

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASOS EM HOSPITAIS PAULISTAS

alexandre cecchetti moreira (UFSCar)

kako_in_sfo@hotmail.com

Fabiane Leticia Lizarelli (UFSCar)

fabianll@uol.com.br

Glauco Henrique de Sousa Mendes (UFSCar)

ghsm@uol.com.br



A acreditação consiste num processo de avaliação voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de diferentes padrões previamente aceitos e que indicam níveis de complexidade evolutivos. Este artigo procura contribuir para um melhor entendimento das práticas de relacionadas à acreditação hospitalar em três hospitais paulistas. Como método de pesquisa foi adotada a abordagem de múltiplos casos, pois o método de múltiplos casos tem sido amplamente utilizado na área de gestão como forma de análise de dados qualitativos e para construção de novas teorias. Os resultados contribuirão para ampliar a discussão sobre os processos de acreditação em hospitais e analisar os impactos desse processo no desempenho organizacional.

Palavras-chaves: Gestão da qualidade, Acreditação Hospitalar

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASOS EM HOSPITAIS PAULISTAS

1. Introdução

O Brasil tem um sistema de saúde altamente diversificado, composto por organizações com diferentes arranjos financeiros, organizacionais e que abrangem tanto o setor público quanto o privado. Os hospitais são o centro do sistema de saúde brasileiro. Contudo, eles têm recebido pouca atenção dos formuladores de políticas de saúde e dos pesquisadores (FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

O setor hospitalar no Brasil apresenta deficiências em termos de produtividade e qualidade. Embora, exista um pequeno número de hospitais que são centros de excelência, a maioria deles depende de financiamento público e está abaixo do padrão razoável de qualidade. No geral, os clientes recebem serviços de baixa qualidade (DOMINGUES, 1999).

Iniciativas de melhoria da qualidade nos serviços hospitalares são relatadas em diversos países. (ALAVI et al., 2008; MANAF, 2005; HASAN et al., 2003; LEE et al., 2002; ENNIS; HARRINGTON, 1999). Essas iniciativas foram geradas a partir de pressões de clientes mais exigentes, de problemas decorridos de erros médicos, do surgimento de normas legais que cobravam melhores serviços hospitalares, da adoção de estratégias por parte de governos, de vinculação de recursos ao nível de qualidade, da própria sofisticação dos serviços de saúde e do aumento de concorrência no setor (MIGUEL, 2006).

No Brasil, a busca de qualidade nos serviços de saúde se iniciou na década de quarenta por meio do credenciamento de hospitais para venda de serviços ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Entretanto, a intensificação do movimento pela implantação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) em organizações hospitalares se deu apenas a partir da década de noventa (SHIESARI; KISIL, 2003; FELDMAN et al., 2004).

Neste contexto, muitos hospitais têm procurado implantar programas de gestão da qualidade por meio das diretrizes propostas no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, elaborado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A Acreditação hospitalar consiste num processo de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca qualidade por meio de diferentes padrões de qualidade. O programa vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A portaria GM/MS n°538, de 17 de abril de 2001, reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar (RIBEIRO, 2006).

No processo de acreditação, os hospitais são avaliados por instituições acreditadoras e recebem um relatório sobre indicação do nível de acreditação. O primeiro nível de acreditação (Acreditação) condiz que o hospital demonstra ter cumprido os requisitos básicos de qualidade na assistência prestada aos clientes. As exigências do segundo nível (Acreditação plena) contemplam evidências de adoção do planejamento dos processos relativos à prestação de serviços. Por fim, na acreditação de terceiro nível (Acreditação por excelência), além das condições existentes dos níveis anteriores, o hospital comprova a existência de políticas institucionais de melhoria contínua em termos dos vários elementos que compõem o sistema

de gestão da qualidade adotado (estrutura, tecnologia, serviços, processos, corpo funcional etc) (QUINTO et al., 2004).

Este artigo procura contribuir para um melhor entendimento das práticas de relacionadas à acreditação hospitalar. Avanços na qualidade de serviços hospitalares contribuiriam para a redução do desperdício, para a melhoria do atendimento aos usuários e para um maior comprometimento com a qualidade dos serviços prestados (LORENZI *et. al*, 2007). Nesse sentido, a busca de acreditação é, sem dúvida, uma demanda da sociedade. O estudo contribui ao compreender práticas e formular um conjunto de recomendações que podem auxiliar os hospitais a melhor gerenciar o processo de acreditação.

