



DESAFIOS X BENEFÍCIOS DA ACREDITAÇÃO – CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL UOPECCAN

REBOLÇA, Cristiane Aparecida Gomes¹
SAUTER, Claudia Alves²

RESUMO

Os desafios enfrentados pelas instituições frente ao mercado atual, onde os clientes exigem qualidade e melhoria contínua e a concorrência torna-se cada vez mais acirrada, têm pressionado estas empresas a serem cada vez melhores e possuírem diferenciais competitivos. Tais necessidades também são evidenciadas nos serviços de saúde, que precisam garantir a qualidade e a segurança na assistência de seus pacientes e se manter competitivos no mercado. Para tanto, buscam ferramentas e metodologias como a certificação de qualidade ou acreditação. No Brasil esta certificação é fornecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e, possuir este selo é considerado um diferencial para as instituições de saúde, no entanto, o processo que precede a certificação, bem como seu acompanhamento e manutenção é desafiador e oneroso, pois envolve mudança cultural para a empresa e diversos investimentos. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o processo de acreditação do hospital do câncer Uopeccan de Cascavel/PR, que se encontra acreditado no nível 1, identificando os desafios e benefícios deste processo. Para tanto, utilizou-se um aprofundamento teórico sobre os tópicos envolvidos no estudo, e foi realizada uma entrevista com os envolvidos na certificação. Ao analisar a situação em que se encontra a instituição após a obtenção da acreditação, foi possível observar que houve desafios, dificuldades e resistência durante todo o processo, mas também houve planejamento e organização por parte da empresa que atualmente visualiza inúmeros avanços, mesmo considerando que o retorno financeiro se dará ao longo prazo, a empresa também vislumbra a ascensão para os próximos níveis de certificação e para que isso se concretize deve manter o desenvolvimento de seus recursos humanos e impulsionar o desenvolvimento e melhoria nos processos de seus parceiros.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade, Segurança, Acreditação.

1. INTRODUÇÃO

Frente a um mercado globalizado, com competição acirrada e diante de clientes a cada dia mais exigentes, a certificação e a garantia da qualidade, tanto na manufatura como na prestação de serviços, tem se tornado condição essencial para a sobrevivência de qualquer empresa. A partir da década de 50, a qualidade passou a ser conceituada como satisfação do cliente quanto à adequação do produto ao uso, e, para que haja satisfação, é preciso que haja ausência de defeitos e presença de atributos que tornem o produto adequado ao uso pretendido.

Já na prestação de serviços a qualidade é definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas/excedidas por sua percepção do serviço

¹ Acadêmica do Curso Administração do Centro Universitário FAG. E-mail: crisrebolca@hotmail.com

² Professora do Curso Administração do Centro Universitário FAG. E-mail: claudiasauter20@hotmail.com

prestado. A qualidade em serviços de saúde envolve a relação direta entre prestadores de serviços e pacientes, na medida em que o serviço prestado se adapta às necessidades e expectativas de quem os recebem, com a responsabilidade de um indivíduo, e abrangendo todos os processos da organização.

De acordo com o Donabedian (2003), a avaliação de qualidade na área da saúde, deve ser estruturada em três dimensões: estrutura, processos e resultado, pois as fraquezas de um podem ser superadas pelas forças dos outros.

Além da compreensão da importância da gestão da qualidade, as empresas também têm focado seus esforços na garantia de qualidade, ou seja, a avaliação de produtos ou serviços com expectativas ou padrões definidos.

Diante desse contexto, a acreditação surge como uma ferramenta disponível para avaliar e padronizar a qualidade da assistência prestada por organizações de saúde, de forma voluntária, periódica e reservada. As organizações participam de um processo de avaliação utilizando padrões antecipadamente estabelecidos, com o objetivo de garantir uma atuação de alta qualidade e estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua, ou seja, é uma ferramenta que auxilia na busca por boas práticas nos serviços de saúde.

Sendo assim, a presente pesquisa buscou conhecer e analisar o processo de acreditação do Hospital do Câncer Uopeccan de Cascavel-PR, que se destaca como centro de referência em Oncologia. A instituição em estudo possui a certificação desde o ano de 2016.

O estudo de caso buscou analisar os desafios enfrentados pela instituição durante o processo preparação para a certificação, bem como identificar as ações e procedimentos necessários para a manutenção deste selo de qualidade e quais os benefícios evidenciados após a certificação, tanto na visão dos gestores quanto dos profissionais que atuam nas áreas críticas do hospital.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo em vista que o presente estudo tem como foco a análise do processo de acreditação/certificação da qualidade e a busca por melhoria contínua dos processos de serviços de saúde, o referencial teórico buscou embasamento nas teorias da gestão da qualidade, certificação da qualidade e acreditação hospitalar.

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE

Segundo Rose (1996), qualidade, enquanto conceito é um valor conhecido por todos e, no entanto, definido de forma diferenciada por diferentes grupos ou camadas da sociedade — a percepção dos indivíduos é diferente em relação aos mesmos produtos ou serviços, em função de suas necessidades, experiências e expectativas.

