

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GESTÃO DO  
CONHECIMENTO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

LUCI DE FÁTIMA EMIDIO

**Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais e  
Acreditação Hospitalar**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Luiza Beth Nunes Alonso  
Co-orientador: Prof. Dr. Edilson Ferneda

BRASÍLIA, DF – BRASIL  
JUNHO DE 2009

# **Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais e Acreditação Hospitalar**

**Luci de Fátima Emidio**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação.

Orientadora: Profª Dra. Luiza Beth Nunes Alonso  
Co-orientador: Prof. Dr. Edilson Fereda

## **Banca Examinadora**

Dissertação de autoria de Luci de Fátima Emidio, intitulada: “Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais e Acreditação Hospitalar”, requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, defendida e aprovada em 23 de junho de 2009, pela banca examinadora constituída por:

---

Profa. Dra. Luiza Beth Nunes Alonso  
Universidade Católica de Brasília – Orientadora

---

Prof. Dr. Edílson Ferneda  
Universidade Católica de Brasília – Co – Orientador

---

Prof. Dr. João Batista de Sousa  
Universidade de Brasília – Membro Externo

Ao meu marido Paulo Pedro, pelo incentivo,  
paciência e reconhecimento. Você é mais que um  
companheiro, você é o que eu tenho de melhor.

Ao Fellipe, meu filho de coração.

Vocês são meus amores!

## **AGRADECIMENTO**

À Profa. Dra. Luiza Beth Nunes Alonso e ao Prof. Dr. Edílson Ferneda, mais que orientadores, verdadeiros mestres na arte de conduzir um trabalho.

Aos professores das disciplinas do mestrado, “Aos mestres, com carinho”.

Aos meus familiares, pelo afeto e reconhecimento.

Aos profissionais dos hospitais que contribuíram para este estudo: Dr. Sérgio Ruffini, Dr. Frederico José Costa, João Maia, Karina Paris, Enfermeiras Andrea Alfaya Acunã, Simone Mattoso Mitushima e Nádia Toralles. Vocês foram fundamentais!

Aos Drs. Marcos Antonio da Costa Diniz, Sebastião Maluf e Manuel Ronaldo de Oliveira Simeão, mais que chefes, minhas referências pessoais e profissionais. Obrigada pelo apoio financeiro e pelo incentivo para a obtenção deste título. Obrigada também, pela confiança demonstrada ao longo de tantos anos juntos.

Especialmente a minha mãe, pela admiração e pelo carinho que nutre por mim.

Por fim, agradeço a Deus pela vida em abundância, pelas oportunidades concedidas e pela proteção de todos os dias.

## LISTA DE FIGURAS

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| <b>Figura 1:</b> | Processo integrado de gestão hospitalar ..... | 50 |
| <b>Figura 2:</b> | Atores envolvidos na gestão hospitalar .....  | 51 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1:</b> Serviços hospitalares acreditados.....  | 41 |
| <b>Tabela 2:</b> Perfil dos hospitais participantes..... | 43 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1:</b> Elementos da Ficha de Inquérito Hospitalar [São Paulo, 1935] .....                          | 24 |
| <b>Quadro 2:</b> Padrões mínimos de funcionamento para um Centro Cirúrgico Hospitalar [São Paulo, 1951]..... | 25 |
| <b>Quadro 3:</b> Padrões e itens de orientação do Sistema Brasileiro de Acreditação .....                    | 34 |
| <b>Quadro 4:</b> Características comuns aos hospitais acreditados.....                                       | 52 |
| <b>Quadro 5:</b> Planilha de indicadores institucionais.....   | 54 |
| <b>Quadro 6:</b> Planilha de indicadores de desempenho.....  | 55 |



## LISTA DE SIGLAS

|   |    |
|---|----|
| <b>ONA:</b> Organização Nacional de Acreditação.....                            | 12 |
| <b>OPAS:</b> Organização Pan-Americana de Saúde .....                           | 13 |
| <b>CAC:</b> Colégio Americano de Cirurgiões .....                               | 20 |
| <b>PPH:</b> Programa de Padronização Hospitalar.....                            | 20 |
| <b>CCAH:</b> Comissão Conjunta de Acreditação dos hospitais .....               | 20 |
| <b>JCAHO:</b> <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare</i> .....      | 22 |
| <b>RECLAR:</b> Relatório de Classificação Hospitalar .....                      | 25 |
| <b>SMB:</b> Sistema Brasileiro de Acreditação .....                             | 26 |
| <b>CBA:</b> Consórcio Brasileiro de Acreditação .....                           | 26 |
| <b>OMS:</b> Organização Mundial de Saúde .....                                  | 26 |
| <b>PACQS:</b> Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde ..... | 27 |
| <b>ISO:</b> <i>International Organization for Standardization</i> .....         | 28 |
| <b>ABNT:</b> Associação Brasileira de Norma Técnica .....                       | 29 |
| <b>NA:</b> Norma do Processo de Acreditação .....                               | 32 |
| <b>SID:</b> Sistema de Informação e Documentação.....                           | 36 |
| <b>UTI:</b> Unidade de Terapia Intensiva .....                                  | 54 |
| <b>PS:</b> Pronto Socorro.....  | 54 |
| <b>SNE:</b> Sonda Naso Enteral .....  | 55 |
| <b>IH:</b> Infecção Hospitalar .....  | 55 |

# SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introdução</b> .....                           | 12 |
| 1.1 Justificativa .....                              | 13 |
| 1.2 Formulação do problema .....                     | 15 |
| 1.3 Objetivos.....                                   | 15 |
| 1.4 Organização da dissertação.....                  | 16 |
| <b>2. Referencial Teórico</b> .....                  | 17 |
| 2.1 Hospital.....                                    | 17 |
| 2.2 Avaliação e qualidade assistencial na saúde..... | 20 |
| 2.3 Padronização e classificação hospitalar .....    | 24 |
| 2.4 Acreditação hospitalar .....                     | 26 |
| 2.5 A lógica e o método de acreditação.....          | 31 |
| 2.6 Definições básicas do SBA.....                   | 36 |
| <b>3. Metodologia</b> .....                          | 42 |
| 3.1 Descrição do estudo .....                        | 42 |
| 3.2 Método aplicado .....                            | 42 |
| 3.3 Definição da amostra .....                       | 43 |
| 3.4 Coleta e análise dos dados.....                  | 43 |
| <b>4. Análise dos Resultados</b> .....               | 44 |
| <b>4.1 Análise do processo de acreditação</b> .....  | 44 |
| 4.1.1 Hospital A .....                               | 44 |
| 4.1.2 Hospital B .....                               | 46 |
| 4.1.3 Hospital C.....                                | 47 |
| 4.1.4 Hospital D.....                                | 48 |
| 4.1.5 Hospital E .....                               | 48 |
| <b>4.2 Síntese da análise</b> .....                  | 49 |
| <b>5. Considerações finais</b> .....                 | 57 |
| <b>6. Conclusão</b> .....                            | 59 |
| <b>7. Referências</b> .....                          | 61 |
| <b>Anexo</b> .....                                   |    |

## RESUMO

Este trabalho é um estudo observacional descritivo e qualitativo de uma amostra de conveniência de hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Neste trabalho é informado o que há em comum nas ações rotineiras para manter o selo de hospital acreditado. Descreve o processo de implantação da acreditação a partir da gestão da qualidade dos processos assistenciais, envolvendo a gestão clínica e a gestão administrativa de modo particular e altamente necessário. Apresenta também, as melhorias obtidas com a acreditação, os fatores facilitadores e dificultadores do processo de acreditação nas instituições hospitalares. Dentro do processo de acreditação, são discutidos e avaliados processos de relacionamento da instituição com o paciente; como a acreditação pode garantir maior segurança ao paciente, o mapeamento e aperfeiçoamento dos processos de assistência e ainda a inserção da acreditação como incremento qualitativo. Aponta as etapas de acreditação e os principais instrumentos do processo, com planilhas de indicadores comumente utilizados pelos hospitais que decidem por avaliar a qualidade dos processos assistenciais.

**Palavras chave:** Gestão da Qualidade; Gestão Hospitalar; Acreditação Hospitalar.

### Abstract

This work is an observational study, descriptive and qualitative, of a conventional sample of hospitals accredited by the National Organization of Accreditation and by the Brazilian Consortium of Accreditation, in Brasília, São Paulo and Porto Alegre. It is informed in this work what is in common in daily actions to maintain the stamp of an accredited hospital. It describes the process of implantation of accreditation from the administration of quality of the process of assistance, involving the clinical administration and the administrative management particularly and necessarily. It also shows the improvement obtained with the accreditation, easy and difficult factors of the process of accreditation in the hospitals. Inside the process of accreditation, it is discussed and evaluated the process of relation between the institution and the patient; how the accreditation can guarantee a better security to the patient, the mapping and improvement of the processes of assistance and the insertion of the accreditation as qualitative increment. Indicate the stages of the accreditation and the main instruments of the process, with indicator worksheet commonly used by hospitals that decided to evaluate the quality of the process of assistance.

**Key words:** Management of quality; Hospital management; Hospital Accreditation

## 1. INTRODUÇÃO

A implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços em busca de assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde e em todo o País, é o objetivo geral da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Ao encontro deste objetivo, estão hospitais, desenvolvendo e implementando a avaliação da qualidade dos serviços assistenciais, contemplando investimentos em tecnologia, em treinamento humano e na aplicação de melhores práticas assistenciais, visando à qualidade dos serviços disponibilizados aos pacientes, tendo como foco a assistência qualitativa do atendimento.

Donabedian (apud GASTAL et al, 2006) sugere que qualidade em saúde significa “o esforço permanente realizado no melhoramento da saúde, pela monitorização e avaliação continuada da estrutura, do processo e dos resultados da prestação dos serviços”.

Na premissa de melhor assistir pacientes, o foco tem sido avaliar a qualidade dos serviços desenvolvidos por meio de análise crítica institucional, elaborada pela Gestão da Qualidade, que define indicadores de desempenho, possibilitando, dessa forma, mensurar tal qualidade.

Resultante da Gestão da Qualidade dos processos assistenciais, a acreditação hospitalar é o método internacionalmente mais difundido de avaliação externa. Definido como um procedimento de avaliação integral (sistêmico) da qualidade, o processo de implantação do Programa de Acreditação Hospitalar nas organizações hospitalares requer a estruturação de três macro-ações: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados. Estas ações, embora com identidade definidas, são indissociáveis, mantendo uma relação de interdependência (CAMPOS et al, 2008).

A Acreditação Hospitalar é uma metodologia desenvolvida para avaliar e validar a qualidade assistencial dos serviços médico-hospitalares prestados por meio da descrição da prática desenvolvida e a utilização dos padrões assistenciais comumente aceitos. No Brasil, segundo a ONA (2006), surgem na década de 90, iniciativas relacionadas diretamente com a Acreditação Hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do

Sul. Frente a este cenário, a partir do Manual de Acreditação editado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (apud ONA 2006) e das experiências estaduais, buscou-se, então, elaborar um conjunto de opiniões com o objetivo de estabelecer padrões de avaliação comuns a todos. Assim, foi criada a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que foi aprovado pelas Instituições que trabalhavam com acreditação e pelos representantes das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde no Ministério da Saúde, em junho de 1998. Este manual é o instrumento de avaliação da qualidade institucional.

O processo avaliatório da acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos. Compara-se o que é encontrado nos serviços hospitalares com o padrão considerado como referência no desenvolvimento das atividades médico-hospitalares em que estejam contemplados os aspectos relacionados à segurança (estrutura), organização (processos) e práticas de gestão e qualidade (resultados). Dessa forma, verifica-se se o hospital atinge os critérios estabelecidos como desejáveis, a partir das definições contidas no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA, 2006).