Para a pesquisa de campo foram realizados estudos em três hospitais paulistas. A abordagem de múltiplos casos é adequada, já que permite observar, analisar e formular novos conceitos teóricos sobre um determinado fenômeno em um contexto específico (GLASER; STRAUSS, 1967). Para Eisenhardt (1989), o método de múltiplos casos tem sido amplamente utilizado na área de gestão como forma de análise de dados qualitativos e para construção de novas teorias.

2. Acreditação Hospitalar

2.1 Acreditação no Brasil

A avaliação da qualidade na saúde iniciou-se com a formação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) nos meados de 1924, que estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PHH). Neste programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. (ROBERTS et al., 1987)

Em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (NOVAES; PAGANINI, 1994). Na década de 60, a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente. (SCHIESARI et al., 2003)

No sistema de saúde brasileiro, as iniciativas de classificação e categorização de hospitais sempre pertenceram ao poder público. Os esforços nesse sentido datam da década de 30, com o Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, que não chegou a ser implementada, mas serviu de inspiração para outras classificações (AZEVEDO, 1993). Apesar de iniciativas na área da qualidade hospitalar ter sido desenvolvida, foi efetivamente que a partir de 1989 que a Acreditação começou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde (SCHIESARI et al., 2003).

Em 1990 foi realizado um convênio com a Organização 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 América Latina. Os padrões eram divididos em três níveis de complexidade. Este documento assemelha-se aos instrumentos adotados pela *Joint Commission* (FELDMAN et al., 2004).

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico do Ministério da Saúde. Em julho de 1997, o Ministério da Saúde anunciou medidas para desenvolver a Acreditação na tentativa de unificar os esforços nacionais. Fora encaminhado um projeto ao PBQP que

definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar (ONA, 2010).

A ONA é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo. Tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País. Ela foi constituída em 1999, dada a necessidade de criação de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com o sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde (ONA, 2010).

Em 2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) se tornou entidade parceira e colaboradora no desenvolvimento do instrumento de acreditação, atualmente chamado de Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. O Manual visa à agregação dos quatro instrumentos de avaliação de serviços de saúde hoje utilizados pela ONA – hospitais, terapia real substitutiva, hemoterapia, e laboratórios clínicos – em um só instrumento, mas ainda preservando a estrutura de níveis e padrões. (COUTO et al. 2006).

A Acreditação hospitalar tem sido indutora da implantação de ações da qualidade em organizações da área da saúde. A ONA superou a marca de 265 certificações válidas. Este número representa a maturidade do sistema e coloca o Brasil entre os países com o maior número de certificações concedidas e válidas. Todavia, o número de hospitais acreditados é relativamente pequeno em virtude do número total de hospitais no país (ONA, 2011).

2.2 Acreditação

A Acreditação consiste num processo de avaliação voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços das empresas de saúde. O fato de uma empresa de saúde ter seu sistema de gestão da qualidade acreditado passa confiança aos clientes internos e externos, bem como a comunidade interessada na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (NOVAES, 1999).

Uma das características do modelo de Acreditação é de se observar o desempenho de dos hospitais quanto ao grau de padronização das práticas de trabalho utilizadas durante o serviço de assistência médica ao paciente, ao melhor aproveitamento dos recursos financeiros, à medição e controle dos resultados (exames clínicos, diagnósticos, etc.) e à integração de todos os profissionais que compõem o hospital, da lavanderia aos centros cirúrgicos. (VECINA NETO; MALIK, 2007; MALIK; TELES, 2001).

Segundo os padrões definidos pela ONA (2010), uma organização hospitalar pode ser certificada em três níveis de complexidade:

- Nível 1: Acreditação: as exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

- Nível 2: Acreditação Plena: as exigências deste nível contemplam a existência de normas e rotinas documentadas, atualizadas, disponíveis e, aplicadas; uma lógica de melhoria de processos na instituição, um planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, práticas de auditoria interna e atuação no usuário. Tem foco nos processos.
- Nível 3: Acreditação com Excelência: as exigências deste nível contemplam políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Além disso, há a utilização de sistemas para avaliar a satisfação de seus usuários e de seus fornecedores de recursos como materiais e equipamentos; existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado. Tem foco nos resultados.