Para Cavalcanti (2012), o conceito de qualidade já é bastante antigo. Houve uma evolução ao longo do tempo na visão e no conceito de qualidade. A gestão da qualidade passou por 4 eras apresentadas a seguir:

1) a era das inspeções de produtos, em que a gestão da qualidade acontecia por meio da inspeção de produtos. Essa inspeção funcionava como uma triagem, onde os produtos perfeitos eram separados dos defeituosos;

2) a era do controle estatístico de qualidade, em que acontecia um controle por uma equipe designada que examinavam uma porcentagem da produção para inspeção, e a ideia era evitar que produtos defeituosos chegassem às prateleiras;

3) a era da garantia de qualidade, sendo realizada de forma coordenada com a participação superficial da alta administração da empresa, em que a visão era resolver um problema proativamente;

4) a era da gestão da qualidade total, tendo o cliente como o foco principal, a ideia é pensar em todas as etapas desde a escolha da matéria-prima até o atendimento pós-venda, considerando a necessidade do cliente como ponto principal.

A norma ISO 9000 apresenta a seguinte definição de Qualidade “Grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos”.

De acordo com Corrêa (2002), Gestão da Qualidade são ações deliberadas de planejamento, organização, direção e controle dos aspectos relacionados com a qualidade, dentro das empresas. Para ele, a gerência para a qualidade é feita utilizando-se três processos gerenciais de planejamento, controle e melhoria.

Coltro (1996), afirma que a qualidade total se trata de uma forma de ação administrativa que dá importância à qualidade dos produtos e serviços. Uma Gestão de Qualidade total gere todos os recursos organizacionais, bem como no relacionamento entre as pessoas envolvidas na empresa.

Ainda segundo Cavalcanti (2012), existe oito princípios da gestão de qualidade:

- a) Foco no cliente: o cliente deve ser a preocupação central das empresas.
- b) Liderança: os líderes devem criar condições para que os funcionários se sintam parte da empresa e trabalhem para alcançar os objetivos organizacionais.
- c) Envolvimento de pessoas: sem o empenho dos funcionários, é impossível falar em qualidade. Por isso, é importante que cada um deles coloque suas habilidades à disposição da empresa e faça sua parte para colocar a qualidade em prática.
- d) Abordagem de processo: cada atividade da empresa é um processo que pode ter impacto no resultado final. Logo, é preciso ficar de olho em todos os processos e verificar se estão mesmo de acordo com os padrões de qualidade.
- e) Abordagem sistêmica para a gestão: não podemos ver os processos como atividades isoladas. Muito pelo contrário: precisamos entender que cada um deles está ligado aos outros, influenciando o desempenho da empresa como um todo.
- f) Melhoria contínua: o aperfeiçoamento da qualidade deve ser sempre o principal objetivo da empresa.
- g) Abordagem factual para a tomada de decisões: as decisões não devem ser tomadas por intuição, mas sim com base em informações e fatos.
- h) Benefício mútuo nas relações com fornecedores: é preciso criar laços de confiança e respeito com os fornecedores. Nas negociações, os dois lados devem ganhar.

Conforme Kerzner (2011), atualmente, o conceito de qualidade considera a gestão estratégica da qualidade, com colaboração da gerência, a qual deve definir as metas por meio do aperfeiçoamento contínuo dos processos. É o cliente que define a qualidade, pois ele gera rentabilidade tanto para o mercado quanto para a organização. A qualidade é uma ferramenta competitiva, considerada no processo de planejamento estratégico, e requer compromisso de toda a organização.

Segundo Couto e Pedrosa (2009), o setor da saúde, diferentemente de outros setores produtivos, tem pouca tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade. Este contexto vem modificando-se em função da concorrência cada vez

mais acirrada, da forte regulamentação no setor, incluindo o Código de Defesa do Consumidor e pelo atual cenário brasileiro, cujas organizações não suportarão mais custos relacionados à má qualidade.

2.2 FERRAMENTAS DA QUALIDADE

De acordo com Magalhães (2007), as ferramentas da qualidade são técnicas que são utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas que eventualmente são encontrados e interferem no bom desempenho dos processos de trabalho, com vistas ao melhoramento dos processos da empresa. Inúmeras estratégias e ferramentas podem ser consideradas como técnicas de melhoramento para esses processos, porém algumas são consideradas como apropriadas para o melhoramento da produção, essas técnicas também são conhecidas como ferramentas da qualidade, existem diversas ferramentas da qualidade.

2.2.1 Fluxograma

O fluxograma é um diagrama utilizado para representar a sequência lógica dos processos, através de símbolos gráficos. Os símbolos do fluxograma adequam uma melhor visualização do funcionamento do processo, ajudando no seu entendimento. No gerenciamento de processos, o fluxograma tem como objetivo principal garantir a qualidade e aumentar a produtividade, através da documentação do fluxo das atividades desenvolvidas, utilizando diversos símbolos diferentes para identificar os diferentes tipos de atividades (SLACK, 2002).