A acreditação hospitalar possui uma abordagem educativa expoente. Baseada na prática profissional reflexiva, leva à elaboração e definição de novas maneiras de atuar sobre os problemas da instituição hospitalar. Ao decidir pela implantação da acreditação, a organização hospitalar passa pela adequação dos processos assistenciais, padroniza os procedimentos assistenciais, documenta as práticas de desempenho das atividades em toda a organização.

Atualmente, no Brasil, existem 103 organizações hospitalares acreditadas nos seguintes níveis: *acreditada*, *acreditada plena* e *acreditada com excelência*.

## **1.1 Justificativa**

Os hospitais são organizações consideradas complexas e envolvem distintas atividades na promoção da saúde (OLIVA & BORBA, 2004). Apoiando estas atividades está a tecnologia, com seus avanços em equipamentos, proporcionando aos hospitais, melhor assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes. Neste contexto, cresce a demanda por instrumentos de gestão que possibilitem avaliar a qualidade dos serviços prestados.

Para Feldman et al (2005), a certificação da avaliação hospitalar pelo processo de acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade. Sinalizam ainda os autores, que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação e que de certa forma, quebrando assim o paradigma da fragmentação da saúde e proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população com segurança e superando, inclusive, as expectativas dos pacientes.

A acreditação foi concebida para avaliar a qualidade da assistência médico-hospitalar, onde, de acordo com Quinto Neto & Gastal (1997), o esforço para construir um instrumento adaptado à realidade brasileira deu-se com base nos seguintes aspectos:

- O impacto insignificante dos programas de garantia da qualidade onde não existem programas de acreditação hospitalar;
- A falta de uma tradição de auto-avaliação e rigorosa revisão interna dos hospitais;
- A dificuldade dos administradores hospitalares em tomar decisões orientadas para procedimentos realizados pelo pessoal técnico;
- A carência de informações concretas sobre a eficiência, a adequação e a eficácia dos serviços de saúde;
- A pressão externa sobre os serviços de saúde.

De acordo com a ONA (2006), a organização prestadora de serviços de saúde que adere ao processo de acreditação revela responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade ao atendimento à população.

Além de permitir a avaliação e a conseqüente distinção das organizações de saúde, o modelo adotado no processo de acreditação tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão, à medida que, com base nos requisitos e padrões, a organização tem a possibilidade de realizar um diagnóstico para:

- Entender os requisitos para a melhoria do desempenho;
- Medir e identificar onde melhorar;
- Identificar e entender, de forma sistemática, seus pontos fortes e oportunidades para melhoria; e
- Promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas da equi-

pe.

Podem também ser citadas as vantagens do processo de acreditação para: melhoria contínua; qualidade da assistência; construção de equipe e função educativa; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; gerenciamento; e segurança para pacientes e profissionais.

Pesquisa em diversas bases terciárias (SCIELO, ELLU SAÚDE, ONA, REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, etc.) constatou que são poucos os trabalhos científicos sobre o tema Acreditação Hospitalar com foco no seu processo de implantação. Diversos trabalhos podem ser destacados em Acreditação Hospitalar ou Qualidade dos Serviços de Assistência à Saúde, tais como os de Campos (1994), Fitzsimmons (2000), Oliveira et. al (2003), Cecílio e Mendes (2004), Feldman et al. (2005), Gastal et.al (2006) e de Bernardes et. al (2007). E, também, poucos estudos esclarecem como se dá o processo de acreditação de uma instituição de saúde, nem quais os impactos dessa acreditação na cultura organizacional ou na qualidade dos serviços. Este trabalho buscará explorar esta lacuna no âmbito da acreditação hospitalar.

## **1.2 Formulação do problema**

A gestão clínica e administrativa passa necessariamente pela gestão e valorização do ser humano em todos os seus aspectos constitutivos. Fazer uma gestão hospitalar voltada para a qualidade assistencial é um desafio que precisa ser almejado. Com base nesta assertiva, identifica-se o seguinte problema desta pesquisa: Como desenvolver processos de consolidação de serviços médicos hospitalares de alta qualidade assistencial de modo a resultarem na acreditação de um hospital?

## **1.3 Objetivos**

O objetivo geral desta pesquisa é identificar, discutir e consolidar as variáveis de análise e avaliação inerentes à implantação de processos que resultem na acreditação hospitalar.

São objetivos específicos:

- Identificar, nomear e validar como ocorre a gestão da qualidade assistencial

em uma organização hospitalar;

- Dar subsídios para programas educacionais que resultem no entendimento compartilhado de qualidade de serviços de saúde nos domínios da gestão hospitalar;
- Levantar os elementos que facilitam e dificultam o processo de implantação da Acreditação Hospitalar.

#### **1.4 Organização da dissertação**

A presente dissertação está estruturada da seguinte forma. No Capítulo 1, é feita a apresentação do trabalho, a justificativa, a formulação do problema, o objetivo geral e os objetivos específicos a serem alcançados com a realização do presente trabalho. No Capítulo 2, apresentam-se os conceitos extraídos da literatura relacionados à gestão da qualidade assistencial e também a acreditação hospitalar. No Capítulo 3, apresentam-se a aplicação da metodologia com a descrição do estudo, a definição da amostra, a coleta e a análise dos dados. No Capítulo 4, é feita a análise dos resultados obtidos no estudo, a análise do processo de acreditação e a síntese da análise. No Capítulo 5, são apresentadas as considerações finais. No Capítulo 6, apresentam-se a conclusão e recomendações de trabalhos futuros.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasar o desenvolvimento do presente trabalho, foram realizadas pesquisas em bibliografias especializadas, livros e em diversas bases de artigos como o Scielo<sup>1</sup>, ELLU SAÚDE<sup>2</sup>, ONA<sup>3</sup>, e Revista de Saúde Pública<sup>4</sup>, tendo como principal marco do referencial teórico o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006). Assim sendo, ao fundamentar-se nas idéias que permeiam as discussões e posicionamento de vários autores que têm demonstrado interesse e contribuições para com a problemática aqui exposta, alguns conceitos são descritos para entendimento do foco deste trabalho, os quais servirão de referência ao longo do texto.

### 2.1 Hospital

O hospital com as características percebidas atualmente é algo muito recente. Sua visão como uma organização e como um instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doenças é uma percepção relativamente inovadora, segundo (GURGEL Jr e VIEIRA, 2001). Os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais uma dificuldade por vezes inaplicáveis (BITTAR, 2004).

Os primeiros hospitais datam do final do século 18 (FOUCAULT, 1981). Antes, eram considerados como locais que serviam para separar os enfermos da sociedade, para esperar a morte, havendo pouca ou quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente. É nesse período, que a Academia de Ciências da França buscava uma padronização para os hospitais existentes, cujo objetivo era estudar aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes da época em instituições que buscassem a assistência à saúde, um local de prática médica.

A formação médica, que não incluía atividade hospitalar, passou, após es-

---

<sup>1</sup> [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

<sup>2</sup> [www.ellusaude.com.br](http://www.ellusaude.com.br)

<sup>3</sup> [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)

<sup>4</sup> [www.fsp.usp.br](http://www.fsp.usp.br)

sa fase, a ser uma atividade rotineira, com visita e acompanhamento da evolução hospitalar dos pacientes realizadas por médicos, cujo trabalho era observar o comportamento dos doentes e tentar auxiliar a natureza no processo de cura.

As guerras levaram à necessidade da criação de hospitais militares, abundantes na Europa em séculos passados. Sua disciplina foi incorporada por estas instituições e influenciou o funcionamento hospitalar tal como o percebe atualmente, com fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças.

Atualmente, a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta, cada vez mais crescente (GURGEL Jr e VIEIRA, 2001). Azevedo (1993) complementa que o hospital se constitui ainda em um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Também Cecílio e Feuerwerker (2006) dizem ser o hospital:

[...] uma organização complexa, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. É também um equipamento de saúde em processo de redefinição, pois no âmbito público e no privado estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. Estão em debate, então, as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

De acordo com Mintzberg (apud GURGEL Jr e VIEIRA, 2001), o hospital caracteriza-se por ser uma entidade profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controle dar-se-á por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos, monitores das diversas categorias profissionais.

Gurgel Júnior e Vieira (2001) apontam para as organizações hospitalares, públicas ou privadas como inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente da sua natureza, ambas as con-

dições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar.

Segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses *(i)* dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas, *(ii)* dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho, *(iii)* dos acionistas em se tratando de hospitais privados, que objetivam o lucro, *(iv)* da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, *(v)* das empresas seguradoras e planos de saúde, que estabelecem uma relação comercial com o hospital, e, finalmente, *(vi)* dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde, o seu foco.

Conforme Bernardes et. al (2001), vive-se um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. A medicina se integra cada vez mais na atividade econômica global, fazendo o hospital ser pensado progressivamente como empresa.

Ao pensar um hospital como empresa, é oportuno a descrição atual de hospitais arquitetonicamente modernos, com estruturas e instalações que se aproximam das hoteleiras, bem como refinados serviços de apoio nas áreas de alimentação e conforto para pacientes, acompanhantes e visitantes. Também estão sendo projetados para melhor adequação das áreas que despertam inquietudes na preservação do meio ambiente, promovendo o equilíbrio entre crescimento econômico e justiça social.

A partir da análise dos conceitos de sustentabilidade, de arquitetura hospitalar, de conforto e qualidade, é constatada a importância da preocupação que projetos hospitalares devem ter, desde o início, com os recursos naturais e a sua adequação ao meio ambiente (SAMPAIO, 2006). Os ambientes hospitalares, por estarem diretamente ligados à saúde do homem, requerem mais do que qualquer outro ambiente, de conforto e qualidade.

Conforto e qualidade, em se tratando de ambiente hospitalar, é a satisfação das necessidades tecnológicas da medicina, ou seja, ter espaços flexíveis que possam acomodar sofisticados equipamentos, constantemente redesenhados, satisfação dos pacientes, permitindo tranquilidade, bem-estar, confiança e condi-

ções de uma pronta recuperação, bem como a satisfação da equipe de profissionais.

Para Sampaio (2006), ambientes hospitalares devem ter, então, adequadas temperaturas, troca de ar e umidade, iluminação natural e artificial, contato com o meio externo, jardins para contemplação e passeios e, se inevitáveis, ruídos adequados.

Um esboço ultrapassado de um hospital caracteriza-se por um quarto branco, com paredes e tetos lisos, piso frio, total ausência de conforto. Resumindo, um ambiente nada acolhedor. Atualmente estas instalações estão sendo modificadas, com refinado retoque. Paredes brancas têm recebido cores e quadros, luminotécnica e paisagismo, compondo ambientes bonitos, agradáveis e alegres.

A modernização tem ocorrido não só na arquitetura, mas também na gestão hospitalar. É constante a busca pela qualidade, pela satisfação do paciente quanto ao atendimento na sua totalidade. Neste sentido, autores como Campos (1994), Fitzsimmons (2000), Oliveira et. al (2003), Cecílio e Mendes (2004), Feldman et. al (2005) e Bernardes et. al (2007) confirmam a necessidade da gestão integrada e da qualidade, ambas voltadas para a acreditação.

## **2.2 Avaliação e qualidade assistencial na Saúde**

Para Gastal et. al (2006), processos de avaliação em geral não são recentes. Contudo, o conceito de avaliação como um processo fundamentado em premissas científicas e voltado para a aferição do desempenho de programas sociais só começa a se consolidar após a Segunda Guerra Mundial. Especificamente no setor da Saúde, nos anos sessenta e setenta do século vinte começa um esforço de consolidação de métodos por iniciativa de vários autores e com várias vertentes, das quais se destacam a econômica, a das políticas públicas, a da epidemiologia, a da vigilância sanitária e da saúde pública.