O processo de Acreditação é realizado por organizações credenciadas pela ONA, que analisam a conformidade da empresa de saúde em relação a padrões estabelecidos em um manual de avaliação. O Manual Brasileiro de Acreditação divide-se em seção e subseção: nas seções estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. As subseções tratam do escopo específico de casa serviço, setor ou unidade. Cada subseção é composta por padrões, elaborados com base na existência dos três níveis, com princípios orientadores básicas – segurança (Nível 1), organização (Nível 2) e práticas de gestão e qualidade (Nível 3) – em uma concepção seqüencial, incorporando os requisitos dos níveis anteriores. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação, que são as fontes das evidências do cumprimento dos requisitos (COUTO et al., 2006).

A fase de avaliação e visita é composta por dois grandes momentos: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna e distribuição do Manual aos funcionários. A visita somente ocorrerá após a solicitação formal voluntária do hospital, à Instituição Acreditadora. A duração da visita dos avaliadores é variável em função do porte e da complexidade do hospital. Na visita, todos os setores e unidades são avaliados dentro de uma programação definida, junto aos responsáveis do hospital (FELDMAN et al, 2004).

Ao final da avaliação é elaborado um relatório com um parecer final dos avaliadores (de consenso) sobre a indicação para a acreditação e a emissão do certificado. O Certificado é emitido pela Instituição Acreditadora e tem a validade de dois anos, para “Acreditado” e “Acreditado pleno”. Já o “Acreditado com Excelência” tem prazo de validade de três anos. A instituição deve submeter-se a um novo processo de avaliação após a validade dos certificados. (QUITO et al., 2004).

3. Método da Pesquisa

Como abordagem de pesquisa, adotou-se a Teoria Fundamentada nos dados (*Grounded Theory*). Esta abordagem visa compreender a realidade a partir da percepção que os envolvidos possuem sobre o objeto de estudo, o que permite gerar novos conhecimentos, aumentar a compreensão sobre o tema investigado e proporcionar um guia significativo para a

ação. Trata-se de um método qualitativo de pesquisa para construção de novos conceitos teóricos (GLASER; STRAUSS, 1967).

Foram realizados casos exploratórios para discussão das práticas relacionadas à acreditação hospitalar e para a formulação de recomendações. Apesar da bibliografia sobre gestão da qualidade estar consolidada, a acreditação hospitalar ainda é um tema pouco explorado no Brasil.

A seguir são repassadas informações gerais dos hospitais selecionados para análise.

- Hospital A: foi escolhido por ter o certificado de acreditação no primeiro nível (acreditação) e localiza-se na cidade de Ribeirão Preto (SP). Foi fundado em 1945 e atende apenas clientes privados. Atualmente, tem capacidade de 140 leitos, sendo 30 destinados à UTI. Deste modo, pode ser considerado um hospital de grande porte. A profissional encarregada de responder à pesquisa ocupa o cargo de coordenadora de qualidade da organização, tendo o curso de enfermagem como formação acadêmica.
- Hospital B: possui certificado de acreditação no nível pleno e também está localizado na cidade de Ribeirão Preto. Trata-se de uma unidade hospitalar fundada por meio da Associação de Professores e Médicos da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto. Fundado em 1969, atualmente tem 84 leitos, sendo considerado um hospital de médio porte. Atua preferencialmente, em procedimentos de alta complexidade. É reconhecido como um dos principais prestadores de serviços médico-hospitalares, principalmente nos aspectos de qualidade e segurança do Estado. Tal característica contribui para que sua capacidade operacional se aproxime dos 95% de ocupação. A entrevista foi realizada com a enfermeira com cargo de Gerente de Qualidade.
- Hospital C: é certificado em “Acreditação com Excelência” e se situa na cidade de São Paulo (SP). Fundado em 1897, é um hospital geral que conta com 239 leitos para internação, 34 leitos de UTI—Unidade de Terapia Intensiva, 23 leitos *Day Clinic* e 10 leitos no Centro de Endoscopia, sendo considerado um hospital de porte especial. Além de ser certificado pela ONA é também certificado pela Joint Commission International. Foram entrevistadas, para esta análise, a supervisora de Desenvolvimento Institucional e a Enfermeira de Qualidade.

