de preparação ? Como e quem foi responsável ?
- Preparação para acreditação causou algum impacto em termos de competência profissional ?
- Qual o papel do preparador no processo de preparação para acreditação ?
- Quais as estratégias específicas de articulação entre o preparador técnico e as políticas de gestão da qualidade desenvolvidas no estabelecimento
- Quais as estratégias específicas do preparador na instalação do processo educacional, relacionado com o instrumento de avaliação para acreditação ?
- Quais os recursos técnicos disponibilizados para apreensão do manual de acreditação ?
- Qual a definição do programa de acreditação estabelecido pela agência acreditadora e o hospital ?
- Comentários gerais sobre a preparação para acreditação no HEMORIO e as perspectivas de valorização do trabalho ; os pontos fortes e as dificuldades encontradas durante o processo na visão do entrevistado.

(os modelos dos instrumentos construídos constam no final desse trabalho enquanto apêndices)

4.9 **Os documentos e as observações dos meios**

Os documentos pesquisados compreenderam o periodo de março de 1999 á dezembro de 2001, disponibilizados pelo Núcleo de Ações para Qualidade . Foram consultados e analisados relatórios de avaliações interna e externas ocorridas durante a preparação (auto-avaliação, avaliações externas CBA, auditorias internas períodicas focalizadas nos padrões de acreditação, relatórios de pesquisa de satisfação dos pacientes e funcionários realizadas antes do ínicio da preparação e após a segunda avaliação externa[50]. Todos os dados obtidos nos relatórios foram analisados e cruzados com as informações relatadas nas declarações dos entrevistados e com os relatórios de acompanhamento da coordenação de acreditação. Também foram consultados e analisados documentos da acessoria de comunicação (material de divulgação, folders, e jornais internos).

[50] Estas pesquisas foram realizadas pelo PRODEMAN/ Coordenadoria de Pesquisas de Demandas Sociais/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme definição do programa de acreditarão estabelecido pelo CBA e HEMORIO.

A observação dos meios, humanos e materiais, disponibilizados para preparação para acreditação foi relizada conforme programada. A visualização dos recursos diponibilizados para preparação foi realizada durante as entrevistas com os segmentos de profissionais das unidades de internação, atendimento de emergência, coordenação de enfermagem, e núcleo de ações da qualidade. Os recursos disponibilizados estão tambeém referidos nos documentos analizados.

4.10 **Operacionalização dos conceitos de base do estudo**

Esta pesquisa elegeu como base do estudo três variáveis cujos resultados nominais tem como função proporcionar uma compreensão mais aprofundada do processo de mudança ocorrida no ambiente estudado. Nesse sentido, tanto os roteiros das entrevistas como a análise de documentose observação dos meios foram orientados, para a identificação de dimensões de mudança correspondente a essas variáveis.

4.11 **Qualificação dos dados**

Quivy & Campenhoudt, (1988) qualificam os dados formalizados através de apresentação de documentos ou de declarações gravadas como dados objetivos e os dados informais colhidos por entrevistas e observações como subjetivos. Contudo adotamos o entendimento de Vallete, (1994) que qualifica esses tipos de dados como subjetivos, por entender que o sentido da informação depende da pessoa que a fornece e ainda da interpretação do pesquisador.

4.12 **Análise de dados**

Embora tenhamos trabalhado apenas com dados qualitativos, seguimos as fases de análises de dados recomerndados por Miles & Hubermam (1994), assim como utilizamos a terminologia proposta por Lessard- Hebert, Goyette & Boutin (1995) :

- primeira fase - condensação dos dados ;
- segunda fase - organizaçãoo e apresentaçãoo dos dados

- terceira fase - interpretação e verificação das conclusões

A etapa de condensação consistiu em sintetizar os dados colhidos e extrair os elementos excenciais. Em seguida os dados foram organizados para responder quais as condições básicas para implantação de mudanças no HEMORIO e quais as características, considerando as variáveis propostas para investigação neste estudo. Os dados obtidos, através dos métodos já citados foram processados qualitativamente em função das variáveis definidas como categorias de análises para o estudo. Ainda nessa fase, os dados colhidos nas análises dos documentos foram cruzados com os dados das entrevistas e observações.

A fase de organização e apresentação dos dados, consistiu em reunir as informações e apontar as conclusões, (Strauss & Corbin, 1990; Milles & Huberman, 1994). Nesta fase foram utilizadas mais de uma estratégia de organização : a primeira de natureza temporária,(*Temporal bracketing strategy,* Langley,1999), que permitiu realizar um recorte dos dados em períodos sucessivos de tempo. O planejamento longitudinal dos acontecimentos permitiram organizar os dados em três períodos : (1) o período de instalação do processo educacional, iniciado com a candidatura do hospital á acreditação. Esse período iniciou-se em abril de 1999 e estendeu-se por 3 meses. (2) o segundo período compreende os acontecimentos após a auto-avaliação e as avaliações externas programadas pelo CBA. Esse período compreende a etapa de planejamento e implementação das melhorias e iniciou-se em setembro de 1999 á maio de 2001. (3) O terceiro periodo corresponde aos acontecimentos de junho á dezembro de 2001, quando ocorreu a avaliação para acreditação.

A outra estratégia utilizada, foi a estratégia da narrativa (Langley, 1999) aplicada na construção da história á partir dos dados das entrevistas e da análise de documentos.

E por fim a fase de interpretação e verificação conclusões permite atribuir uma posição coerente com os dados condensados e organizados (Lessard- Hebert, Goyette & Boutin, 1995). Esta fase é o momento de identificar e confirmar as relações entre os dados assim como, o momento de testar as hipóteses da pesquisa.

4.13 **Validade e confiabilidade da pesquisa**

As metodologias de pesquisa, obedecem a um rigor ciêntífico, baseando-se a um conjunto de critérios que devem ser respeitados (KirK & Miller, 1986; Pourtois & Desmet,1989; Sandelowski, 1986; Yin,1994a; Laperriere, 1997): A validade interna, a validade de construção, a validade externa e a confiabilidade.

4.14 **Validade interna do estudo**

Esse critério esta relacionado á credibilidade da pesquisa. No estudo de caso, essa validade sustenta-se na coerência das relações do modelo teórico inicial, e as revelações do caso estudado, isto é, da condição explicativa do estudo corroborando á teoria (Contandriopoulos et al., 1990). O grau de conformidade entre as proposições teóricas e os resultados empiricos revelados constitui uma das forças de validade interna Há ainda a técnica da triangulação que permite reforçar a validade interna do estudo de caso (Pourtois et Desmet, 1989).

4.15 **Validade da construção do estudo**

Esse critério, relacionado a fidelidade aos objetivos, sustenta-se na capacidade da pesquisa de definir as medidas adequadas aos conceitos que se propõe observar (Bagozzi & Phhillips, 1982). Ter a validade de construção do estudo é um dos aspectos críticos da metodologia de estudo de caso, para evitar o risco de não alcançá-la Yin, (1994a) propõe o uso de estratégias : no momento da coleta de dados é importante usar mais de uma fonte de informação, (tringulação) e no relatório da pesquisa evidenciar as relações entre as questões colocadas, os dados colhidos e as conclusões propostas. Nesta pesquisa, buscamos atender este critérios, tanto no momento da coleta de dados, (utilizamos a estratégia de triangulação de fontes de informações múltiplas e temporal) como na redação dos capítulos.

4.16 **Validade externa do estudo**

A validade externa de um estudo de caso corresponde á sua capacidade de generalizar os resultados observados para além do caso estudado, possibilitando o aproveitamento da experiência em outro contexto. Nesse sentido, Contandriopoulos et al, (1990) adverte aos pesquisadores sobre a importância do questionamento da influência do contexto sob o qual se desenvolvem os efeitos observados nos estudos de casos. Segundo Stake, (1994) parece existir um consenso entre os pesquisadores usuários de métodos qualitativos sobre a palavra generalização: a "generalização" das situações entendida nos estudos de caso, ocorre em função de uma teoria e não do universo dos indivíduos. Yin, (1994 a & 1999) ressalta, que quanto mais os resultados observados se mostrem coerentes com as proposições teóricas apresentadas no estudo, maior a capacidade de extrapolação desses resultados para outros contextos.

Este estudo apresentou um quadro teórico consistente, utilizado como fio condutor para conseguir os objetivos da pesquisa. Todavia, por tratar-se de um estudo de caso único e considerando o contexto particular do estudo, nos parece necessário continuar pesquisando em outros casos, utilizando o material resultante deste, a fim de consolidar a validade externa do presente estudo.

4.17 **Confiabilidade do estudo**

A confiabilidade dos estudos de caso, assim como de outras metodologias de pesquisa, é medida pela capacidade de obtenção dos mesmos resultados, caso o estudo fosse realizado em outros estabelecimentos repetindo as mesmas operações de pesquisa, mas levando em conta as diferenças de contexto. A inserção deste estudo em outra pesquisa propondo um estudo de casos comparativos, estensivo a dois outros estabelecimentos de saúde acreditados, (privado/publico/ filantrópico) esta cogitado como desdobramento da pesquisa atual, com perspectiva de realização da validade externa da mesma

5 RESULTADO DA ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da contextualização do processo de acreditação e dos dados coletados sobre a preparação desse processo no hospital estudado, passamos a expor a expor os resultados do material coletado e analisado.

Sob a orientação do marco teórico procuramos identificar as condições que favoreceram a ocorrência de mudanças no HEMORIO e, quais foram às mudanças instaladas a partir das ações da preparação. Em seguida, abordaremos as características das mudanças ocorridas em função das variáveis propostas por este estudo.

5.1 As condições favoráveis à instalação das mudanças no hospital estudado

5.1.1 As estratégias

As entrevistas evidenciam o papel educacional configurada nas respostas dos atores processo de preparação, assessorado pelo acompanhamento do preparador técnico do CBA.

A disponibilidade para orientações técnicas, com base nas interpretações dos padrões do manual de acreditação e na condução do processo em si, faz com que o preparador técnico assuma o papel de docente, segundo declaração do mesmo[51]: “um professor amoroso que estabelece empatia com os atores internos, sendo solidário no enfrentamento dos desafios do processo”.

As atividades de educacionais compreenderam desde as reuniões com pequenos grupos nos próprios setores a realização de seminários e cursos de capacitação de facilitadores.

A instalação de grupos de trabalho multiprofissional, com representações de todos os serviços foi instalado com a criação dos grupos facilitadores (GF). Estes grupos tiveram a atribuição de internalizar o processo de preparação para acreditação, através da divulgação da metodologia da acreditação, a auto- avaliação, o planejamento e a operacionalização das ações de melhoria de desempenho para alcance das conformidades dos referenciais.

O processo de preparação para acreditação do HEMORIO, compreendeu quatro períodos e várias fases, incluindo a procedimento de acreditação. As ações de auto-avaliação precediam a

[51] Entrevista com a preparadora Cinthya Magluta

cada avaliação externa, estas atividades foram desenvolvidas pelos grupos facilitadores amparados na experiência da técnica de auditoria, cuja prática sistemática e realizada no hospital nas ações de avaliação e controle de processos antes da preparação para acreditação.

Segundo a entrevista da preparadora técnica do CBA, *"Foram realizadas simulações de visitas de avaliação para acreditação, nos moldes da metodologia do CBA/JCI; com avaliações de prontuários: visita predial, etc. conforme as rotinas da agenda da avaliação para acreditação. O ponto relevante dessas atividades foi o exercício de "positivismo" adotado para condução do processo de preparação, ou seja, as pessoas eram orientadas a interpretar o instrumento de avaliação de forma a encontrar o achado positivo do padrão mesmo que esse não apresentasse conformidade integral. Sem fugir a realidade das condições do hospital, buscou-se algum começo positivo nas condições avaliadas, evitando as colocações completamente negativas sobre a conformidade dos padrões. Os profissionais eram sempre orientados na busca de algum indício positivo e, em seguida, planejar as ações para alcançar conformidade do padrão.*

Houve uma preocupação em preparar as pessoas para responderem as questões, sem se intimidarem com a situação de avaliação. A colocação de que a avaliação era uma forma de ajudar a alcançar o estado desejado, colocado pelo padrão. Outro trabalho intensivo foi o de despertar a solidariedade entre os profissionais, buscando aumentar o nível de integração entre os setores."

5.1.2 A autonomia

A autonomia da direção do hospital se observa nas iniciativas de busca de melhoria de desempenho através da implantação de programas de melhorias de qualidade; no reforço estruturas organizacionais que funcionaram como mecanismos propulsores de implantação das melhorias contínuas da qualidade.

A atuação da coordenação técnica do hospital, assumindo a condução do processo de preparação em sua segunda fase, facilitou a operacionalização de ações técnicas necessárias para implantação das melhorias e conferiu maior autonomia no desenvolvimento do processo

5.1.3 A liderança

A análise do material coletado pode revelar uma peculiaridade importante no processo de preparação para acreditação do HEMORIO: (i)a instituição dispõe de um grupo de liderança administrativa criado desde os primeiros processos de melhoria da qualidade, implantados em 95.

(ii) a liderança exercida pela direção geral na condução desse grupo, segundo declarações dos entrevistados, destacou-se pelo compromisso estabelecido com o processo de preparação desde sua instalação.

(iii) a legitimidade dos coordenadores e facilitadores, teve papel importante enquanto estratégia de valorização e motivação para os grupos de trabalho.

(iv) o trabalho do preparador técnico em consonância com a coordenação da acreditação[52] do hospital, segundo os facilitadores entrevistados, condicionou a realização da preparação em ambiente de interação, com a promoção de maior integração, especialmente para os atores que atuaram em ações estratégicas.

5.1.4 As mudanças instaladas no HEMORIO a partir da preparação para acreditação

De acordo com o material coletado, foram implantadas mudanças significativas no âmbito dos processos organizacionais voltados para assistência e algumas mudanças na estrutura física organizacional. Contudo, embora constem afirmações sobre a ocorrência de a mudança na prática profissional e na relação de integração dos serviços, consideramos que estas questões deverão ser objeto de outro estudo.

Assim, nos deteremos nas características das mudanças no processo do cuidado e organização da prática assistêncial:

-Sobre a otimização das informações ao paciente referente ao seu tratamento e a assistência prestada:

[52] O núcleo de ações para qualidade, constituído do núcleo de auditoria interna, setor de normatização e ouvidoria O setor de Ouvidoria do HEMORIO, formalizado após a 1ª avaliação externa do CBA (1999) . Esteve ligada a divisão de pesquisa e Recursos Humanos, mais tarde em 2000 foi vinculada ao NAQ. Atualmente é vinculada a direção geral.

- Formalização do modelo abrangente do consentimento informado declarando o compromisso com a assistência: um formulário para ser assinado pelo médico e o paciente ou responsável.
- Criação do Procedimento Operacional Padrão, (POP) sistematizando esse procedimento, tornando-a obrigatório na instituição.
- Criação do Manual de Orientação ao Paciente, (MOP) com informações pertinentes aos serviços assistenciais oferecidos pelo hospital.
- Criação do Procedimento Operacional Padrão para assistência de pacientes vulneráveis.
- Criação do Procedimento Operacional Padrão de garantia da privacidade nas ações de cuidado aos pacientes. Instalações de dispositivos de separação dos leitos e garantia de privacidade.
- Criação da Atividade "Classe Escola" em convênio com a Secretaria de Estado de Educação.
- Criação do Procedimento Operacional Padrão, para as atividades escolares para os pacientes menores internados na pediatria.
- Criação do Procedimento Operacional padrão para proteção dos pertences dos pacientes contra roubo ou perdas.
-Criação do Procedimento Operacional Padrão para o treinamento e informações sobre técnicas de reabilitação do paciente.
- Criação de Políticas Operacionais Padrão para os procedimentos de avaliação e reavaliação do paciente pelas equipes multiprofissionais.

Reestruturação os protocolos clínicos, os planos de cuidado de enfermagem, os formulários de avaliação da nutrição, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais.

-Definição de Políticas Operacionais Padrão voltadas para: o uso de medicamentos que o paciente trás de sua residência; prevenção e controle de erros de administração de medicamentos; monitoração de reações adversas de medicamento; plano terapêutico para contenção ao leito e isolamento de paciente com situações de risco; supervisão e manutenção de material de paradas cardio-respiratória.

- Definição de critérios de transferência dos pacientes para Unidade de Terapia Intensiva (POP).
- Criação de Política Operacional Padrão definindo sistema de alta hospitalar, com processos interativos entre os serviços.
- Reestruturação do Organograma funcional do hospital.
- Reestruturação do serviço de farmácia: instalação novos fluxos e processos organizacionais, redefinição das atribuições e competência, redefinição do horário de funcionamento (24 horas),

- Reestruturação dos processos de funcionamento do setor de recursos humano.
- Reestruturação do Serviço de Assistência a Saúde do Funcionário (SASF)
- Reestruturação da Emergência: mudança física, com obra de adequação de espaço físico, reestruturação dos processos de cuidado ao paciente.
- Criação de Política Operacional Padrão para atendimentos de situações de catástrofes;
- Criação de Políticas e procedimentos para controle e avaliação da qualidade dos serviços contratados; - - Criação de Políticas operacionais padrão para compras de insumos pela FUNDARJ.
- Reestruturação do plano de evacuação em situações de emergência.
- Sinalização dos pontos e áreas de risco.
- Estruturação do setor de hotelaria, com processos e atribuições definidos em políticas operacionais padrão.
- Reestruturação da Comissão de Infecção Hospitalar, com revisão de normas, processos e políticas, atualização de funcionamento conforme legislação vigente.
- Instalação de sistemas informatizados de comunicação.
- Aumento do quadro de enfermeiros, para dar cobertura em todos os setores nas 24 horas.
- Reestruturação do funcionamento do ambulatório, com aumento de estrutura física e organização dos processos, normas, políticas e procedimentos.