Feldman et al. (2005) relatam que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde teve início no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar – PPH. Neste programa, foi definido um conjunto de padrões que buscavam garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Estes padrões relacionavam-se (*i*) à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e

ao conceito de corpo clínico, (ii) ao preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta, e (iii) à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de, no mínimo, um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia. Estes padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e/ou serviços, como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a necessidade da assistência 24 horas, a avaliação dos resultados com o paciente ou a estrutura física do hospital.

Segundo Feldman (2005), em 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos da América. De 692 hospitais avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo PPH. Em contrapartida, em 1950 o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3290.

Em 1949, o manual de padronização já apresentava 118 páginas, mas o Colégio Americano de Cirurgiões passou a ter dificuldades em mantê-lo, em parte devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, ao aumento do número de instituições, à complexidade e à grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial. A partir daí, o CAC criou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária.

Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos hospitais (CCAH) que em dezembro de 1952 delegou oficialmente o programa de acreditação *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada que procurou introduzir e enfatizar a qualidade na cultura médico-hospitalar em nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais, forçando a aprovação das leis mais complexas na área da saúde, enfatizando aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *Joint Commission* buscou então modificar o grau de exigência. Com isto, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, contendo padrões ótimos de qualidade e considerando

também processos e qualidade da assistência.

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* (JCAHO) passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, assumiu recentemente, o papel educativo com monitoramento das atividades desenvolvidas, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações. A mensuração dos resultados passou a ser expressa em quatro níveis: (i) acreditação com distinção, (ii) acreditação sem recomendação, (iii) acreditação com recomendação e (iv) acreditação condicional.

Para Feldman et al. (2005), a saúde foi uma das últimas organizações a adotar os modelos de qualidade, sua utilização iniciou-se timidamente na área administrativa. Um dos fatores que vem contribuindo para superar esta situação é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares, pouco evidenciada em nosso meio, mas muito forte e acirrada em outros países.

A partir do ano 2000, alterando o paradigma anterior, observa-se mudança no padrão de atendimento e na prestação de serviços nos hospitais da região central de São Paulo. Atualmente se enfatiza a qualidade na assistência à saúde dentro de um mercado competitivo.

Segundo a ONA (2007), as principais causas da demora da incorporação de práticas de qualidade nos serviços de saúde são: (i) baixa competitividade, (ii) alta variabilidade dos serviços oferecidos, (iii) assimetria dos processos no conjunto e colaboradores com motivações e interesses conflitantes e (iv) usuários sem conhecimento ou referências técnicas que permitam fazer escolhas autônomas de utilização.

A ONA também cita fatores que interferem e fazem variar a qualidade nos serviços de saúde: (i) variabilidade e localização, (ii) treinamento, experiência, especialização e a idade dos profissionais, (iii) condições do local onde se realiza o trabalho, (iv) financiamento e organização da assistência, (v) características da organização de saúde e (vi) características dos clientes.

Atualmente, o termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade é entendido como um processo de contínuo aprimoramento que estabelece progressivamente os padrões, resultados dos estudos de séries históricas na mesma orga-

nização ou de comparações com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero – situação que, embora na prática possa não ser atingível, orienta e filtra toda ação e gestão da qualidade. É também um processo essencialmente cultural e, desta forma, envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da organização, que são assim estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos, padrões e produtos/serviços da entidade.

Feldman et. al (2005) entendem qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos.

Gastal (2006) descreve qualidade em saúde como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema em si e da sociedade de configurar um conjunto harmônico:

[...] capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais bem treinados e justamente pagos, que os usuários possam utilizá-lo sempre e na medida de suas necessidades, sendo todo este conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania.

No Brasil, provavelmente o primeiro estudo na busca de melhorar a qualidade na organização dos hospitais tenha sido o de Odair Pedroso em 1935, quando elaborou uma Ficha de Inquérito Hospitalar (Quadro 1) para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, atualmente extinto.

- 
1. **Corpo Clínico.** Organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente.
  2. **Corpo Administrativo.**
  3. **Corpo de Enfermeiros** e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno.
  4. **Serviços Radiológicos e Fisioterápicos.**
  5. **Laboratório Clínico.**
  6. **Necrotério** com equipamento para necropsia.
  7. **Salas de Operações** com equipamentos suficientes e anexos.
  8. **Farmácia.**
  9. **Serviços Auxiliares** (cozinha, lavanderia, desinfecção...)
- 

**Quadro 1:** Elementos da Ficha de Inquérito Hospitalar [São Paulo, 1935]  
Fonte: Carvalho (2005)

### 2.3 Padronização e classificação hospitalar

No sistema de saúde brasileiro, as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde sempre partiram ao poder público. Os esforços neste sentido datam da década de 30, com o Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, no qual se formulou uma primeira proposta de regionalização e hierarquização de serviços, que não chegou a ser implantada, mas serviu de inspiração para outras classificações criadas posteriormente, (AZEVEDO, 1993).

Em 1951, com o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões realizado em São Paulo, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para Centro Cirúrgico e estudados tanto os aspectos de planta física como a organização desta unidade, conforme descritos no Quadro 2. Neste Congresso, foram ainda estabelecidos os componentes do prontuário médico, bem como algumas normas gerais para a organização do hospital, indispensável ao bom funcionamento do setor.



- 
1. **Chefia:** A administração do centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada.
  2. **Pessoal:** Deverá ter número suficiente, devidamente treinado.
  3. **Regulamento:** O regulamento do centro cirúrgico deverá fazer parte do regulamento do hospital.
  4. **Rotinas:** Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos.
  5. **Avaliação do trabalho profissional:** Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
  6. **Prontuário Médico:** a) nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b) ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.
- 

**Quadro 2:** Padrões mínimos de funcionamento para um Centro Cirúrgico Hospitalar  
[São Paulo, 1951]  
Fonte: Carvalho (2005)

Em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários já possuía padrões para credenciamento dos serviços hospitalares. Tais critérios abrangiam: planta física (23 itens – 300 pontos), equipamentos (10 itens – 220 pontos) e organização (10 itens – 480 pontos), especificando itens para a área “estrutura” como classificada ainda hoje. O Instituto estabeleceu também o Relatório de Classificação Hospitalar – RECLAR, que possuía três áreas: planta física, equipamento e organização, num total de 333 itens. Este relatório, porém, sofreu crítica devido à excessiva ênfase aos aspectos físicos e a pouca importância aos aspectos humanos, e quase nenhuma menção à produção e produtividade (processo), sem falar em resultados, Azevedo (1989). Atualmente estes critérios continuam sendo utilizados, entretanto, foram acrescentados outros descritos em manuais e livros, complementando o processo inicial.

Com a criação da ONA, em abril/maio de 1999, organização privada sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação em nível nacional de um processo permanente de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade dentro do processo de acreditação, iniciou-se a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores. Com o intuito de contribuir efetivamente para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde e atingir a plena satisfação de seus clientes, a ONA estabelece o planejamento, a padronização, a análise e a melhoria contínua de seus proces-

sos e resultados, como alicerces organizacionais permanentes de sua gestão, fazendo disso, a sua política de qualidade.

## 2.4 Acreditação hospitalar

Acreditação é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações prestadoras de Serviços Hospitalares, ONA (2006). A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Estes padrões podem ser mínimos (definindo a base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação.

No Brasil, a Acreditação Hospitalar pode ser conferida pelo Sistema Brasileiro de Acreditação - SMB, com Acreditação obtida em níveis progressivos; e também pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA, este, representante da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Nesta opção para Acreditação, não há níveis, somente o Selo de Acreditado.

Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA. Essa atividade é desempenhada pela equipe de avaliadores das Instituições Acreditadoras Credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006).

Buscando identificar os primórdios da acreditação, Schiesari (1999) traz um estudo que resgata a evolução histórica da acreditação hospitalar. Nele, é citado que, originalmente os sistemas de acreditação foram desenhados para proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo, o trabalho estendeu-se para outras áreas de assistência à saúde com outras finalidades como educação, consultoria, participação e profissionalismo.

Segundo Feldman et al. (2005), desde 1970 o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar partindo de início da publicação de Normas e Portarias. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, a partir de 1989, a Acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Em 1990 foi realizado um convênio com a Orga-

nização Pan-Americana de Saúde – OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina.

Segundo Quinto Neto (1997), no Rio Grande do Sul, em 1995, o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, em associação com a Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente e o SEBRAE/RS, desenvolveu um projeto de pesquisa com o propósito de determinar padrões de qualidade hospitalar. Também em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, baseada em experiência com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, estendeu a preocupação com a qualidade das organizações, utilizando para tanto o processo de acreditação, Schiesari (1999).

No Rio de Janeiro, em agosto/setembro de 1997, o Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde – PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA, com a Fundação Cesgranrio, criada pelas Universidades Estaduais do Rio para avaliação do processo educacional. A Fundação implantou a avaliação também na área da Saúde, trazendo para o cenário da acreditação outra faceta da avaliação: a de ramo de negócios. Em dezembro de 1997, o CBA realizou um seminário com a assessoria da *Joint Commission* para elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Nesta ocasião, com esta associação junto a *Joint Commission*, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde.

Segundo Feldman et. al (2005), retomando o desenvolvimento da Acreditação na América Latina, em abril de 1992, a OPAS promoveu em Brasília, o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, no qual foi apresentado o Manual de Acreditação da OPAS. Neste Seminário surgiram algumas conclusões sobre como controlar a qualidade dos serviços de saúde, destacando-se que a acreditação seria um mecanismo válido para controlar a qualidade. O Manual de Acreditação proposto seria um instrumento importante para iniciar o processo e os participantes levariam a discussão para suas entidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover esta cultura. Em março do mesmo ano, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizaram o Simpósio “Acredita-

ção de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde” do qual participaram, entre outros, os representantes da *Joint Commission* e do *Canadian Council on Health Services Accreditation* e entidades nacionais. O Programa Brasileiro de Acreditação foi lançado oficialmente em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência a Saúde em Budapeste.

Posteriormente, foram elaboradas propostas para o Sistema Nacional de Acreditação, ou seja, as normas básicas do processo de acreditação: credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores, código de ética e programa brasileiro de acreditação hospitalar.

Segundo Alonso (2002) a palavra acreditação é pouco conhecida na língua portuguesa. Os termos *dar crédito a*, *conceder reputação a*, *crer* ou *ter como verdadeiro*, estão relacionados a acreditar. Acreditado (particípio de acreditar) significa *que tem crédito, que inspira ou merece confiança, autorizado ou reconhecido por alguém junto à outra*.

Quinto Neto & Gastal (1997), definem acreditação hospitalar como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Ainda conforme os autores, a análise e a confrontação entre o modelo da acreditação hospitalar e os critérios de excelência, e seus sistemas de avaliação correspondentes, permite concluir que são complementares, desde que seja adotado um enfoque integrador. A acreditação hospitalar cumpre, para a saúde, o papel dos sistemas *International Organization for Standardization - ISO* nas organizações empresariais.

A ONA (2006) define acreditação como:

[...] um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada, jamais uma forma de fiscalização.

Alonso (2002) sinaliza que o termo acreditação tem como noções centrais a confiança e a qualidade, e pode ser entendido como um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade, além de se caracterizar como um processo educacional que introduz nas instituições a cultura da qualidade e analisa e atesta o seu grau de alcance por elas.

A acreditação deve ser diferenciada de outros processos como o licencia-

mento, a classificação, a habilitação ou o credenciamento, pois propõe a participação voluntária, estimulando as instituições a um comportamento de procura contínua da qualidade.

O conceito de acreditação pode, então, ser sintetizado como uma ferramenta de gerenciamento coletivo da qualidade, consistindo em produzir o reconhecimento social de uma determinada competência, fazendo com que a instituição seja inscrita numa perspectiva de melhoria contínua.