Para coleta de dados foi elaborado um protocolo a fim de garantir homogeneidade na prática de investigação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e da análise de documentos. As entrevistas seguiram um roteiro com questões abertas com o objetivo de conhecer as práticas adotadas durante o pré-desenvolvimento. Outras fontes de evidências foram as informações disponíveis nos sítios eletrônicos e nos documentos (manuais, procedimentos e relatórios) apresentados durante as entrevistas.

A análise dos dados seguiu o método indutivo, no qual a partir de constatações particulares busca-se chegar a conclusões genéricas. Para maior confiabilidade da pesquisa, foi usada a técnica da triangulação dos dados por meio da utilização de várias fontes de evidências, quando possível. Para validade da pesquisa foram considerados: a validade interna para constatar se a interpretação dos dados e os resultados eram advindos das fontes de evidência; e a validade de conteúdo, para analisar se o planejamento e execução da pesquisa sustentam o domínio dos conteúdos investigados.

Ao se decidir pela estratégia de casos múltiplos, deve-se ter clara a limitação quanto à

impossibilidade de que seus resultados sejam generalizados para uma população. Contudo, estas limitações não comprometem as contribuições dos resultados desta pesquisa.

4. Análise dos Casos

4.1 Hospital A

A acreditação foi alcançada pelo Hospital A em 2009. O motivo para a adoção do sistema era a busca por excelência no mercado regional (Ribeirão Preto/SP). O incentivo para a implantação partiu de um superintendente da época, transferido de um grande hospital da cidade São Paulo, que difundiu a importância e a necessidade de uma certificação de qualidade para o conselho, para os sócios e para os donos da instituição.

Em novembro de 2009 o Hospital A recebeu a visita do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), instituição acreditadora, que lhe concedeu o certificado de Acreditação Hospitalar da ONA no primeiro nível (Acreditado). Para chegar a este resultado, o hospital investiu em melhorias e na adequação de seu sistema de gestão às normas do manual de acreditação. Todo o trabalho de implementação durou seis meses.

Apesar de já ter, anteriormente, obtido a certificação ISO9001, o Hospital A adotou as recomendações do Manual de Acreditação como modelo de referência de seu Sistema de Gestão da Qualidade. Segundo a entrevistada, a alta gerência do hospital teve um papel intenso durante todo o processo, fornecendo suporte, incentivo e investimentos para a realização do programa.

O princípio do primeiro nível de acreditação diz respeito à segurança (ou estrutura). O padrão a ser perseguido consiste em atender aos requisitos formais, técnicos e estruturais para as diversas atividades, conforme legislação correspondente, além de identificar riscos específicos e de gerenciar o fluxo com foco na segurança. Durante o processo, o hospital A precisou identificar, gerenciar e controlar os principais índices de riscos e de ocorrências. Tais índices, que foram documentados e formalizados, relacionavam-se aos riscos sanitários, ambientais e ocupacionais, responsabilidade civil, infecções e biosegurança.

O processo de implementação contou com a participação dos setores do hospital. Cerca de 30 pessoas tiveram treinamento em métodos e práticas utilizados no manual da acreditação e de temas relacionados à elaboração de protocolos, normas e gestão de indicadores de desempenho. Não foram utilizadas consultorias externas para acompanhar o processo de acreditação. Entretanto, o Hospital A utilizou contratos de terceiros para cursos e palestras para as lideranças envolvidas.

A área responsável pela Acreditação é chamada de Escritório de Qualidade, que conta apenas com um colaborador (a entrevistada). A área tem a função de assessorar internamente os demais setores do hospital. Mais especificamente tem a função de: gerenciar riscos; mapear processos; administrar o sistema de notificação de ocorrência; revisar documentações; desenvolver lideranças no SGQ; acompanhar e centralizar indicadores de qualidade; fazer interações formais entre fornecedor e cliente interno e coordenar auditorias internas.

Segundo a entrevistada, a acreditação gerou melhorias na gestão do hospital. Entre elas, foram citadas: a queda dos índices de riscos, a redução do tempo de entrega dos laudos, a melhoria dos tempos de atendimentos em casos de infartos, a suspensão de cirurgias

desnecessárias, uma redução do índice de coleta dos exames de pneumonia nas UTI, a redução da média de permanência no hospital e a diminuição de prontuários médicos duplicados. Não obstante, é preciso salientar que a entrevistada não dispunha de dados numéricos sobre a queda das taxas dos indicadores para contribuir com o estudo.