5.1.5 Características das mudanças

Quanto a característica dessas mudanças, a análise do material coletado nos remete as seguintes considerações:

Os atores entrevistados dos diferentes níveis de ação, responderam que, quanto a natureza da extensão as mudanças ocorridas no HEMORIO, **foram generalizadas**, e para chegar a esse resultado foi necessário à construção de setor por setor: *"A mudança na instituição após a preparação ocorre de forma generalizada, como uma rede construída de vários nós do mesmo tipo*[53]*"*.

A análise do contexto e as observações dos serviços do hospital estudado nos levam a crer que na grande maioria dos setores do hospital ocorreram situações de mudança, em conseqüência do processo de preparação para acreditação.

[53] Entrevista com a Enfermeira Chefe

Quanto à natureza do movimento, ou velocidade da mudança, ocorrida com a preparação, à análise dos dados coletados, revela uma **natureza gradativa**. Como explicou um dos entrevistados*; " As mudanças ocorreram em função da assimilação, da compreensão da nova proposta de organização, e na prática, pela operacionalização dos novos processos. Como as mudanças se instalam através da educação, com assimilação de uma nova mentalidade, portanto, de forma gradativa."(entrevista com a Enfermeira Chefe)*

REFRÊNCIAS

Agence Française de Normalisation (AFNOR). (2002). La boutique AFNOR. Desponivel em: <http://www.afnor.fr/>

ALMEIDA, F. N. Transdisciplinaridade e saúde. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva II** (1/1). p. 5-20. 1997.

BARTOLI, A. & ANAUT, M. (1996). Les paradoxes du changement dans les hôpitaux. In: A. P. CONTANDRIOPOULOS & Y. SOUTEYRAND (Eds.). **L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins**. Paris: John Libbey Eurotext, 1996. p. 179-1999.

BERGMAN, P. Thinking about programmed and adaptative implementation: matching strategies to situations. In: D. MANN & H. INGRAM (Eds.). Why Policies Succeed and Fail. Beverly Hills CA: Sage Publications, 1980.

BERWICK, D. GODFREY, B. A. ROESSNER, J. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e de Saúde.** Editora Makron Books, 1994. 130 p**.**

BERTRAND, D. Accréditation et qualité des soins, Dossier spécial. **Actualité et dossier en santé publique.** Juin, n. 35, p. 18-78, 2001.

BERWICK, D. M. Continuous improvement as an ideal in health care. In: N. O. GRAHAM (Ed.). **Quality in health care - theory, application and evolution.** Gaithersburg, Ma: Aspen Publication, 1995. p. 64-71.

BERWICK, D.M., & NOLAN, T.W. Physicians as leaders in improving health care : a new series in annals of internal medicine. **American College of Physicians,** 128 (4), p. 289-292, 1998.

BOHIGAS, L., & ANSENJO, M. A. Hospital accreditation in Calatunya: an assessment of the performance in quality of hospitals. **Int. J. Health Plann. Manage**. 10, p. 201-208, 1995.

BRAUN, B. I., KOSS, R. G., & LOEB, J. M. Integrating performance measure data into the joint commission accreditation process. **Evaluation and the health professions**, 22 (3), p. 283-297, 1999.

BRICKMAN, R., AXELROD, R., ROBERSON, D., & FLANAGAN, C. Clinical process improvement as a means of facilitating health care system integration. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, 24 (3), p. 143-153, 1998.

BROWN, A. The advancement of learning. Educational Researcher, 23 (8), p. 4-13, 1994.

BUCHAN, H., & BROOK, C. Quality in Australian hospitals - who cares?, Editorial. International Journal for Quality in Health Care, 9 (7), p. 243-244, 1997.

BURNS, J. M. **Leadership**. NY: Harper & Row, 1978.

CAMPOS G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva 4**.(2). p. 393-403. 1999.

CARAPINHEIRO, G. **Os saberes e os poderes no Hospital**: uma sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto, Portugal. Edições Afrontamento. 295 p. 1993.

CARLZO, J. **A hora da verdade** — foreword by Tom Peters. São Paulo. 11ª edição revista/ampliada. Cop Editora. 120 p.

CECILIO, L. C. 1994. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo. Hucitec, 1994. 334 p.

CECILIO, L. C. O. As propostas de melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e suas inter- relações com os espaços de controle social. In: DAL POZ, M. R., PINHEIRO, R. (Org.). **A qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Uerj/ Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Saúde e Movimento. Vol.3. p. 17-27. 1997.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., & LAMOTHE, L. Partie I: Des organisations complexes aux contours flous. Montréal: Département d'Administration de la Santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal, Octobre, 2001.

Paris. Décret n° 97-311 du 7 avril 1997. Code de la santé publique. Relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'ANAES. Journal Officiel de la République Française du 8 avril, p. 5328-5335, 1997.

COHEN, M. D., & MARCH, J. G. **Leadership and Ambiguity**. Boston: Harvard Business School Press, 1986.

Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. **Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée. Une approche centrée sur le patient**. Ottawa: CCASS, 1995.

Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. MIRE. Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation. Programme d'agrément. Ottawa: CCASS, 2001.

Conseil Québécois d'Agrément d'Etablissements de Santé et de Services Sociaux. **Document de présentation du système d'agrément**. Montréal: CQAESSS, 1996.

Conseil Québécois d'Agrément d'Etablissements de Santé et de Services Sociaux. Dossier de l'établissement aux fins d'agrément, Mission CLSC. Montréal: CQAESSS, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Réformer le système de santé: Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. **Ruptures**, 1 (1), p. 8-26, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A. - P. & DENIS, J. - L. Matériel de cours «intégration et changement», maîtrise en administration de la santé, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., & AVARGUES, M.-C. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Rev. d'Epidém. et Santé Publ.**, 48, p. 517-539, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., POUVOURVILLE, G., POULLIER, J.-P., & CONTANDRIOPOULOS, D. A la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIè siècle. In: M.-P. POMEY, J.-P. POULLIER, & B. LEJEUNE (Eds.). Santé Publique. Paris: Ellipses, 2000. p. 637-667.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., & SOUTEYRAND, Y. L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins. Paris: John Libbey Eurotext, 1996 b.

COURPASSON, D. Le changement est un outil politique. **Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement.** Numéro spécial, 120, (Septembre-Octobre), p. 6-16, 1998.

CROSBY, P. B. **Quality is free: the art of making quality certain**. New York: McGraw-Hill, 1979.

CROZIER, M. Jeux des acteurs et dynamique du changement, entretien avec Michel Crozier. In: P. CABIN & J.-F. DORTIER (Eds.). **La sociologie. Histoire et idées**. Paris: Editions Sciences Humaines, 2000. p. 205-212
.
CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. **L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective**. Paris: Ed. du Seuil, 1977.

CROZIER, M. **Jeux des acteurs et dynamique du changement**, entretien avec Michel Crozier. In: CABIN, P.& J., DORTIER, F. (Eds.). La Sociologie. Histoire et idées.. p. .205-212. Paris: Editions Sciences Humaines. 2000.

DEMERS, C. De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. **Revue Internationale de Gestion**, numéro thématique: Transformer l'organisation, 24 (3), p. 131-139, 1999
.
DEMING, W.E. Hors de la crise .Paris: Economica Ed., 1991.

DENIS, J.-L., & CHAMPAGNE, F. Pour comprendre le changement dans les organisations. **Gestion**, Février, p. 44-55, 1990 a
.
DENIS, J.-L., & CHAMPAGNE, F. L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. **Revue Canadienne d'Evaluation de Programme**, 5 (2), p. 47-67, 1990 b.

DESCOMBES, J.-P., & FRANÇOIS, P. De l'effet de mode à un nouveau mode de service au patient. **Revue Française de Gestion**, 1 (Janvier/Février), p. 70-72, 1998.

DONABEDIAN, A. An examination of some directions in health care policy. **American Journal of Public Health**, 63 (3), p. 243-246, 1973.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality.** Ann Harbor, Mi: Health Administration Press, 1982.
DONABEDIAN, A. Modalités de diffusion des démarches qualité dans les établissements de santé. In: Conférence donnée dans le cadre du groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal, 1991.

DRUKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor**: práticas e princípios. São Paulo. Editora Thomson Pioneira, 2002. p. 378
.
DUCKETT, S. J. Assuring hospital standards: the introduction of hospital accreditation in Australia. **Australian Journal of Public Administration**, XLII (3 September), p. 385-402, 1983 b.

European Foundation for Quality Management, (2002). **The European Quality Awards**. Enable in: http://www.efqm.org.

FOURCADE, A., & MAGUEREZ, G. Evaluation d'une démarche qualité: quels sont les méthodes, les objectifs et les conséquences des démarches existantes? **Gestions Hospitalières**, Juin-Juillet, p. 441-449, 2000.

GERBAUD, L., MARTY, M., & VIBET, M.-N. Evaluation comparative des structures de soins hospitaliers et accréditation. Quelques repères. **Revue Médicale de l'Assurance Maladie**, 2 , p. 60-65, 1998.

GIRAUX, A., & JOLLY, D. How to induce physicians to engage in quality assurance activities in university hospital: a policy. **Quality assurance in health care**, 4 (1), p. 19-24, 1992.

GUBA, E. G., & LINCOLN, Y. S. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: N. K. DENZIN & Y. S. LINCOLN (Eds.), **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. p. 105-117.

GUILHON, A. Le changement organisationnel est un apprentissage. **Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement.** Numéro spécial, 120 (Septembre-Octobre), p. 98-107, 1998.

HADDAD, S., ROBERGE, D., & PINEAULT, R. Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. **Ruptures**, 4 (1), p. 59-78, 1997.

HARTZ, Z. M. DE A. (Org.). **Avaliação em Saúde** – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas. Editora Fiocruz, 1996. Material de preparação para avaliação. 131 p
.

HASSENTEUFEL, P. Vers un déclin du «pouvoir médical»? Un éclairage européen (France, Allemagne, Grande-Bretagne). **Pouvoirs**. 89, p. 51-64, 1999
.
HEIDEMANN, E. Client-Centred Accreditation. **Int. J. Health Plann. Manage,** 10, p. 209-222, 1995.

HEIDEMANN, E., Accreditation: projets interrnationaux. In: Accréditation et qualité des soins hospitaliers, dossier coordonné par D Bertrand, **Actualité et dossier en santé publique**, Juin, n°35, p. 56-66, 2001.
HERMAN-TAYLOR, R. J. Finding new ways of overcoming resistance to change. In: J. M. E. AL
. PENNINGS (Ed.), **Organizational Strategy and Change**. San Francisco, CA: Jossey-Bass Pub., 1985. p. 383-411.
HERTZ, H., REIMANN, C., & BOSTWICK, M. The Malcolm Baldrige National Quality Award concept: Could it help stimulate or accelerate health care quality improvement? **Quality Management in Health Care**, 2**,** p. 63-72, 1994.

HUANG, P. An overview of hospital accreditation in Taiwan, Republic of China. **Int. J. Health Plann. Manage**, 10, p. 183-191, 1995.

ISQua. (2002). **Accreditation and ALPHA**. Enable in: http://www.isqua.org.au/
International Organization for Standardization (ISO). (2002). ISO 8402. Enable in: http://www.iso.ch/
JICK, T. D. Mixing Qualitative et Quantitative Methods: Triangulation in Action. **Administrative Science Quarterly**, 24, p. 602-611, 1991.

JURAN, J.M. Juran on planning for quality. New York, NY: Free Press, 1988.
KADT, E., TASCA, R. **Promovendo a Equidade**: um novo enforque com Base no Setor de Saúde. São Paulo. Hucitec. 128 p. 1992
KATZENBACH. J. e a equipe de RCLs. **Os verdadeiros Líderes da mudança**: como promover o crescimento e o alto desempenho na sua empresa. Editora Campos, Rio de janeiro 1996. p 387

KIT S. **Gerência de Qualidade Total -** O Guia para o ISO – 9000. São Paulo. Clio Editora, 1995.

KOCH, H. C. H. **Total Quality Management in Health Care**. Harlow, Essex: Longman, 1991
.
KOENIG, G. L'apprentissage organisationnel: repérage des lieux. **Revue Française de Gestion**, Janvier-Février, p. 76-83, 1994.

KOTTER, J. P. **Liderando mudança.** Rio de Janeiro. Editora Campos, 1997. p. 187.

LABARÈRE, J., & FRANÇOIS, P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. **Rev. d'Epidém. et Santé Publ.**, p. 175-184, 1999.

LAMOTHE, L. La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel. **Rupture, revue transdisciplinaire en santé**, 6 (2), p. 132-148, 1999
.
LENGNICK-HALL, C.A. The patient as the pivot point for quality in health care delivery.**Hospital & Health Services Administration**, 40 (1), p. 25-39, 1995.

LEROY, D. Le management par projets: entre mythes et réalités. **Revue Française de Gestion**, 107 (janvier-février), p. 109-120, 1996
.
LEWIN, K. Décisions de groupe et changement social . In: A. LÉVY (Ed.). **Psychologie sociale : textes fondamentaux anglais et américains**. Paris: Dunod, 1978.

LIN, S.H., & YANG, M.S. Standardization, accreditation and licensing of hospital services in Taiwan. Hospitals, 27 (6), p. 67-93, 1994.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos do Brasil -** Analise Preliminar. Relatório de pesquisa, Fiocruz/Ministério da Saúde/PNUD/ Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro 112 p. 1996. Malcolm Baldridge National Quality Award Consortium. Malcolm Baldridge National Quality Award Application Guidelines. Milwaukee: Malcolm Baldridge National Quality Award Consortium, 1990.

MCCAFFREY, D. P., FAERMAN, S. R., & HART, D. W. The appeal and difficulties of participative systems. **Organization Science**, 6 (6), p. 603-627, 1995

MCCARTHY, J., & HICKS, B. Quality in health care: application of the ISO 9000 standard. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 4 (4), p. 21-26, 1991.

MCDONALD, P., & GANDZ, J. Getting value from shared values. Organizational Dynamics, Winter, p. 64-76, 1992
.
MENDONÇA, M. H. **O Relacionamento do Médico com a Administração do Hospital.** Santa Catarina. Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina. 2ª Edição, 1999.

MILES, M., & HUBERMAN, A. M. Qualitative Data Analysis. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994
.
MILLER, D., GREENWOOD, R., & HININGS, B. Miser sur le chaos ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normatives et universitaire du changement organisationnel. **Revue Internationale de Gestion**. Numéro thématique: Transformer l'organisation, 24 (3), p. 158-164, 1999
.
MINTZBERG, H. **Structure et dynamique des organisations**. Paris: Les Editions d'Organisation, 1982
.
MINTZBERG, H. **Power In and Around Organizations**. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1983 a.

MINTZBERG, H. **Structure in fives: designing effective organizations**. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1983 b.

MINTZBERG, H. **The Structuring of Organizations**. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B., & LAMPEL, J. Transformer l'entreprise. **Revue Internationale de Gestion**. Numéro thématique: Transformer l'organisation, 24 (3), p. 122-130, 1999
.

MINTZBERG, H., & WESTLEY, F. Cycles of organizational change. **Strategic management journal**, 13, 1992.

MITCHELL, E. S. Multiple triangulation: a methodology for nursing science. **Advances in Nursing Science**, 8 (3), p. 18-26, 1986.

MORGAN, G. **Images de l'organisation**. (2ème ed.). Laval, QC:Les Presses de l'Université Laval, 1999.

MOTTA, P. R. **Transformação Organizacional**; a teoria e a prática de inovar.Rio de Janeiro. Editora Qualitymark, 1997. p 224.

NADZAM, D. M., TURPIN, R., HANOLD, L. S., & WHITE, R. E. Data-driven performance improvement in health care: the joint commission's indicator measurement system (IMSystem). **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, 19 (11), p. 492-500, 1993
.

NETO. A Q, GASTAL. F.L. **Acreditação Hospitalar** - Proteção dos usuários, dos profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre. Dacasa Editora, em co-edição com o Instituto de Administração Hospitalar e Ciência da Saúde. 1997. Manual. Material para aplicação / Acreditação. 134 p.

NETO, A. Q. (Co). **Determinação de Padrões de Qualidade Hospitalar.** Instituto de Administração Hospitalar e Ciência da Saúde. Rio Grande do Sul. Sebrae - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio Grande do Sul. 1995. Manual. Material de aplicacação / Acreditação. 170 p.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro. Qualimarty Editora, 1994. 136 p.

NORMAN, R. (1985). Developping capabilities for organizational learning. In: J. M. PENNING & al. (Ed.). **Organizational Strategy and Change**. San Francisco, CA: Jossey-Bass Pub., 1985. p. 217-261.

NORONHA, J. C. & ROSA, M. L. G. **Qualitiy of health care** – growing awareness in Brazil. International Journal for Quality in Health Care Oxford.v. 11, n.5, p. 437 – 41. 0ct. 1999.

NORONHA, J. C., TRAVASSOS, C. M., ROSA, M. L. G. **Quality Improvement initiaves in Brazil:** a progress report. Joint Commmission Journal on Quality Improvement. Sto Louis. v. 25, n. 11, p. 565-73. Nov.1999.

NOVAES, H., de M. PAGANINI, J. M. **Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais** (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Edição Especial para o Colégio Brasileiro de Cirurgiões. OPAS/HSS/94.05. Original espanhol: Portugûes/Inglês. Revisto:em 11 abril 1994. 109 p.