Também chamado de mapa de processo o fluxograma permite a empresa obter um entendimento detalhado de toda a operação antes do melhoramento, além de evidenciar oportunidades de melhoramento e principalmente destacar áreas problemáticas. O fluxograma mostra o que é realizado em cada etapa do processo, bem como os materiais ou serviços que entram e saem dele, é o registro gráfico das operações, definindo um fluxo de trabalho.

2.2.2 Gráfico de Controle

Gitlow (1993), afirma que uma carta ou gráfico de controle pode ser usada para diferenciar as causas especiais de variação das causas sistêmicas. Como decorrência uma carta de controle pode ajudar a gerência a definir como proceder em uma determinada situação, isto é, uma ação de melhoria do sistema para eliminar uma causa sistêmica de variação. É uma ferramenta visual além de estatística que é utilizada para avaliar a estabilidade ou as flutuações de um processo, distinguindo as variações devidas as causas assinaláveis ou especiais das variações casuais inerentes ao processo. As variações casuais repetem-se aleatoriamente dentro dos limites previsíveis enquanto as variações decorrentes de causas especiais necessitam de tratamento especial, dessa forma é necessário investigar e colocar sob controle alguns fatores que afetam o processo.

2.2.3 Diagrama de Pareto

Para Miguel (2006), o gráfico de Pareto consiste em arranjar os dados por ordem de importância, de forma a determinar as prioridades para resolução de problemas. O diagrama de Pareto também é conhecido como diagrama ou curva ABC ou ainda método 80-20, é um gráfico de barras que ordena a frequência das ocorrências, da maior para a menor, permitindo assim a priorização dos problemas. Essa ferramenta tem como objetivo detectar quais problemas é fundamental e separá-los dos problemas triviais para assim concentrar esforços na resolução dos problemas mais importantes.

2.2.4 Histograma

O histograma é uma ferramenta estatística que indica o quão frequente um determinado valor ou um conjunto de valores ocorre em um grupo de dados. Consiste num gráfico de barras, uma representação gráfica de uma distribuição de frequência por meio de barras no eixo horizontal, onde a largura da barra representa um dado intervalo de classe da variável, e a altura no eixo vertical representa a frequência de ocorrência. As razões principais para a utilização são: obter uma análise dos dados e determinar a natureza da distribuição (MIGUEL, 2006).

2.2.5 Diagrama de causa e efeito

Um diagrama de causa e efeito, também conhecido como diagrama de espinha de peixe ou de Ishikawa, pode ser usado para organizar as causas de um problema de processo ou produto em uma apresentação lógica. Além disso, esses diagramas são úteis para identificar a causa básica de um problema. Os diagramas de causa e efeito são usados com frequência para organizar o resultado de uma sessão de brainstorming. (Gitlow, 1993).

2.2.6 Plano de ação 5W2H

Segundo Gomes (2014), o 5W2H é uma ferramenta para elaboração de planos de ação que, por sua simplicidade, objetividade e orientação à ação, tem sido muito utilizada em Gestão de Projetos, Análise de Negócios, Elaboração de Planos de Negócio, Planejamento Estratégico e outras áreas de gestão.

2.2.7 Método PDCA

O método ou ciclo PDCA é utilizado pelas organizações para gerenciar os seus processos internos de forma a garantir o alcance de metas estabelecidas, tomando as informações como fator de direcionamento das decisões (MARIANI *apud* PEREIRA, 2005).

2.3 CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE

Segundo Prazeres (1996), certificação é a atividade de comprovação da qualificação de itens, produtos, serviços, procedimentos, processos, pessoal ou de um sistema da qualidade, no todo ou em parte.

Segundo a ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas - (2000), certificação é um processo no qual uma entidade independente avalia se determinado produto atende às normas técnicas. Esta avaliação se baseia em auditorias no processo produtivo, na coleta e em ensaios de amostras. O resultado satisfatório destas atividades leva à concessão da certificação e ao direito ao uso da marca de conformidade.

Para Madeira (2009), a certificação garante que existe uma elevada probabilidade de que as coisas sejam feitas de uma forma sistematizada e documentada isso gera confiança e segurança aos usuários.

Também Coelho (2006), refere que a certificação enquanto ferramenta de gestão é relevante para a inovação e desenvolvimento sustentável de uma organização, contribuindo para a melhoria contínua.

Segundo a ABNT (2000), o processo de certificação é realizado por organismos de certificação independentes e acreditados ou qualificados para isso. Os principais benefícios da certificação estão relacionados a promover o comprometimento com a qualidade, ser um método gerencial que permite medir a melhoria contínua do desenvolvimento do negócio, assegurar eficiência e eficácia do produto, serviço ou sistema, reduzir perdas e melhorar a gestão.