Alonso et. al (2002) destacam dois de seus principais vetores, competência e qualidade. Para esses autores, *competência* é a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade. Pode-se caracterizar como um processo dinâmico, em que predominam práticas compartilhadas entre os atores envolvidos, que se fortalecem em um contexto de transformações tecnológicas e de formas de gestão em busca da melhoria da qualidade na produção de bens e serviços.

A área da saúde, entendida enquanto um setor de prestação de serviços apresenta algumas especificidades na sua organização e também no seu processo de trabalho que justificam a discussão da idéia de competência. Para Offe (apud ALONSO et. al, 2002), o setor de serviços é definido como um trabalho reflexivo, onde o trabalhador elabora e mantém o próprio trabalho. Seu processo de trabalho pode ser resumidamente descrito como heterogêneo e descontínuo, sendo difícil sua normalização técnica e a avaliação da sua produtividade. É complexo e fragmentado, decorrente da diversidade de profissões e profissionais que nele atuam, além de uma grande diversidade de usuários e tecnologias utilizadas.

O segundo vetor, igualmente importante, citado por Alonso (2002) é a *qualidade*. A explicitação da qualidade é de uso antigo. Desde o século XIX, na área industrial, foram criados tipos de controles eficientes para evitar que produtos manufaturados inadequados para o uso chegassem aos clientes, chamados de “controle de qualidade”. Sua expansão para outras áreas dá a dimensão da sua complexidade e do seu conceito. Na área empresarial, de acordo com a *International Organization for Standardization* (ISO), qualidade significa “a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas” (ABNT, 1994:53, apud ALONSO, 2002).

Antes considerada um fator desejável nos produtos e serviços, a qualidade

passou a ser indispensável e elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários. Na saúde não seria permitido ser de outra forma. O uso da metodologia e das ferramentas da qualidade torna-se particularmente importante ao ser considerada a condição atual da gestão de serviços de saúde. Na área da atuação médica, por exemplo, suas definições são exploradas a partir do princípio de que cuidado é um atributo que pode ter um maior ou menor grau de qualidade, (DONABEDIAN, 1980, apud ALONSO, 2002).

Para Demo (1995), é equívoco pretender confronto dicotômico entre qualidade e quantidade. Elas não são coisas estanques, mas facetas do todo. Por mais que se possa admitir qualidade como “algo mais” e mesmo “melhor” que quantidade, no fundo uma jamais substitui a outra, embora seja sempre possível preferir uma à outra. Qualidade tem a ver com profundidade, perfeição, principalmente com participação e criação, Demo (1995). Também é uma questão de competência dos indivíduos; precisa de consciência crítica e da capacidade de ação.

Neste sentido, a acreditação hospitalar pode ser entendida como sendo a avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar prestada ao paciente. No entanto, o processo de acreditação passa por mudanças de conceitos, concepções e conhecimentos congelados. Segundo Foguel e Souza (1995), para se ter a possibilidade de êxito num processo de implantação de um programa qualquer dentro de uma organização, neste caso hospitalar, é necessária a compreensão do conjunto de variáveis que compõem a realidade da vida organizacional, a dinâmica do mundo comportamental das organizações, bem como do processo de desenvolvimento das organizações.

Em se tratando do setor hospitalar observa-se uma grande resistência aos programas de qualidade com foco na acreditação em função dos médicos, que historicamente detêm o poder dentro destas organizações e não veem como necessária a ideia de contenção de custos, nem uma avaliação do seu trabalho numa perspectiva de medir a qualidade, e por se sentirem fiscalizados e terem receio de perder a autonomia na condução clínica dos pacientes.

Para Oliveira et. al (2003), com o passar do tempo, as organizações tiveram que se adaptar às exigências de um mercado globalizado e dinâmico. Tais exigências envolvem conceitos de eficiência e eficácia, otimização de recursos,

lucratividade, qualidade entre outros. Ao se tratar de organizações hospitalares, estas exigências não poderiam ser diferentes, e isto leva necessariamente, ao desenvolvimento, por parte dos hospitais, de programas que visam o melhor atendimento das necessidades sociais. Dentre os programas elaborados, destaca-se o de acreditação.

Para Cecílio e Mendes (2004), a década de 1990 foi rica em propostas e experiências de mudanças de modelo de gestão nos hospitais públicos e privados brasileiros. Ao ser pensado como empresa, muitos autores têm comentado sobre alguns caminhos que têm sido seguidos na busca de uma renovação da gestão dos hospitais. Na visão de Bernardes et. al (2007), um deles, e talvez o mais frequente, tem sido a radicalização no processo de racionalizar as práticas médico-hospitalares ao apoiar e reforçar, de forma expressa e intencional, um ou mais dos seus componentes, ou seja, tratar os médicos como clientes da organização, criando novas formas de relacionamento hospital/médico. Outros componentes igualmente importantes são, entre outros, *(i)* a estreita aliança mantida entre a direção e o corpo de enfermagem, buscando criar mecanismos de controle dos processos de trabalho no hospital, *(ii)* a terceirização de atividades meio, *(iii)* a informatização da maioria dos processos administrativos, *(iv)* a forte ênfase na utilização de protocolos e adoção de mecanismos de acreditação hospitalar.

## **2.5 A lógica e o método de acreditação**

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006), a aplicabilidade do modelo é genérica, valendo para organizações de qualquer porte, perfil ou característica, não apresentando recomendações quanto a ferramentas técnicas, processos ou metodologias, ou seja, caracteriza-se por não ser prescritivo.

O processo de acreditação hospitalar necessita da participação de toda a equipe multidisciplinar envolvida com a qualidade do atendimento prestado ao paciente, incluindo diretores, administradores, técnicos, médicos, enfermeiros, enfim, precisa transpor a barreira hierárquica. Esta integração será facilmente reconhecida na configuração dos indicadores de qualidade, que servirão de controle para a avaliação dos resultados obtidos.

De acordo com a ONA (2006), o Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços

de Saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus funcionários.

Dessa forma, o Sistema Brasileiro de Acreditação considera que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as estruturas e os processos da organização são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Sendo assim, no processo de avaliação e na lógica do Sistema Brasileiro de Acreditação, não se avalia um setor ou um departamento isoladamente.

Para avaliar a qualidade assistencial nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, são utilizados instrumentos de avaliação (Manual Brasileiro de Acreditação) específicos, definidos em Norma do Processo de Avaliação (NA) específica, segundo a especialidade e a atividade fim, desenvolvida pela organização de saúde.

Os instrumentos de avaliação são compostos de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é segurança, do Nível 2 é segurança e organização e do Nível 3 é segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. Para cada nível são definidos itens de orientação que norteiam o processo de visita e a preparação da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para a avaliação.

A ONA preconiza que o processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil de cada organização de saúde avaliada.

Para o processo de acreditação hospitalar, a ONA (2006) definiu as seções, as subseções, os padrões, os itens de orientação e os níveis.

## **Seções**

Nas seções estão agrupados os serviços, processos ou atividades (subseções) com características e fundamentos semelhantes e que possuam afinidades entre si. O Manual Brasileiro de Acreditação é composto por oito seções: (i) liderança e administração, (ii) organização profissional, (iii) atenção ao paciente / cli-



ente, (iv) diagnóstico, (v) apoio técnico, (vi) abastecimento e apoio logístico, (vii) infra-estrutura e (viii) ensino e pesquisa. A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo que uma organização de saúde seja avaliada com consistência sistêmica.

### **Subseções**

As subseções tratam do escopo específico de cada serviço, processo ou atividade. A lógica das subseções é que todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação.

### **Padrões**

Os padrões são elaborados com base na existência de três níveis, do mais simples ao mais complexo, tendo presente o princípio do “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido (ausência de não conformidade maior). Os padrões procuram avaliar estrutura, processo e resultado. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação que permitem auxiliar na identificação do que se busca avaliar e na preparação das organizações de saúde para o processo de acreditação.

### **Itens de orientação**

Os itens de orientação apontam as fontes onde os avaliadores podem buscar as evidências ou o que a organização de saúde pode apresentar para evidenciar que cumpre com os requisitos de um determinado padrão. Os itens de orientação, além de servirem de guia para os avaliadores, também são elaborados de tal forma que auxiliem a organização de saúde em seu processo de preparação para a acreditação, porém o mesmo não pode ser visto como um *check list*.

### **Níveis**

O Sistema Brasileiro de Acreditação possui padrões e itens de orientação genéricos, estruturados em três níveis, como mostrado no Quadro 3. Os requisitos dos níveis 1 e 2 são aplicáveis aos serviços, setores ou unidades alocadas em alguma das oito seções do instrumento de avaliação; o Nível 3 é aplicado à seção como um todo.

**Quadro 3: Padrões e itens de orientação do Sistema Brasileiro de Acreditação**

| <b>Nível</b>   | <b>Padrão</b>   | <b>Itens de Orientação</b>   |
|--|---|--|
| <b>Nível 1:</b><br>Segurança<br>(Estrutura)                | Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme a legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade técnica conforme legislação;</li> <li>• Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;</li> <li>• Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);</li> <li>• Identificação, gerenciamento e controle dos riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biosegurança.</li> </ul>   |
| <b>Nível 2:</b><br>Organização<br>(Processos)              | Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação, definição, padronização e documentação dos processos;</li> <li>• Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;</li> <li>• Estabelecimento dos procedimentos;</li> <li>• Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;</li> <li>• Definição de indicadores para os processos identificados;</li> <li>• Medição e avaliação dos resultados de processos;</li> <li>• Programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;</li> <li>• Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.</li> </ul>  |
| <b>Nível 3:</b><br>Excelência<br>na Gestão<br>(Resultados) | Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como de evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implantadas, decorrentes do processo de análise crítica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);</li> <li>• Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referências externas pertinentes;</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;</li> <li>• Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;</li> <li>• Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;</li> <li>• Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;</li> <li>• Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.</li> </ul> |

O nível 1 descreve o princípio da SEGURANÇA (estrutura) para dar assistência ao paciente. Conforme Gastal et al (2006), as exigências no nível 1 contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade assistencial prestada ao paciente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, dispondo de recursos humanos compatíveis com complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Para a instituição ser acreditada neste nível, é obrigatório o atendimento na totalidade dos seguintes requisitos: (i) habilitação do corpo funcional, (ii) atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários e (iii) estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas. Quando a organização de saúde cumprir integralmente o nível 1 em todos os setores, ela será distinguida com a condição de *Acreditada*.

O nível 2 trata da ORGANIZAÇÃO (processos) executados na assistência ao paciente. As exigências do nível 2 contemplam evidências de adoção de planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna. Neste nível são validados os requisitos de: (i) existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, e aplicados, (ii) evidência da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários e (iii) evidência de atuação focalizada no cliente/paciente. Quando a organização de saúde cumprir integralmente os níveis 1 e 2, em todos os setores, ela será distinguida com a condição de *Acreditada Plena*.

O nível 3, por contemplar PRÁTICAS DE EXCELÊNCIA (resultados), as exigências deste nível contém evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, assim como evidências objetivas de atualização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Para este nível são requisitos essenciais: (i) evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistê-

mico, (ii) utilização de sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados, e (iii) utilização de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos), e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico. Quando a organização de saúde cumprir integralmente os níveis 1, 2 e 3, em todos os setores, ela será distinguida com a condição de *Acreditada com Excelência*.

De acordo com a ONA (2006) as Normas para o Processo de Avaliação sistematizam a metodologia de avaliação para cada tipo de organização de saúde.

## **2.6 Definições básicas**

Nesta seção são apresentadas definições básicas para a compreensão e entendimento do Sistema Brasileiro de Acreditação e de sua metodologia. Estas definições estão apresentadas na seção Normas Técnicas, do Sistema de Informação e Documentação da ONA (SID).