Núcleo Técnico do CQH. **Manual de Orientação aos Hospitais.** Programa de controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar do estado de São Paulo. São Paulo. NTCQH, 1994. Associação Paulista de Medicina/ConselhoRegional de Medicina de São Paulo. Manual. Material para aplicação / Acreditação. 79 p.
NUNES, P. M. **Gestão da Qualidade nas Unidades de Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz – Produções Gráficas Multimeios / CICT. 119 p.

Material de preparação para Programa de Qualidade (PDCA)**.** O Caminho das Pedras. Rio de Janeiro. **-Manuais de Segurança Editora Futura, 1998**

O'CONNOR, S. J., & BOWERS, M. R. An integrative overview of the quality dimension: marketing implications for the consumer-oriented health care organization. **Medical Care Review**, 47 (2), p. 193-219, 1990.
O'LEARY, D. S. Accreditation in the quality improvement mold - A vision fort tomorrow. **Quality Review Bull**., 17, p. 72-77, 1991.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). **La réforme des systèmes de santé, La volonté de changement**. coll. Etudes de politiques de santé n°8. Paris: OCDE, 1996.

PERRET, V., & RAMANANTSOA, B. Un dirigeant-séducteur pour gérer le changement. Revue Française de Gestion, 111 (novembre-décembre), p. 143-151, 1996.

POMEY, M.-P., & POULLIER, J.-P. In search of a philosophical stone: painless adjustment France's Health Policy Conundrum. In: M. W. RAFFEL (Ed.). **Health Care Reform in Industrialized Countries**. Pittsburgh PA: Pennsylvania State University Press, 1997.

QUIVY, R., & VAN CAMPENHOUDT, L. **Manuel de recherche en sciences sociales**. Paris: Dunod, Bordas, 1988.

ROONEY, A., & VAN OSTENBERG, P. R. Definitions of licensure, accreditation, and certification. In: **Quality Assurance Project: Licensure, Accreditation, and Certification**. Bethesda, MD: Center for Human Services, 1999.
SANTOS, J. A. N. & LINS, R. G. Metodologia de implementaçãao da melhoria contínua e inovação: aplicações ao Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO. In: **Revista do Instituto Estadual de Hematologia Athur de Siqueira Cavalcanti**. Fascículo especial. v 14 (suplemento). n ½.. 1997.

SCRIVENS, E. International trends in accreditation. **Int. J. Health Plann. Manage**, 10, p. 165-181, 1995 b.
SCRIVENS, E. A taxonomy of the dimension of accreditation systems. **Soc. policy Admin**., p. 114-124, 1996. SCHYVE, P.M. Models for relating performance measurement and accreditation. **Int. J. Health Plann. Manage.**, 10, p. 231-241, 1995.

SCHYVE, P. M. Accreditation and Globalization, Editorial. **International Journal for Quality in Health Care**, 10 (6), p. 467-468, 1998

SCRIVENS, E. Report: Recent developments in accreditation. **International Journal for Quality in Health Care**, 7 (4), p. 427-433, 1995 a.

SCRIVENS, E. Policy issues in accreditation, Editorial. **International Journal for Quality in Health Care**, 10 (1), p. 1-5, 1998 a.
SCRIVENS, E. Widening the scope of accreditation - issues and challenges in community and primary care. **International Journal for Quality in Health Care**, 10 (3), p. 191-197, 1998 b

SÉGOUIN, C. **L'accréditation des établissements de santé: de l'expérience internationale à l'application française.** Paris: Les dossiers de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Doin Editeurs, 1998.

SHAW, C. Accreditation and ISO: international convergence on health standards. ISQua Position paper - October 1996. **International Journal for Quality in Health Care**, 9 (1), p. 11-13, 1997.

SHAW, C. The role of external assessment in improving health care. **International Journal for Quality in Health Care**, 12 (3), p. 167, 2000.
SHOLTES, P. R. colaboradores/ Joiner Associates Inc. Managements Consultants. **Times de Qualidade: Como Usar Equipes para Melhorar a Qualidade.** Rio de Janeiro. Qualitymark Editora Ltda, 1998. 334 p.
SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., & CONTANDRIOPOULOS, A.-P. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. **Ruptures**, 6 (1), p. 34-46, 1999.

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., BARNSLEY, J., BÉLAND, F., LEGGAT, S. G., DENIS, J.-L., BILODEAU, H., LANGLEY, A., BRÉMOND, M., & BAKER, G. R. A conceptual framework for the analysis of health care organizations'performance. **Health Services Management Research**, 11, p. 24-48, 1998.

SILVA. M. J. P. **Comunicação tem remédio** – A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo. Editora Gente, 1998. 2ª Edição. 133 p.

SIMON, J., & RUIZ, U. Accreditation trends in Spain. **Int. J. Health Plann. Manage.**, 10, p. 193-200, 1995.

SV&GM. Mode d'emploi et fiche signalétique. Questionnaire en vue de l'accréditation hospitalière. Paris: SV&GM Conseil en management, 1997.

TEIXEIRA, C. S. **Saúde do Trabalhador**: um desafio para qualidade total no Hemorio. 2000. 156 p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2000. 156 p.

TEMPORÃO, J. G., ROSA, M. L. G., MGLUTTA, C., BERENGER, M. O. **Consórcio brasileiro de acreditação de serviços e sistemas de saúde** (CBA): Origens e experiência atual. Ensaio. Rio de Janeiro. v.8 n. especial, p. 73-96. Jun. 2000.

TOUSSAINT, E. **L'impact du changement des standards qualité sur le management hospitalier. Etude au Centre Universitaire de Santé Mc Gill**, Montréal, Québec. Mémoire réalisé dans le cadre du stage d'élève directeur à l'ENSP, Rennes, France, 2000
.

VALETTE, A. (1994). **Formation des trajectoires d'offres de soins : les interactions hôpital-environnement**. Thèse en Sciences de Gestion, Université Parie-Dauphine, UFR de Sciences des organisations. Centre de Recherche en Gestion Ecole Polytechnique, Paris, 1994.

MODELOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS

APÊNDICE A - Entrevistas com profissionais da assistência e chefes de serviços

Sobre o processo de acreditação *:*

Como aconteceu seu primeiro contato com o processo de acreditação nesse hospital ?

Através de comunicações de :	Como :			Quant.	Quando.	
	Reunião. específica	Palestra específica	Reunião p/ todos	.	Antes da inst	No inicio.
- Minha coordenação ( ) e						
- Da direção, de minha coordenação, e especialistas.( )						
- Da direção e técnicos						

Quais as estratégias usadas para explicação e divulgação da metodologia de acreditação nesse hospital?

Tipo de atividades	Local	Quant.	Sistemat/	Tec./resp.	Dir/resp/téc..
Palestras com todos os funcionários					
Reuniões com todos os setores do hospital					
Utilização de recursos do setor de c. social					
Elaboração e distribuição de cartazes e folders.					
Reuniões para formação de grupos facilitadores, convocação de lideranças.					
Reuniões de responsáveis pelo planejamento e programação de disseminação.					

Que estratégias foram utilizadas para promover a compreensão do manual de acreditação?

Atividade	Dinâmica	Quantidade	Sistematização.	Participantes.
Encontros de sensibilização. Encontro de definição de papeis. Encontro de planejamento e programação. Encontros de treinamento para desempenho de papeis.				
Utilização de instrumento de educação "manual de preparação" Encontros de divulgação nos setores				

Que metodologias foram utilizadas no processo de preparação para acreditarão visando o entendimento do Manual?

Abordagens	**Dinâmica**	**Quantidade**	**Sistematização**	**Participantes**
Métodos de aprimoramento de processos. (MAP) Ciclos de Melhoria de desempenho. PDCA				
Metodologias de gestão da qualidade. Ferramentas. Critérios de avaliação.. Estudo e discussão dos padrões com posições positivas. Comparação com a realidade vivida na prática e a proposição dos padrões do manual.				

Quais os métodos utilizados no processo de auto-avaliação?

Ações	Dinâmicas	Quantidade	Período	Participantes
Promoção de troca de experiências e conhecimentos entre os grupos responsáveis pela operacionalização do processo.				
Definição da programação das responsabilidades de operacionalização do processo. (cronograma do processo)				
Simulação de avaliação externa				
Utilizando como medida dos critérios de avaliação: conformidade; conformidade parcial e não conformidade.				

Qual o resultado da primeira auto-avaliação em relação ás funções e padrões analisados? (%)

Função	Conformidade	Parcial;	Não Conformidade:
1- Acesso e continuidade do Cuidado (ACC)			
2 - Direito do paciente e familiares (DPF)			
3 - Avaliação do paciente. (AP)			
4 - Cuidado ao paciente. (CP)			
5 - Educação de paciente e familiar. EPF			
6 - Melhoria da qualidade e segurança do paciente. MQSP			
7 - Prevenção e controle de infecções. PCI			
8 – Governo, liderança e direção.			
9 - Gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança. GAS			
10 - Educação e qualidade e profissionais			
11 – Gerenciamento da informação.			

Como foi tratado o resultado da auto-avaliação?

Ações	**Dinâmica**	**Responsável**	**Aprazamentos**	**Participantes**
Apresentação de relatório				
Definição de responsabilidades para elaboração de plano de melhorias.				
Encontros de acompanhamentos				

Quais ações de preparação para alcance da conformidade dos padrões a partir da auto-avaliação?

Ações	especificação	Natureza de aceitação		Natureza de instalação da mudança		Responsp.
		Adesão	Resistência	Gradativa.	Radical	
Normatização de processos existentes.						
Criação e normatização de processos.						

Na sua opinião a reação dos profissionais em relação as mudanças provocadas pela preparação para acreditação, foi de :

Reação	SIM	Não	reação	SIM	NÃO	CAT/
Resistência			Resistência por grupos de trabalho			
Adesão			Adesão por grupos			

APÊNDICE B – Entrevista 2 com os facilitadores da preparação :

Sobre o processo de acreditação :

Como aconteceu seu primeiro contato com o processo de acreditação nesse hospital ?

Através de comunicações de :	Como :			Quant.	Quando.	
	Reunião. específica	Palestra específica	Reunião p/ todos	.	Antes da inst	No inicio.
- Minha coordenação ( ) e						
- Da direção, de minha coordenação, e especialistas.( )						
- Da direção e técnicos						

Quais as estratégias usadas para explicação e divulgação da metodologia de acreditação nesse hospital?

Tipo de atividades	Local	Quant.	Sistemat/	Tec./resp.	Dir/resp/téc..
Palestras com todos os funcionários					
Reuniões com todos os setores do hospital					
Utilização de recursos do setor de c. social					
Elaboração e distribuição de cartazes e folders.					
Reuniões para formação de grupos facilitadores, convocação de lideranças.					
Reuniões de responsáveis pelo planejamento e programação de disseminação.					

Você recebeu um exemplar do manual de acreditação ?

SIM	NÃO

Voce compreendeu a metodologia, através da leitura do Manual ?_____

SIM	NÃO

Quais as estratégias utilizadas para compreender o manual, visando sua aplicação na auto-avaliação ?_

Tipo de atividades	Local	Quant.	Sistemat/	Tec./resp.	Dir/resp/téc..
Reuniões com todos os setores do hospital					
Reuniões de grupos facilitadores,e técnicos					
Reuniões de responsáveis pelo planejamento programação de disseminação da metodologia.					
Outras atividades:					

Você recebeu outro instrumento de ajuda para interpretação do manual e programação da auto – avaliação ?

SIM	NÃO

Que tipo de instrumento ?

Um guia de preparação. Do CBA.	
Bibliografia de gestão da qualidade :	
Quais os títulos ?	

Voce participou de treinamentos específicos para realizar a auto- avaliação ?

SIM	NÃO

Que tipo ?

Reuniões		Cursos		simulações		Auditorias		Outros métodos/
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Nào	Sim	não	EX :

Quantos ?	Sistemáticos ?		Quando ?	Como ?	Duração.
	Sim	Não			

Voce já conhecia processsos e metodologia de melhoria de desempenho ?

SIM	NÃO

Quais_?_____

Normas e padrões da ISO ?	
SIM	NÃO

A ?

Ciclo do PDCA	
Sim	Não

Qual o seu papel no processo de disseminação e multiplicação de conhecimento do manual ?

Ações	Sim	Não
estudar os padrões por minha conta		
discutir os padrões em reuniões sistemátícas gerais com o preparador técnico		
discutir os padrões em reuniões em meu setor com preparador técnico		

Sobre o processo de auto-avaliação :

Como foi organizado o processo de auto- avaliação ?_

Ações	Sim	Nào
Grupos responsáveis por função.		
Líder responsável por função.		

Participação mista entre auditores e facilitadores, responsáveis por funções.		
Outros.		

Como foi apresentada a metodologia da auto-avaliação ao conjunto dos funcionários ?

Ações	Sim	Não
Em visitas simuladas de avaliação externa, com verificação dos padrões em todos os setores do hospital		
Em visita simulada de avaliação externa, de acordo com agenda programada para os setores relacionados com os padrões do manual.		

Voce conhece os resultados da auto – avaliação em relação a conformidade aos padrões de acreditação ?			
Função :	conformidade____%	semi- conformidade %	Inconformidade____%
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6- 7-8-9-10.....			

Como foi informado o resultado da auto- avaliação ?

Ações	Sim	Não
Em Reuniões de serviço com a Diretoria e as as coordenações		
Em reuniões programadas no setor com os facilitadores e o técnicode preparação.		

Em reunião geral com os responsáveis pelas funções de todos os setores		
Outras :		

Quem ficou responsável pelo planejamento da melhoria de desempenho apontada pelo resultado da aut-avaliação ?

Responsáveis.	Sim	Não
A coordenação da acreditação, ligada a direção.		
O comité de qualidade e as equipes de facilitadores		
As equipes responsáveis pela auto-avaliação lideradas pela		
coordenação de acreditação em parceria com o comité de qualidade		
Várias equipes, com tarefas determinadas e cronogramas definidos_ acompanhados pela coordenação de acreditação.		
Outras		

Quais as estratégias utilizadas para acompanhamento das ações de melhoria ?

Estratégias	Sim	Não
Reuniões periódicas das lideranças responsáveis com a direção e coordenação de acreditação.		
A implicação direta da direção no processo de melhoria com acompanhamento sistemático.		
Disponibilidade de recursos humanos e materiais para a implantação mudanças.		
Quais especificamente ?		
.		

Na sua opinião a reação dos profissionais em relação as mudanças provocadas pela preparação para acreditarão, foi de :

Reação	SIM	Não	reação	SIM	NÃO	CAT/
Resistência			Resistência por grupos de trabalho			
Adesão			Adesão por grupos			

A preparação para acreditação, determinou mudança na elaboração e organização de processos ?_____

Em que áreas ?_____

Processos assistenciais (cuidado) :

Quais ?_____

Assistenciais		Administrativos	
Sim	Não	Simj	Não

Processos administrativos :_____
Quais ?

Sim		Não	

Na estrutura organizacional _____
Como ?

Sim		Não	

O processo de preparação determinou mudança, na prática , profissional ?

Sim	Não

De que tipo ?

_____

O processo de preparação determinou mudança no grau de interação entre as áreas administrativas e clínicas ?_____

Sim	não

Quais as características dessas mudanças ?

Elas aconteceram imediatamente ? _____

Sim	Não

De forma gradativa ?_____

Sim	Não

Qual al estratégia de avaliação desta dimensão de mudança ?

	Sim	Não
- Cronogramas com metas estabelecidas		
- Reuniões de acompanhamento, pela coordenação de acreditação e direção		
- Outras		

Qual a natureza das inserções e da extensão das mudanças ocorridas nesse hospital ?

	Sim	Não
Ocorreram de forma localizada, começando por um e outro setor.		
Ocorreram de forma generalizada, em todos os setores, simultaneamente		
Ocorreram gradativamente, durante e após o processo de preparação		
Ocorreram imediatamente após a auto- avaliação.		

Qual estratégia de avaliação dessa dimensão de mudança ?

Ações	Sim	Não
- Cronogramas com metas estabelecidas.		

Na sua visão qual a natureza da aceitação do processo de preparação para acreditação nesse hospital ?

	100%	85%	50%	20%	categorias
Houve adesão ?					
Houve resistência					
Onde houve mais adesão					
Onde houve mais resisteência					

A participação na preparaçào para acreditação proporcionou a aquisição de novas habilidades em sua prática profissional ?

Sim	
Não	

A participação na preparaçào para acreditação causou algum impacto, para sua carreira profissional ?

Sim	
Não	

- Que ações da preparação influenciaram a natureza da aceitação da mudança ?

APÊNDICE C - Entrevista com a direção e gestores

Roteiro da entrevista com a Direção, lideranças e responsáveis pelo processo de preparação :

Quais as características deste hospital, quanto aos valores cultivados, o clima social e o sentimento de pertencer, estabelecido na organização na ocasião da decisão de solicitação de acreditação para área hospitalar, no período de abril de 1999?

Condições	Sim	Não
Alto nível de colaboração		
Clima social altamente coeso		
Valores da organização, altamente compartilhados		
Sentimento de pertencer altamente evidenciado		
Restrições orçamentárias , não influenciáveis no desempenho da qualidade.		
Outras situações:		

Porque a solicitação para acreditação no sistema internacional e porque a escolha do agência acreditadora?

Qual o histórico das políticas de gestão da qualidade neste hospital, como funcionava as estruturas e quais as atividades desenvolvidas na ocasião da solicitação para acreditacão na área hospitalar?

Como foi desenhada o programa de acreditação internacional para esse hospital, segundo entendimentos dessa direçãoe da agência acreditadora ? Quais os prazos estabelecidos ?

Quais os mecanismos específicos da direção para intervir na natureza da aceitação da implantação do processo de preparaçào para acreditação ?