Entre as principais problemas encontradas no processo de acreditação estão as dificuldades no treinamento das lideranças médicas e durante a capacitação para a competência gerencial. Segundo a entrevistada, existe a prática no setor hospitalar de formação do corpo clínico baseada em especialidades técnicas e em títulos acadêmicos, preterindo a formação baseada em perfis comportamentais que vise a um corpo funcional, habilitado e capacitado para atender às necessidades da área.

Em relação ao controle de qualidade, as principais dificuldades observadas tiveram origem nos serviços terceirizados como, por exemplo, serviços de diagnóstico e de manutenção de equipamentos. Para conseguir exercer de fato o controle sobre a qualidade, algumas atividades foram internalizadas. Outro problema enfrentado dizia respeito à capacidade operacional do estabelecimento: a capacidade de atendimento está próxima do limite; por tal motivo, é algo benéfico e rentável para o hospital diminuir o tempo médio de entrega do diagnóstico médico, tomando decisões rápidas e liberando os pacientes para outros atendimentos.

Além das melhorias internas, a Acreditação gerou novos negócios para o Hospital A. Segundo a entrevistada, diversas empresas da região de Ribeirão Preto começaram a procurar o Hospital A com o intuito de estabelecer convênios em virtude da certificação, da qualidade e da segurança nos serviços.

Na opinião da entrevistada, a melhora do hospital foi associada às práticas das normas do manual de acreditação e foi possível notar uma queda das taxas de algumas ocorrências e a diminuição de alguns desperdícios; porém, devido ao pouco tempo de certificação, não foi possível notar melhoras no desempenho financeiro da instituição e nem uma melhoria na satisfação dos clientes/pacientes,

4.2 Hospital B

O processo de acreditação teve início dois anos após a implantação do Programa 5S em 1988. Inicialmente, o hospital B pediu um primeiro diagnóstico para a instituição acreditadora, a Fundação Carlos Alberto Vanzolini, no ano de 2000. No ano seguinte, após adaptações em relação à segurança e infra-estrutura, o Hospital B alcançou a certificação Acreditação, sendo o primeiro do interior do país. A instituição já passou por três visitas de manutenção, a primeira em novembro de 2003, depois em novembro de 2005 e em junho de 2006, quando obteve a certificação de Acreditação Plena, levando cinco anos para adquirir a maturidade para ser acreditado no segundo nível.

O departamento responsável pela gestão de qualidade é chamado Setor de Qualidade e é composto por três funcionários. Em relação à estrutura organizacional, o setor responde para a Diretoria de Práticas Médicas e Assistenciais, que é subordinada ao Diretor Geral e ao Diretor Presidente. As principais funções do departamento são: controlar e revisar documentos de procedimentos hospitalares; administrar a comissão de 5S; gerenciar riscos e ocorrências; adequar a instituição às normas e protocolos; realizar auditorias internas; realizar interações entre processos de clientes e fornecedores internos; realizar pesquisas de satisfação dos

clientes; realizar melhorias contínuas em geral e acompanhar os resultados de cada setor.

O segundo nível de acreditação corresponde à organização (ou processos). O padrão referente a este nível consiste de gerenciar os processos e suas respectivas interações; estabelecer uma sistemática de medição e de avaliação dos processos e de criar programas de educação e de treinamento continuado voltados para a melhoria de tais processos.

Entre essas ações, pode-se citar a implementação de um programa de educação e treinamento continuado dos gestores com evidências de melhoria e impactos nos principais processos de cada área. O programa também promoveu cursos sobre liderança e capacitação para os gestores das respectivas áreas. No entanto, o hospital trabalha com um corpo clínico aberto, onde a organização permite a qualquer profissional habilitado da comunidade internar e tratar seus pacientes, o que dificulta a disseminação do conceito da qualidade.

A entrevistada do Hospital B reafirma a percepção de que os processos internos não apresentam grandes problemas, situação inversa à dos processos terceirizados, que tornam o controle mais complicado. Contudo, a instituição não teve grandes problemas, pois tinham poucos processos terceirizados. A entrevistada citou, ainda, a pesquisa mensal de satisfação dos clientes, afirmando que a ocorrência de reclamações desencadeia uma análise e a busca da solução imediata do problema.