Conforme Feldman (2005), a certificação é uma forma que a empresa busca para se organizar de maneira sistêmica, com responsabilidades e interação com o grupo. A certificação ajuda a organização a entender seus processos internos e visualizar como eles devem ser adequados, além de favorecer o desenvolvimento de lideranças e a colaboração e envolvimento das pessoas.

A autora cita ainda que a certificação possui alguns benefícios implícitos como a oportunidade de alavancagem da empresa, marketing e comunicação ativos, foco na correção e prevenção e convergência do todo para com os objetivos da empresa, reduzindo assim desperdícios, retrabalhos e custos. De forma geral, é uma mudança cultural ou quebra de paradigmas dentro da organização, por isso é fundamental ainda um trabalho contínuo de sensibilização, treinamentos, envolvimento e perseverança como elementos chave na implantação com sucesso de um programa de certificação.

2.4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Segundo Bonato (2011), a acreditação é um procedimento de avaliação e certificação dos recursos organizacional dos serviços de saúde, sendo voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência com base em padrões previamente aceitos. O processo de Acreditação Hospitalar segue o manual brasileiro de acreditação, um caderno com os requisitos necessários, como

instrumento de orientação conceitual, que estimula a formação, educação e qualificação profissional no âmbito da saúde.

O mesmo autor destaca que a acreditação tem início com uma avaliação de qualidade e de procedimentos baseada em padrões pré-estabelecidos, gerando um conjunto de orientações para a organização, visando à melhoria do seu desempenho. Neste processo não são avaliados setores ou departamentos de forma isolada, mas sim todos os serviços da organização e parceiros que influenciam diretamente no processo. Um programa de acreditação hospitalar deve medir o desempenho, promovendo melhorias de qualidade com responsabilidade perante os usuários/consumidores. A acreditação é tida como um método de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde.

Existem acreditadoras nacionais e internacionais, a mais antiga acreditadora em saúde é a *Joint Commission International* (JCI), representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). No entanto, o Brasil possui sua própria certificação em saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A ONA é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde, com foco na segurança do paciente, contando com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países. O principal objetivo é promover um processo constante de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência, sendo assim as organizações são avaliadas e certificadas que estão de acordo com os padrões estabelecidos. (ONA, 2014).

Feldman (2005), cita que o manual brasileiro de acreditação hospitalar que norteia o processo de acreditação é composto por 8 seções, que subdividem-se em 59 subseções. Os padrões que compõe as subseções são a base dos requisitos e devem ser cumpridos integralmente, esses são definidos segundo três níveis: segurança (capacitação profissional e infraestrutura), segurança e organização (a gestão dos processos) e segurança, organização e práticas de gestão de qualidade (resultados). Cada padrão possui o seu requisito e, junto a uma lista de orientação, permite identificar o que está sendo avaliado e o grau de concordância com o padrão estabelecido, esse método acontece através de observação local, coleta de registros e dados e contatos com lideranças e demais profissionais da instituição.

Conforme a autora, os padrões de acreditação são caracterizados em níveis, e cada nível se enquadra em um tipo de certificação, da seguinte forma:

- Nível 1 – Atende aos requisitos formais, técnicos e estruturais de acordo com a legislação correspondente, identifica riscos e faz a gerência destes com foco na segurança. A organização acreditada no nível 1 recebe o certificado de “acreditação”, é avaliado e certificado as adequações dos processos assistenciais para os pacientes e para os profissionais, sendo detectada a ausência de riscos, sendo assim, para este certificado a palavra chave é segurança.
- Nível 2 – gerencia os processos e suas interações, estabelecendo sistemática de medição e avaliação, possui programas de educação e treinamento continuado, voltado sempre para a melhoria de processos. No nível 2 o certificado conferido é de “acreditação plena” que significa cumprir com rigor todo o nível 1 e, além dele envolver todas as áreas, profissionais e serviços nos processos de trabalho com foco na assistência ao paciente, mantendo como rotina as análises críticas e a disseminação e consolidação das políticas institucionais.
- Nível 3 – realiza a medição da organização, alinhada as estratégias e correlacionando aos indicadores de desempenho dos processos, comparando com referenciais externos, evidências e tendências e apresenta inovações e melhorias em função da análise crítica. As instituições acreditadas no nível 3 são certificadas como **“acreditação plena com excelência”**, e devem garantir que, além de ser segura com seus processos padronizados, também mantém ciclos de melhoria e uma gestão voltada para a excelência, com adoção de estratégias de *benchmarking*, planos de ação corretivas, metas mais ousadas, resultados positivos e monitorados de forma cíclica.

Bonato (2011) ressalta que o processo de acreditação é um método de ordenação das organizações prestadoras de serviços saúde e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais, com foco na assistência e cuidado ao paciente, mas que tem como objetivo também gerar resultados competitivos para a instituição.

3. METODOLOGIA

O presente estudo teve como finalidade analisar os desafios e os benefícios da acreditação/certificação da qualidade no Hospital Uopeccan, situado no município de Cascavel/PR.

