

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO BASEADO NO MANUAL
DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES DA
ONA: UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE**

Felipe Lacerda Antunes

Porto Alegre, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO BASEADO NO MANUAL
DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES DA
ONA: UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE**

Felipe Lacerda Antunes

Orientador: Professor Dr. José Luis Duarte Ribeiro

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carla Schwengber ten Caten

Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Prof. Dr. Fábio Leite Gastal

**Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia
apresentado ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade
Profissionalizante – Ênfase em Qualidade e Desenvolvimento de Produto e Processo**

Porto Alegre, junho de 2002

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de mestre em ENGENHARIA e aprovada em sua forma final pelo orientador e pelo coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. José Luis Duarte Ribeiro

Orientador
Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Helena Beatriz Cybis

Coordenadora
Mestrado Profissionalizante em Engenharia
Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carla Schwengber ten Caten

PPGEP/UFRGS

Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Escola de Enfermagem/UFRGS

Prof. Dr. Fábio Leite Gastal

Clínica Olivé Leite/Escola de Medicina/UCPel
Organização Nacional de Acreditação/ONA

“Nada existe de permanente a não ser a mudança”

Heráclito de Efeso (600 – 500 A.C.)

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Moinhos de Vento, por ter permitido a realização do estudo de caso apresentado neste trabalho. Agradeço de forma muito especial a sra. Cleusa Ramos Enck, pela atenção, receptividade e carinho com que me recebeu. A todos os profissionais entrevistados: Bernardete Weber, Wili Dal Zot, Sandra Seabra, Carlos Marczyk, Jocimar Müller, Roberto Menegotto, Isônia Müller, Carisi Polanczyk e Ângela Lasch. Àqueles que trouxeram contribuições valiosas: Elenir e Adair. Às profissionais que possibilitaram os contatos: Gabriela, Tatiana e Carla.

Ao Prof. Dr. José Luís Duarte Ribeiro, pelas suas constantes atenção e disponibilidade, e por ter orientado de forma tão brilhante e profissional a elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas da DNV, por terem permitido o meu primeiro contato com um assunto tão fascinante.

À srta. Jaqueline Gonçalves, da ONA, pelas suas orientações.

Aos meus pais Antônio e Teresa (verdadeiros mestres), familiares e amigos, por todo o carinho e apoio. A Grasi, Adriana, Daniel, e Ângelo, por suas contribuições.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE QUADROS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT.....	xi
1. Introdução	1
1.1. <i>Comentários Iniciais</i>	1
1.2. <i>Tema e objetivos</i>	3
1.3. <i>Justificativa do estudo</i>	3
1.4. <i>Método de trabalho</i>	4
1.5. <i>Estrutura</i>	5
1.6. <i>Limitações</i>	6
2. Revisão Bibliográfica	8
2.1 <i>Qualidade em Instituições Hospitalares</i>	8
2.2 <i>Normas de Qualidade Aplicáveis a Instituições Hospitalares</i>	19
3. Estudo Teórico.....	24
3.1 <i>Histórico da Acreditação</i>	24
3.2 <i>A Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Estrutura do Sistema Nacional de Acreditação.</i>	30
3.3 <i>Diretrizes do Processo de Acreditação</i>	33
3.4 <i>Crítérios de avaliação</i>	38
3.5 <i>Análise comparativa entre o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000</i>	55
4. Estudo de Caso: Cenário	65
4.1 <i>Hospital Moinhos de Vento: Informações Gerais</i>	65
4.2 <i>Hospital Moinhos de Vento: Histórico</i>	68
4.3 <i>Hospital Moinhos de Vento: Organização e Estrutura</i>	68
4.4 <i>Hospital Moinhos de Vento: Principais Serviços Prestados</i>	69
4.5 <i>Hospital Moinhos de Vento: Descrição dos Principais Serviços e Processos</i>	71
4.6 <i>O processo de implantação dos requisitos para a acreditação pela ONA</i>	74
4.7 <i>Entrevistas</i>	76
5. Análise do processo de Implantação	78
5.1 <i>Descrição das Entrevistas</i>	78
5.1.1 <i>Principais Dificuldades na Implantação</i>	78
5.1.2 <i>Principais Mudanças Advindas do Processo</i>	80
5.1.3 <i>Atendimento às Expectativas Anteriores à Acreditação, e Expectativas para o Futuro</i>	83
5.1.4 <i>Impacto no Mercado</i>	83
5.1.5 <i>Momento Atual do Hospital Moinhos de Vento</i>	84
5.2 <i>Discussão</i>	85
5.2.1 <i>Discussão do Processo de Implantação</i>	85
5.2.2 <i>Discussão do Trabalho Realizado pelo Autor</i>	87
6. Comentários Finais	91
6.1 <i>Conclusões</i>	91
6.2 <i>Sugestões para trabalhos futuros</i>	93

REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS	97
Anexo I – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional	97
Anexo II – Termo de Autorização.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de auditoria de qualidade Integrado de Graham.....	19
Figura 2 – Estrutura organizacional da Organização Nacional de Acreditação.....	31
Figura 3 – Processo de acreditação hospitalar.....	35
Figura 4 – Manutenção da acreditação.....	36
Figura 5 – Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade baseado em processos.....	56
Figura 6 – Fluxograma do processo para paciente cirúrgico.....	72
Figura 7 – Paciente na Unidade Assistencial.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Possível resultado da avaliação em uma organização hospitalar.....	41
Quadro 2 – Seções e subseções do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.....	42
Quadro 3 – Padrões do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.....	44
Quadro 4 – Relação entre os requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.....	59
Quadro 5 – Dificuldades encontradas no processo de acreditação.....	80
Quadro 6 – Principais mudanças oriundas do processo de acreditação.....	82
Quadro 7 – Expectativas atendidas e geradas pelo processo de acreditação.....	83

RESUMO

Este trabalho aborda a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O objetivo geral deste trabalho é avaliar o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, identificando dificuldades e benefícios advindos da implantação deste Manual.

Após a realização de uma revisão bibliográfica sobre qualidade em hospitais e normas da qualidade aplicáveis a hospitais, é feita uma análise crítica teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Tal análise crítica inclui um estudo comparativo entre os requisitos do Manual e da norma NBR ISO 9001/2000. A seguir, a análise teórica é complementada através de um estudo de caso contemplando a implantação do Manual junto a um hospital de grande porte. Finalmente, são apresentadas as conclusões, baseadas tanto no estudo teórico como no estudo prático.

ABSTRACT

The subject of this work is quality and accreditation in health care sector. The instrument evaluated is the *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares* (Manual of Hospitals Organizations), developed by the *Organização Nacional de Acreditação* (ONA) (Brazilian's Nacional Organization for Accreditation). The general objective of this work is the evaluation of the *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*, identifying main difficulties and advantages from its implementation.

After the realization of a bibliographical review about quality in hospitals and quality standards applied to hospitals, a theoretical review of the *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares* is conducted. The review includes a comparative study between the requirements of the Manual and of the standard NBR ISO 9001/2000. Afterwards, the review is complemented by a case study of the Manual's implementation in a large hospital. Finally, the conclusions based in the theoretical and practical review are presented.

1. Introdução

1.1. Comentários Iniciais

Há mais de uma década, os serviços de saúde dos países desenvolvidos estão sob forte pressão, não apenas pelo aumento dos custos, mas principalmente pelas enormes injustiças dos sistemas de saúde que não conseguem proporcionar um acesso equitativo. A ética exclusiva de mercado, em detrimento da ética social, vem conduzindo os hospitais e demais serviços de saúde a um desprestígio e falta de resposta às necessidades das comunidades. A escalada de custos que se observa deriva, principalmente, da intensidade de uso dos serviços, do uso da tecnologia, dos honorários médicos crescentes, e da solicitação desnecessária e excessiva de exames e procedimentos médicos. Nos países desenvolvidos, o aumento dos custos não está associado à inflação ou ao crescimento da população.

O grande desafio que se impõe na atualidade reside na busca de um equilíbrio entre as forças de mercado e as necessidades sociais, conjugando um composto de ações e atividades que possibilitem uma melhoria dos serviços de saúde, que devem ser prestados com equidade e custo socialmente aceitável.

Para vencer esse desafio, torna-se uma exigência a incorporação de modificações substanciais, visando enfrentar a insuficiência dos sistemas de saúde. Quando se analisa os fatores que comprometem a eficiência do setor de saúde, evidencia-se que a falta de planejamento permite a existência de instituições que freqüentemente carecem de condições mínimas de funcionamento, e não respondem às necessidades reais da população. Essas instituições oferecem serviços que não possuem padrões mínimos de qualidade (Quinto Neto, 2000).

O setor de saúde não pode ser entendido e tratado como uma ilha, alheia e independente aos processos maiores em desenvolvimento no seio da sociedade, entre eles, e especialmente, o movimento da qualidade. Sabe-se que esta vertente metodológica da Teoria da Administração vem operando profundas transformações nos conceitos, modos de agir, atitudes e nos resultados institucionais. Estabelece como máxima a centralização e organização da empresa tendo como foco principal o próprio cliente.