### **Instituições acreditadoras (IACs)**

As instituições Acreditadoras são organizações de direito privado com ou sem fins econômicos, credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação, com a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços, dentro do processo de acreditação em nível nacional.

As instituições acreditadoras, além de visitas para a acreditação, podem efetuar atividades de divulgação (palestras de sensibilização), educativas (cursos de multiplicadores/facilitadores) e de avaliação dos sistemas de assistência, gestão e qualidade das organizações de saúde, por meio da aplicação das técnicas e dos instrumentos de avaliação do processo de acreditação (diagnóstico organizacional). As instituições acreditadoras atuais são as seguintes<sup>5</sup>:

- BSI – British Standards Institution
- DICQ – Sistema Nacional de Acreditação Ltda

---

<sup>5</sup> Organização Nacional de Acreditação, [www.ona.gov.br](http://www.ona.gov.br) Acesso em 01/05/2009.

- DNV – Det Norske Veritas
- GLCSA – Germanischer Lloyd Certification South America
- FCAV – Fundação Carlos Alberto Vanzolini
- IAHCs – Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
- ICQ Brasil
- IQG – Instituto Qualisa de Gestão
- IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde

### **Instituições conveniadas – atividades de ensino e aprendizagem**

São instituições de direito privado, com ou sem fins econômicos, conveniada com a ONA, com a capacidade de desenvolver atividades de ensino/aprendizagem para a sensibilização, formação e capacitação de recursos humanos para o Sistema Brasileiro de Acreditação em nível nacional. Atualmente estão conveniadas a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, a MV Sistemas e o Instituto Euvaldo Lodi (IEL).

### **Avaliação para acreditação**

A avaliação para acreditação é a análise crítica que determina se o processo de gestão utilizado pela organização avaliada está em conformidade com os padrões definidos no instrumento de avaliação específico (Manual Brasileiro de Acreditação – ONA).

### **Avaliador**

O avaliador é um profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação.

### **Avaliador líder**

O avaliador líder é o profissional responsável perante a Instituição Acredita-dora, por todas as fases do processo de avaliação. Deve ter capacidade geren-cial, experiência e deve lhe ser conferida autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvido.

## **Equipe de avaliadores**

A equipe de avaliadores deve ser definida de acordo com o tipo de Organização Prestadora de Serviços de Saúde que será avaliada, conforme definido na Norma para o Processo de Avaliação correspondente. Cada equipe deve possuir um avaliador líder. Caso seja necessário, poderão ser incluídos na equipe, com a ciência prévia do avaliado, especialistas, avaliadores em treinamento e observadores.

## **Evidências objetivas**

São informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, mediação ou outros meios.

## **Não conformidade**

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

A não conformidade menor consiste na falta de cumprimento de requisitos do sistema da qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema de qualidade, ou a uma adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma (padrão) de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

## **Observações**

Uma observação pode ser originada: pela identificação da equipe de avaliadores de uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta

que não possui uma relevância sobre a atividade avaliada, por um desconforto da equipe de avaliadores ou pela identificação de uma falha potencial, ou seja, que não é evidenciada pelos avaliadores, mas que a intuição e ou experiência do avaliador leva a crer como uma provável não conformidade futura.

### **Consenso**

Entende-se como consenso o processo decisório onde se procura encontrar uma proposta aceitável o bastante, para que todos os avaliadores da equipe possam apoiá-la, sem que nenhum avaliador se oponha a ela. Todo o processo de avaliação para a acreditação é baseado no consenso.

### **Diretrizes para inscrição no processo de avaliação**

São definidas duas etapas para a inscrição no processo de avaliação, a solicitação de informações para o processo de avaliação e a contratação da Instituição Acreditora para realizar o processo de visita.

### **Preparação para a avaliação**

As Instituições Acreditoras possuem duas etapas fundamentais de preparação para a avaliação: a confirmação da visita e o desenvolvimento do plano de visita.

### **Reuniões do processo de avaliação**

O processo de avaliação incorpora três diferentes tipos de reunião: a reunião de abertura, as reuniões de avaliadores e a reunião de encerramento da avaliação.

### **Visita**

Firmado o contrato entre a Instituição Acreditora e a Organização Prestadora de Serviços de Saúde e, confirmado, por parte da ONA, o recolhimento da taxa de inscrição, a equipe de avaliadores iniciará o processo de visita. A lógica do processo de visita e suas diferentes etapas estão definidas nas Normas Orientadoras.

## **Relatório**

O relatório de avaliação é preparado sob a orientação do avaliador líder, que é o responsável por sua exatidão, bem como deve refletir fielmente o conteúdo da avaliação, sendo o mesmo datado e assinado pelos avaliadores.

## **Término do processo de avaliação**

O processo de avaliação é considerado terminado após a emissão do relatório de avaliação pela Instituição Acreditadora e entrega do seu parecer final à Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada.

O certificado, a folha de resumo da avaliação e o parecer final da Instituição Acreditadora devem ser entregues à Organização Nacional de Acreditação. Se o parecer final da equipe de avaliadores for diferente do parecer final da Instituição Acreditadora, a Instituição Acreditadora deverá justificar o seu parecer junto à ONA (atividade desenvolvida pela Comissão, Conselho ou Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora). Caso a Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada não concorde com o resultado, esta poderá interpor recurso à Instituição Acreditadora, em um prazo de 45 dias.

Atualmente, existem no Brasil, 103 (cento e três) hospitais acreditados, conforme mostrado na Tabela 1. Esses serviços hospitalares estão dispersos geograficamente, porém há uma maior concentração de hospitais acreditados, em qualquer dos níveis, no estado de São Paulo, seguido no nível Acreditada pelo estado do Paraná, no nível Acreditada Plena pelo estado de Minas Gerais, e no nível Acreditada com Excelência, pelos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro.



**Tabela 1: Serviços hospitalares acreditados**

| Região              | Estado | Nível de acreditação |                  |                          | TOTAL      |
|---------------------|--------|----------------------|------------------|--------------------------|------------|
|                     |        | Acreditada           | Acreditada Plena | Acreditada c/ Excelência |            |
| Sul<br>(12)         | PR     | 6                    | -                | 1                        | 7          |
|                     | RS     | 2                    | 1                | 2                        | 5          |
|                     | SC     | -                    | -                | -                        | -          |
| Sudeste<br>(78)     | ES     | -                    | -                | 3                        | 3          |
|                     | MG     | 2                    | 9                | 5                        | 16         |
|                     | RJ     | -                    | 1                | 5                        | 6          |
|                     | SP     | 10                   | 24               | 19                       | 53         |
| Centro-Oeste<br>(4) | DF     | -                    | 2                | 1                        | 3          |
|                     | GO     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | MS     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | MT     | 1                    | -                | -                        | 1          |
| Norte<br>(0)        | AC     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | AM     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | AP     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | PA     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | RO     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | RR     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | TO     | -                    | -                | -                        | -          |
| Nordeste<br>(9)     | AL     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | BA     | 1                    | -                | 1                        | 2          |
|                     | CE     | -                    | 2                | -                        | 2          |
|                     | MA     | 1                    | -                | -                        | 1          |
|                     | PB     | -                    | 1                | -                        | 1          |
|                     | PE     | 1                    | -                | -                        | 1          |
|                     | PI     | -                    | -                | -                        | -          |
|                     | RN     | 1                    | -                | -                        | 1          |
| SE                  | -      | 1                    | -                | 1                        |            |
| <b>TOTAL</b>        |        | <b>25</b>            | <b>41</b>        | <b>37</b>                | <b>103</b> |

Fonte: ONA ([www.ona.gov.br](http://www.ona.gov.br)). Acesso em 01/05/2009.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Descrição do estudo**

Este é um estudo descritivo, de uma amostra de conveniência, feito a partir de visitas técnicas realizadas em hospitais acreditados. A seleção dos hospitais deu-se pela disponibilidade destes, em contribuir com o estudo.

#### **3.2. Método aplicado**

Este estudo, do ponto de vista da sua natureza e quanto aos fins, classifica-se como descritivo e experimental, respectivamente (VERGARA, 2000; MORESI, 2003; SILVA, 2000). É descritivo por expor as características de um processo de acreditação hospitalar.

Trata-se, também, de uma pesquisa experimental por possuir uma finalidade prática: disponibilizar um mapeamento para a implantação de um processo de acreditação hospitalar aplicável a qualquer instituição hospitalar, estando relacionada a problemas concretos e dentro dos interesses do projeto da UCB/DF. Do ponto de vista da abordagem do problema, é uma pesquisa qualitativa por que será realizada através de mapeamento estruturado.

Quanto aos meios de investigação, é uma pesquisa de campo, realizada através de questionário estruturado, entrevistas com profissionais especialistas em gestão da qualidade em hospitais já acreditados em Brasília/DF e também em outras cidades. É também bibliográfica, na medida em que utiliza como base teórica os dados disponibilizados em artigos científicos, dissertações, textos técnicos, documentos existentes e disponíveis no Ministério da Saúde e na Organização Nacional de Acreditação (ONA).

#### **3.3 Definição da amostra**

Ao definir este estudo, foi verificada no site da ONA a relação de hospitais acreditados no Brasil, independente do nível de acreditação obtido. Localizados em cidades distintas, a seleção dos hospitais participantes deu-se pela abertura

autorizada para a visita técnica, e ainda pela disposição em colaborar com este estudo.

### 3.4 Coleta e análise dos dados

Buscando identificar o que há em comum aos hospitais acreditados, considerando o modelo de Gestão da Qualidade implantado por cada um, este estudo foi realizado em Hospitais Acreditados em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, por meio de visitas técnicas efetuadas em hospitais acreditados, independente do nível acreditado atual, seja pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e/ou pela *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação.

A interação da pesquisadora com as instituições pesquisadas se deu via telefone, para obter informações nominais do profissional responsável pela gestão da qualidade e implementação da Acreditação; via endereço eletrônico, para apresentação e justificativa do pedido e agendamento da visita técnica; e presencial, onde ocorreu o levantamento de fato dos dados. O perfil dos hospitais que participaram deste estudo está descrito na Tabela 2.

**Tabela 2:** Perfil dos hospitais participantes

|                               | Hospital               |                        |                        |                        |                        |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                               | A                      | B                      | C                      | D                      | E                      |
| <b>Leitos</b>                 | 334                    | 343                    | 149                    | 380                    | 336                    |
| <b>Internações por mês</b>    | 1200                   | 1200                   | 800                    | 1200                   | 1200                   |
| <b>Núm. de Funcionários</b>   | 1950                   | 2000                   | 780                    | 2000                   | 1800                   |
| <b>Natureza</b>               | Privada                | Privada / Beneficente  | Privada                | Privada                | Privada                |
| <b>Tipo de atendimento</b>    | Particular e convênios | Particular e convênios | Particular e convênios | Particular e convênios | Particular e convênios |
| <b>Nível de complexidade</b>  | Alta                   | Alta                   | Alta                   | Alta                   | Alta                   |
| <b>Nível de acreditação</b>   | 3                      | 3 / Sim                | 1                      | 3                      | Sim                    |
| <b>Sistema de acreditação</b> | ONA                    | CBA/JOINT              | ONA                    | ONA                    | JOINT                  |

## **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **4.1 Análise do processo de acreditação**

Nesta seção, são descritos os perfis e características do processo de acreditação desenvolvidos e implementados pelos hospitais participantes deste estudo.

#### **4.1.1 Hospital A**

O Hospital A, fundado em 1938, é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B em maior volume e a classe C em menor volume, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.

É procurado pela marca forte que possui no mercado em que atua, por médicos, pacientes e pelas empresas ofertantes de saúde suplementar. É, atualmente, acreditado pela ONA no nível 3, com certificação válida até 2012. Em 1991, o grupo de gerentes do hospital iniciou a discussão sobre o assunto qualidade. Com a predisposição positiva para a mudança e entendendo a importância de ter um processo de melhoria para a qualidade assistencial, a equipe de gerentes desenvolveu um Projeto denominado Controle Total da Qualidade, apoiado nas necessidades identificadas de mudança na gestão hospitalar praticada. Esta mudança significava a adoção de uma administração participativa, onde os papéis gerenciais passariam por uma revisão.