A pesquisa proposta neste estudo apresenta abordagem qualitativa, com métodos de pesquisa do tipo descritivo, bibliográfico e de campo, sendo desenvolvida por meio de um estudo de caso no Hospital do Câncer Uopeccan.

De acordo com Richardson (1999), o objetivo da pesquisa qualitativa está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno. Sendo assim, a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, mas, pela profundidade com que o estudo é realizado.

A pesquisa descritiva busca descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que se pretende investigar. (TRIVIÑOS, 2008).

De acordo com Gil (2008), a pesquisa de campo visa o aprofundamento de uma realidade, através da observação direta das atividades de um grupo, além de entrevistas com informantes para captar explicações e interpretações referentes àquela realidade. Enquanto a pesquisa bibliográfica é o estudo desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi à entrevista semiestruturada através de um questionário com questões abertas. Conforme Gil (2008), numa entrevista o investigador se apresenta diante do investigado e lhe formula perguntas com o objetivo de obter os dados que lhe interessam na entrevista semiestruturada as perguntas principais são preestabelecidas, mas o investigador fica livre para elaborar mais perguntas durante a entrevista para que a resposta fique completa.

A entrevista foi realizada com o administrador geral, a gestora do serviço de saúde, o gestor da qualidade, além de alguns funcionários que participaram do processo de implantação e, estão diretamente ligados às ações para a implantação e manutenção da certificação, estes funcionários atuam nos setores de recepção, serviço de apoio, copa, administrativo, farmácia e enfermagem.

Foram elaborados dois questionários, sendo um direcionado aos gestores, no qual se buscou identificar o que levou a instituição a buscar a certificação, quais os desafios e os benefícios evidenciados e ainda se existem ações para manter a certificação. O segundo questionário foi direcionado aos funcionários e buscou analisar como se deu, na visão deles, o processo de certificação, quais as dificuldades e se consideram importante este processo. Os gestores foram entrevistados individualmente, já os funcionários, devido à disponibilidade de tempo, foram reunidos em grupos dentro dos setores em que atuam.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

A empresa em estudo trata-se do hospital do Câncer UOPECCAN - União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer - de Cascavel/Paraná, que possui o certificado de acreditado no nível 1 pela ONA – Organização Nacional de acreditação, desde 2016. O nível 1 de acreditação é o que garante a segurança, tanto dos pacientes como dos profissionais.

A instituição iniciou suas atividades em 12 de junho de 1991, quando um grupo atuante de rotarianos transformou um sonho em realidade. Ao longo do tempo o hospital se tornou um centro de excelência em Oncologia. Com várias histórias durante toda a sua trajetória, hoje também é referência sul-americana, e tem um lema que move diariamente: a dedicação pela vida.

Com o intuito de atender melhor a população que depende do tratamento foi construída uma casa de apoio ao paciente com câncer, com objetivo de acolher os que moram em outras cidades e fazem tratamento em Cascavel. Nesta casa os pacientes e seus acompanhantes recebem cuidados, hospedagem e alimentação.

O Hospital conta com uma ampla equipe de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, odontólogos e demais profissionais que compõem uma equipe com mais de mil colaboradores entre as unidades de Cascavel e Umuarama. Além disso, o hospital conta ainda com mais de 300 voluntários que dedicam seu tempo aos pacientes com câncer. Os atendimentos são realizados particulares, com Operadoras de Plano de Saúde e pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

A Uopecan é o único CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Paraná) que possui o Selo da Organização Nacional de Acreditação – ONA, que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

O complexo hospitalar em Cascavel- PR possui uma área com mais de 10 mil m², sendo o hospital, a casa de apoio o núcleo solidário. O hospital possui 130 leitos, UTI adulto e infantil com 10 leitos e com equipamentos de suporte a vida de última geração e um centro cirúrgico com 5 salas.

4.1 DEMONSTRAÇÕES DOS RESULTADOS

Após a realização das entrevistas os resultados foram analisados e os principais pontos serão apresentados a seguir:

O primeiro entrevistado foi o administrador geral do hospital, quando questionado sobre os motivos que levaram a instituição a buscar a certificação e acreditação, o gestor relatou que existem certificações nacionais e internacionais, e que a ideia foi iniciar com uma certificação nacional, sendo que no Brasil a certificação da ONA é considerada a principal, em termos de serviços de saúde. O objetivo em buscar essa certificação foi demonstrar aos clientes (pacientes, médicos, operadoras de planos de saúde e órgãos representantes do SUS), que são todos aqueles que de alguma forma compram o serviço, que o hospital é um local seguro na prestação do atendimento, ou seja, certificar que a instituição trabalha com rotinas, processo e protocolos que visam à segurança na assistência ao paciente.