Como complemento, deve ser reconhecido que a Medicina, a Saúde Pública e a Administração Hospitalar ao longo dos anos também construíram um edifício conceitual importante, voltado às questões da qualidade das instituições de saúde e, principalmente, à garantia ao cliente/usuário de que os serviços prestados serão excelentes, seguros e não causarão dano.

Uma série de novos fatores presentes na sociedade atual vem provocando significativas modificações, entre as quais destaca-se o papel determinante que o cidadão/cliente vem assumindo. Um segundo aspecto, também fundamental, encontra-se representado pelo fatalismo da competição e da noção de transitoriedade permanente, dado pela busca incessante da melhoria contínua, da sobrevivência institucional e da satisfação do cliente (Quinto Neto e Gastal, 1997).

A busca da qualidade assistencial dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude exótica e tornou-se uma necessidade técnica e social. Nesse contexto, o Sistema Brasileiro de Acreditação, liderado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e a implantação 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 à saúde de nossos cidadãos, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa deste tipo é a satisfação do paciente, por intermédio de uma atenção competente, apropriada e oportuna, sem duplicação ou superutilização de serviços, com um mínimo de complicações ou seqüelas.

1.2. Tema e objetivos

Este trabalho de conclusão aborda a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O objetivo geral deste trabalho é avaliar o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, identificando dificuldades e benefícios advindos da implantação deste Manual.

Especificamente, será realizado um acompanhamento de um estudo de caso no Hospital Moinhos de Vendo, onde o Manual é implantado. Será descrito o próprio processo de implantação, bem como as dificuldades encontradas, as soluções adotadas, e as vantagens e desvantagens observadas durante e após o processo.

1.3. Justificativa do estudo

Na atualidade há uma preocupação cada vez maior com os riscos reais e potenciais aos quais os usuários das organizações de saúde encontram-se expostos. O aumento da complexidade e do alcance da moderna medicina tem estabelecido níveis de risco e dano cada vez maiores aos pacientes. Houve época em que as pessoas identificavam o hospital

como o lugar mais seguro para serem atendidas, porém essa opinião foi modificando-se na medida em que os meios de comunicação passaram a mostrar que uma organização de saúde, em determinadas circunstâncias, pode representar uma ameaça à integridade e à vida do cidadão.

Os sistemas de acreditação se colocam como uma referência de garantia da qualidade assistencial para a sociedade como um todo, uma vez que exibem uma indicação objetiva que as organizações de saúde se encontram em conformidade com determinados padrões, fato que torna menos provável a ocorrência de erros e resultados adversos que prejudicam os usuários e criam uma situação de insegurança na população em geral (Quinto Neto, 2000).

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares foi desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação no final da década de 1990. Assim, pode-se dizer que o processo de acreditação no Brasil ainda é bastante incipiente, havendo atualmente apenas dois hospitais acreditados no Rio Grande do Sul. Dessa forma, este é o momento ideal para executar uma análise crítica do instrumento de avaliação – o próprio Manual – verificando a pertinência de seus requisitos, oportunidades de melhoria, assim como eventuais observações que possam ser detectadas.

Tal análise crítica também deve ser executada na prática, de maneira a analisar o próprio processo de implantação do Manual. Deseja-se obter, no término deste trabalho, uma visão das dificuldades de implantação e mudanças ocorridas na instituição após esse processo, bem como as vantagens e desvantagens obtidas. Esse objetivo só poderá ser atingido através do acompanhamento prático em uma instituição hospitalar.

1.4. Método de trabalho

A abordagem utilizada na realização deste trabalho inclui tanto a pesquisa documental como o estudo de caso. O método de trabalho a ser utilizado para atingir os objetivos dessa dissertação contempla quatro etapas, a saber:

a) Revisão bibliográfica sobre dois tópicos:

- Qualidade em Instituições Hospitalares;
- Normas da Qualidade Aplicáveis a Instituições Hospitalares.

A revisão bibliográfica será concentrada na literatura já publicada sobre o assunto nas áreas de Engenharia de Produção, Administração e Medicina, de maneira a verificar o “estado da arte” destes dois assuntos no Brasil e no exterior, analisando as abordagens e teorias propostas por diferentes autores.

b) Análise crítica teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (pesquisa documental).