Em 1992, o projeto foi discutido e aprovado pela Diretoria, e teve sua consequente implantação no hospital. Em 1994, participou de programas regionais de controle de qualidade, recebendo em 1996, o Selo de Conformidade, o qual confirma o padrão de qualidade desenvolvido e implantado. Foi certificado em 1998 pela Norma MBR ISO 9002. Outros certificados foram recebidos ao longo do tempo e em 2007, o hospital conquistou a Acreditação Hospitalar no nível Acreditado Pleno, com base nas diretrizes da ONA e requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação. Com o início da Gestão da Qualidade, o hospital contratou Consultoria

Externa para a implantação do conceito e ferramentas de qualidade, produtividade e reengenharia.

No processo de conscientização dos colaboradores, médicos e fornecedores, usou a estrutura do hospital para criar os multiplicadores, quebrando paradigmas e proporcionando uma grande quantidade de pessoas falando a mesma linguagem. Um fator importante no processo de conscientização da importância da qualidade foi a inserção dos profissionais lotados nos serviços terceirizados nos programas de qualidade, isso facilitou a mudança da cultura. Sob a orientação do programa de qualidade desenvolvido pela gestão da qualidade, foi estruturada uma pesquisa de satisfação do paciente com o hospital, feita na residência do paciente, após a alta hospitalar. A intenção deste método foi a de avaliar o melhor momento de coleta da satisfação do paciente, tornando a percepção do paciente livre de qualquer sentimento partidário. Atualmente o hospital trabalha com dois tipos de informações: Canal de Manifestação do Paciente, feito no momento do atendimento, caso este se sinta insatisfeito com o atendimento e a Pesquisa de Satisfação, realizada por um Instituto Especializado em pesquisa de satisfação. O Hospital percebe estes tipos de informações como distintos.

Na atual cultura de qualidade vivida pelo hospital, o Selo de Acreditação é consequência da qualidade assistencial criada a partir do modelo de gestão da qualidade idealizado para garantir a segurança do atendimento e a constante satisfação do paciente.

A implantação setorial de indicadores de qualidade, amplamente divulgados e periodicamente analisados, retrata a necessidade de ações de correção de não conformidades identificadas. Ainda é um ponto fraco neste hospital, o subregistro de não conformidades setoriais, pois, não recebem o tratamento adequado e não tem como ser totalmente monitorado; e ainda a pouca participação dos médicos visitantes em dar importância aos processos de garantia da qualidade. Neste último ponto, a enfermagem procura atuar mais próxima ao médico, onde o enfermeiro não é somente assistencial, e sim, um gestor da qualidade da assistência.

Como ponto forte, o hospital apresenta o modelo de gestão da qualidade assistencial implantado, com forte atuação em todo o hospital. Neste modelo, há indicadores de qualidade que demonstram a segurança, a organização e os resul-

tados da assistência aos pacientes, e que também promovem a antecipação de ações corretivas. A presença permanente de uma equipe de auditores interna tem desempenho facilitador no processo de melhoria contínua, promovendo a qualidade a todo o tempo, independente do período de renovação do selo de acreditação.

#### **4.1.2 Hospital B**

O Hospital B é de natureza privada e também beneficente. Atua na alta complexidade de serviços médicos, atendendo fortemente a classe A e muito pouco a classe B. A classe C é atendida pelos programas beneficentes. Os serviços médicos e hospitalares são prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.

É acreditado pela *Joint Commission*, atualmente encontra-se no segundo ano acreditado. Iniciou o processo de acreditação implantando a Gestão da Qualidade nos processos assistenciais. Com a gestão da qualidade, presente em todos os departamentos do hospital foi possível melhorar os processos, documentar e padronizar as rotinas, divulgando a máxima onde todos fazem a mesma coisa ao dar assistência ao paciente.

Para buscar a acreditação, o hospital contratou a consultoria externa do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), Instituição Acreditadora no Brasil e credenciada da *Joint Commission*, para diagnosticar e viabilizar o processo de acreditação.

Com a acreditação, o hospital percebeu a mudança do pensamento assistencial, iniciando um projeto de cuidado focado, onde a enfermagem é a responsável pela gestão administrativa dos serviços de apoio, para proporcionar a melhor assistência ao paciente, garantindo assim, a qualidade no atendimento disponibilizado.

Também com a acreditação, houve mudanças e melhoria na segurança da assistência, na comunicação verbal e visual, na elaboração, implantação e documentação dos protocolos, pois, tudo que se relacionar com o desempenho das atividades assistenciais precisa estar escrito.

Um fator importante que fez com que o hospital buscasse a acreditação foi a recepção de pacientes de outros países, exigentes internacionais, que procuram

hospitais com selo de acreditados.

O ponto forte deste hospital é a excelência do corpo clínico e a alta tecnologia, bem como a preocupação da gestão da qualidade em treinar e atualizar multiplicadores internos, focados na manutenção do selo de acreditação, cuja responsabilidade é cuidar para garantir a segurança, a organização e os resultados da qualidade a qualquer termo.

#### **4.1.3 Hospital C**

O Hospital C é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A, B e C, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.

Ao iniciar o processo de acreditação, o hospital percebeu a necessidade de implantar a gestão da qualidade. Neste sentido, houve a revisão de indicadores institucionais, voltando-se para indicadores específicos de qualidade na assistência, titulados como Índice Geral de Procedimentos Médicos de Assistência e Práticas Inovadoras de Gestão de Saúde. Mensalmente, é feita uma análise crítica dos indicadores referente ao mês anterior, com o objetivo de tornar público o desempenho do hospital.

Atualmente o hospital é acreditado pela ONA no nível 2 e está buscando a acreditação pela *Joint Commission*. Para a acreditação pela ONA, não contratou consultoria externa, o que aconteceu na busca da acreditação pela *Joint Commission*. Porém, a consultoria não foi total, foi focada em algum item que mostrou maior dificuldade no processo de implantação.

Há, no hospital, um escritório da qualidade, que faz, rotineiramente, auditoria interna na execução dos processos assistenciais, com vista a manter o selo de acreditação. Este escritório funciona como unidade autônoma de acompanhamento e aconselhamento das unidades assistenciais, reportando-se diretamente à Superintendência.

Com a acreditação, o hospital melhorou as suas práticas assistenciais, se apresentou numa visão sistêmica do todo, o que mudou a classificação local do hospital para um nível acima, elevando o ticket médio recebido pela prestação dos serviços, auferindo melhores ganhos financeiros. Há, porém, uma dificuldade

em compartilhar os protocolos implantados pelo hospital, provocada pela visão de hospital aberto. Isso proporciona um percentual sem controle de não conformidade, que está sendo acompanhado por um setor de gerenciamento de riscos.

#### **4.1.4 Hospital D**

O Hospital D é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B e parte da classe C, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.

É acreditado pela ONA no nível 3 e iniciou o processo de acreditação com a gestão da qualidade, implantando um Comitê de Qualidade e Segurança, que realiza periodicamente uma análise crítica institucional.

Neste hospital, há uma severa gestão clínica das atividades desenvolvidas pelos médicos, onde as demais unidades (não médicas) dão apoio à assistência. É a gestão clínica que discute a assistência e define os processos, protocolos e métodos assistenciais.

Qualidade assistencial, neste hospital, é vista no sentido de como é tudo isso e como aplica isso, monitorado por uma equipe interna de auditoria.

A gestão clínica entende que é o médico que tem a vida do paciente nas mãos, isso faz a atividade médica ser solitária, única, individual e autônoma.

O hospital aponta como ponto forte da acreditação a consolidação da gestão clínica; a cultura da segurança; e o fortalecimento do foco de apoio no processo assistencial.

A fragilidade do hospital está na informalização de alguns processos assistenciais, especificamente aqueles desenvolvidos e gerenciados por médicos, pela falta destes, de conhecimento abrangente de gestão.

#### **4.1.5 Hospital E**

O Hospital E é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.



É acreditado pela *Joint Commission* e está em sua segunda acreditação. O processo de acreditação iniciou com a criação no hospital do Programa de Auditoria para a Melhoria da Qualidade. Participou de programas de avaliação local, para atestar o status da qualidade assistencial no qual o hospital se encontrava.

A consultoria do Colégio Brasileiro de Acreditação (CBA) foi contratada no sentido de realizar uma Avaliação Diagnóstica da Instituição e adequar um processo de educação cultural voltado para a qualidade, dos atores envolvidos na assistência.

Possui, após a acreditação, um reconhecimento nacional e internacional da qualidade dos processos assistenciais. No entendimento da gestão da qualidade, qualidade é uma condição para manter o compromisso de atuar na manutenção da melhor assistência e não somente um instrumento de avaliação em si.

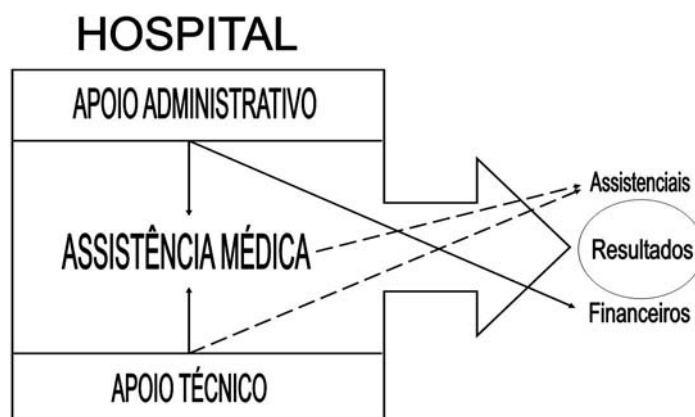
A cultura médica de participação no processo de desenvolvimento de melhores práticas de assistência está consolidada, no momento em que o médico se vê como cliente em alguns momentos e como parceiros em vários momentos.

A manutenção do selo de acreditação é feita em todos os momentos no hospital, por meio de ações realizadas pela equipe interna de auditoria, formada por colaboradores treinados para acompanhar a execução dos processos e protocolos assistenciais previamente definidos.

## **4.2 Síntese da Análise**

A partir dos dados coletados nos hospitais pesquisados, evidenciou-se fortemente a necessidade de promover a integração dos processos assistenciais, envolvendo a gestão administrativa e a gestão clínica (gestão médica). Reforçando esta percepção, a Figura 1 reflete a importância desta visão.

É importante e necessário que a definição dos processos assistenciais se dê pela gestão clínica em conjunto com a equipe técnica, apoiada pela gestão administrativa.



**Figura 1:** Processo integrado de gestão hospitalar

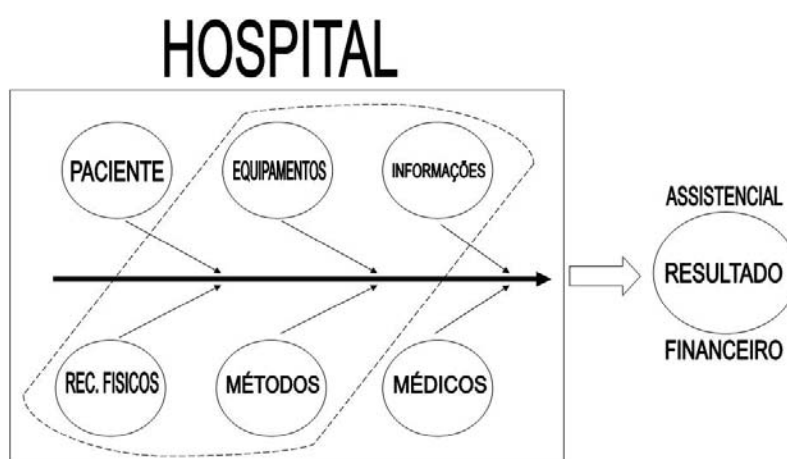
Os processos e as práticas assistenciais definidas pela gestão clínica e alinhadas com a gestão administrativa, podem assegurar a qualidade assistencial, uma vez que o foco principal da gestão administrativa é o resultado financeiro e o foco principal da gestão clínica é o resultado assistencial. Neste sentido, a gestão administrativa, por meio das suas diversas áreas de atuação como: compras, estoque, logística, contabilidade, marketing, atendimento e manutenção, entre outras, apóiam a gestão clínica com o rastreamento do custo financeiro para que a instituição hospitalar tenha resultados operacionais positivos. Também a área técnica: enfermagem, nutrição, farmácia entre outras, apóiam e executam os processos assistenciais definidos pela gestão clínica, ambas com foco no resultado assistencial.