O gestor ainda ressaltou que a certificação é um processo de auditoria e análises realizado por terceiros que garantem/certificam que aquilo que a instituição se propôs a fazer está sendo efetivamente realizado, é uma fiscalização periódica. Então, a busca pelo certificado de qualidade cria um ambiente de melhoria contínua (Kaizen). Segundo o entrevistado, a instituição atualmente encontra-se certificada no nível 1 que trata da segurança da assistência ao paciente, mas pretende buscar os demais níveis de certificação.

Quanto aos custos e ao retorno o gestor relata que existe um desembolso financeiro alto, com a manutenção da certificação e com as despesas durante as visitas da equipe avaliadora, já o retorno, ele se dá em longo prazo, ou seja, acontece a partir do momento em que a instituição passa a ser escolhida pelos pacientes como um local seguro e de qualidade. No entanto, a certificação também

contribui com a melhoria da gestão devido a essa busca constante em mantê-la e melhorar continuamente.

Quanto às ferramentas de qualidade utilizadas na melhoria dos processos, ele cita o Diagrama de Ishikawa; ciclo PDCA e 5W2H, como sendo as ferramentas ou técnicas de trabalho que auxiliam na documentação de processos quando aliadas ao uso de sistemas de informação, registrando as atividades e processos diários.

O gestor finaliza a entrevista dizendo que ao saber que a instituição possui um certificado de qualidade, ela já é vista como uma instituição séria e que se preocupa com a assistência a seus pacientes, criando assim uma cultura de melhoria, no entanto, como exige essa mudança cultural esse processo é de longo prazo, e possui certa resistência, tanto por parte dos colaboradores em geral e, principalmente, por parte da equipe médica, pois os processos exigem inúmeros registros e acabam se tornando mais trabalhosos.

A gestora do serviço de saúde, segunda entrevistada, relata que a certificação era um sonho da instituição, mas reafirma que esse processo demanda um investimento alto e que o retorno é ao longo prazo, destacando que o fato de criar nova metodologia de trabalho gera novas demandas que impactam em custos. Como benefício da acreditação para a instituição, a entrevistada destaca que os processos são definidos e os colaboradores passam a entender seu papel nesse contexto e como seu trabalho influencia aos demais. Também teve destaque a implantação de diversas políticas, inclusive de qualificação dos fornecedores, mas as políticas implantadas que são consideradas pela gestora como as mais importantes são a política de identificação do paciente, que é a que prima pela segurança do mesmo e a política de notificação de eventos ou não conformidades que são os registros de situações não conformes com os protocolos estabelecidos.

Sobre os desafios enfrentados durante o processo pela busca da acreditação a gestora cita as dificuldades quanto à conscientização dos envolvidos sobre a importância do processo, mudança de metodologias de trabalho e valorização quanto aos benefícios futuros. E, especialmente, um processo considerado como desafiador, foi o de registro das não conformidades, pois num primeiro momento foi encarado como perseguição e denúncia por parte dos colegas, no entanto, ao longo deste período em que a instituição está acreditada, isso foi superado, e atualmente, os próprios colaboradores se notificam quando percebem que poderiam ter prestado um atendimento de melhor qualidade e com maior segurança.

A gestora finaliza a entrevista dizendo que considera que as instituições de saúde estão rumo a um período em que acreditação não será mais uma opção ou um diferencial e sim uma necessidade. Dessa forma, a instituição neste momento, se prepara para uma nova visita da equipe avaliadora, que acontecerá em fevereiro de 2019, na qual se busca a revalidação do nível 1, e já acontecem ações para a qualificação e posterior certificação no nível 2.

O último gestor entrevistado foi o responsável pelo setor de qualidade, ele reafirmou que os principais desafios enfrentados foram em relação à conscientização dos envolvidos quanto à necessidade de mudanças e ajustes nos processos e, principalmente o envolvimento do corpo clínico, pois os médicos não consideram como parte de sua função ou ato médico, as questões burocráticas e de registros, que são fundamentais no processo de acreditação.

Como benefícios do processo o gestor destaca novamente a segurança do paciente como foco principal, mas ressalta que para que isso seja possível é necessário pensar e investir nos colaboradores, melhorando questões técnicas das equipes assistenciais e administrativas, e isso gera custo. No entanto, a garantia da segurança do paciente, além de ser um qualificador do serviço prestado pela instituição, também traz ganhos na redução dos riscos de judicialização e riscos com indenizações, além da redução dos custos com retrabalhos.

O gestor da qualidade salienta a intenção da instituição em evoluir para o nível 2 da acreditação, sendo que na próxima avaliação será feito um prognóstico para essa certificação e que dentro de um período de 2 a 3 anos a intenção é alcançar o nível 3 de acreditação.

Além dos gestores também foram entrevistados alguns funcionários dos setores de serviço de apoio, copa, administrativo, recepção, enfermagem e farmácia. Quando questionados se durante o processo de implantação ocorreram treinamentos e orientações sobre o que é a acreditação, quais as mudanças e a importância deste selo, todos os entrevistados que no período já trabalhavam na instituição relatam que passaram por esse processo de sensibilização e treinamento, sendo que foi criado um setor de auditoria interna que realizou estas ações, este setor se responsabilizou pelas documentações e orientações necessárias, além disso, eles tiveram como ferramenta o manual da qualidade para embasar seus processos e a condução das atividades rotineiras.

