

Acreditação Hospitalar: o modelo do sistema brasileiro de gestão adotado para a melhoria da qualidade e destaque das organizações de saúde

Leonara Cristina do Rosário Vieira¹
Álvaro Azevedo Cardoso²
Carlos Alberto Chaves²
leonara_vieira@hotmail.com
cardoso@unitau.br
carlos.chaves@unitau.br

Resumo: O objetivo desse artigo é abordar a importância da Acreditação nas organizações prestadoras de serviços de saúde, para os serviços hospitalares, enfatizando a contribuição com a melhoria das condições dos serviços e conseqüentemente com a satisfação dos clientes. O trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa, nas várias mídias que se tem acesso, Benchmarking em hospitais de Belo Horizonte e São Paulo e; Disseminação e Aplicação dos conceitos de qualidade e processos, com foco na Acreditação Hospitalar, ainda no projeto de um novo hospital. Foi possível apresentar um fluxo desse processo, que mesmo recente já apresenta muita credibilidade; Relatar as experiências de outras organizações de saúde e; Acompanhar o início de implementação dessa ferramenta. Conclui-se que a estruturação do Sistema de Gestão e o certificado de Acreditação, como conseqüência natural de implementação e melhoria contínua de processos, são diferenciais “de peso” para as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, vez que revela a qualidade evidenciada dos serviços. **Palavras-chave:** Acreditação Hospitalar; Prestadora de Serviços de Saúde; Sistema de Gestão; Melhoria Contínua; Credibilidade.

Accreditation Hospital: the model from de system brazilian managing for the improvment from the brand and emphasis of the collations as of loging

Abstract: The aim of this article is to address the importance of the Accreditation in organizations providing health services, for hospital services, emphasizing the contribution to the improvement of conditions of services and consequently with customer satisfaction. The work was developed through research in the various media that has access, Benchmarking in hospitals of Belo Horizonte and Sao Paulo and, dissemination and application of the concepts of quality and processes, focusing on Hospital Accreditation, still in the design of a new hospital. It was possible to present a flow of this process, which even now presents very recent credibility; Report the experiences of other organizations of health and; accompany the beginning of implementation of this tool. It follows that the structuring of the management system and the certificate of accreditation, as natural consequence of implementation and continuous improvement of processes, are differential of "weight" for organizations providing Health Services, because that shows the quality of services highlighted. **Keywords:** Hospital Accreditation; Providing Health Services; Management System; Continuous Improvement; credibility.