Esta análise inicial se deterá apenas na teoria, e será realizada a partir da literatura e estudos comparativos entre o Manual e a Norma NBR ISO 9001/2000.

c) Análise crítica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares a partir do resultado de um estudo de caso, realizando a validação parcial do estudo teórico.

O estudo de caso será realizado em um hospital de grande porte – o Hospital Moinhos de Vento – que tenha passado por um processo de acreditação através do Manual. Tal estudo terá como base uma análise das principais mudanças ocorridas no processo, na estrutura e, inclusive, na filosofia de trabalho, tanto na instituição como nos colaboradores.

d) Elaboração das Conclusões, as quais serão baseadas tanto no estudo teórico como no estudo prático.

1.5. Estrutura

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos, cujos conteúdos aparecem descritos brevemente a seguir.

O capítulo 1 traz uma introdução ao trabalho, colocando alguns comentários iniciais, tema e objetivo, justificativa do tema e objetivos, metodologia, assim como a estrutura do trabalho e suas limitações.

O capítulo 2 apresenta uma revisão bibliográfica sobre qualidade em hospitais e normas da qualidade.

O capítulo 3 apresenta um estudo teórico do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares através de uma análise crítica comparativa entre o Manual e a Norma NBR ISO 9001/2000. Também será realizado um estudo sobre o processo de acreditação.

O capítulo 4 apresenta o cenário do hospital onde se realizará o estudo de caso.

O capítulo 5 apresenta e discute um estudo de caso, onde é feito o acompanhamento da implantação do Manual e a análise dos resultados obtidos após o processo de acreditação.

O capítulo 6 apresenta as conclusões dos dois estudos, e acrescenta sugestões para trabalhos futuros.

1.6. Limitações

Este trabalho apresenta algumas limitações, entre as quais podem ser destacadas:

- o processo de acreditação hospitalar no Brasil é muito recente, e os poucos hospitais já acreditados no Rio Grande do Sul passaram pelo processo muito recentemente. Assim, o estudo de caso realizado neste trabalho não avaliará a manutenção do sistema após a acreditação;
- o estudo de caso limita-se a apenas uma instituição, e algumas conclusões não poderão ser generalizadas;
- as Normas Orientadoras do Manual da Organização Nacional de Acreditação utilizadas para a análise das diretrizes do processo de acreditação foram

revisadas durante a execução deste trabalho. Assim, o trabalho foi executado com base na revisão anterior que estava disponível, do ano de 2000.

2. Revisão Bibliográfica

2.1 *Qualidade em Instituições Hospitalares*

Algumas obras já foram publicadas a respeito de qualidade em instituições hospitalares. Tais instituições podem ser enquadradas como prestadoras de serviços. Denton (1991) definiu os seus 12 princípios básicos da qualidade em serviços:

- visão Gerencial;
- desenvolvimento de um nicho estratégico;
- apoio da Alta Administração;
- entendimento do negócio;
- aplicação dos fundamentos operacionais;
- entendimento, respeito e monitoramento do cliente;
- utilização de tecnologia apropriada;
- necessidade de inovar;
- contratar as pessoas certas;

- fornecer treinamento com base no perfil;
- definir padrões, medir o desempenho e agir;
- estabelecer incentivos.

O célebre autor Deming (1990) já elaborou uma versão dos seus 14 princípios da administração adaptados ao serviço médico:

- estabelecer uma constância de propósitos com relação ao serviço;
- adotar a nova filosofia;
- exigir provas estatísticas da qualidade dos materiais recebidos, bem como exigir ações corretivas, onde necessário. Procurar evidências de retrabalho ou de defeitos e os custos que possam surgir em decorrência disso;
- comprar de fornecedores que podem apresentar provas de terem controle estatístico sobre seus processos;
- melhorar constantemente e permanentemente o sistema de produção e serviços;
- reestruturar o treinamento;
- melhorar a chefia. A chefia pertence ao sistema e é responsabilidade da administração;
- eliminar o medo;
- eliminar barreiras entre departamentos;
- eliminar metas numéricas, slogans e cartazes implorando às pessoas que melhorem. Em seu lugar, exibir vitórias da administração com relação aos empregados para a melhora de seu desempenho;
- eliminar padrões de trabalho que levaram ao estabelecimento de quotas diárias de produção. Os padrões de trabalho devem gerar qualidade, não apenas quantidade;
- instituir um programa maciço de treinamento em técnicas estatísticas;
- instituir um programa rigoroso de reciclagem de pessoal;

- criar uma estrutura na direção que incentive, todos os dias, o atendimento aos 13 pontos acima.