O equilíbrio no desempenho das atividades, tanto administrativas quanto técnicas, torna sólida e válida a qualidade assistencial. Esta, reconhecida pelas equipes médicas e também, pelos pacientes e demais tomadores dos serviços hospitalares.

A gestão clínica precisa reconhecer a sua importância e entender o porquê do seu envolvimento com o processo de gestão de um hospital. Todas as atividades hospitalares iniciam-se com um atendimento médico. No ato deste atendimento, é o médico quem define a assistência que será praticada. Esta é uma decisão autônoma, poucas vezes debatida, em função da singularidade da decisão do médico. Sendo assim, a gestão administrativa deve disponibilizar os insumos e equipamentos necessários à assistência indicada pelo médico, numa busca incessante de oferecer condições adequadas de trabalho e produção na atividade meio para que a atividade fim seja contemplada na sua totalidade. Certamente, a

qualidade assistencial é produto do alinhamento dos focos principais entendidos como financeiro e assistencial.

O esquema mostrado na Figura 2 reforça com propriedade o envolvimento da gestão administrativa no processo qualitativo da assistência. O paciente é considerado cliente, que busca atendimento médico no hospital. O médico não deve ser visto unicamente como cliente; deve ser reconhecido como um importante canal de demanda (é comum o paciente escolher o hospital por causa do médico). Toda a infraestrutura funcional é de responsabilidade da gestão administrativa, a qual deve disponibilizar os meios para que o médico possa atender o paciente e encaminhar as soluções do atendimento, satisfazendo as necessidades do paciente. Equipamentos e insumos, integração e disponibilidade informacional, recursos físicos, bem como os meios para a execução dos processos assistenciais definidos e documentados, devem estar à disposição da gestão clínica, de forma a garantir a qualidade da assistência ao paciente.



**Figura 2:** Atores envolvidos na gestão hospitalar

No entanto, é necessária a abertura da gestão clínica para a análise crítica institucional, na qual envolve as atividades médicas, com indicadores de qualidade assistencial. Há no meio médico, reconhecida resistência em aceitar serem avaliados num processo de qualidade assistencial.

Outra percepção é a presença das características comuns a todos os hospitais participantes deste trabalho, que decidiram pela implantação da gestão da qualidade e posteriormente buscaram a acreditação. O Quadro 4 evidencia essa similaridade.

---

**Qualidade**

---

- Decisão para mudar processos
- Mudança de conceitos institucionais
- Apoio da Direção
- Preocupação com a qualidade
- Desenho de um programa de qualidade
- Gestão da Qualidade
- Gestão Clínica
- Criação de Indicadores de qualidade
- Padrões de assistência
- Monitoramento Contínuo
- Cultura de qualidade
- Análise crítica periódica

---

**Processo de Acreditação**

---

- Implantação da Gestão da Qualidade
- Assessoramentos interno e externo
- Contratação de Consultoria externa
- Participação em Programas de Certificação local
- Processos assistenciais bem definidos
- Criação de memória das decisões tomadas
- Consolidação dos processos assistenciais

---

**Monitoramento da qualidade**

---

- Criação de equipe de auditoria interna
- Formação de multiplicadores
- Análise Crítica Institucional
- Identificação de não conformidades
- Identificação de ações de correção
- Ações de correção antecipada
- Envolvimento de todos os recursos e insumos assistenciais
- Pesquisas de satisfação dos clientes internos e externos

---

**Segurança (estrutura)**

---

- Estrutura física adequada
- Controle dos insumos assistenciais
- Responsabilidade técnica conforme legislação
- Dimensionamento adequado do corpo funcional
- Controle e gerenciamento de riscos
- Condições operacionais adequadas

---

**Organização (processos)**

---

- Padronização e documentação dos processos
- Documentação dos procedimentos e registros atualizada e disponível
- Programas de treinamento e educação continuados
- Participação dos funcionários para a melhoria dos processos
- Resultados medidos e avaliados

---

**Excelência na Gestão (resultados)**

---

- Indicadores de desempenho Institucionais
  - Institutos de Ensino e Pesquisa
  - Análise crítica institucional sistemática
  - Fortalecimento da marca
  - Busca pelo Reconhecimento dos pacientes
  - Tomada de decisão baseada em indicadores
  - Planejamento de melhoria contínua
- 

**Quadro 4:** Características comuns aos hospitais acreditados

As características comuns consolidam as práticas para iniciar, obter, monitorar e manter o selo de acreditação.

Os hospitais participantes deste estudo identificaram indicadores de qualidade que servem como instrumentos para a análise crítica institucional. Os Quadros 5 e 6 apresentam, respectivamente, os indicadores institucionais e os indicadores de desempenho da gestão da qualidade em um setor de atendimento comum aos hospitais.

A planilha de indicadores institucionais contempla indicadores necessários à avaliação da qualidade institucional, onde no item “qualidade”, é medido o nível de satisfação do paciente e do cliente nas relações com o hospital. No item “estratégicos” mede-se os objetivos definidos para a instituição em um determinado período. No indicador “assistenciais”, são mensurados os resultados da qualidade da assistência. Em “gestão de pessoas”, a relação existente entre o hospital e os recursos humanos é avaliada e analisada como resultante de um processo de educação continuada e atualização contínua, promovidos pela instituição e validados pela população funcional. E, no indicador “responsabilidade social”, deixa clara a preocupação com o meio ambiente, no qual o hospital está inserido.

A planilha de indicadores de desempenho contempla importantes indicadores relacionados ao desempenho dos recursos humanos que executam a assistência ao paciente.

As planilhas de indicadores, tanto a de indicadores institucionais, quanto a de indicadores de desempenho, devem ser adaptadas às necessidades de cada hospital, embora, os indicadores sejam comumente utilizados por várias instituições de saúde. São planilhas de preenchimento mensal, que são utilizadas para a análise crítica institucional.

| Indicadores                              | Objetivo para <ano> | Situação Mensal   | Observação     |
|--|---------------------|-------------------|----------------|
| <b>Qualidade</b>                         |                     |                   |                |
| Satisfação Cliente Paciente - Hospital   | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Satisfação Cliente Médico - Hospital     | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Resposta Reclamação cliente - ≤ 7 dias   | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Satisfação Cliente Interno - Intersector | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| <b>Estratégicos</b>                      |                     |                   |                |
| Certificação Local                       | <Manter ou não?>    | <sim / não>       | <Ok? Por que?> |
| Acreditação ONA / JCI                    | <Manter ou não?>    | <sim / não>       | <Ok? Por que?> |
| Taxa de Ocupação Hospitalar              | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Número de Cirurgias                      | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Número de Partos                         | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Número de Atendimentos em PS             | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Número de Exames Realizados              | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| <b>Assistenciais</b>                     |                     |                   |                |
| Infecção Hospitalar Geral                | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hospitalar – UTI adulto         | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hospitalar – UTI Neonatal       | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hospitalar – Berçário           | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hosp. Clínica Cirúrgica         | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hosp. Maternidade               | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Infecção Hosp. Transplantes              | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| <b>Gestão de Pessoas</b>                 |                     |                   |                |
| Absenteísmo - corporativo                | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Turn over - corporativo                  | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Acidente de Trabalho                     | ≤ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Treinamento homem / hora                 | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Produtividade                            | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Avaliação de Desempenho                  | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Atualização Profissional                 | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| <b>Responsabilidade Social</b>           |                     |                   |                |
| Geração de Resíduos Recicláveis          | ≥ <meta> %          | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Reciclável de Papel – Kg                 | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Reciclável de Plástico – Kg              | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Reciclável de Alumínio – Kg              | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |
| Reciclável de Papelão – Kg               | <meta>              | <valor alcançado> | <Ok? Por que?> |

**Quadro 5:** Planilha de indicadores institucionais

| Setor UTI adulto                                 | Meta       | Jan               | ... |
|--|------------|-------------------|-----|
| <b>Indicadores institucionais – Enfermagem</b>   |            |                   |     |
| Incidência de úlcera por pressão                 | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Troca de SNE por obstrução                       | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de extubação acidental                | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de Flebites                           | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Acidentes com o paciente – queda                 | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de lesão cutâneo mucosa               | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Taxa de ocupação                                 | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Paciente Dia                                     | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Taxa de mortalidade                              | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Turn over  | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Absenteísmo                                      | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Acidente de Trabalho – enfermagem                | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Treinamento homem / hora – enfermagem            | > <meta> % | <valor alcançado> |     |
| <b>Indicadores de qualidade</b>                  |            |                   |     |
| Satisfação cliente paciente enfermagem           | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Satisfação cliente equipe médica UTI             | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Satisfação cliente interno – intersetorial UTI   | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Satisfação cliente interno – intersetorial Físio | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Satisfação cliente interno – intersetorial Fono  | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Satisfação cliente médico – hosp – enfermagem    | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| <b>Indicadores assistenciais – Setorial</b>      |            |                   |     |
| Risco de mortalidade x mortalidade real – anual  | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Infecção Hospitalar – UTI adulto                 | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Densidade de IH Respiratória                     | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Densidade de IH Urinária                         | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Densidade de IH corrente sanguínea / cateter     | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de úlcera por pressão                 | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de lesão cutâneo mucosa               | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de pressão alta do cuff               | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de pressão baixa do cuff              | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de eficácia da higiene oral           | ≥ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de Flebite                            | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de queda de paciente                  | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Incidência de extubação acidental                | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| <b>Indicadores de gestão de pessoas</b>          |            |                   |     |
| Absenteísmo                                      | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Turn over  | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |
| Acidente de trabalho                             | ≤ <meta> % | <valor alcançado> |     |

**Quadro 6:** Planilha de indicadores de desempenho

Pela semelhança encontrada nos hospitais participantes deste estudo, os indicadores compilados representam basicamente o comum à Gestão da Qualidade desenvolvida nas mesmas instituições em condições operacionais igualmente semelhantes. Mesmo com a suposição de haver reservas por parte das instituições hospitalares acreditadas em descrever seus processos, bem como divulgar suas normas, diretrizes e padrões, que permitam identificar elementos que facilitam ou dificultam a implantação da qualidade assistencial e da acreditação hospitalar, os hospitais se apresentaram solidários ao estudo apresentando e descrevendo a singularizada infra-estrutura do processo de gestão da qualidade, o que é peculiar de cada instituição de saúde, nem sempre divulgada.

Em conformidade com o encontrado nos hospitais acreditados, é possível sintetizar o processo de acreditação pelas seguintes etapas: (i) sensibilização, (ii) diagnóstico institucional e (iii) avaliação.

Neste processo, estão presentes os seguintes instrumentos: (i) planejamento estratégico, (ii) redesenho e padronização de processos, (iii) integração informacional e (iv) análise e melhoria contínua.

No instrumento *Planejamento Estratégico*, são considerados como fatores críticos de sucesso: (i) objetivos claros, (ii) envolvimento dos líderes, (iii) certeza da mudança, (iv) acompanhamento e (v) comunicação.