Os gestores são responsáveis pelo gerenciamento de seus próprios indicadores, que foram definidos em conjunto com Setor de Qualidade, conforme eventuais necessidades. Os indicadores são descritos e formalizados pelo departamento de qualidade, que também tem a função de avaliar os resultados e de verificar o uso adequado de tais indicadores por parte dos gestores. Também é função do Setor de Qualidade realizar análises críticas e trabalhar para a melhoria dos processos e da interação destes com a instituição.

A implementação do processo de acreditação no hospital promoveu uma redução na quantidade de resultados assistenciais. A entrevistada confirmou os benefícios trazidos pela Acreditação e a conseqüente melhoria dos serviços, fazendo com que os clientes percebam a diferença positiva em relação ao atendimento.

4.3 Hospital C

O principal motivador da implementação do programa de acreditação foi a pretensão da melhoria contínua voltada para a qualidade e para a segurança na organização hospitalar. A iniciativa partiu da alta gerência e o processo de implantação de uma gestão de qualidade teve início em 1998, utilizando como modelo de referência para elaboração do programa o manual da ONA. No princípio, não havia um setor específico para tratar das questões de qualidade; assim, uma enfermeira foi designada para criar uma equipe e um colaborador foi convocado para estruturar um departamento com esse fim. O papel da alta gerência no processo de implementação consistiu em apoiar e validar as metodologias utilizadas, em investir na adequação da infra-estrutura hospitalar, em movimentar lideranças e em disseminar uma nova visão sobre os procedimentos.

Atualmente, o departamento responsável pela qualidade se denomina Desenvolvimento Institucional (DI), possui 9 funcionários e funciona como uma assessoria interna para o hospital. Entre as atividades desenvolvidas pelo DI, pode-se citar: disseminação e implementação de conceitos da qualidade, metodologias e ferramentas; manutenção das atividades do hospital; criação dos fluxos e das rotinas das atividades; mapeamento de

processo com metodologia *Lean Manufacturing*; controle dos indicadores realizado pelas gestões das áreas; análise dos mapas atuais e planejamento, em questão de qualidade e segurança, dos mapas futuros, entre outras.

Para o Hospital C, os processos de certificação são fundamentais para a manutenção da excelência e para o alinhamento de sua atuação às melhores práticas referenciadas pelo segmento hospitalar no Brasil e no mundo. Em 2003 teve início o processo de acreditação do hospital, cada um dos departamentos foi escolhido um líder para chefiar o processo, resultando no total de 43 colaboradores somando tanto as áreas produtivas como as não-produtivas. Em contrapartida, foi organizado um grupo de auditores internos para que se observassem todos os aspectos do manual. Muitos dos líderes eram integrantes desse grupo.

A instituição acreditadora credenciada escolhida foi a Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV) O primeiro diagnóstico foi realizado em 2002, levando um ano para o hospital a se adequar a todas as normas da ONA. As principais dificuldades encontravam-se na parte de infra-estrutura, como sinalização, adequação das portas, extintores e etc. Em 2003, o hospital foi acreditado em segundo nível. Em 2005 o hospital conseguiu certificação no terceiro nível.

Algumas atividades desenvolvidas durante o processo de acreditação foram: a estruturação das rotinas; a documentação das responsabilidades; a sistematização da seleção e da avaliação de fornecedores; o gerenciamento de riscos; dentre outras. Em suma, os processos resumiram-se a formalizar atividades já realizadas pelo hospital.

O princípio do terceiro nível de acreditação é a excelência na gestão e nos resultados. O padrão deste nível consiste de utilizar perspectivas de medição organizacional alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos. Ainda, o padrão dispõe de sistemática de comparações com referências externas pertinentes, bem como de evidências de tendência favorável para os indicadores, apresentando inovações e melhorias implementadas decorrentes do processo de análise crítica.

No Hospital C são realizadas pesquisas de satisfação interna e externa. O DI tem como função estruturar as pesquisas, realizar a respectiva análise crítica, desenvolver um plano de ação para melhorias e estabelecer uma cadeia entre cliente e fornecedor interno. Também é dever do DI identificar as oportunidades de melhoria de desempenho através dos processos contínuos de comparação com outras práticas organizacionais.