Os entrevistados relataram ainda que o processo de acreditação facilitou na redução de erros e retrabalhos, pois o fato dos processos estarem padronizados tornou as atividades mais objetivas e organizadas, cada setor possui o seu POP – Procedimento Operacional Padrão, e faz os registros de suas atividades, sempre com foco na segurança do paciente, isso acarretou em algumas atividades e registros adicionais em relação ao processo anterior.

Quando questionados quanto aos benefícios evidenciados, alguns consideram o aprendizado e crescimento profissional importante, devido a sua participação no processo de acreditação, a maioria, porém observa que os maiores beneficiados foram a instituição e os pacientes, pois houve um ganho significativo, quanto ao reconhecimento da empresa e a segurança na assistência e no cuidado. No entanto, um funcionário relatou durante a entrevista que não visualiza benefícios para sua atuação profissional, pois considera que a maioria das instituições e das pessoas desconhece o que é um processo de acreditação, sendo assim, o fato de ter participado de um processo como este não agrega vantagem alguma.

A maioria dos funcionários entrevistados considera que durante a implantação da acreditação as equipes se mostraram dispostas a colaborar e se envolveram na adequação a nova metodologia de trabalho. Alguns destacaram ainda que perceberam e que também tiveram certa resistência, pois a mudança traz desafios, destacando também que houve muita cobrança no decorrer do processo, no entanto, agora conseguem visualizar a melhoria na qualidade do atendimento.

Em suma, os funcionários de forma geral, consideram que as mudanças foram positivas, os processos foram adequados e são registrados para garantir a segurança e a satisfação dos pacientes. E que se sentem orgulhosos em fazer parte de uma instituição com selo de acreditação/certificação de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de acreditação traz ansiedade, insegurança, incerteza e desafios em sua trajetória, no entanto, cria uma cultura aberta ao aprendizado e na melhoria contínua baseado no relato de eventos adversos e preocupações com a segurança do paciente.

O objetivo deste estudo foi analisar os desafios e os benefícios evidenciados no processo de acreditação do hospital do câncer Uopeccan, único hospital

oncológico do Paraná a possuir este selo de qualidade. A acreditação é um sistema de avaliação opcional as instituições que visa à melhoria contínua nos processos e na qualidade dos serviços de saúde, além de garantir a segurança do paciente. A Uopeccan possui o nível 1 de acreditação no padrão ONA, que a principal certificadora nacional.

Na análise dos resultados da presente pesquisa é possível observar vários pontos importantes, com destaque ao processo de organização e planejamento da instituição em estudo. Observou-se durante a pesquisa que foi ressaltada tanto pelos gestores quanto pelos funcionários que o processo de implantação aconteceu de forma organizada e planejada com o envolvimento e comprometimento desde a gestão, os responsáveis pelos setores e os funcionários que executam os processos, isso ficou ainda mais evidente quando os gestores relataram que se fizeram necessários investimentos em melhorias, inclusive na formação dos colaboradores, e que mesmo isso gerando custos adicionais é possível observar diversos benefícios.

Outra análise relevante diz respeito aos benefícios evidenciados por todos em relação à segurança e a garantia da qualidade no atendimento ao paciente, ou seja, a melhoria dos processos tem como foco principal o usuário/paciente. E que para que isso seja mantido a empresa faz uso de ferramentas de gestão ou ferramentas da qualidade de forma contínua.

No entanto, também se observa que é necessário que a instituição mantenha o processo de sensibilização e conscientização dos funcionários, mesmo após 2 anos de acreditação, pois ao longo do tempo algumas informações podem se perder, e, vale ressaltar que ainda existem funcionários que não visualizam o processo de acreditação como benéfico para o seu desenvolvimento, e sim, somente para a empresa e os pacientes. Dessa forma, demonstrar que esta cultura é uma tendência para os serviços de saúde e que quem passa por esse processo adquire um grande aprendizado e um diferencial frente a outros profissionais, pode gerar um maior comprometimento e satisfação por parte dos colaboradores.

A aceitação e colaboração do corpo clínico foram citadas como um desafio, como o hospital conta com uma grande equipe médica nas mais diversas especialidades, também é importante, neste período em que se encontra rumo à revalidação e com vistas a mudar o nível de certificação, intensificar o processo de monitoramento e conscientização destes profissionais, pois grande parte do

processo de atendimento passa por eles, e estes processos precisam ser adequados, documentados e monitorados assim como os demais.

Frente a estes dois aspectos sugere-se a implantação de um plano de desenvolvimento e capacitação efetiva dos recursos humanos, de forma contínua e com foco na valorização dos profissionais como pontos chave para o sucesso do processo de acreditação.