1. Introdução

Atualmente o sistema de saúde no Brasil, enfrenta um período de grande transformação frente ao crescimento da demanda e do mercado cada vez mais competitivo. Diante deste quadro as organizações hospitalares vêm buscando adotar técnicas de gestão que permitam um crescimento sustentável, mantendo um atendimento de qualidade, de maneira a atender as expectativas dos pacientes e, ao mesmo tempo, fornecer condições adequadas para o bom provimento dos serviços de saúde. Nesse sentido, a maior preocupação das organizações é controlar seus custos e reduzir despesas em todas as áreas operacionais e administrativas, sem perder o foco na qualidade dos processos, que impactam diretamente na satisfação dos clientes. A opção pela adoção dos programas de qualidade no setor saúde está diretamente relacionada ao aumento dos custos de tal assistência quando relacionados ao custo total da saúde. Nos últimos anos a agenda mundial de reforma do setor de saúde esteve comprometida com várias ações que objetivam a redução dos custos de assistência à saúde. Essas ações estão alicerçadas em uma política de atenção administrada e, nesse contexto, o governo de vários países estimula, dentre outras medidas, a concorrência entre os hospitais, encorajando um melhor gerenciamento dessas organizações por meio de implantação de programas de qualidade. Contudo, não podemos deixar de citar que as organizações hospitalares apresentam algumas especificidades de naturezas econômica e organizacional, que acabam se mostrando como fatores que dificultam a implementação de tais programas: (1) Diferentemente de outros negócios, na saúde as leis de mercado não se aplicam bem, por conta das necessidades humanas e urgência de alguns tratamentos que se fazem necessários independentemente dos custos e preços praticados no mercado; (2) A situação dos pacientes são diferentes umas das outras e acabam demandando tratamentos diferenciados dificultando a padronização do processo de trabalho e a racionalização da oferta de serviços; (3) O consumo do serviço é imediato e muitas vezes urgente, não deixando tempo para ações preventivas, etc. Por outro lado, sérios argumentos são utilizados para a adesão a programas de qualidade: A prestação da assistência aos pacientes, com a devida qualidade, não é conseguida somente reunindo o melhor corpo clínico existente, são necessários outros fatores, comuns a todas as organizações, como por exemplo, os processos administrativos e a gestão profissionalizada. David Garvin (1992) cita que, “a qualidade num primeiro momento, era vista fundamentalmente sob a ótica da inspeção, na qual, através de instrumentos de medição, tentava-se alcançar a uniformidade do produto; posteriormente, buscava-se através de instrumentos e técnicas estatísticas conseguir um controle estatístico da qualidade; a terceira etapa do movimento da qualidade está mais preocupada com a sua própria garantia”. Partindo do que dizem Kotler e Armstrong (1993), a qualidade que se espera atingir precisa estar de acordo com as expectativas do mercado em questão. Para os referidos autores “qualidade do produto significa que o mesmo seja capaz de mostrar um alto desempenho, através de alguns critérios, tais como: durabilidade, confiabilidade, precisão, facilidade de operação e reparos, dentre outros”. Campos (1999) define o conceito de qualidade como: “um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente. Isso significa para o mesmo: um projeto perfeito; sem defeitos; baixo custo; segurança do cliente; entrega no prazo certo, no local certo e na quantidade certa”. Já na área da saúde, segundo Pisco (2002), a qualidade pode ser dividida em cinco perspectivas principais: **a) A Perspectiva Transcendente:** Excelência absoluta. Relaciona a qualidade a excelência. Aqui os cuidados se mostram inevitavelmente muito caros, sendo impossíveis de quantificar. **b) Perspectiva da Saúde Pública:** Perspectiva que talvez deva ser encarada como estratégica na prestação de cuidados de saúde. Refere-se aos cuidados prestados aos cidadãos e está focada no melhoramento da saúde e não no cuidado da doença. **c) A Perspectiva baseada nos Recursos:** Aqui o conceito é de otimização dos recursos oferecidos. Essa perspectiva é baseada na efetividade dos cuidados prestados, com redução do desperdício e a promoção desse serviço juntamente com uma análise de custo-benefício dessa assistência. **d) Perspectiva dos Profissionais:** Os conhecimentos e resultados clínicos são valorizados. A qualidade traduz-se num resultado clínico de sucesso. O papel do médico é o mais visado embora exista toda uma preocupação acerca do sucesso do trabalho em equipe.