O sistema de indicadores apresentado pela instituição é dividido em quatro categorias: indicadores estratégicos (financeiro, treinamento, satisfação de cliente), indicadores operacionais, de qualidade e de segurança e indicadores de remuneração variável. Esse sistema focaliza perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações externas e pertinentes.

Após a certificação em Acreditação por Excelência, o hospital começou a entender as razões das falhas hospitalares e passou a trabalhar dando maior ênfase aos números. Essa nova postura fortaleceu a comissão de gerenciamento de risco e melhorou os diversos processos. A entrevistada explica que os clientes, majoritariamente da cidade de São Paulo, não têm um grande conhecimento sobre a certificação da Organização Nacional de Acreditação e que, ao procurar os serviços hospitalares, não o fazem baseando a escolha em certificações e, sim, em convênios médicos, em especialidades hospitalares e na localização. Entretanto, ela observa, se o hospital apresentar um serviço com qualidade e segurança, a população irá se fidelizar e recomendar a mesma para familiares e amigos.

Ainda segundo a entrevistada, a acreditação contribui para na melhoria contínua dos processos e dos serviços prestados pela organização, além de criar metodologia nova e uma forma padronizada de excelência no trabalho.

5. Considerações Finais

Para atestar o padrão da qualidade no setor de saúde, existem entidades no Brasil e no exterior que certificam as instituições, como é o caso da Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável por estabelecer instrumentos de avaliação para o gerenciamento do sistema de saúde brasileiro. É crescente o número de instituições que tem procurado certificações como forma de melhorar seu sistema de gestão da qualidade.

Este artigo procura contribuir para um melhor entendimento das práticas de relacionadas à acreditação hospitalar ao identificar benefícios, dificuldades e possíveis resultados no do processo acreditação. Para isso, para alcançar este objetivo, foram realizados estudos exploratórios de campo. Tais estudos foram direcionados pela estratégia de estudos múltiplos casos. Desse modo, foram selecionados três hospitais com diferentes níveis de acreditação no Estado de São Paulo, que atendessem aos critérios definidos para a seleção da amostra da pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas permitem que se sejam feitos alguns comentários finais. Observou-se que, no primeiro nível de acreditação, há uma necessidade de investimento, uma vez que este nível está ligado à adequação da estrutura física do hospital em relação à segurança. Também é preciso investir na capacitação das pessoas e se faz necessário mapear os processos do hospital.

A dificuldade de capacitação do corpo médico foi um fator comum aos três hospitais estudados. Atualmente, como se percebe, a escolha dos profissionais da área médica ainda é baseada em títulos de especialidades e em certificados da área de atuação, em detrimento da escolha baseada em perfis comportamentais.

Todavia, a implementação dos processos de acreditação gerou melhorias no desempenho dos hospitais. Todos os entrevistados confirmaram a relação entre a melhora no desempenho da organização e as práticas implementadas com o manual de acreditação. Tal constatação ratifica a importância da certificação. Não foi possível coletar dados para comprovar o retorno financeiro, apesar do Hospital A ter citado o aumento no número de convênios em virtude da certificação.

A principal limitação do estudo percebida nesta pesquisa refere-se à impossibilidade de se generalizar conclusões, bem como a limitação em validar determinadas proposições uma vez que, com apenas três organizações hospitalares, não é possível fazer afirmativas que possam ser estendidas para todos os hospitais.

Devido à especificidade do presente estudo, também não foi possível avaliar dados numéricos. No caso do Hospital A, a implementação recente da gestão de qualidade não permitiu que houvesse tempo hábil para perceber numericamente as mudanças no desempenho da organização. O Hospital B realizou mudanças no foco da estratégia organizacional elevando a complexidade de seus serviços médicos, acarretando na elevação dos índices de alguns indicadores de desempenho. O Hospital C, por sua vez, apresentou um Sistema de Gestão de Qualidade implementado há algum tempo, o que impossibilitou a percepção das diferenças causadas pelas melhorias obtidas após a certificação da ONA.

As propostas para encaminhamentos futuros consistem da exploração mais aprofundada do universo dos indicadores de desempenho, a fim de avaliar dados qualitativos do projeto de pesquisa; do estudo empírico dos efeitos da adoção do modelo de gestão da ONA em outras áreas e em outros elementos da organização hospitalar; e de estender a quantidade de instituições hospitalares estudadas, tentando abranger diferentes estados e casos.