Outro ponto a ser observado é em relação ao desejo de evolução para os níveis superiores de acreditação, pois nestes níveis as exigências são maiores em relação a políticas institucionais, inovação e excelência na gestão, e diante disso as instituições parceiras e fornecedores também são avaliados pelas certificadoras, pois precisam convergir para os objetivos da instituição a ser acreditada, sendo assim, se faz necessário iniciar um processo de conscientização e colaboração com estes parceiros para que também busquem adequação e melhoria de seus processos.

REFERÊNCIAS

ABNT, NBR ISO 9000 **Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de normas Técnicas, 2000.

BONATO, V.L. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. Re. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2011.

CAVALCANTI, E. L.; **Gestão da qualidade**. Person Education do Brasil, São Paulo, 2012.

COELHO, M.; **Certificação não é cura miraculosa para empresas enfraquecidas**. Entrevista publicada no dossiê Qualidade do jornal Vida Económica, 2006.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Técnicas básicas para a implantação da acreditação**. Belo Horizonte: IAG-Saúde, 2009.

COLTRO, A.; **Gestão da qualidade total e influência na competitividade empresarial**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, V1, N°2, 1° SEM, 1996.

CORRÊA, A.; **Relacionamento entre Melhoria no Processo Produtivo e Estratégia Competitiva: o caso das empresas de construção civil certificadas pelo ICQ Brasil**, Tese de M.Sc., UFSC, Florianópolis, SC, Brasil, 2002.

DONABEDIAN, A.; **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paulista Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

GITLOW, H. S.; **Planejando a qualidade, a Produtividade e a Competitividade**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 1993.

GIL, A. C.; Como elaborar projetos de pesquisa. 2. ed. SP: Atlas, 1991.

GOMES, L.; 5W2H: Ferramenta para a elaboração de Planos de Ação:<
<http://blog.iprocess.com.br/2014/06/5w2h-ferramenta-para-a-elaboracao-de-planos-de-acao/>>. Acesso em: 16 maio. 2018.

KERZNER, H.; **Gerenciamento de Projetos: uma abordagem sistêmica para planejamento, programação e controle**. 10. ed. São Paulo: Blucher, 2011.

MADEIRA, A. et al. **Manual Prático para a Gestão e Qualidade nas Organizações**. Lisboa, Edições Verlag Dashöfer, 2009.

MAGALHÃES, J. M.; **As 7 ferramentas da Qualidade**. São Paulo, 2007.

MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**; n. 117. 3.^a Edição Revista e Atualizada. Brasília – DF, 2002.

MARIANI, A. C.; Método PDCA e Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos Industriais: Um Estudo de Caso. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/academico/o-ciclo-pdca-e-algumas-das-ferramentas-da-qualidade/90924/>> Acesso em: 05 Junho. 2018.

MIGUEL, P.A.C. **Qualidade: enfoque e ferramentas**. São Paulo: 1. ed. Artliber, 2006.

ONA – História, missão visão e valores. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>> Acesso em: 21 maio. 2018.

Organização Nacional de Acreditação. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. 3a ed. Pelotas: Educat, 2001.

PRAZERES P. M.; **Dicionário de termos da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1996.

RICHARDSON, R. J.; **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2001.

ROSE, M. J. L.; **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação**. Brasília, 1996.

SLACK, N. et al.; **Administração de Produção**. São Paulo: Atlas, 2002

TRIVIÑOS, A. N. S.; **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. 5^aed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICE A – Entrevista com os gestores



CENTRO
UNIVERSITÁRIO

DESAFIOS X BENEFÍCIOS ACREDITAÇÃO – CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

REBOLÇA, Cristiane Aparecida Gomes.¹

Entrevista com os gestores:

1 - O que levou a instituição a buscar o processo de acreditação?

R: _____

2 - Como foi o processo, se houve resistência, dificuldades, riscos, como se deu a organização e planejamento?

R: _____

3 - Quais foram os problemas evidenciados?

R: _____



DESAFIOS X BENEFÍCIOS ACREDITAÇÃO – CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

REBOLÇA, Cristiane Aparecida Gomes.¹

4 - Houve mudanças e melhorias após o processo? Quais?

R: _____

5 – Quais foram os investimentos necessários? Foram percebidos resultados financeiros?

R: _____

6 - Há planejamento para manter o processo, como isso é planejado e organizado?

R: _____

APÊNDICE B – Entrevista com as equipes



CENTRO
UNIVERSITÁRIO

DESAFIOS X BENEFÍCIOS ACREDITAÇÃO – CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

REBOLÇA, Cristiane Aparecida Gomes .¹

Entrevista com as equipes:

1 - Sobre o processo de implantação, houve treinamento e orientação?

R: _____

2 – Sobre a acreditação, qual a importância do processo?

R: _____

3 - Durante a implantação houve algum problema, dificuldade e resistência, quais foram?

R: _____

4 - Após a implantação considera que o processo foi importante, percebeu melhoria, quais e para quem? Atualmente identifica alguma dificuldade? Quais os resultados evidenciados?

R: _____