Cabe destacar também o trabalho de Davis (1994), que sob o ponto de vista do Código de Defesa do Consumidor, destaca os direitos do paciente:

O Código de Defesa do Consumidor fornece parâmetros seguros daquilo que, em termos de prestação de serviços à saúde, são direitos do consumidor (paciente) desses serviços.

De início fica assegurado que o paciente tem direito à proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos.

Para que esse riscos sejam minimizados e, se possível, eliminados, é fundamental que o paciente também colabore com a abolição da prática da automedicação, ou ainda, do aconselhamento medicamentoso diferente daquele emitido por um profissional médico.

Por outro lado, é preciso que se alerte todos aqueles que lidam fisicamente com o paciente, mais especificamente laboratórios, serviços de diagnóstico, pronto-socorros e hospitais, que é necessário realizar os serviços clínicos com a máxima atenção para não serem apontados e acusados por omissão, imperícia ou negligência, gerados por contaminação ou infecções de qualquer natureza. Hoje em dia estão bastante facilitadas as eventuais necessidades de comprovação quando os devidos cuidados não são tomados pelo prestador de tais serviços.

Outrossim, a educação e a divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços têm asseguradas também a sua liberdade de escolha. Esse aspecto vai diretamente à responsabilidade de laboratórios farmacêuticos em ter bulas facilmente inteligíveis não somente ao profissional médico, mas também ao paciente. É também preciso que prestadores de serviços de diagnóstico, como por exemplo aqueles que lidam com produtos que devem ser injetados ou ingeridos pelo paciente, diagnósticos com raios X, ultrasonografia, tomografia, ressonância magnética e outros, esclareçam de forma clara e objetiva ao paciente aquilo que será feito e o que se pretende. O paciente tem todo o direito de saber o que está sendo feito com o seu patrimônio: o seu corpo e a saúde desse corpo.

Além disso, esse paciente tem ainda o direito de se recusar a passar por este ou aquele exame em determinada entidade ou serviço. A liberdade de escolha é sua, desde que respeitados os padrões de atendimento a que tem direito. A imposição pode, segundo cada caso, ser julgada como abuso de poder e ser declarada criminosa (Davis, 1994).

Não deve ser esquecido que o consumidor de produtos e serviços médicos tem assegurada pelo Código de Defesa do Consumidor a sua proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços.

É fundamental que o paciente tenha plena consciência da necessidade de ser mais ativo, responsável, consciente e participativo. O paciente ou o seu responsável tem o direito de saber todos os dados a respeito de seu corpo, de sua saúde ou de sua doença, uma vez que esses pertencem ao paciente e não ao médico. O prontuário é um papel, formulário ou documento em que o médico registra tudo o que diga respeito ao seu paciente. E esse paciente tem direito ao acesso a todas as informações contidas naquele papel. Por outro lado, na eventual necessidade de se precisar de uma cópia desse prontuário, o médico é obrigado a fornecê-lo ao seu paciente, conforme determina o artigo 71 do Código de Ética Médica. Isso é sobretudo vantajoso quando o tratamento precisa ter continuidade por um outro profissional, pois evita-se que o paciente tenha que novamente relatar toda a sua história, ao mesmo tempo evitando eventuais esquecimentos de dados ou inserindo colocações de natureza emocional (Davis, 1994).

Um aspecto complementar muito relevante para a qualificação da relação médico-paciente e para o atendimento a aspectos éticos é o denominado “Consentimento informado”, que é a formalização do consentimento por parte do paciente quanto aos procedimentos a serem realizados ou condutas a serem tomadas. Entretanto, deve-se ter o cuidado adicional de que este consentimento seja obtido com a garantia da adequada compreensão por parte do paciente ou do responsável, em caso de impossibilidade ou impedimento.

Em função da exigência cada vez maior dos pacientes para que seus direitos sejam atendidos, existe a necessidade de se implantar um programa de qualidade em instituições de saúde. Pacientes, fornecedores e profissionais estão exigindo um comprometimento

renovado com a melhoria da qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde e hospitais, estimulados pela preocupação com a segurança do paciente e pela necessidade de reduzir taxas de erro e eventos adversos (Orlikoff & Totten, 2001).