Referências

ALAVI, J.; MAHAMOUD, M.Y. The role of quality improvement initiatives in healthcare operational environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. v. 21 n. 2, p. 133-145. 2008 .

AZEVEDO, A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. *Rev Ind Qual Prod Ipea* 1993; 1(1):49-54.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J.C.; SCARPI, M.J.; Modelo de Gestão para organizações de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, Porto Alegre, v.9, n.37, p.125-132, out/dez.2007.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. Hospital Acreditação e Gestão da Saúde Guanabara Koogan ed., Rio de Janeiro, 2006

DOMINGUES, M.E.M. Gestão da Qualidade nos Serviços Hospitalares: Estudo de Casos. 172 p. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, UFSCar, São Carlos-SP, 1999.

EISENHARDT, K.M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, v.14, n.4, p. 532-550, 1989.

ENNIS, K.; HARRIGTON, D. Quality management in Irish health care . *International Journal of Health Care Quality Assurance*. v.12, n. 6, p.232-243. 1999

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

FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B.F. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington DC: The World Bank; 2008. 411 pp.

GLASER, B., STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine, Chicago. 1967.

GURGEL JÚNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade Total e Administração Hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro-RJ, n.7, p.325-334, 2002.

HASAN, M.; KERR, R.M. The relationship between total quality management practices and organizational performance in service organizations. *The TQM Magazine*, v. 15, n. 4, p. 286-91. 2003.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. A Gestão da Qualidade Hospitalar das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista Administração em Saúde*, Porto Alegre, v.4, n.16, p.27-32, jul-set, 2002.

LEE, S.; KUI-SON, C. HYE, Y.K ; WOOHYUN, C ; CHAE, Y.M. Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Koren hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. V.14, n.5, p. 383-391. 2002.

LORENZI, N.; PINSON, W.; STARMER, J.M. Integration Quality Management Efforts in a Complex Organization: A Panel Discussion. *Quality Management in Health Care*, Chicago, v.2, n.16, p.182-186, abr/jun.2007.

MALIK, A.M.; TELES, J.P. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. *Administração Hospitalar*; São Paulo-SP, v.41, n.3, p.51-59, jul./set. 2001.

MANAF, N.H.A. Quality management in Malaysian public health care. *International Journal of Health Care*

Quality Assurance. V. 18 No. 3, pp. 204-216, 2005.

MATTHEIS, A. Em Busca de Saídas para a Revitalização do Setor. Revista de Administração Hospitalar, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.41-43, set/dez.2006.

MIGUEL, P.A.C. Quality management through a national quality award framework; The experience of a hospital in Brazil. The TQM Magazine. v.18, n. 6, p. 626-637. 2006

NOVAES, H. M.; PAGANINI J. M. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde;

ONA (Organização Nacional de Acreditação). Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, MH1-MH7, Versão 2001; Manual Brasileiro de Acreditação. Manual da Organização Nacional de Acreditação. Brasília: ONA; 2010. Disponível em: URL: <http://www.ona.org.br/>

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Evaluation of Quality Improvement Programmes. Quality Safety Care, n.11, p.270-275, 2002.

PADOVEZE, M.C.; CAMPOS, E.R.; LIMA, M.B. A Gestão da Qualidade na Saúde e o Controle de Infecção Hospitalar. Prática Hospitalar, Campinas-SP, Ano VII, n. 41, p.5-7, set./out.2005.

QUINTO, N. A.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa; 2004.

RIBEIRO, N. R. C. A descontinuidade do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital da Restauração: poderia ter sido diferente? [dissertação de mestrado] 157 folhas. Universidade Federal de Pernambuco, CCSSA. Gestão Pública, Recife 2006

SHIESARI, L.M.C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Revista de Administração em Saúde. v. 5, Nº 18 – Jan-Mar, 2003

STRIEM, J.; OVRETVEIT, J.; BROMMELS, M. Is Health Care a Special Challenge to Quality Management? Insights From the Danderyd Hospital Case. Quality Management in Health Care, Chicago, v.4, n.12, p.250-258, out-dez.2003.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na Assistência Hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-839, jul/ago. 2007.