No instrumento *Redesenho de Processos*, os fatores críticos de sucesso são: (i) envolvimento dos executores, (ii) alinhamento com os objetivos estratégicos, (iii) indicadores, (iv) plano de transição e (v) padronização e treinamento.

No instrumento *Integração informacional*, são fatores críticos de sucesso: (i) estrutura, (ii) alinhamento de conceitos e (iii) capacitação em ferramentas de qualidade.

No instrumento *Análise e Melhoria Contínua*, consideram-se como fator crítico de sucesso: (i) sistemática de acompanhamento, (ii) mensuração dos resultados, (iii) transparência e (iv) aprendizado contínuo.

Em todo o processo de acreditação, é importante trabalhar conceitos e objetivos claros, mensurar resultados, cuidar para não criar esqueletos institucionais, pois, mesmo estando tudo bem descrito, os processos precisam estar amplamente divulgados em toda a instituição e entendidos pelos executores.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção das variáveis de composição da qualidade assistencial foi apresentada (i) pelos indicadores de qualidade, (ii) pela padronização e documentação dos processos, (iii) pelos protocolos institucionalizados. No decorrer deste estudo, essas variáveis estavam presentes em todos os hospitais acreditados participantes. Com as evidências encontradas em relação à constante movimentação das gestões para manter o hospital reciclado, atualizado e auditado internamente, foi possível identificar as bases para iniciar um processo de acreditação hospitalar. Essas bases são (i) documentos, (ii) o envolvimento exigido dos profissionais, (iii) os relacionamentos mantidos entre os setores do hospital, (iv) o estabelecimento e a disponibilização de manuais orientadores dos processos de trabalho, (v) o cumprimento das rotinas e (vi) os protocolos estabelecidos.

Quanto aos benefícios obtidos pelo hospital acreditado, podem ser descritos o reconhecimento por parte dos médicos, que procuram hospitais acreditados para procedimentos de maior complexidade, pois, percebem a rigidez e a segurança no cumprimento das atividades assistenciais; por parte dos funcionários, que se orgulham por estarem inseridos numa instituição diferenciada, e em muitos casos, eleitas em pesquisa de melhores empresas para se trabalhar; por parte das empresas de saúde suplementar, que auferem melhor remuneração aos hospitais acreditados pelos serviços prestados aos seus usuários; e pela comunidade local, nacional e internacional, pela garantia da assistência com qualidade.

Na perspectiva do objetivo geral e dos objetivos específicos, o estudo possibilitou identificar e discutir as variáveis de análise e avaliação inerentes ao processo de acreditação, no entanto, a consolidação destas variáveis não é prescritiva, pois são dependentes e peculiares de cada hospital. Tais variáveis são:

- Gestão da qualidade;
- Gestão clínica;
- Apoio dos níveis: estratégico, tático e operacional;
- Uso de indicadores de qualidade assistencial;
- Padronização e documentação de processos;
- Aplicação de protocolos de atendimento;

- Envolvimento das pessoas;
- Uso de consultorias interna e externa;
- Monitoramento contínuo dos processos assistenciais;
- Comprometimento com os resultados obtidos pela Acreditação Hospitalar;
- Programas educacionais voltados para a manutenção do Selo de Acreditação.

E ainda, os elementos que facilitam e dificultam o processo de Acreditação Hospitalar:

- Elementos facilitadores:
  - Decisão em tornar-se um hospital acreditado;
  - Implantação da Gestão da Qualidade;
  - Definição e documentação dos processos assistenciais;
  - Gestão clínica bem definida; e
  - Participação e envolvimento de todos os profissionais envolvidos na assistência.
- Elementos dificultadores:
  - Não interesse da instituição;
  - Processos não definidos e não documentados;
  - Dificuldade operacional;
  - Custo financeiro na implementação de mudanças culturais;
  - Paradigmas assistenciais consolidados na gestão hospitalar;
  - Pouco envolvimento dos médicos no resultado operacional do hospital.

Neste estudo, não foi possível informar os procedimentos médicos realizados nos hospitais pesquisados, tais como: tipo e complexidade de cirurgias, procedimentos cirúrgicos efetuados em pronto socorro, em ambulatório, e ainda nos serviços médicos que são terceirizados. Da mesma forma, o tipo de internações, considerando tratamento clínico e/ou cirúrgico. Sendo assim, o detalhamento do nível de complexidade dos hospitais não pode ser plenamente analisado.

## 6. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo, obedecendo aos macroprocessos exigidos das instituições de saúde, contidos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que são o de Segurança, relacionado à estrutura; o de Organização, relacionado a processos assistenciais e o de Excelência na Gestão, relacionado aos resultados, sugerem que a Acreditação Hospitalar proporciona a melhoria contínua dos serviços médico-hospitalares prestados, alicerçada numa Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais.

Também sugerem que os Hospitais Acreditados são considerados hospitais diferenciados, reconhecidos pela comunidade médica, pelos funcionários, fornecedores, empresas de saúde suplementar, pelos pacientes e também pela comunidade. Do ponto de vista de gestão da qualidade, os processos são monitorados pelas equipes de auditoria interna e pelos agentes multiplicadores, resultando em um aprimoramento contínuo.

Os achados evidenciaram o quanto o Hospital se organiza em relação aos serviços prestados. Por ter os processos identificados, padronizados e documentados, a validação da qualidade na assistência torna-se imperativa, traduzindo em maior eficácia no resultado assistencial.

Em todos os Hospitais pesquisados, em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, o processo de Acreditação foi resultante da implantação da Gestão da Qualidade. A busca pela Acreditação fez com que os hospitais desenvolvessem ações de melhoria dos processos assistenciais, padronização e documentação das rotinas estabelecidas para a atenção aos pacientes. A Gestão da Qualidade está presente em todos os hospitais e no hospital como um todo.

A manutenção contínua dos processos alinhados diariamente pela gestão da qualidade e a auditoria interna feita periodicamente em toda a instituição, são fatores que motivam a melhoria contínua, resultando na percepção dos pacientes da melhor assistência, a partir dos processos e padrões de segurança amplamente divulgados. Um dos aspectos mais destacados é o enfoque educativo e não punitivo do controle da qualidade, feito pela gestão da qualidade.

Com isto, a manutenção do Selo de Acreditação é dependente de uma gestão da qualidade alinhada com as melhores práticas de assistência. A credi-

tação melhora a segurança, muda o pensamento dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, melhora a comunicação e a documentação interna e externa, e promove a atualização contínua.

Com a implantação da Acreditação, a instituição hospitalar é vista como um todo, na sua integralidade. A existência de um programa de acreditação hospitalar, focado na qualidade dos processos assistenciais proporciona normas e rotinas, descrição de processos, guias, manuais para serem seguidos e conseqüentemente, contribui para a padronização da assistência e melhoria contínua da qualidade.

A acreditação representa uma distinção que a organização de saúde recebe pela qualificação evidenciada, ao mesmo tempo em que sinaliza para os clientes internos e externos, bem como para a comunidade em geral, que alcançou um padrão de gestão do negócio e da assistência, externamente reconhecido.

O diferencial de um hospital é a qualidade dos seus processos assistenciais. Os mecanismos internos que conduzem as ações das equipes multiprofissionais e a imagem que eles transmitem devem estar estritamente alinhados com os programas de qualidade, que serão avaliados num processo de acreditação hospitalar.

Não foi possível contemplar neste trabalho, uma análise refinada dos itens de avaliação dos níveis de acreditação constantes no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, verificando se há, por parte dos hospitais, dificuldades em atender a todos os itens. Outra lacuna deixada neste estudo, é como os hospitais praticam a gestão do conhecimento, uma vez que as instituições de saúde suportam multiprofissionais, cada um com uma formação profissional distinta, autônoma e necessária para a prática das atividades médico-hospitalares. São estudos que poderão ser realizados futuramente.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, V. et al. A Acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. Caderno de Saúde Pública, vol. 18 nº 6 Rio de Janeiro Nov/Dez. 2002.

AZEVEDO, A. C. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. Tese de livre-docência, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1989.

AZEVEDO, A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. Rev. Indicadores de Qualidade e Produtividade, IPEA, 1993.

AZEVEDO, C. S. Gerência Hospitalar: a visão de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 1993.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva vol. 12 nº 4, Rio de Janeiro Julho/Agosto 2007.

BITTAR, O.J.N.V – Cultura & qualidade em hospitais. In: Quinto Neto. A., Bittar, OJNV. Hospitais: Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas, Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004, 212p.

CAMPOS, L.I; GASTAL, F.L; COUTO, R.C. Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação. Dissertação de Mestrado, UFMG, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança. In: Inventando a Mudança na Saúde, pp 61-62, São Paulo, 1994.

CARVALHO, L. F - Padrões Mínimos de Organização de Hospitais. Rev. Paul Hosp 1973; 21(3):107, apud Feldman et al. (2005).

CECÍLIO, L. C. O.; FEUERWERKER, L. C. M. O Hospital e a formação em saúde: Desafios atuais. Ciência e Saúde Coletiva, julho-agosto, vol.12 número 004. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Sapude Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade, vol.13 nº 2 São Paulo Maio/Agosto 2004.

DEMO, P. Educação e qualidade, 2ª Ed. Campinas, 1995.

FELDMAN, L. B. et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, vol 18 nº 2, São Paulo, abril/junho 2005.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. Administração de Serviços: Operações,

Estratégia e Tecnologia da Informação, 2ª edição, 2000.

FOGUEL, S.; SOUZA, C.C. Desenvolvimento Organizacional. 2ª Ed. Ed. Atlas, São Paulo, 1995.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1981.

GASTAL, F.L.; ROESSLER, I.F. Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação: multiplicadores: avaliação e qualidade: módulo 2 – Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

GURGEL Jr, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade Total e Administração Hospitalar – explorando disjunções conceituais, Fundação FIOCRUZ, Recife, 2001.

MORESI, E. A. D. et al, (Org). **Manual de Metodologia da Pesquisa**. Brasília-DF: Universidade Católica de Brasília – UCB, mar., 2003.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da Qualidade em Saúde. Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

OLIVA, F.A. & BORBA, V.R. BSC Balanced Scorecard – ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004.

OLIVEIRA, D. V. et al. Acreditação Hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Ouro Preto-MG, outubro, 2003.

Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 2006.

Organização Nacional de Acreditação. A Acreditação de Serviços de Saúde, 2007.

QUINTO Neto, A.; GASTAL, F. L. Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde, Ed. IAHCS, Porto Alegre, 1997.

SAMPAIO, A. V. C. F. Arquitetura Hospitalar: Projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Proposta de um instrumento de avaliação. Tese de Doutorado. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, USP, São Paulo, 2006.

SCHIESARI, L. M. Cenário da Acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

## ANEXO

### INSTRUMENTO DE PESQUISA – VISITA TÉCNICA ROTEIRO

**Nome da instituição:** .....

**Respondente:** .....

**Cargo / função:** .....

**Questão 1:** Momento da decisão para iniciar a avaliação da qualidade da assistência.

**Questão 2:** Discussões para desenhar o processo de avaliação.

**Questão 3:** Participantes do processo.

**Questão 4:** Implantação da gestão da qualidade.

**Questão 5:** Participação em programas de avaliação da qualidade assistencial.

**Questão 6:** Certificações obtidas.

**Questão 7:** Decisão de implantar a acreditação hospitalar.

**Questão 8:** Participantes do processo.

**Questão 9:** Definição de critérios.

**Questão 10:** Momento do diagnóstico institucional.

**Questão 11:** Envolvimento de consultorias interna e externa.

**Questão 12:** Obtenção do selo de acreditação.

**Questão 13:** Melhorias obtidas com a acreditação.

**Questão 14:** Reconhecimento do hospital.