Quais as implicações diretas da direção no processo de preparação para acreditação ?

Quais as estratégias usadas para explicação e divulgação da metodologia de acreditação nesse hospital?

Tipo de atividades	Local	Quant.	Sistemat/	Tec./resp.	Dir/resp/téc..
Palestras com todos os funcionários					
Reuniões com todos os setores do hospital					
Utilização de recursos do setor de c. social					
Elaboração e distribuição de cartazes e folders.					
Reuniões para formação de grupos facilitadores, convocação de lideranças.					
Reuniões de responsáveis pelo planejamento e programação de disseminação.					

Que metodologias foram utilizadas no processo de preparação para acreditarão visando o entendimento do Manual?

Abordagens	dinâmica	Quantidade	Sistematização	Participantes
Métodos de aprimoramento de processos. (MAP) Ciclos de Melhoria de desempenho. PDCA				
Metodologias de gestão da qualidade. Ferramentas. Critérios de avaliação.. Estudo e discussão dos padrões com posições positivas. Comparação com a realidade vivida na prática e a proposição dos padrões do manual.				

Qual o resultado da primeira auto-avaliação em relação ás funções e padrões analisados?

Função	Conformidade %	Parcial %	Não Conformidade %
1- Acesso e continuidade do Cuidado (ACC)			
2 - Direito do paciente e familiares (DPF)			
3 - Avaliação do paciente. (AP)			
4 - Cuidado ao paciente. (CP)			
5 - Educação de paciente e familiar. EPF			
6 - Melhoria da qualidade e segurança do paciente. MQSP			
7 - Prevenção e controle de infecções. PCI			
8 – Governo, liderança e direção.			
9 - Gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança. GAS			
10 - Educação e qualidade e profissionais			
11 – Gerenciamento da informação.			

Como foi tratado o resultado da primeira avaliação externa em outubro de 1999?

Ações	dinâmica	responsável	Aprazamentos	participantes
Apresentação de relatório				
Definição de responsabilidades para elaboração de plano de melhorias.				
Encontros de acompanhamentos				

Quais ações de preparação para alcance da conformidade dos padrões a partir da 2ª avaliação externa ? em abril de de 2001 ?

Ações	especificação	Natureza de aceitação		Natureza de instalação mudança		Respon
		Adesão	Resistência	Grad.	Radical	
Normatização de processos existentes.						
Criação e normatização de processos.						
Adequações de práticas profissionais.						
Adequações na estrutura organizacional, relativa á prática do cuidado. (ações multidisciplinares)						
Adequações na cultura organizacional.						
Outras adequações;						

Qual o resultado da 2ª avaliação externa de abril de 2001, em relação ás funções e padrões analisados?

Função	Conformidade	Parcial;	Não Conformidade:
1- Acesso e continuidade do Cuidado (ACC)			
2 - Direito do paciente e familiares (DPF)			
3 - Avaliação do paciente. (AP)			
4 - Cuidado ao paciente. (CP)			
5 - Educação de paciente e familiar. EPF			
6 - Melhoria da qualidade e segurança do paciente. MQSP			
7 - Prevenção e controle de infecções. PCI			
8 – Governo, liderança e direção.			
9 - Gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança. GAS			
10 - Educação e qualidade e profissionais			
11 – Gerenciamento da informação.			

Como foi tratado o resultado da 2ª avaliação externa de abril de 2001-

Ações	dinâmica	responsável	Aprazamentos	participantes
Apresentação de relatório				
Definição de responsabilidades para elaboração de plano de melhorias.				
Encontros de acompanhamentos				

Quais estratégias específicas da direção para de preparação do alcance da conformidade dos padrões a partir da 2ª avaliação externa de abril de 2001 ?

Ações	especificação	Natureza de aceitação		Natureza de instalação mudança		Respons.
		Adesão	Resistência	Grad.	Radical	
Normatização de processos existentes.						
Criação e normatização de processos.						
Adequações de práticas profissionais.						
Adequações na estrutura organizacional, relativa á prática do cuidado. (ações multidisciplinares)						
Adequações na cultura organizacional.						
Outras						

APÊNDICE D - Roteiro da entrevista com os representantes do Consorcio Brasileiro de Acreditção(CBA)**.**

- Como foi definido o programa de acreditarão para o Hospital Hemorio?

- Quais as instancias gestoras envolvidas?

- Quais as características especificas deste estabelecimento quanto á experiência com políticas de gestão da qualidade?

- Qual a visão do CBA quanto a natureza da extensão das mudanças ocorridas sob influencia do processo de preparação no Hemorio?

Localizada		
Generalizada		

Na visão do CBA, qual a natureza da instalação das mudanças ocorridas sob influencia do processo de preparação no Hemorio ?

Radical		
Gradativa		

Na visão do CBA o processo de preparação para acreditarão interferiu para mudanças na organização ou construção dos processos desenvolvidos no hospital ? Exemplo.

Na visão do CBA o processo de preparação para acreditarão interferiu para mudanças na execução da prática profissional desenvolvidas no hospital ? Exemplo.

Na visão do CBA qual foi a natureza da aceitação da mudança provocada pelo processo de preparação para acreditação no Hemorio?

Adesão		
Resistencia		

Quais os pontos positivos e críticos da preparação para acreditarão no Hemorio na visão do CBA?

Na visão do CBA, quais eram as condições do Hemorio para ao iniciar o processo de preparação para acreditarão?

APÊNDICE E – Resumo dos resultados da coleta de dados

Quadro 6- Resumo dos resultados da coleta de dados:

Nível de investigação da preparação para acreditação	**Fonte: Entrevista, documentos, observações, etc)**	**Quantitativo**	**Instrumento de referência:**	**Apresentação do documento:**
Gestão de operações; Nível I	- Entrevista individual com a direção geral do Hospital.	1	- Roteiro (a)	- Questões semi abertas
	- Entrevista individual, com responsáveis do núcleo de ações para qualidade e assessorias do processo de acreditação.	3	- Roteiro (b)	- Questões semi abertas..
	- Entrevista com preparador técnico do CBA.	1	- Roteiro (b)	- Questões semi abertas
	- Entrevista com dirigentes do CBA.	2	- Roteiro (b)	- Questões semi abertas.
	- Documentos, sobre organização e planejamento do processo: NAQ e DG			- Relatórios de atividades 2000/2001; Relatórios do NAQ. Relatórios das avaliações internas e externas.
Estratégico; Nível II	-Entrevista com grupo de facilitadores, encarregados de trabalhar as funções do manual de acreditação	13	- Roteiro (c)	- Questões semi abertas.
	- Entrevistas com chefes de serviços, coordenadores e assessores de comunicação, marketing e assessorias da DG.	11	- Roteiro (c)	- Questões semi abertas.
	- Documentos de trabalho, planos e atas de reuniões. Documentos de resultado de avaliações externas CBA e PRODEMAN- UERJ			- Relatórios sobre acompanhamento de melhorias para conformidade, memorandos e atas de reuniões.
Operacional; Nível III	- Entrevistas com profissionais de assistência direta de cuidados ao paciente. - Entrevista com profissionais de serviços de apoio.	2 2	Roteiro (d) Roteiro (D)	- Questões semi abertas. - Questões semi abertas.
	- Documentos: planos de cuidados, políticas e procedimentos de ações desenvolvidas na assistëncia			Normas e rotinas, relatórios e comunicações

O Cargo dos atores entrevistados	**Funções dos atores entrevistados**	**Entrevistas**		**Intervenções no nível - I Gestão**	**Intervenções no nível - II Estratégico**	**Intervenções no nível – III Operacional**
		Programada	Realizada			
Diretor geral	Médica	1	1	Sim	Sim	Não
Coordenador Técnico. (direção)	Médica	1	0	Sim	Sim	Não
Coordenador Administrativo (direção)	Administradora	1	1	Sim	Sim	Não
Coordenador de Enfermagem. (direção)	Enfermeira	1	1	Sim	Sim	Não
Coordenador de Desenvolvimento Institucional. (direção)	Médica	1	1	Sim	Sim	Não
Coordenador de acreditação (coord. técnica)	Médica	1	0	Sim	Sim	Não
Gerência de Qualidade (NAQ)	Administradora Administradora Farmacêutica	3	3	Não	Sim	Sim
Gerência Auditoria	Médica	1	1	Não	Sim	Sim
Grupo Facilitador	6 médicos; 4 enfermeiro; 2 nutricionistas; 1 assis/ Social e 1 administradora.	13	13	Não	Sim	Sim
Chefes de serviços (emergência, ambulatório e internação)	3 médicos	3	3	Sim	Sim	Não

APÊNDICE F – Quadro 7 - Demonstrativo das intervenções dos atores entrevistados.

Cargo dos atores entrevistados	**Funções dos atores entrevistados**	**Entrevistas**		**Intervenções no nível - I Gestão**	**Intervenções no nível - II Estratégico**	**Intervenções no nível – III Operacional**
		Programada	**Realizada**			
Chefe de enfermagem de internação feminina	Enfermeira	1	1	Não	Não	Sim
Chefe clínica de internação pediatria	Médica	1	1	Não	Não	Sim
Chefe de serviço RH	administradora	1	1	Não	Não	Sim
Segurança do Trabalho.	Médico	1	1	Não	Não	Sim
Chefe Serviço Social	Assistente Social	1	1	Não	Sim	Sim
Chefe de Serviço da Farmácia	Bioquímica, Farmacêutica	1	1	Não	Sim	Sim
Chefe de Serviço da Hemoterapia.	Médico	1	1	Sim	Sim	Não
Chefe de Serviços dos Laboratórios	Médica	1	1	Sim	Sim	Não
Chefe de Serviço de Radiodiagnóstico	Médico	1	0	Sim	Sim	Não
Chefe de serviço de Nutrição	Nutricionista	1	1	Sim	Sim	Não
Chefe enfermagem unidade de internação masculina	Enfermeira	1	1	Não	Não	Sim
Comisão de Controle de Infecção hospitalar	Enfermeira	1	1	Não	Sim	Sim

CONT/ Apêndice º VI

APÊNDICE G - Quadro 8 - Síntese do resultado quanto às características das mudanças segundo as variáveis investigadas

Níveis de ações da investigação	**Numero de pessoas entrevistadas**	**Variáveis**								**Questão :**							
		Extensão				**Instalação**				**Quais os tipos de mudanças implantadas pela preparação ?**							
		Generalizada		**Setorizada**		**Radical**		**Gradativa**		**Processos**		**Pratica profissional**		**Integração dos serviços**		**Estrutura Organizacional**	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Gestão	7	X															
	3					X											
	4							X									
	7									X							
	7											X					
	7													X			
	7															X	
Estratrategico	18	X															
	06			X													
	14					X											
	10							X									
	24									X							
	24											X					
	24													X			
	24															X	
Operacional	3	X															
	1			X													
	1					X											
	3							X									
	4									X							

	4											X					
	4														X		
	4															X	
∑	**35**	**28**		**7**		**18**		**17**		**35**		**35**		**31**	**4**	**35**	

Apêndice Nº VIII Relação dos documentos apresentados nas avaliações externas de levantamento para acreditação:

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR/
Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09
Função n o ___1_____Direitos do Paciente e familiares, Ética da Organização e Educação.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Documentos que evidenciam o acompanhamento e resolução de reclamações	papel	Hematologia	4 folhas
2	Relatórios da comissão de óbitos, janeiro à junho de 99	papel	Hematologia	6 folhas
3	Modelo de avaliação do prontuário , pela comissão de óbitos	Papel	Hematologia	1 folha
4	Manual do paciente (Doença de Hodgkin)	folheto	Hematologia	2 folhas
5	Manual do paciente (Mieloma Múltiplos)	folheto	Hematologia	2 folhas
6	Manual do paciente (Linfoma não Hodgkin)	folheto	Hematologia	2folhas
7	Manual do paciente (Leucemia Linfóide Aguda)	folheto	Hematologia	2 folhas
8	Manual do Paciente (Síndrome Mielodisplásica)	folheto	Hematologia	2folhas
9	Manual do paciente (Leucemia Linfóide Crônica)	folheto	Hematologia	2folhas
10	Manual do paciente (Anemia Falsiforme)	folheto	Hematologia	2folhas
11	Guia de Doença Falciforme para professores	folheto	Hematologia	2folhas
12	Guia de Hemofilia para professores	folheto	Hematologia	2folhas
13	Informações sobre o grupo Interdisciplinar de atendimento à pacientes com alterações de Homeostasia	folheto	Hematologia	2 folhas
14	Orientações básicas aos pacientes e familiares (Doença de Von Willebrand)	folheto	Hematologia	2folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o _2_____ Avaliação do paciente (AP).

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Certificado de participação no Programa Nacional de Controle de Qualidade – SBAC – ano de 1997	Certificado/papel	Laboratório	1 doc.
2	Idem - ano de 1998	Certificado/papel	Laboratório	1 doc.
3	Idem - ano de 1999	Certificado/papel	Laboratório	1 doc.
4	Manual e normas de controle de qualidade/ SBAC	caderno	laboratório	1 doc.

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ____3_____ Cuidados aos Pacientes

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Listagem de padronização de medicamentos	disquete	Farmácia	HMR.list. doc
2	Normas e Procedimentos de administração de medicamentos.	Papel/ disquete	Farmácia e enfermagem	Caderno. .
3	Relatório do 2º semestre de 1998	Disquete e papel	Farmácia	Hmr. Doc
4	Processo de Dose Individualizada e Atendimento na Internação, prestada pela equipe multiprofissional	Papel.	Farmácia	Ata de reuniões
5	Protocolo de Sedação da dor	Papel.	Hematologia	7 folhas
6	Normas do setor de Conservação/ expedição/armazenamento	papel	DA/Hemoterapia	1pasta
7	Normas e procedimentos especiais do setor de expedição interna e externa.	papel	DA/Hemoterapia	1 pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação.
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ___4_____ Acesso e continuidade dos cuidados

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Formulário do atendimento social	Papel	Serviço Social	1 folha
2	Convênio de Parceria com A Casa Ronald Mac Donald	Papel	Serviço Social	1 doc.
3	Convênio de Parceria com a Casa de Apoio Social da AHRJ	Papel	Serviço Social	1 doc.
4	Relatório de atividades do Serviço Social	Papel	Serviço Social	1pasta
5	Relatório de reunião de grupos de acompanhantes	Papel	Serviço Social	Cópia de Ata de reunião.

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação

1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.

Sessão de revisão de documentos: Função n o 5 Melhoria de desempenho da Organização**.**

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Projeto de desenvolvimento da unidade de pacientes críticos	papel	Hematologia	1 planta física.
2	Processos do Programa de Garantia da Qualidade Total	Papel/ disquete	Núcleo da Qualidade(NQ)	Disquete e portfólio
3	Relato da Instalação do Núcleo de Qualidade, como desdobramento da Secretaria Executiva do PGQT	Documento	DG	
4	Relato de atividades do comitê de coordenação do PGQT e repasse das atribuições para o Núcleo da Qualidade,	Papel.	NQ	Cópias de ata/ folhas
5	Premiações de 1997 e 1998	Certificados	NQ	papeis
6	Projetos:			
7	Comitê de faturamento / Relatórios	papel	Coordenação de administração (CA)	Relatório de reunião
8	Comitê de Indicadores – Processso de implantação de Sistema de Medição de Desepenho Operacional	papel	NQ	relatório
9	Macroprocessos de instalação do sistema de Auditoria interna: Programação;cronograma e follow-ups / inserção no NQ	Papel	NQ	4 folhas
10	Mudança na estrutura organizacional/ instalação do Núcleo da qualidade como assessoria direta da direção e outras modificações	Cópia organograma	DG	4 folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função 6 : Liderança.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatos das reuniões do CTA: pautas dos meses de 09/10/11/98; e dos meses de 01/03/04/05/ de 99	papel	Direção geral (DG)	Cópias de atas
2	Orçamento de 98 .	papel	DG	2 folhas
3	Contratos de prestação de serviços.	papel	Direçãoadministrativa (DA)	Cópias
4	Certificados de Controle de qualidade da água	certificado	DA	Cópia
5	Textos da Missão, Visão e Valores	papel	DA	Folhas
6	Documentos de convênios interinstitucionais	papel	DA	Cópias
7	Normas de faturamento.	papel	DA	Cópias de atas de reuniões do comitê
8	Manual de organização	papel	DA	manual
9	Documentos de capacitação, análise e descrição de cargos	papel	DA	manual

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.

Sessão de revisão de documentos:
Função 7 Gerência do Ambiente (GA)

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Documentos referentes a constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e Fichas de análise de acidentes do trabalho ano de 1999. Plano de evasão da Brigada de Incêndio. Apostilas do curso de Prevenção de acidentes. (Cipeiros) Documentos da semana interna de prevenção de acidentes de trabalho. (CIPAT) Programa de prevenção de Riscos Ambientas (PPRA) e progrma de Controle médico de Saúde Ocupacional. Documentação de Raio-X, monitores enviados à SAPRA (dosimetros) Certificados do Instituto de Radio Proteção e Dosimetria. Certificados de Qualidade de manutenção- Capela de Fluxo Laminar e controle de água Manual de atendimento ao acidentado em trabalho/ estatística. Relatórios de medicina do trabalho. (Vacinação hepatite B)	Papeis,	Setor de assistência a segurança do funcionário (SASF- ST0	Cópias de atas. Pastas suspensas. E Copias de programas
2	Documentos de manutenção de para – raios, subestação e vapor		SASF	Plantas físicas
3	Documentos instalações, arquitetura, elétrica e hidráulica.	papeis	DA	Plantas físicas
4	Levantamento estatístico de absenteísmo	papeis	DA/RH	folhas
5	Normas de funcionamento do apoio administrativo	papéis	DA	Folhas
6	Plano de manutenção predial	papeis	DA	Folhas
7	Normas de controle patrimonial, e relatórios de patrimônio	papeis	DA	Folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função 8 Gerência em Educação e Qualificação dos Recursos Humanos (RH).