e) A Perspectiva dos Utilizadores: Baseia-se na individualidade e não na coletividade, pois as necessidades dos utilizadores mostram-se diferentes umas das outras podendo inclusive “ir de encontro” às necessidades de outros e à perspectiva dos profissionais. Considerando o histórico das dificuldades enfrentadas pelas organizações de saúde no país e tendo por base o conceito e técnicas adotadas pelos vários programas de qualidade total existentes podem afirmar que tais programas podem contribuir para o sucesso ou fracasso de tais organizações. Dessa maneira podemos desenvolver uma análise mais crítica sobre tais implementações e delimitar melhor o alcance dos programas no gerenciamento destas organizações. Segundo dados da ONA (2006), no Brasil, 90 instituições hospitalares submeteram seus Sistemas de Gestão à avaliação para Acreditação Hospitalar, certificação de qualidade das organizações prestadoras de serviços de saúde. Desse total, somente 26 obtiveram o grau de excelência. Esses números, quando comparados com relatos diários sobre a situação dos serviços de saúde em várias cidades brasileiras, demonstram a urgência de ações voltadas para a melhoria das condições dos sistemas de saúde em nosso país. Mesmo sendo uma iniciativa recente, e com todas as dificuldades já citadas de implantação e implementação de sistemas da qualidade pelo setor de saúde, o Sistema Brasileiro de Acreditação, ao longo de sua história, treinou mais de 13.500 multiplicadores/facilitadores, realizou mais de 300 diagnósticos organizacionais, 130 avaliações para acreditação e certificou 110 organizações de saúde, demonstrando a consolidação desta metodologia. O modelo de gestão sugerido pela ONA é aplicável a qualquer organização de saúde, independente de porte, perfil ou característica, e não apresenta recomendações quanto às ferramentas técnicas, processos ou metodologias a serem utilizadas, ficando a critério das organizações. O padrão a ser seguido está identificado no Manual Brasileiro de Acreditação, que é estruturado em 8 (oito) seções e 59 (cinquenta e nove) subseções, sendo que entre as subseções estão as de aplicação obrigatória, e as não obrigatórias, que se aplicam dependendo da característica da organização prestadora de serviço de saúde. O certificado de Acreditação Hospitalar é concedido pela ONA – Organização Nacional de Saúde e classifica a organização em 3 Níveis: O nível 1 é baseado no princípio de Segurança e representa o grau de qualidade esperado pelo cliente. Quando a organização de saúde cumprir integralmente o nível 1 terá a condição de Acreditada; O nível 2 é baseado no princípio de Organização (Processos) e representa a qualidade desejada pelo cliente. Quando cumprir os níveis 1 e 2 a organização será Acreditada Plena; Já o nível 3 é baseado no princípio de Excelência na Gestão (Resultados) e representa o encantamento do cliente. Ao cumprir os 3 níveis a organização prestadora de serviço de saúde será distinguida com a condição de Acreditada com Excelência. “A Acreditação é método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos”.

2. Metodologia

Foram realizadas pesquisas em várias mídias, como sites da ONA – Organização Mundial de Acreditação, e das IAC's - Organizações Acreditoras e nos Manuais de Acreditação, a fim de abordar a metodologia usada no processo de Acreditação Hospitalar; Foi realizado Benchmarking em hospitais de São Paulo e Belo Horizonte a fim de conhecer suas gestões e suas experiências acerca dos programas de qualidade e Acreditação Hospitalar; Iniciamos o acompanhamento da estruturação do SGQ, com base no modelo sugerido pelo Sistema Brasileiro de Acreditação, no projeto de um novo hospital.

3. Resultados Obtidos e Esperados

Depois de pesquisadas as várias fontes, abaixo esboçamos o fluxo da metodologia de acreditação, conforme Fig. (1).