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Fichas funcionais dos servidores	papeis	DPRH	pastas
2	Relatórios de realização de eventos para aperfeicoamento (cursos jornadas e seminários)	papeis	DPRH	pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.
Sessão de revisão de documentos:
Função 9 Gerência de Informação.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Notificação compulsória de AIDS – ficha individual de investigação	papel	hematologia	1 folha
2	Notificação compulsória de tuberculose - ficha individual de investigação	papel	hematologia	1 folha
3	Documentos do sistema de informática atuante	pasta	DA	1pasta
4	Indicadores da Direção administrativa (DA)	pasta	DA	1 pasta
5	Documentos do sistema de abastecimento	pasta	DA	1 pasta
6	Controle de manutenção de equipamentos	pasta	DA	1 pasta
7	Controle de manutenção Predial	pasta	DA	1 pasta
8	Informação científica – organização da biblioteca	Pasta	Biblioteca	1 pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação

1ª avaliação externa do programa 08/09/1999.

Sessão de revisão de documentos:

Função 10 Vigilância, prevenção e Controle de Infecção Hospitalar.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Normalização da Comissão de controle de Infecção Hospitalar	Disquete	CCIH	1 disq.
2	Gráficos de 99	Disquete	CCIH	1 disq.
3	Prevalência de cepas	Disquete	CCIH	1 disq.
4	Resistências de antimicrobianos	Disquete	CCIH	1 disq.
5	Atos institucionais que cria a CCIH	papel	DG	3 folhas
6	Atribuições da CCIH	papel	CCIH	3 folhas
7	Relatório de Inspeção sanitária	papel	CCIH	3 folhas
8	Orientação para coleta de Swab	papel	CCIH	3 folhas
9	Orientação para lavagem das mãos	papel	CCIH	3 folhas
10	Desinfecção e manutenção de almotilias	papel	CCIH	3 folhas
11	Fichas para urinocultura	papel	CCIH	1folhas
12	Fichas de acompanhamentos de cateter centrais	papel	CCIH	1folhas
13	Fichas de acompanhamentos do uso de antimicrobianos	papel	CCIH	1 folhas
14	Ficha de acompanhamento de paciente portador de MRSA	papel	CCIH	1 folhas
15	Orientações para acompanhantes de quarto e enfermarias	papel	CCIH	2 folhas
16	Orientações para as visitas	papel	CCIH	1 folha
17	Orientações para os funcionários	papel	CCIH	2 folhas

18	Expedientes diversos, encaminhamentos e orientações	papel	CCIH	7 folhas

Apêndice N VIII

Relação dos documentos apresentados na 2ª avaliação externa do CBA.
PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR/
Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o 1 - Direitos do Paciente e familiares, Ética da Organização e Educação.

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Documentos que evidenciam o processo de consulta aos pacientes e usuários sobre a qualidade do atendimento, (folhetos , e indicação da localização da caixa de sugestão) o acompanhamento e resolução de reclamações	papel	Serviço Social	folhetos
2	Documentos que evidenciam o acompanhamento e resolução de reclamações e encaminhamentos de elogios.	Papel/ comunicados	SS	Folhas
3	Manual de Orientação ao paciente	Papel /	SS	Folhetos
4	11 folhetos educativos sobre hematopatologias tratadas no Hemorio	folhetos	NAQ	11 folders
5	Modelo de consentimento/ Compromisso com a assistência	Formulário	Hematologia	2 folhas
6	Evidencias de atividades de Bioética: fita de palestra	Vídeo cassete	Comissão/Ética	Fita. Mag.
7	Texto de treinamento e material de palestras. (bioética)	papeis	Comissão /Ética	10 folhas
8	Relatórios da comissão de óbitos, janeiro 2000	folheto	Hematologia	2folhas
9	Modelo de avaliação do prontuário , pela comissão de óbitos	folheto	Hematologia	2folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o _2_____ Avaliação do paciente (AP).

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Protocolos clínicos	pastas	Hematologia	papeis
2	Tipos de exames realizados nos laboratórios (manuais e rotinas)	pastas	Laboratório Cli/	1 doc.
3	Evidencias de participação em programas de controle da Qualidade	Certificado/papel	Laboratório Cli/	1 doc.
4	Manual e normas de controle de qualidade/ SBAC-	caderno	Laboratório cli/	1 doc.
5	Procedimentos do 2º nível	manual	Laboratório cli.	1 doc
6	Planta física da radiologia	Papeis /rolo	Radiologia/hemat	tubos
7	Manual de rotinas e procedimentos da radiologia	pasta	RA/hematologia	papeis
8	Normas de segurança	Manual	Ra/hematologia	papeis
9	Relatórios e certificados de controle de qualidade	Pastas	Ra/hematologia	papeeis
10	Planta física do setor de ultrasson e outras imagens	papel	Imagem	papeis
11	Manual de rotinas e procedimentos do ultrasson	Pasta	Imagem	papeis
12	Normas de segurança do setor de imagens	Pasta	Imagem	papeis
13	Certificados de controle de qualidade (dr.Cesar)	certificado	Imagem	papeis
14	Documentos de justificativa de terceirização da Anatomia Patológica e cópia de contratação	Documento	NAQ	papeis
15	Critérios para identificação potenciais vítimas de violência e abuso.	Manual de orientação	SS	5 folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ____3_____ Cuidados aos Pacientes

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Documentos da farmácia: Listagem de padronização de medicamentos/ utilização de antimicrobianos	disquete	Farmácia	HMR.list. doc
2	Rotinas , formulários e Manual de Procedimentos de administração de medicamentos.	Papel/ disquete	Farmácia e enfermagem	2Cadernos. .
3	Relatório da farmácia do 2º semestre de 1999	Disquete e papel	Farmácia	Hmr. Doc
4	Processo de Dose Individualizada e Atendimento na Internação, prestada pela equipe multiprofissional	Papel.	Farmácia	Ata de reuniões
5	Protocolo de Sedação da dor	Papel.	Hematologia	7 folhas
6	Normas e rotinas de enfermagem em todos os setores de atendimento, incluindo triagem e ambulatório / formulários para planejamento do cuidado como paciente/ protocolo para contenção no leito/ formulário de utilização	Pastas/ disquetes e manuais	Coordenação de enfermagem	5Pastas , 2cadernos 2documentos
7	Prontuários, abertos e fechados, exemplos de evoluções multiprofissionais	prontuários	Hematologia/int	10 prontuarios
8	Rotinas e procedimentos da Hemoterapia, incluindo: comitê transfusional, orientações aos pacientes e usuários sobre a doação e os procedimentos de transfusão.	Pastas e manuais	Hemoterapia	3 manuais
9	Manual de normas e rotinas do serviço de nutrição	Pastas	Nutricão	3 pastas
10	Normas e rotinas da Odontologia	pasta	Odonto	1 pasta
11	Fisioterapia / normas e rotinas	papel	Fisioterapia	10 folhas
12	Normas do setor de Conservação/expedição/armazenamento	papel	DA/Hemoterapia	1pasta
13	Normas e procedimentos especiais do setor de expedição interna e externa.	papel	DA/Hemoterapia	1 pasta
14	Normas e procedimentos do Serviço Social	Manual	SS	caderno
15	Normas e procedimentos do atendimento de emergência,			
	Projeto de mudança para 5º andar/	papel	Emergência	5 folhas
16	Plano de ação em situações de tragédia ou eventos graves e evitáveis	papel	DG/emerg6encia	pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ___4_____ Acesso e continuidade dos cuidados

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Ficha do atendimento social (formulários)	Papel	Serviço Social	5 folha
2	Convênio de Parceria com A Casa Ronald Mac Donald	Papel	Serviço Social	1 doc.
3	Convênio de Parceria com a Casa de Apoio Social da AHRJ	Papel	Serviço Social	1 doc.
4	Relatório de atividades do Serviço Social/ 1999	Papel	Serviço Social	1pasta
5	Relatório de reunião de grupos de acompanhantes 1999/2000	Papel	Serviço Social	Cópia de Ata de reunião.
6	Formulários para transferência, (externa e interna)	papel	Serviço Social	formulários
7	Listagem dos serviços de referência da rede	lista	Serviço Social	
8	Listagem de associações e serviços de apoio para acolhimento de pessoas em situações adversas.	Lista	Serviço Social	Lista
10	Listagem de serviços de apoio em transporte da rede	lista	Sérviço Social	Lista
11	Cópia do acompanhamento da construção da rampa de entrada e instalação de corrimão,	documento	DA	Documento
12	Explicação sobre o sistema de sinalização e informações de localizações no hospital	Documento	DA	Documento

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o 5 Melhoria de desempenho da Organização.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatório do 1º e 2º semestre de 1999 do comitê de Indicadores Com Instalação do Sistema de Medição de Desempenho Organizacional (SMDO)	papel	DA	pastas
2	Estrutura do Núcleo de Ações para qualidade	Papel/ disquete	Núcleo de ações para Qualidade(NAQ)	Disquete e portfólio
3	Macroprocessos do sistema de Auditoria interna: Programação;cronograma e follow-ups	Pastas, manuais	NAQ	Cópias de atas/ pasta
4	Relatórios dos comitês operacionais: Comitê de faturamento; normalização; ambulatório; emergência.	Papel	NAQ	pastas
5	Projetos: Ampliação da unidade de pacientes Críticos; mudança da emergência; acompanhantes	Planta física	DG	documento
6	Relatório do planejamento estratégico do 2º semestre de 99	papel	Coordenação de administração (CA)	Relatório de reunião
7	Projeto Jovem Salva Vidas/ Projeto Sangue Bom	papel	NAQ	relatório

8	Relatórios de auditorias , com resultados de conformidades de padrões de acreditação do setor de hemoterapia	papel	Auditoria	relatório
10	Projeto de desenvolvimento profissional/ Relatório de atividades de educação continuada / Cursos/ treinamentos	papel	CENf	relatórios

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função 6 : Governo Direção e Liderança.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatos das reuniões do CTA: pautas de janeiro, fevereiro de 2000;	papel	Direção geral (DG)	Cópias de atas
2	Orçamento de 99 .	papel	DG	2 folhas
3	Contratos de prestação de serviços. Em 99	papel	Direção administrativa (DA)	Cópias
4	Planejamentos estratégicos, (98/99 e 2000) comparativos	pasta	DA	Cópia
5	Textos da Missão, Visão e Valores	papel	DA	Folhas
6	Documentos de convênios interinstitucionais	papel	DA	Cópias
7	Normas de faturamento.	papel	DA	Cópias de atas de reuniões do comitê
8	Manual de organização/ regime interno	papel	DA	manual

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função 7 Gerência do Ambiente (GA)

Ref.	**Especificação**	**Tipo de apresentação**	**Procedência**	**Obs/**
1	Planta física do fluxo da organização	papeis	DA	Plantas
2	Documentos de manutenção de para – raios, subestação e vapor		SASF	Plantas físicas
3	Documentos de instalações: elétrica e hidráulica.; gases e ar comprimido	papeis	DA	Plantas físicas
4	Plano de gerenciamento dos processo, normas de apoio para administração:Manutenção das estruturas prediais; materiais perigosos e descarte de lixo	Pastas	DA	3 pastas
5	Normas de controle patrimonial	papeis	DA	1 pasta
6	Fichas de análise de acidentes do trabalho ano de 1999. Plano de evasão da Brigada de Incêndio.	papeis	DA	
7	Apostilas do curso de Prevenção de acidentes. (Cipeiros) Documentos da semana interna de prevenção de acidentes de trabalho. (CIPAT)	papeis	DA	apostilas
8	Programa de prevenção de Riscos Ambientas (PPRA) e programa de Controle médico de Saúde Ocupacional.	papeis	DA	Pasta
9	Documentação de Raio-X, monitores enviados à SAPRA (dosimetros)	papeis	DA	Pasta
10	Certificados do Instituto de Radio Proteção e Dosimetria.	papeis	DA	certificado
11	Manual de atendimento ao acidentado em trabalho/ estatística. Relatórios de medicina do trabalho	Papeis	Da	Manual
12	Normas de controle: segurança da estrutura, patrimônio, e usuários. (relatório de patrimônio)	Papeis	DA	pastas
	Documentos referentes a constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e . (Vacinação hepatite B)	Papeis,	Setor de assistência a segurança do funcionário (SASF- ST0	Cópias de atas. Pastas suspensas. E Copias de programas
13	Levantamento estatístico de absenteísmo	Papeis	DA/RH	Folhas
14	Plano e política de controle de tabagismo	documento	DA/RH	Pasta
15	Plano de obras	Pasta	DA	Pasta
16	Manual de rotinas de manutenção de equipamentos (contratos)	Pasta	Da	Pasta
17	Certificado de controle da qualidade de água, e	certificado	Da	Pasta
18	Plano do sistema compartilhado de gerador / Hospital municipal Sousa Aguiar.	Contrato/ pastas	DA	documento

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função 8 Gerência em Educação e Qualificação dos Recursos Humanos (RH).

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatórios de treinamentos (principal e introdutório) e outras atividades educativas	relatórios	SPDI	papeis
2	Formulários e relatórios de avaliação de desempenho	relatórios	SPDI	papeis
3	Descrição de cargos e atribuições	Documentos	SPDI	papeis
4	Definição de perfis dos profissionais para recrutamento e seleção	Documentos	SPDI	papeis
5	Políticas de Saúde do trabalhador	Documento	SASF	papeis
6	Programa de Educação Continuada da Enfermagem(atas de reuniões e atividades educativas, cursos etc)	Planos de trabalho	CoEnf	papeis
7	Documentos sobre plano de capapcitação de Pessoal (banco de dados)	Relatórios	SPDI	papeis
8	Quantittativo de profissionais por categorias	relatórios	RH	papeis
9	Documentos de reuniões clínicas (médicos)	relatórios	CT	papeis
10	Levantamento de absenteísmo e *tourn over* por categorias	relatório	RH	papeis

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função 9 Gerência de Informação.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Notificação compulsória de AIDS/ – ficha individual de investigação/ encaminhamento	papel	hematologia	1 folha
2	Notificação compulsória de tuberculose - ficha individual de investigação/ encaminhamento	papel	hematologia	1 folha
3	Normas do Sistema de informática, atividades de treinamento atuante (sistemas atuantes = 4)	pasta	DA	1pasta
4	Meios de comunicação; e- mails; expressinho; pautas de reuniões das CTA(coordenações e direção); memorandos internos;	formulários	DA	1 pasta
5	Informações de acidentes de trabalho/ PCMSO	documentos	DA	1 pasta
6	Normas para comunicações de problemas, defeitos e concertos; cartazes e circulares	Planos de trabalho	DA	1 pasta
7	Documentos da comissão de prontuários(atas e relatórios, sobre os planos de melhoria quanto ao registro das informações no prontuário: avaliação do paciente , plano de cuidados e assinaturas)	relatórios	Comissão de Prontuário	1 pasta
8	Biblioteca – documento de organização e acervo	disquete	Biblioteca	disquetes

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
2ª avaliação externa do programa 28/03/2000.
Sessão de revisão de documentos:
Função 10 Vigilância, prevenção e Controle de Infecção Hospitalar.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Normalização da Comissão de controle de Infecção Hospitalar	Disquete	CCIH	1 disq.
2	Gráficos de 99	Disquete	CCIH	1 disq.
3	Prevalência de cepas	Disquete	CCIH	1 disq.
4	Resistências de antimicrobianos	Disquete	CCIH	1 disq.
5	Atos institucionais que cria a CCIH	papel	DG	3 folhas
6	Atribuições da CCIH	papel	CCIH	3 folhas
7	Relatório de Inspeção sanitária	papel	CCIH	3 folhas
8	Orientação para coleta de Swab	papel	CCIH	3 folhas
9	Orientação para lavagem das mãos	papel	CCIH	3 folhas
10	Desinfecção e manutenção de almotilias	papel	CCIH	3 folhas
11	Fichas para urinocultura	papel	CCIH	1folhas
12	Fichas de acompanhamentos de cateter centrais	papel	CCIH	1folhas
13	Fichas de acompanhamentos do uso de antimicrobianos	papel	CCIH	1 folhas
14	Ficha de acompanhamento de paciente portador de MRSA	papel	CCIH	1 folhas
15	Orientações para acompanhantes de quarto e enfermarias	papel	CCIH	2 folhas
16	Orientações para as visitas	papel	CCIH	1 folha
17	Orientações para os funcionários	papel	CCIH	2 folhas
18	Expedientes diversos, encaminhamentos e orientações	papel	CCIH	7 folhas

APÊNDICE IX - PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR/
Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001.
Sessão de revisão de documentos:
Função n o 1_Direitos do Paciente e familiares, Ética da Organização e Educação.