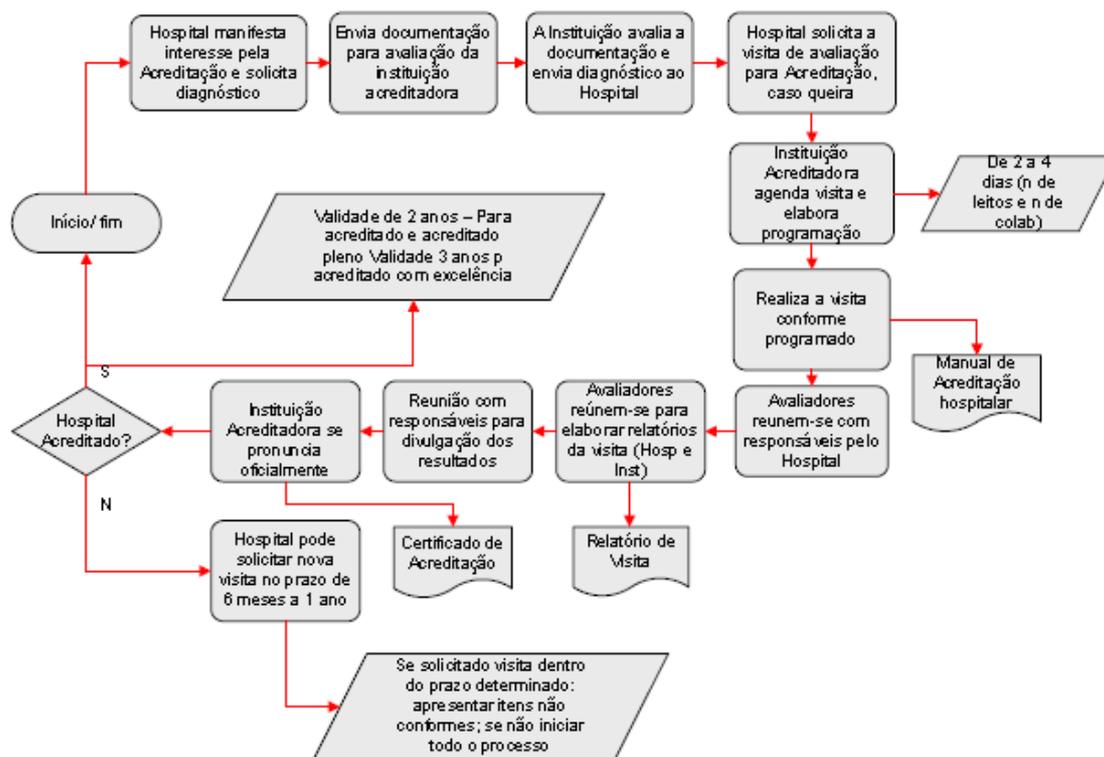


Figura 1. Fluxo do Processo de Acreditação

3.1 Inscrição no processo de avaliação

Existem duas fases para a inscrição no processo de avaliação: a primeira é a solicitação de informações para o processo de avaliação, pela organização que deseja se submeter ao processo; e a segunda é a contratação da Instituição Acreditadora que realizará a visita. Nessa fase a Organização Prestadora de Serviços de Saúde solicita diagnóstico à IAC encaminhando a ela alguns documentos exigidos, tais como: Alvará da Prefeitura, Alvará da Vigilância Sanitária, Alvará dos Bombeiros, etc. (documentos que regularizam o “funcionamento” de um estabelecimento de saúde) e alguns documentos de Gestão, tais como: Regulamentos e Organograma.

3.2 Preparação para a avaliação

Nessa fase as Instituições Acreditadoras confirmam a visita para o processo de Acreditação e elabora seu plano de visita (cronograma).

3.3 Visita

Depois de o contrato firmado entre ambas as partes e confirmado o recolhimento da taxa de inscrição por parte da ONA, a equipe de avaliadores começa o processo de visita, conforme planejamento realizado. A quantidade de dias reservados para a visita depende do tamanho da organização (no caso de hospital: quantidade de leitos) e número de colaboradores.

3.4 Relatório

O relatório de avaliação descreve tudo o que foi observado durante a visita de avaliação. É datado e assinado pelos avaliadores e preparado sob a orientação do avaliador-líder.