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Documentos que evidenciam o processo de consulta aos pacientes e usuários sobre a qualidade do atendimento, (folhetos , e indicação da localização da caixa de sugestão) o acompanhamento e resolução de reclamações	papel	Serviço Social	pastas folhetos
2	Documentos que evidenciam o acompanhamento e resolução de reclamações e encaminhamentos de elogios.	Papel/ comunicados	SS	folhas
3	Manual de Orientação ao paciente	Papel /	SS	folhetos
4	11 folhetos educativos sobre hematopatologias tratadas no Hemorio	folhetos	NAQ	11 folders
5	Modelo de consentimento informado / Compromisso com a assistência. (formulário consultado ao CBA)	Formulário	Hematologia	2 folhas
6	Evidencias de atividades de Bioética: fita de palestra	Vídeo cassete	Comissão/Ética	Fita. Mag.
7	Texto de treinamento e material de palestras. (bioética)	papeis	Comissão /Ética	10 folhas
8	Relatórios da comissão de óbitos, 2001	folheto	Hematologia	2folhas
9	Modelo de avaliação do prontuário, pela comissão de óbitos	folheto	Hematologia	2folhas
10	Documentos de Instalação formal da ouvidoria, junto ao NAQ	Documento da Direção/	DG/ NAQ	memorando
11	Documentos de convênios com organizações de apoio aos pacientes vulneráveis: Casa Ronald Mac Donald; Cada de Apoio Social aos Hemofílicos; Associação dos Hemofílicos do Rio de Janeiro.	Cópias de con6enios	DG	folhas
12	Política Operacional Padrão sobre assistência aos paciente vulneráveis.((POP 2106.002.)	POP	SS	pasta
13	Documentos que evidenciam o convênio com a Secretaria de Educação do Estado para instalação da Classe Escola na Pediatria	Papel	DG/SS	folhas
14	Documentos que evidenciam, planejamento, compra e instalação de dispositivos que permitem separar os leitos nas enfermarias, proporcionando a privacidade do cuidado ao paciente (boxes cortinados)	papeis	DA/ SS/COEN	pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001
Sessão de revisão de documentos:
Função n o _2_____ Avaliação do paciente (AP).

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Protocolos clínicos	pastas	Hematologia	papeis
2	Tipos de exames realizados nos laboratórios (manuais e rotinas)	pastas	Laboratório Cli/	1 doc.
3	Evidencias de participação em programas de controle da Qualidade	Certificado/papel	Laboratório Cli/	1 doc.
4	Manual e normas de controle de qualidade/ SBAC-	caderno	Laboratório cli/	1 doc.
5	Procedimentos do 2º nível	manual	Laboratório cli.	1 doc
6	Planta física da radiologia	Papeis /rolo	Radiologia/hemat	tubos
7	Manual de rotinas e procedimentos da radiologia	pasta	RA/hematologia	papeis
8	Normas de segurança	Manual	Ra/hematologia	papeis
9	Relatórios e certificados de controle de qualidade	Pastas	Ra/hematologia	papeeis
10	Planta física do setor de ultra-som e outras imagens	papel	Imagem	papeis
11	Manual de rotinas e procedimentos do ultra- som	Pasta	Imagem	papeis
12	Normas de segurança do setor de imagens	Pasta	Imagem	papeis
13	Certificados de controle de qualidade (dr. César)	certificado	Imagem	papeis
14	Documentos de justificativa de terceirização da Anatomia Patológica e cópia de contratação	Documento	NAQ	papeis
15	Critérios para identificação potenciais vítimas de violência e abuso. (POP 2106.004)	Manual de orientação	SS	5 folhas

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ____3_____ Cuidados aos Pacientes

1	Documentos da farmácia: Listagem de padronização de medicamentos/ utilização de antimicrobianos	disquete	Farmácia	HMR.list. doc
2	Rotinas , formulários e Manual de Procedimentos de administração de medicamentos.	Papel/ disquete	Farmácia e enfermagem	2Cadernos. .
3	Relatório da farmácia do 2º semestre de 2001	Disquete e papel	Farmácia	Hmr. Doc
4	Processo de Dose Individualizada e Atendimento na Internação, prestada pela equipe multiprofissional.	Papel.	Farmácia	Ata de reuniões
5	Protocolo de Sedação da dor	Papel.	Hematologia	7 folhas
6	Normas e rotinas de enfermagem em todos os setores de atendimento, incluindo triagem e ambulatório / formulários para planejamento do cuidado como paciente/ protocolo para contenção no leito/ formulário de utilização. (POPs 2106.007à 010).	Pastas/ disquetes e manuais	Coordenação de enfermagem	5Pastas , 2cadernos 2documentos
7	Prontuários, abertos e fechados, exemplos de evoluções multiprofissionais	prontuários	Hematologia/int	10 prontuários
8	Rotinas e procedimentos da Hemoterapia, incluindo: comitê transfusional, orientações aos pacientes e usuários sobre a doação e os procedimentos de transfusão.	Pastas e manuais	Hemoterapia	3 manuais
9	Manual de normas e rotinas do serviço de nutrição	Pastas	Nutrição	3 pastas
10	Normas e rotinas da Odontologia	pasta	Odonto.	1 pasta
11	Fisioterapia / normas e rotinas	papel	Fisioterapia	10 folhas
12	Normas do setor de Conservação/expedição/armazenamento	papel	DA/Hemoterapia	1pasta
13	Normas e procedimentos especiais do setor de expedição interna e externa.	papel	DA/Hemoterapia	1 pasta
14	Normas e procedimentos do Serviço Social	Manual	SS	caderno
15	Normas e procedimentos do atendimento de emergência,			
	Projeto de mudança para 5º andar/	papel	Emergência	5 folhas
16	Plano de ação em situações de tragédia ou eventos graves e evitáveis	papel	DG/emerg6encia	pasta

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001
Sessão de revisão de documentos:
Função n o ___4_____ Acesso e continuidade dos cuidados

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Ficha do atendimento social (formulários)	Papel	Serviço Social	5 folha
2	Convênio de Parceria com A Casa Ronald Mac Donald	Papel	Serviço Social	1 doc.
3	Convênio de Parceria com a Casa de Apoio Social da AHRJ	Papel	Serviço Social	1 doc.
4	Relatório de atividades do Serviço Social/ 2001	Papel	Serviço Social	1pasta
5	Relatório de reunião de grupos de acompanhantes (2001)	Papel	Serviço Social	Cópia de Ata de reunião.
6	Formulários para transferência, (externa e interna)	papel	Serviço Social	formulários
7	Listagem dos serviços de referência da rede	lista	Serviço Social	
8	Listagem de associações e serviços de apoio para acolhimento de pessoas em situações adversas.	Lista	Serviço Social	Lista
10	Listagem de serviços de apoio em transporte da rede	lista	Sérviço Social	Lista
11	Cópia do acompanhamento da construção da rampa de entrada e instalação de corrimão,	documento	DA	Documento
12	Explicação sobre o sistema de sinalização e informações de localizações no hospital	Documento	DA	Documento

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001. Sessão de revisão de documentos:
Função n o 5 Melhoria de desempenho da Organização.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatório do 1º e 2º semestre de 2001 do comitê de Indicadores Com Instalação do Sistema de Mensuração de Desempenho Organizacional (SMDO) (POP . 2103. 001)	papel	DA	pastas
2	Estrutura do Núcleo de Ações para qualidade	Papel/ disquete	Núcleo de ações para Qualidade(NAQ)	Disquete e portfólio
3	Macroprocessos, (normas e procedimentos) do Núcleo de Auditoria Interna: programação; cronograma e follow-ups	Pastas, manuais	NAQ	Cópias de atas/ pasta
4	Relatórios dos comitês operacionais: Comitê de faturamento; normalização; ambulatório; emergência.	Papel	NAQ	pastas
5	Projetos: Ampliação da unidade de pacientes Críticos; mudança da emergência; acompanhantes.	Planta física	DG	documento
6	Relatório do planejamento estratégico do 2º semestre de 2001. Atas das reuniões do CTA; relatórios de atividade; ducumentos sobre execução orçamentária.	papel	Coordenação de administração (CA)	Relatório de reunião
7	Projeto Jovem Salva Vidas/ Projeto Sangue Bom.	papel	NAQ	relatório
8	Relatórios de auditorias , com resultados de conformidades de padrões de acreditação do setor de hemoterapia	papel	Auditoria	relatório
10	Projeto de desenvolvimento profissional/ Relatório de atividades de educação continuada / Cursos/ treinamentos	papel	CENf	relatórios
11	Planejamento estratégico,; relatório do sistema de mensuração, apresentação dos indicadores levantados no 2º semestre 2001	planilha	COAD/COTEC	relatórios
12	Planos de melhorias de hotelaria; Intranet; triagem neo- natal; Programa de Ideais.	papeis	DG/NAQ?COTEC/COEN/CPRH e COAD	pastas
13	Metodologia do planejamento, relatórios de atividades da ouvido ria, (2000 e 2001)	Papeis/ disquetes	DG/NAQ	Pastas/ disquetes
14	Relatórios de pesquisa de opinião do usuário PRODEMAN/UERJ.	Cadernos	DG/NAQ	papeis
15	Relatórios de levantamentos estatísticos, indicadores	cadernos	DG/NAQ	papeis
16	Relatórios de auditorias sobre tratamento de não conformidades gestão de erros e anomalias.	cadernos	DG/NAQ	papeis
17	Plano Diretor de informações	papeis	DG/NAQ e COAD	pastas
18	Relatório do Programa de Qualidade do Grupo de Facilitadores; Comitês e Comissões; Grupos multidiciplinares.	papeis	DG/NAQ /COAD/COEN/ COTEC e CPRH	pastas

19	Documento de convênio com a SEE.	papeis	DG/SS/	papeis

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001.
Sessão de revisão de documentos:
Função 6 :Governo Direção e Liderança

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatos das reuniões do CTA: pautas de janeiro a novembro de 2001;	papel	Direção geral (DG)	Cópias de atas
2	Orçamento de 2000 e 2001 .	papel	DG	2 folhas
3	Contratos de prestação de serviços. Em 2000 e 2001	papel	Direção administrativa (DA)	Pastas
4	Planejamentos estratégicos, (99, 2000 e 2001) comparativos	pasta	DA	Cópia
5	Textos da Missão, Visão e Valores., material informativo, folders, cartazes e pagina da internete,	papel	DA	Disquete cartazes
6	Documentos de convênios interinstitucionais	papel	DA	Cópias
7	Normas de faturamento; manual de organização, estatutos da SES; POP. Assegurando o cumprimento da legislação vigentes e pertinentes ao hospital; certidões e certificados: lei 3613 18/07/01 Manual do diretor técnico.	papel	DA	Pastas
8	Manual de organização/ regime interno do HRMORIO	papel	DA	manual
9	Documentos de capacitação, análise e descrição de cargos	papel	DA	manual
10	Auditorias internas ,certidões e certificados (ano 2000 e 2001)	papel	NAQ	Pastas
11	Plano de obras, documento sobre execução orçamentária. (2001)	Papel	DG	Pasta
12	Planejamento estratégico: organização de pessoas relatórios de atividades Coordenação de Pesquisa e Recursos Humanos (CPRH)	Papel	CPRH	Pasta
13	P OP avaliação dos fornecedores, relatórios de atividade da COAD; (compras FUNDARJ), Pareceres do HEMORIO para compras da SES.	Papel	DG/ COAD	Pastas
14	Avaliação dos serviços terceirizados,	Cópias/ papel	COAD	pastas
15	Planejamento estratégico: reuniões CTA e COTEC, relatórios de atividades.	Original/livro	DG/COTEC/COEN/CPRH e COAD	
16	Edital de concurso público; (ofício de priorização encaminhado a SES, lei 3613 18/07/2001).	Documento	DG/CPRH	papel

17	Ofício com apresentação organograma vigente	Ofício	DG/ SES	papel

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/11/2001.
Sessão de revisão de documentos:
Função 7 Gerência do Ambiente (GA)

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Planta física do fluxo da organização	papeis	DA	Plantas
2	Documentos de manutenção de para – raios, subestação e vapor		SASF	Plantas físicas
3	Documentos de instalações: elétrica e hidráulica.; gases e ar comprimido	papeis	DA	Plantas físicas
4	Plano de gerenciamento dos processo, normas de apoio para administração:Manutenção das estruturas prediais; materiais perigosos e descarte de lixo	Pastas	DA	3 pastas
5	Normas de controle patrimonial	papeis	DA	1 pasta
6	Fichas de análise de acidentes do trabalho ano de 1999. Plano de evasão da Brigada de Incêndio.	papeis	DA	
7	Apostilas do curso de Prevenção de acidentes. (Cipeiros) Documentos da semana interna de prevenção de acidentes de trabalho. (CIPAT)	papeis	DA	apostilas
8	Programa de prevenção de Riscos Ambientas (PPRA) e programa de Controle médico de Saúde Ocupacional.	papeis	DA	pasta
9	Documentação de Raio-X, monitores enviados à SAPRA (dosimetros)	papeis	DA	pasta
10	Certificados do Instituto de Radio Proteção e Dosimetria.	papeis	DA	certificado
	Manual de atendimento ao acidentado em trabalho/ estatística. Relatórios de medicina do trabalho	papeis	Da	Manual
11	Normas de controle: segurança da estrutura, patrimônio, e usuários. (relatório de patrimônio)	papeis	DA	pastas
12	Documentos referentes a constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e . relatórios da campanha de vacinação para hepatite B	Papeis,	Setor de assistência a segurança do funcionário (SASF-ST0	Cópias de atas. Pastas suspensas. Copias de programas
13	Levantamento estatístico de absenteísmo	papeis	DA/RH	folhas
14	Plano e política de controle de tabagismo	documento	DA/RH	pasta
15	Plano de obras	Pasta	DA	pasta

16	Manual de rotinas de manutenção de equipamentos (contratos)	pasta	Da	pasta
17	Certificado de controle da qualidade de água, e	certificado	Da	pasta
18	Plano do sistema compartilhado de gerador / Hospital municipal Sousa Aguiar.	Contrato/ pastas	DA	documento

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação

3ª avaliação externa do programa 28/11/20001
Sessão de revisão de documentos:
Função 8 Gerência em Educação e Qualificação dos Recursos Humanos (RH).

Ref.	Especificação Evidências	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Relatórios de treinamentos (principal e introdutório) e outras atividades educativas	relatórios	SPDI	papeis
2	Formulários e relatórios de avaliação de desempenho	relatórios	SPDI	papeis
3	Descrição de cargos e atribuições	Documentos	SPDI	papeis
4	Definição de perfis dos profissionais para recrutamento e seleção	Documentos	SPDI	papeis
5	Políticas de Saúde do trabalhador	Documento	SASF	papeis
6	Programa de Educação Continuada da Enfermagem(atas de reuniões e atividades educativas, cursos etc)	Planos de trabalho	CoEnf	papeis
7	Documentos sobre plano de capapcitação de Pessoal (banco de dados)	Relatórios	SPDI	papeis
8	Quantittativo de profissionais por categorias	relatórios	RH	papeis
9	Documentos de reuniões clínicas (médicos)	relatórios	CT	papeis
10	Levantamento de absenteísmo e *tourn over* por categorias	relatório	RH	papeis

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti:HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/011/2001
Sessão de revisão de documentos:
Função 9 Gerência de Informação.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Notificação compulsória de AIDS/ – ficha individual de investigação/ encaminhamento	papel	hematologia	1 folha
2	Notificação compulsória de tuberculose - ficha individual de investigação/ encaminhamento	papel	hematologia	1 folha
3	Normas do Sistema de informática, atividades de treinamento atuante (sistemas atuantes = 4)	pasta	DA	1pasta
4	Meios de comunicação; e- mails; expressinho; pautas de reuniões das CTA(coordenações e direção); memorandos internos;	formulários	DA	1 pasta
5	Informações de acidentes de trabalho/ PCMSO	documentos	DA	1 pasta
6	Normas para comunicações de problemas, defeitos e concertos; cartazes e circulares	Planos de trabalho	DA	1 pasta
7	Documentos da comissão de prontuários(atas e relatórios, sobre os planos de melhoria quanto ao registro das informações no prontuário: avaliação do paciente , plano de cuidados e assinaturas)	relatórios	Comissão de Prontuário	1 pasta
8	Biblioteca – documento de organização e acervo	disquete	Biblioteca	disquetes
9	Descrição das atividades , agenda ciêntifica e cronograma do Centro de Estudos	Documentos	C E	Papeis

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti: HEMORIO/Consórcio Brasileiro de Acreditação
3ª avaliação externa do programa 28/29/ 30 11 2001.
Sessão de revisão de documentos:
Função 10 Vigilância, prevenção e Controle de Infecção Hospitalar.

Ref.	Especificação	Tipo de apresentação	Procedência	Obs/
1	Normalização da Comissão de controle de Infecção Hospitalar	Disquete	CCIH	1 disq.
2	Gráficos de 99	Disquete	CCIH	1 disq.
3	Prevalência de cepas	Disquete	CCIH	1 disq.
4	Resistências de antimicrobianos	Disquete	CCIH	1 disq.
5	Atos institucionais que cria a CCIH	papel	DG	3 folhas
6	Atribuições da CCIH	papel	CCIH	3 folhas
7	Relatório de Inspeção sanitária	papel	CCIH	3 folhas
8	Orientação para coleta de Swab	papel	CCIH	3 folhas
9	Orientação para lavagem das mãos	papel	CCIH	3 folhas
10	Desinfecção e manutenção de almotilias	papel	CCIH	3 folhas
11	Fichas para urinocultura	papel	CCIH	1folhas
12	Fichas de acompanhamentos de cateter centrais	papel	CCIH	1folhas
13	Fichas de acompanhamentos do uso de antimicrobianos	papel	CCIH	1 folhas
14	Ficha de acompanhamento de paciente portador de MRSA	papel	CCIH	1 folhas
15	Orientações para acompanhantes de quarto e enfermarias	papel	CCIH	2 folhas
16	Orientações para as visitas	papel	CCIH	1 folha
17	Orientações para os funcionários	papel	CCIH	2 folhas
18	Expedientes diversos, encaminhamentos e orientações	papel	CCIH	7 folhas

Apêndice nº -X

Resumo dos recursos disponibilizados para preparação para acreditação:

Recursos Humanos:

Constituição de uma coordenação de Acreditação, composta pelos atores do Núcleo de ações para qualidade. Coordenadora técnica, e técnico de acreditação designado pelo CBA.
Constituição de agentes facilitadores, composto por profissionais de todos os níveis de ação da instituição.
Desenvolvimento da estrutura de auditoria interna com aumento do número de auditores qualificados Treinamento do grupo facilitador em conjunto com os auditores internos para atividades de preparação para acreditação.
Desenvolvimento da estrutura de Comunicação e Marketing,

Recursos físicos e financeiros : Disponibilidade de material informático e salas de reunião. Orçamento para material de divulgação, incluindo *folders* e cartazes e periódicos semanais. Levantamento de custos de melhorias e solicitação de Orçamento para implantações. (segundo planejamento estratégico anual)

Apresentamos junto ao material coletado o último relatório de levantamento dos padrões pendentes em termos de conformidades. Tais padrões foram alvos de planos de melhorias para solução das não conformidades preparando-se para avaliação final para acreditação. A analise deste material nos permitiu comparar as informações relatadas, com os documentos apresentados na avaliação externa do CBA.
Este levantamento foi realizado como *Follow up, da* terceira avaliação externa realizada pelo CBA. Os grupos de facilitadores seguiram a estratégia já adotada nas avaliações anteriores, realizando auditorias internas com base nas funções, concentrando-se nos padrões não conformes, buscando as soluções de conformidade dos mesmos.

Apêndice nº XI

Relatórios apresentados*:* da auditoria interna trabalhada pelos grupos de facilitadores na preparação da terceira avaliação do CBA

IX - Quadro de resumo:

Função	Padrão	Essencial	Atividade
DIREITOS DO PACIENTE	DE 1 DE 1.1.	Sim	Políticas operacionais padrão em elaboração.
	DE.1.2	Sim	Políticas operacionais padrão .(Direção Geral e Serviço S ocial)
	DE 1.3	Não	Diretriz em elaboração (DG, comitês de erros e ouvidoria)já existe Política operacional padrão elaborada
	DE.1.4	Sim	Diretriz em elaboração.
	DE 1.5	Sim	Política operacional padrão em elaboração (DA providenciando chaves para gavetas)
	DE.1.6	Sim	Diretrizes em elaboração, (DG e DA)
	DE.2. e	Sim	Política operacional padrão em elaboração (NAQ)
	DE.2.2. DE.2.3	Sim	Política operacional padrão de entrega de manuais (S.S; e COENF e SHEMATO)
	DE. 2.4	Sim	Formulário em elaboração (POP da Coordenação Técnica)
	DE.2.4.1		Política operacional padrão em elaboração (DPRH) atas de reunião CEP
	DE. 3. e DE.3.3	Sim	Políticas operacional padrão 2100.007
	DE.7 e DE 7.1	Sim	Diretriz em elaboração pela direção geral

	DE.8.1.1	Sim	Política operacional padrão 5103.007;POP 2110.001; POP 2106.001.
	DE8.2	Sim	POP da atividade em elaboração pela Farmácia.
	DE.8.3	Sim	Material informativo sobre esse aspecto em elaboração
	DE.8.5 Padrão	Sim Essencial	O treinamento realizado pelos profissionais de fisioterapia, é registrado no prontuário. Política operacional padrão elaborada pelo Serviço Social. POP 2106.001 p atividades
AVALIAÇÃO DO PACIENTE	AP.1.2 a1.2.2.	Não	Políticas em elaboração (chefias de clínica)
	AP.1.3	Sim	Plano de cuidados elaborados,, sendo aplicado apenas aos pacientes críticos. Necessário aumento do número de enfermeiros para estender a todos os pacientes. Encaminhado á direção. Programação de concurso. SES. Já foi elaborado o levantamento dos recursos de enfermeiros enviado para SES. A COEN esta em fase final da elaboração das atribuições e perfis dos profissionais de enfermagem.
	AP.3.2. 3.5.	Sim. Sim	As chefias dos respectivos serviços estão providenciando a implantação de programas de qualidade específicos para estes setores.
CUIDADO DO	CP.1.	Sim	O plano de cuidados de enfermagem só poderá se estender a todos os pacientes com aumento de pessoal. O documento do RH (edital de concurso) evidencia a plano de aumentar o número de enfermeiros no quadro do HEMORIO , possibilitando a prática de evolução desses profissionais nos prontuários de todos os pacientes.

	CP.2	Sim	- Em operação campanha de divulgação da lista de medicamentos pa dronizados.
	CP 2.3	Não	- Em elaboração POP para uso de medicamentos provenientes do paciente. (Farmácia e Enfermagem). Prazo de apresentação definido.
	CP. 2.5.1	Não	- Elaboração de POP definindo atribuições conforme qualificação profissional para assistência. (prescrições dos pacientes). Aguardando definição coordenação técnica e chefia de clínica.
	CP. 2.6 CP. 2.6.1	Sim	- Consolidar, plano de prevenção e controle de erros de administração de medicamentos e plano de monitoração de reações adversas, iniciado antes da última avaliação externa. POP em elaboração pela COEN/ Farmácia/ COTEC.
	CP.5	Sim	- Definida a necessidade de prescrição no plano terapêutico, para contenção e isolamento, POPs entre a COT e COENF. Período de avaliação e controle para registros nos prontuários dos pacientes(POP 5100.003, itens 5.10 e 5.11) Protocolos em elaboração
	CP.6.3	Sim	- Esta sendo programado o treinamento de atendimento a paradas cardíacas e respiratórias, (ressuscitação) Cronograma definido , segundo Coordenação de educação continuada de enfermagem, o treinamento esta sendo realizado pelo Corpo de Bombeiros Os carros de reanimação estão disponíveis nos setores, inspecionados diariamente pelos enfermeiros responsáveis, com registro no livro de ordens e ocorrências. (POP 5.100.003. item 5.18)

Função	Padrão	Essencial	Atividades
ACC ACESSO E CONTINUIDADE	ACC.1.4	Não	- Os critérios de transferência dos pacientes para CTI, estão sendo elaborados pelas chefias de clínica. Prazo de conclusão estabelecido.
	ACC . 4.	Sim	- Definição do horário de alta hospitalar para 15 horas. Estabelecer critérios de prioridades da visita médica para os clientes que estiverem com alta programada. Elaboração de POP com prazo definido. Planejamento de alta, adequado ás necessidades do paciente e do funcionamento do serviço.
	ACC5	Não	- Como o hospital não dispõe de recursos para assumir o transporte dos pacientes de alta, necessita criar mecanismos para facilitar o deslocamento dos pacientes em condições vulneráveis.O Serviço Social esta providenciando contatos e elaborando POP nesse sentido.

MD MELHORIA DE DESEMPENHO	MD 1	Sim	- As informações de evidência de conformidade do padrão: - instalação de políticas de qualidade desde 1995; PGQT/ IBQN; (institui: Planejamento estratégico; comitês de qualidade; Sistema de mensuração de desempenho).1997:- constitui, Núcleo de Ações para Qualidade (NAQ) com ações de auditoria, normatização e projeto de ouvidoria. – Recebe Prêmio de Destaque Procon na categoria de Prestadores de Serviços Públicos e Privados e Diploma na categoria prata, do Programa de Qualidade Rio e Premiação Rumo à Excelência pela Secretaria Estadual de Ciências e Tecnologia do Rio de Janeiro; 1998 – Instalação formal do núcleo de auditoria interna junto ao NAQ. – Programa de Controle de Qualidade no laboratório de Imuno-Hematologiapela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH) - Certificação de Qualidade ao Serviço de laboratório no Programa Nacional de Qualidade em Laboratórios (SBAC)1999- Prêmio do Programa de Qualidade do Governo Federal; 2000: - Diploma de Qualidade do Programa Qualidade Rio; Certificado de Honra ao Mérito pela contribuição na busca da qualidade do sangue, concedido pelo Ministério da Saúde; Acreditação do serviço de Hemoterapia pela *American Association of Blood Banks(AABB).* – Os documentos estão relacionados “book’ organizado pelo NAQ. -As políticas de melhoria de desempenho serão apresentadas na sessão de Melhoria de Desempenho conforme agenda da avaliação para acreditação do CBA/JCIA. A apresentação esta à cargo de um enfermeiro membro do grupo de facilitadores.
	MD1.1	Não	- Documentos que evidenciam o fluxo de comunicação entre a Direção, coordenações, chefias e funcionários. Atas das reuniões com repasses das informações, das decisões de prioridades do planejamento estratégico anual, com as metas de todas as coordenações, com Programa de Ação de Melhoria de Desempenho, definidas de forma participativa multiprofissional.

MELHORIA DE DESEMPENHO MD	MD. 2	Não	- Documentos que evidenciam a realização de treinamentos em 1999, 2000 e 2001. Cursos de capacitação dos dirigentes de serviços; capacitação dos agentes facilitadores para ações de melhoria de desempenho. Cursos de ferramentas da qualidade para os funcionários. . Evidências nas pastas funcionais do RH. E documentos do NAQ e setor de Educação continuada enfermagem.
	MD.1.3	Sim	-Evidências no Planejamento Estratégico (plano de metas anuais) com revisão das metas alcançadas (indicadores) e realinhamento proposto em todas as coordenações. (Programa de Melhoria de Desempenho; Plano de Ação; Relatórios de Atividades de Melhoria de Desempenho; Atas de reuniões de Direção, dirigentes de serviços e dos grupos de facilitadores).
	MD.2	Sim	- Programa de Melhoria de Desempenho; Plano de Ação; Relatórios de Atividades de Melhoria de Desempenho; Atas de reuniões de Direção, dirigentes de serviços e dos grupos de facilitadores. Estes programas estão em sintonia com a missão, as necessidades dos pacientes e familiares, assim como com o Plano Diretor sustentado pelo planejamento estratégico anual.
	MD.2.1	Não	-Planejamento Estratégico de cada coordenação compõe o planejamento estratégico geral da instituição. Nele esta inserido o Plano de melhoria de desempenho de todos os setores As atividades escritas no PMD são discutidas e definidas pelas equipes multiprofissionais. .
	MD2.2	Sim	- Documento contendo critérios de seleção para o Programa de melhoria de desempenho: relatórios de atividades onde a direção, dirigentes e agentes facilitadores selecionam os processos de atividades de MD de acordo com a missão e as necessidades do paciente e seus familiares: Ex. situações de risco para pacientes,

			funcionários e visitantes; correlação das atividades com os principais objetivos do plano diretor; impactos sobre as metas estabelecidas nos planos de ação; impacto sobre as funções relevantes do hospital; abrangência quanto a participação dos serviços; impacto sobre a satisfação do paciente; custo do processo.
	MD.2.3	Não	- As novas atividades e os novos processos incorporados às atividades de melhoria ou reorganização dos já existentes orientam-se pelos princípios definidos no programa de Melhoria de desempenho assumido pelo hospital
	MD.3.	Não	- Documentos que evidenciam: relatórios de atividades; relatórios de avaliação; relatórios estatísticos. - A direção e os dirigentes de serviços definem os indicadores de estrutura, processo e resultados para monitorar o desempenho das atividades clinicas e gerenciais.
MD MELHORIA DE DESEMPENHO	MD.3.1	Sim	- O hospital dispõe de procedimentos para monitoração (Sistema de mensuração de desempenho) - Os processos de monitoração consolidados são os de gestão de erros e anomalias na hemoterapia e vigilância e controle de infecção hospitalar. Processos pendentes, em fase de instalação: - indicadores clínicos: Segurança e controle da qualidade dos serviços de patologia clínica; anatomia patológica, serviço de radiologia e de outras imagens; procedimentos invasivos; uso de antibióticos e erros na administração e reações adversas de medicamentos; pesquisa clínica e avaliação do paciente. .

	MD.3.2	Não	- Indicadores gerenciais monitorados pelo hospital no momento;satisfação dos profissionais e pacientes (Prodemam) Em fase inicial de implantação: Suprimentos de equipamentos e medicações; atividades administrativas; gerencia financeira; conteúdo, acessibilidade e utilização do prontuário do paciente.
	MD.3.3	Sim	- Através de pesquisa de opinião e satisfação de pacientes e funcionários (caixa coletora no ambulatório, salão do doador, e dos relatórios das consultorias Prodemam). Os dados são coletados sistematicamente e trabalhados com ações propostas pelo NAQ à DG. Documentos que evidenciam, no NAQ.
	MD.3.3.1	Não	- Os dados levantados são comparados semestralmente com padrões de referência de outros hospitais (serviços) Nacionais e Internacionais e valores estimados com base em evidências cientificas.
	MD.3.4	Não	Através de pesquisa de opinião e satisfação de pacientes e funcionários (caixa coletora no ambulatório, salão do doador, e dos relatórios das consultorias Prodemam). Os dados são coletados sistematicamente e trabalhados com ações propostas pelo NAQ à DG. Documentos que evidenciam, no NAQ.
	MD.3.5	Não	- No hospital funciona o Programa de Gestão de Erros e anomalias na Hemoterapia, com formulários de registros e desdobramentos. O Sistema de auditoria interna, funciona em busca ativa de situações indesejáveis para correção e prevenção.
	MD.3.6	Sim	- O Planejamento de melhoria de desempenho, consta de acompanhamento e avaliação dos resultados. - Indicadores estabelecidos no Planejamento estratégico: gestão de erros e a sistematização das auditorias internas.

Função	Padrão	Essencial	Atividades
MD MELHORIA DE DESEMPENHO	MD.3.7.	Não	-- Através de pesquisa de opinião e satisfação de pacientes e funcionários (caixa coletora no ambulatório, salão do doador, e dos relatórios das consultorias Prodemam). Os dados são coletados sistematicamente e trabalhados com ações propostas pelo NAQ à DG. Documentos que evidenciam, no NAQ e através dos relatórios das auditorias internas. - Os dados levantados são comparados semestralmente com padrões de referência de outros hospitais (serviços) Nacionais e Internacionais e valores estimados com base em evidências cientificas.
	MD.4.	Sim	Evidenciado através da reestruturação e melhoria da farmácia, melhoria das condições de assist6encia na emergência, através de obras de expansão de área física,, melhorias dos processos de expedição do sangue, da expansão do ambulatório, com aquisição de novas áreas e construção de anexos, melhoria do funcionamento da Documentação cientifica, através de instalações físicas e melhoria de processos.
	MD.4.1	Não	- Intensificar ações de melhorias para a operacionalização do controle de qualidade da Radiologia e Imagens. As políticas e procedimentos por escrito estão em fase de elaboração. A direção e os dirigentes devem assegurar a realização dessas políticas e procedimentos.
	MD 4.2.	Não	-Plano Diretor; Planejamento estratégico e seus realinhamentos definindo o processo e elaboração do plano, a missão e a finalidade, a visão estratégica, os fatores críticos, as diretrizes, metas e indicadores são utilizados para planejar e programar novas atividades.

GDL	GOVERNO DIREÇÃO E LIDERANÇA	GDL.1.	Sim	- Explícito no planejamento estratégico.
		GDL.1.1	Sim	- Divulgação realizada pelas estratégias: Internet; Atividades externas, Conselho de Saúde do Estado; Cartazes; folders, campanhas de divulgação de projetos: Jovem Salva Vidas e outros
		GDL.2.	Não	-Planejamento Estratégico de cada coordenação compõe o planejamento estratégico geral da instituição. Nele esta inserido o Plano de melhoria de desempenho de todos os setores As atividades escritas no PMD são discutidas e definidas pelas equipes multiprofissionais, seguindo as diretrizes da missão, visão, metas e indicadores, visando as necessidades dos pacientes e funcionários. Documentos evidenciados no Plano Diretor, Plano de ações de melhorias, e atas de reuniões. .
GDL	GOVERNO DIREÇÃO E LIDERANÇA	GDL.2.1.	Não	-O Planejamento estratégico do Hospital, tem foco no paciente: garantindo a continuidade do tatamento, ações de relevância social, busca da satisfação do cliente; oferecendo por escrito, informações sobre cada doença acompanhada na instituição. Além de orientar e oferecer serviços credenciados/ contratados fora da instituiçào e divulgar para outros serviços de saúde os objetivos do HEMORIO. Documentos evidenciados no plano Diretor, Programas de açào; regimentos e *Book* da DG
		GDL.3	Sim	- regimento interno com organograma. Estatuto com as linhas de responsabilidade dos chefes de serviços, além das reuniões de planejamento, reuniões do CTA com chefes de serviços para avaliação e discussão dos relatórios sistemáticos. Documentos evidenciados nas atas de reunião e relatórios.

	GDL.4	SIm	- Ações evidenciadas em atribuições em Diário Oficial do Estado, Regimento interno; Coordenação de pesquisa e Recursos Humanos nas folhas de análise e descrição de cargos, relatórios de atividades; atas de reuniões com a direção e plano diretor.
	GDL.4.1.	Sim	- Ações evidenciadas em Regulamento Técnico Normas 1000.002 e Regulamento Administrativo Normas. 1000003; O Hospital participa da Gerência executiva da Comissão de Estado de Hemoterapia (Rio Sangue Bom).
	GDL.5.	Sim	- A direção estabelece política de melhoria de desempenho, assegurando As prioridades dos serviços, com cobrança de ações regulares de acompanhamento das ações e análise críticas dos indicadores. Documentos que evidenciam , atas das reuniões, documentos de execução orçamentária.
	GDL.6.	Sim	-O governo e a direção aprovam o orçamento e alocam recursos para atender a missão da organizaçào. Documentos que evidenciam estas ações: orçamento da FUNDARJ e SES na COAD, ANVISA para o sangue.
	GDL 7 .	Não	- A direção e os dirigentes de serviços promovem a integração do hospital com as instituições através da HEMORREDE, promovendo e participando de reuniões periódicas com responsáveis técnicos e Secretaria Municipal. Realiza visita e palestras em outros hospitais e comunidades. O Hemorio mantém convênio com as seguintes instituições: Casa Ronald Mac Donald; Casa de Apoio Social da Associação dos Hemofílicos do Rio de Janeiro; Associação de Pacientes Falcêmicos, Talassemicos e Hemofílicos.