3.5 Término do processo de avaliação

O processo de avaliação é finalizado depois de emitido o relatório de avaliação pela Instituição Acreditadora e entrega de parecer final à Organização avaliada. O resultado do processo de avaliação é entregue para a ONA que posteriormente emite, ou não, o certificado de Acreditação. Caso a Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada não concorde com o resultado, pode questionar a Instituição Acreditadora, num prazo de 45 dias. Caso o resultado divulgado pela Instituição Acreditadora seja: “não acreditado”, o Hospital pode solicitar nova visita para reavaliação dos padrões e níveis não atendidos num prazo de seis meses a um ano. Caso ultrapasse esse prazo, a solicitação é considerada como um novo processo de avaliação. O Hospital só pode solicitar outra avaliação, com o objetivo de alcançar acreditação em nível acima do obtido, depois de acabada a vigência do prazo de validade do Certificado. Depois de esgotada a validade do certificado, inicia-se um novo ciclo de acreditação. No novo processo de acreditação, o hospital pode optar pela troca da Instituição Acreditadora se assim desejar. Nesse caso, deve enviar toda a documentação inicial de avaliação à nova Instituição, que deverá ser credenciada pela ONA, para que todo o processo de acreditação seja realizado novamente. A troca de experiências com outros hospitais foi muito válida. Foi possível juntar todas as informações obtidas com os conceitos anteriormente pesquisados nas mídias, compreender melhor o assunto e entender que um Sistema de Gestão de Qualidade bem estruturado e posteriormente “premiado” com um Certificado de Acreditação não se trata, somente, de marketing para o hospital e sim de uma condição de sobrevivência, quando trás resultados como: melhora efetiva na qualidade do atendimento prestado ao paciente, nas condições de trabalho da equipe, otimização dos recursos, redução de custos e condições de competitividade. O hospital visitado na cidade de São Paulo, ainda não participa do processo de acreditação, mas participa de outro programa de qualidade, CQH (Controle de Qualidade Hospitalar), mantido pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo) e APM (Associação Paulista de Medicina), que consiste em enviar indicadores hospitalares para um banco de dados, e participar, periodicamente, de reuniões em que são mostrados, por meio de gráficos, os resultados dos vários hospitais que participam do mesmo programa e discutidas ações para melhoria desses indicadores. Nesse hospital o Sistema de Gestão da Qualidade está sendo estruturado e padronizado e o conceito da Acreditação Hospitalar já é difundido e compreendido. Acredita-se, conforme informações do Administrador Hospitalar, que em um curto espaço de tempo a adesão ao processo será realizada. Já o hospital de Belo Horizonte tem a condição de “Acreditado Pleno” (condição do hospital que é acreditado em nível 2). Conforme informações da Coordenadora do Escritório da Qualidade desse hospital, até o final desse ano está prevista a solicitação de Avaliação do SGQ para Certificação de nível 3: “Acreditada com Excelência”. Nesse hospital os conceitos de qualidade são compreendidos e aplicados por todos os colaboradores e existe um planejamento para os treinamentos e melhoria contínua do SGQ conforme exigido pelo programa. Quanto à disseminação e aplicação dos conceitos de Qualidade e Acreditação: A apresentação sobre conceitos de Qualidade e Acreditação Hospitalar, realizada aos integrantes da equipe do projeto do novo hospital, teve bons resultados, pois nivelou os entendimentos entre eles. Partindo do princípio de que a Qualidade não é realizada por uma única pessoa, mas por uma equipe multifuncional, resolveu-se fazer da equipe inicial do projeto o Comitê de Qualidade que deu início às suas atividades de Planejamento e Estruturação do Sistema de Gestão da Qualidade Tab. (1).

Tabela 1. Integrantes do Comitê de Qualidade

1	Profissional da área de Qualidade
2	Profissionais da área de Enfermagem
2	Profissionais da área de Recursos Humanos
1	Profissional da área de Farmácia
1	Profissional da área de Engenharia Civil
1	Profissional da área de Engenharia Clínica
1	Profissional da área de Compras
1	Profissional da área de Segurança do Trabalho

Alguns integrantes da Equipe participaram de treinamentos externos referente à Qualidade. Ao todo, foram realizados 3 treinamentos: ISO 9001:2000 Interpretação dos requisitos; Acreditação Hospitalar: Multiplicadores e; Avaliadores Internos para a Acreditação Hospitalar. Esses integrantes da equipe serão multiplicadores quando forem realizados treinamentos aos colaboradores do hospital. Com o auxílio de um documento chamado DOS – Diagnóstico Organizacional Simplificado identificou-se todas as legislações aplicáveis às seções do Manual Brasileiro de Acreditação. As diversas leis que se aplicam aos vários setores, desde a RDC 50 que diz respeito ao Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, até o Decreto-Lei Nº. 5.452 que diz respeito às Consolidações das Leis do Trabalho, estão sendo observadas desde o início do projeto do hospital. Todos os integrantes do Comitê de Qualidade (equipe do projeto) têm acesso às Leis e periodicamente submetem seus trabalhos à auditoria dos processos. Foram identificadas, no Manual Brasileiro de Acreditação, as seções de aplicação obrigatória e as aplicáveis dependendo do perfil da organização prestadora de saúde. Foram definidos os procedimentos para o gerenciamento do próprio Sistema de Gestão da Qualidade e que são exigidos pelos documentos normativos Tab. (2).