Função	Padraõ	Essencial	atividade
GDL GOVERNO DIREÇÃO E LIDERANÇA	GDL.8.	Sim	- Estas ações são evidenciadas pelos documentos de consultas a Conselhos de classe,; Ministério do trabalho; Ministério da saúde, Conselho Estadual de Saúde para decisões internas. E ainda nos relatórios de atividades e atas de reuniões. Apresentação de certidões e certificados.
	GDL.8.1	Sim	- Estas ações podem ser evidenciadas nos relatórios de resposta a inspeção da ANVISA. A realização de auditorias internas proporcionou a realização de ações corretivas e preventivas em reposta as recomendações da ANVISA. Apresentar certidão conferida pela instituição citada , assim como a certidão da AABBB.
	GDL. 9.	Não	- Norma para elaboração controle e revisão de instrumento normativo. Norma. 1000.001. Emissão, revisão e controle dos instrumentos normativos Norma 1030.001. Planejamento estratégico com metas setoriais com a participação dos responsáveis por cada setor e pela apresentação semestral de indicadores que servem como base para tomada de decisões. Atas das reuniões do CTA.
	GDL.10.	Não	- Ações evidenciadas no Planejamento Estratégico, na proposta orçamentária funcional, plano de obras e pesquisas. No Plano Diretor, nos relatórios de atividades
	GDL.11.	Sim	- Ações incipientes, necessitando reforço através da elaboração de políticas e procedimentos visando a organização dos processos que definam seleção, acompanhamento e avaliação dos contratados para prestação de serviços. Solicitar A elaboração de políticas e procedimentos desse processos para os chefes dos serviços de nutrição, anatomia patológica,. Solicitar da SES o controle de qualidade do serviço de tomografia computorizada. Ações com prazo definido.

	GDL.12	Não	- Ações evidenciadas nas POP da COTEC para os fornecedores AABBB. Os processo de compra dos insumos são realizados pela Fundarj (processos organizados) e pela SES, (solicitar cópia desses processos)
	GDL15	Sim	- Apresentação de organograma e documentos de responsabilidades técnica dos chefes de clínica e definição *do Staff* médico no regimento interno do hospital.
	GDL15.1	Sim	Políticas e mecanismos de procedimentos, evidenciando através dos Planejamento Estratégico anuais, Existência de avaliação crítica regulare dos indicadores de desempenho. Avaliaçào e controle da qualidade interna e externa. Obras de ampliação da emergência, construção de prédio anexo, aquisição de outras áreas para adequação física, auditorias internas , certificações, premiações . Pendência= POP de qualidade da Radiologia e Imagem, (em elaboração.
Função	Padrão	Essencial	Atividade
GA GERÊNCIA DO AMBIENTE HOSPITALAR	Ga1.1.1	Não	Evidência no Plano Diretor. Obs. Construção do HEMORIO,anterior a portaria 1884 de 1994 e antes do COSCIP, decreto lei no 247 de 1975.
	GA1.3	Sim	-Providencias necessárias para evidenciar as condições de conformidade: Revisar o plano de contingência elétrica, hidráulica, gás, gases medicinais, vapor e incêndio. Tarefa colocada para o Serviço de Atendimento à Saúde do Funcionário (SASF), com prazo de conclusão. - Solicitado ao SASF e CCIH a elaboração de plano de estratégico para atendimento à casos de contaminação com materiais tóxicos e radioativos. Com prazo de entrega antes da avaliação externa. -Solicitado ao Serviço de Apoio a elaboração de plano estratégico para prevenção de invasão de delinqüentes, seqüestro e violências contra pacientes. Prazo de entrega antes da avaliação externa. - Solicitado ao Comitê de gerenciamento de resíduos sólidos a organização de pasta de documentos contendo as atas das reuniões e documentos comprobatórios dos trabalhos realizados

			- Elaborar políticas e procedimentos para a entrega de chaves na portaria.
	GA.1.4	Não	- Elaboração de plano para formalizar as ações de colaborações do HEMORIO, nos casos de doações emergenciais solicitados pela imprensa falada e escrita. Tarefa para Comunicação Social, prazo de entrega estabelecido.
	GA.1.5	Sim	- O Plano de Evacuação (EVA), esta sendo reestruturado em função das novas construções (mudanças físicas)
	GA.2.3	Não	- Solicitado ao NAQ / Comunicação /SASF a realização dos quadros de demarcação do hospital, com sinalização dos pontos e áreas de riscos, com orientações para as condutas adequadas, orientando os clientes externos em caso de acidentes. (estabelecer normas e condutas) Prazo de conclusão estabelecido.
	GA.4.1.	Sim	- Elaboração de POP para a gerencia do suprimento de água e eletricidade em conjunto com o Hospital municipal Sousa Aguiar, solicitar do hospital os documentos de exames periódicos da água.
	GA.5.	Sim	- Solicitado aos responsáveis pelo processo de hotelaria e ao Serviço de Engenharia Clínica a apresentação de relatórios que evidenciam a realização de treinamentos com os funcionários, para utilização dos equipamentos e infra-estrutura de prevenção de acidentes .
	GA.6.	Sim	- A reestruturação do Plano de evacuação esta em fase de conclusão
Função	Padrão	Essencial	Atividade
G.E.Q.DE RECURSOS	RH.1	Sim	- Evidências na pasta de funcionários, política d eatualização.
	RH 3	Sim	- Evidências nos relatórios dos treinamentos introdutórios. Políticas e procedimentos.
GERÊNCIA DE	GI.2	sim	Planejamento da manutenção do sigilo e segurança dos prontuários. Aguardando conclusão da obra no setor de internação e ambulatório. para organização do fluxo de entrega dos prontuários. POP sobre esse

			procedimento em fase de elaboração.
	GI.5.2 e GI.5.2.4 GI.6.	Sim	- Evidências nos relatórios de auditoria interna sobre o prontuário do paciente, plano de melhoria e relatório de resultados. Apresentação das normas revisadas.- Os registros dos profisssionais que realizam os procedimentos são anotados sistemáticamente no prontuário conforme avaliação estabelecida. O Consentimento informado deve ser assinado pelo médico junto com o paciente. POP elaborada.
	G.7.	Sim	- Revisar utilização dos dados agregados para tomada de decisão clínica. Existem vários indicadores do programa de melhoria
Controle infecção hospitalar	CIH.1.3	Sim	- Políticas em fase de revisão, evidenciadas nos instrumentos normativos da CIH e nas pastas de processos.

ANEXO A - Modelo do termo de compromisso entregue a todos os entrevistados

HEMORIO

Instituto Estadual de Hematologia "Arthur de Siqueira Cavalcanti"

COORDENAÇÃO DE PESQUISA E RECURSOS HUMANOS

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Nome do pesquisador responsável ou coordenador no HEMORIO: Qualificação: projeto de dissertação para tese de mestrado

Identidade: Cledenir Formiga Casimiro

Declaro, para os devidos fins, que **tornarei público** os resultados da pesquisa abaixo identificada, sejam eles favoráveis ou não, em até 6 meses à sua conclusão, através de publicação em revista indexada e/ou apresentação em encontro científico; que os **dados coletados** serão utilizados **exclusivamente para a referida pesquisa**, mantendo **sigilo** quanto à **identificação dos seres humanos** nela envolvidos; que há **infra-estrutura necessária** para o desenvolvimento do projeto de pesquisa abaixo identificado. Declaro ainda que tenho conhecimento da **Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde. e comprometendo-me a cumprir os seus termos

_____

Local, Data e Assinatura

TÍTULO DO PROJETO	Mudança Organizacional em estabelecimentos de saúde: Um estudo de preparação para Acreditação
OUTROS INTEGRANTES DO PROJETO (nome, qualificação e atribuições no projeto)	
LOCAL DE EXECUÇÃO	Instituto Estadual de Hematologia "Arthur de Siqueira Cavalcanti"
DIRETOR GERAL DO HEMORIO (ou seu substituto legal)	**ASSINATURA E CARIMBO:**
	DATA:

I - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	
TÍTULO	Projeto de dissertação de tese de mestrado : Mudança Organizacional em estabelecimentos de saúde: Um estudo de preparação para acreditaçào.
BOLSA (TIPO / AGÊNCIA)	
AUXÍLIO FINANCEIRO	
INSTITUIÇÃO (ÕES) DE EXECUÇÃO	Instituto Estadual de Hematologia "Arthur deSiqueira"
DIVISÃO/SERVIÇO/SEÇÃO	Coordenação de desenvolvimento Institucional
TEMPO DE DURAÇÃO DO PROJETO	3 semanas
NOME	Cledenir Formiga Casimiro
DOCUMENTO DE IDENTIDADE	2734215-3 IFP
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL	Coren 25916
CPF	363429637-20
CARGO / FUNÇÃO	Pesquisadora associada do IMS e mestrando do IMS/UERJ
II - IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR/COORDENADOR	
INSTITUIÇÃO	Instituto de Medicina Social – Universidade do estado do Rio de Janeiro- Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva
ORIENTADOR	Prof. Dr. Roberto Parada
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Políticas e Planejamento e Administração em Saúde	Departamento de Administração em Saúde e Gestão de Políticas Públicas
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA	Rua Miguel lemos, no 8 apto 506 – cep 22.071.000 / Copacabana
TELEFONE / FAX	2513 2526 / 98564614
E-MAIL	Cleide@ims.uerj.br; cleidecas@superig.com.br

III – RESUMO DO PROJETO (MÁXIMO 20 LINHAS)
Esse projeto esta dirigido ao estudo das dinâmicas da mudança ocorrida após a preparação para acreditação em um estabelecimento de saúde, no Estado do Rio de janeiro, para tanto será utilizada a metodologia descritiva do estudo de caso. O processo de preparação para acreditação será portanto o foco desse estudo. O levantamentos de dados será realizado através de entrevistas semi-diretivas com os grupos responsáveis pela coordenação do processo de auto-avaliação, e os profissionais do estabelecimentos que se submeteram a esse processo. A análise de documentos será também utilizada como método, assim como a observação dos meios disponibilizados para a preparação. A análise dos dados será realizada em função das seguintes variáveis: *i)* Quanto á natureza da mudança,(geral., localizada, gradativa,radical). *ii)* Quanto às estratégias de ação, (adesões e resistências). **A inclinação para a realização desse estudo surgiu das observações e interrogações da autora durante as atividades desenvolvidas no campo da administração de serviços de saúde em dados momentos de sua prática profissional, no campo da avaliação da qualidade em estabelecimentos de saúde.** **A experiência de trabalho, como avaliadora, em diferentes sistemas de acreditação, suscitou algumas reflexões sobre a implementação de programas de melhoria da qualidade do cuidado. Nesse sentido estamos nos propondo á estudar uma dessas estratégias com a finalidade de conhecer como se passa concretamente a preparação e se ela se afirma de fato como um instrumento de mudança organizacional?**
DATA
ASSINATURA:

:

Data da aprovação pelo CEP do Hemorio : .....20 de janeiro de 2005.....

Informações adicionais sobre o projeto exigidas para análise da Comissão de ética e Pesquisa (CEP/ HEMORIO:

1- Justificativa:

No Brasil, os primeiros incentivos à melhoria de qualidade no setor hospitalar, no setor público, foram realizados através das recomendações da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Nessa ocasião OPAS em parceria com A Federação Latina Americana de Hospitais apresentou o Manual de Acreditação Hospitalar para América Latina e Caribe.(Novaes;Paganini,1991) Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde, orientado pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, (PBQP). Em 1996, esse programa, retoma a prioridade da melhoria da qualidade nos serviços públicos hospitalares, e insere no subprograma "Qualidade de Vida" o projeto de Avaliação e Certificação de Assistência á Saúde.

Nesse mesmo período, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde recomendava a aplicação do processo de acreditação de serviços hospitalares como uma ferramenta de melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Ao longo da década de 90, outras metodologias e programas de gestão da qualidade foram implementados em alguns serviços de saúde no Brasil, o modelo de certificação da ISO, serie 9000, teve maior adesão no setor privado. Na segunda metade desta década outras iniciativas de incentivo ao movimento da qualidade nos serviços de saúde, foram implementadas pôr órgãos governamentais, acadêmicos e de representação de classe. Foram criados programas como: Prêmio Nacional de Qualidade do Governo Federal; Prêmio Gaúcho da Qualidade e Produtividade patrocinado pela Comissão Estadual da Qualidade e Produtividade do estado do Rio Grande do Sul, e o selo de conformidade do Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (PCQH) da Faculdade Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Refletindo sobre essas considerações, entendemos que a mudança nas organizações de saúde, e precisamente nas organizações hospitalares esta relacionada á fenômenos desenvolvidos entre os diferentes níveis da estrutura organizacional hospitalar desencadeado por processos desenhados com objetivos definidos. A implementação de um programa de melhoria de qualidade pode enquadra-se como uma instância desencadeadora de mudança, em um estabelecimento de saúde.

Objetivos da pesquisa:

Objetivo geral

- O objetivo geral é descrever e compreender o fenômeno da mudança na organização hospitalar após a implementação do processo de preparação para acreditação.

Objetivos específicos:

- Compreender as características da dinâmica das mudanças desenvolvidas no decorrer do processo de preparação.

- Apreender o processo da preparação para acreditação como um instrumento de mudança organizacional.

- Conhecer as ações estratégicas que condicionaram as mudanças e as suas características nos ambientes organizacionais, nos processos e nos resultados.

Relevâncias da pesquisa:

A motivação para a realização dessa pesquisa decorreu da importância do processo de preparação para acreditação em estabelecimentos hospitalares. Tal importância foi confirmada nos relatos de experiências realizados em seminários e reuniões em hospitais que se submeteram ao processo de avaliação para acreditação hospitalar.

Os resultados alcançados podem beneficiar:

O estabelecimento hospitalar estudado através do reconhecimento de seu modelo estratégico de preparação, identificando seus pontos fortes e críticos podendo ser apontado como referência como instrumento de mudança organizacional**.**

Os estabelecimentos hospitalares, a partir do conhecimento sobre a dinâmica das mudanças desencadeadas pelo processo de preparação. E ainda poderão escolher sobre as estratégias de implantação das ações de preparação.

As agencias acreditadoras também poderão utilizar-se dos resultados deste estudo para desenvolvimento de seus trabalhos de consultoria para preparações para acreditação.

E ainda os formuladores de política de saúde poderão obter insumos capazes de orientar as políticas de melhoria da qualidade na área hospitalar

Metodologia.

Essa tese visa compreender o fenômeno da mudança organizacional após a implementação da preparação para acreditação em um estabelecimento de saúde. Segundo Champagne et Denis, (1992) a estratégia de pesquisa mais adequada para análise de implantação de uma intervenção em um contexto específico é o estudo de caso. Portanto adotaremos essa metodologia seguindo seus critérios, partindo da seleção do caso, seguindo o processo de coleta dos dados que assegurem o rigor científico da pesquisa.

O processo de preparação para acreditação envolve diferentes níveis de realização, sejam:

- A auto-avaliação no nível dos serviços.
- A auto-avaliação no nível dos grupos especializados;
- O nível operacional da preparação para acreditação. (relativo a estrutura da preparação) ;
- O nível estratégico da preparação para acreditação. (relativo à gestão da preparação)

A coleta de dados:

A coleta de dados compreende a realização de entrevistas semi-estruturadas, a análise de documentos e as observações dos meios. Os dados recolhidos serão analisados qualitativamente.

As entrevistas semi-estruturadas.

As entrevistas buscam colher informações de pessoas identificadas com os acontecimentos, expondo as opiniões e atitudes dessas pessoas face ao fenômeno estudado. As entrevistas são realizadas com um roteiro semi- estruturado pré- testado, no início do processo da coleta de dados.

A Realização das entrevistas:

O processo da coleta de dados será iniciado formalmente com o envio das documentações pertinentes, conforme legislação vigente e normatização do estabelecimento em estudo.

Após um primeiro encontro com o coordenador do processo de Acreditação será estabelecida à listagem definitiva dos entrevistados. O contato será feito antecipadamente, o local da entrevista será estabelecido pelo entrevistado e a duração média será de 30 á 40 minutos. Todas as entrevistas serão registradas. O consentimento para gravação será formalizado de acordo com as normas de pesquisa vigente. Os entrevistados receberão todas as informações pertinentes à pesquisa: objetivos, metodologia e relevâncias. Os entrevistados poderão interromper a participação no momento que desejar. O pesquisador compromete-se com a garantia do sigilo da identidade dos entrevistados,.

Consentimento para divulgação dos resultados:

O presente projeto se insere enquanto dissertação de tese de mestrado em saúde coletiva. Portanto será publicamente defendido, possivelmente publicado em meios especializados e apresentado em encontros científicos. Nesse sentido a pesquisadora solicita o consentimento do estabelecimento estudado para as divulgações dos resultados nas situações supracitadas.

Informações atualizadas & termos do Consentimento informado :

A pesquisadora assume o compromisso de proporcionar informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso implique em desistência do entrevistado em participar da pesquisa.

Declaro, que após ter sido satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora, conforme as citações supracitados, consinto em participar na amostragem do projeto de pesquisa em questão.

Data.

Local :

Setor de trabalho :

Assinatura do entrevistado :

Assinatura da pesquisadora