Tabela 2. Procedimentos definidos para controle do SGQ

1	Diretrizes para elaboração de documentos do SGQ
2	Elaboração e Distribuição de Formulários
3	Diretrizes para o Controle de Registros
4	Auditoria de Processos do Sistema de Gestão da Qualidade
5	Produto ou Serviço Não Conforme; Ação Corretiva e Ação Preventiva
6	Análise e Divulgação de Indicadores de Processos
7	Execução do Programa 5'S

Foram mapeados os processos chave e de suporte de um hospital e com a colaboração desses profissionais da equipe do projeto estão sendo realizadas às descrições das atividades. Foi elaborado cronograma de atividades Fig. (2) a serem realizadas pela equipe do projeto, apresentado abaixo, e espera-se que dessa maneira as atividades de estruturação do Sistema de Gestão da Qualidade sigam paralelamente às de construção civil e aquisição de mobiliários e equipamentos hospitalares, para que até o mês de setembro, todos os procedimentos estejam descritos possibilitando o treinamento dos novos colaboradores do hospital

FAROL		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
 Ação concluída  Ação não concluída										
AÇÃO		FAROL								
Elaborar Manual da Qualidade										
Organograma				x						
Política da Qualidade									x	
Objetivos da Qualidade, metas e indicadores									x	
Visão, Missão e Valores									x	
Macrofluxo				x						
Procedimentos MA				x						
Identificar processos do SGO									x	
Mapear macrofluxo do hospital									x	
Mapear fluxos por setores									x	
Elaborar Regimentos do hospital										x
Regimento do hospital										x
Regimento do Centro Cirúrgico										x
Regimento de Enfermagem										x
Regimento do Corpo Clínico										x
Regimento das Comissões de Ética										x
Regimento da CCIH										x
Padronizar procedimentos operacionais do hospital									x	
Recepção									x	
Unidade de Internação									x	
Centro Cirúrgico									x	
SRPA									x	
UTI									x	
Farmácia									x	
Padronizar procedimentos de suporte do hospital										x
CME										x
Engenharia Clínica										x
Almoxarifado										x
Faturamento										x
RH										x
Medicina Ocupacional										x
Compras										x

Os novos colaboradores serão treinados nos procedimentos do hospital, já descritos e estruturados com base no modelo proposto pelo Sistema Brasileiro de Acreditação. O resultado esperado, com a conclusão dessas atividades, é que se tenha um hospital com processos identificados e padronizados, e colaboradores capacitados e devidamente treinados para a execução de tais processos, dessa maneira possibilitando o acompanhamento das atividades e adoção de ações de melhoria. Dessa maneira, num curto espaço de tempo será possível a adesão ao programa de Acreditação Hospitalar.

6. Conclusões

Com relação ao conceito de qualidade e sua importância nos serviços de saúde, pode-se concluir que é necessário ter sempre presente três conceitos: missão, serviços e satisfação do cliente. Não é possível satisfazer os clientes se os serviços não forem adequados às suas necessidades, e se o Atendimento não estiver previsto na própria definição da missão da organização de saúde. O setor de serviços apresenta uma relação direta com a qualidade, pois convive diariamente com a principal razão de sua existência: o cliente. Com relação ao conceito de Acreditação Hospitalar e suas vantagens: conclui-se que o programa de Acreditação Hospitalar e o certificado de Acreditação, como conseqüência natural de implementação e melhoria contínua de processos, são diferenciais “de peso” para as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, vez que revela a qualidade evidenciada dos serviços. Portanto, pode-se afirmar que a qualidade nos serviços de saúde é uma iniciativa produtiva e inovadora, pois evidenciam fatores que podem contribuir efetivamente para o aumento da qualidade na assistência, redução de custos e legitimidade social das organizações.

7. Referências

Campos, V.F., 1999, “Controle da qualidade total (no estilo japonês)”, Belo Horizonte, Editora de Desenvolvimento Gerencial.

Garvin, D.A., 1992, “Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva”, Rio de Janeiro, Qualitmark.

Kotler, P. e Armstrong, G., 1993, “Princípios de Marketing”, Rio de Janeiro, PHB. ONA – Organização Nacional de Saúde, 2006, “Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares”, Vol. 2, Brasília, 139p.

Pisco, L, 2002, “Perspectiva sobre a Qualidade na Saúde”, pp 4 a 5, Disponível em <http://www.mercúrio.ips.pt>, site acessado em 20/04/2008.