Muitas organizações prestadoras de serviços de saúde já possuem um programa de qualidade implantado. Ainda assim, o processo de garantia da qualidade utilizado em hospitais geralmente provê um diagnóstico incompleto e impreciso da real situação. Um processo de garantia da qualidade focado em análise de incidentes tipicamente identifica problemas em algumas, mas não todas, as áreas do hospital. E, quando os problemas de qualidade são identificados, normalmente a “culpa” recai sobre pessoas. (Orlikoff & Totten, 2001)

Muitos hospitais também não desenvolveram uma definição de qualidade que englobe a clínica, o paciente, o fornecedor, e outras perspectivas importantes, que possam fornecer uma estrutura mais compreensiva para análise e melhoria da qualidade.

Nas décadas de 1980 e 1990, experiências de outras indústrias e pesquisa em qualidade em saúde mostraram que a maioria dos problemas de qualidade em hospitais não foram resultados de um erro individual, mas sim conseqüências de falhas em processos e sistemas que normalmente eram complexos, envolvendo muitas pessoas, unidades de trabalho e disciplinas dentro da organização.

Apesar de ainda haver barreiras significativas, um ponto positivo que merece destaque é que hoje já há uma boa compreensão da maioria dos erros originados. Assim, é possível aplicar técnicas modernas de melhoria da qualidade, como a melhoria contínua da qualidade e o gerenciamento da qualidade total, para monitorar e aprimorar os sistemas complexos utilizados na prestação de serviços de saúde.

A visão da qualidade também tem sido mudada. Ao invés de enxergar qualidade como simplesmente a ausência de problemas ou resultados negativos, já se fala de características essenciais da qualidade do atendimento e do ambiente que promove bons resultados. (Orlikoff & Totten, 2001)

Organizações de atendimento à saúde também podem incentivar a implantação de sistemas de melhoria da qualidade que não sejam específicos da área de saúde, como as

normas da família ISO 9000 e o critério de premiação da qualidade segundo Malcom Baldrige, para alcançar progressos na prestação de serviços qualificados.

Genésio Antônio Körbes, Diretor Executivo da Associação Hospitalar Moinhos de Vento (set/2000) relatou em uma entrevista à Revista da Administração em Saúde a experiência da implantação do modelo de qualidade total, citando como maiores dificuldades envolver, conscientizar e motivar as pessoas, bem como entender que a implantação aconteceria montando uma estrutura própria responsável pela qualidade total no Hospital. Segundo ele, para uma empresa implantar tal modelo deve passar por uma série de modificações, como quebrar a rigidez das estruturas orgânicas; introduzir a cultura do conceito cliente-fornecedor e compartilhar informações; cultura sistêmica em contraponto ao individualismo ou departamentalismo; cultivar as pequenas melhorias contínuas, permanentemente. Os principais benefícios advindos de tal sistema são consciência institucional, envolvimento das pessoas com idéias e ações, preocupação das pessoas nos processos, satisfação dos clientes, melhora da lucratividade. Körbes ainda afirma que a metodologia deve ser implantada com o fim específico de melhorar o resultado; deve ser adotada a prática de trabalhar processo por processo, somente passar para outro quando o primeiro estiver resolvido; além disso, o Corpo Clínico deve estar envolvido desde o início.

Nogueira (1994) destaca a aparente ambivalência existente entre a normatização e a particularização gerada do conhecimento e da prática:

Em princípio, a normatização dos serviços de saúde não deveria se contrapor às normas vitais e sociais dos indivíduos, sadios ou enfermos, mas apenas suplementá-las no que carecem temporariamente, ou conferir-lhes mais vigor numa dada direção que já apresentam espontaneamente.

Onde mais se precisa de regras claras para a prática clínica e cirúrgica dos serviços de saúde é, em primeiro lugar, nas situações de emergência. Isto acontece em situações catastróficas como o infarto do miocárdio, os estados de choque sistêmico, os politraumatismos, etc. Nestes casos, a rigidez das regras técnicas não é uma ameaça ao ser vivo, mas a garantia de que serão capazes de suprir a falência dramática de seus mecanismos regulatórios. Felizmente, o próprio avanço das técnicas médicas já assegurou

recentemente a definição de linhas de ação muito eficazes perante tais condições de privação da normatividade vital. O que necessita é incorporar tais linhas de ação às rotinas institucionais, legitimá-las amplamente e modificá-las eventualmente de acordo com as novas descobertas científicas e tecnológicas. Não se pode pensar em programas de Qualidade em saúde sem a clara definição dessas normas de atendimento e intervenção (Nogueira, 1994).

Pode-se notar que existe uma ambivalência entre, de um lado, a particularização adequada do conhecimento e da prática e, de outro lado, a generalização necessária e progressiva de normas de conduta: o problema da “normalidade” que o trabalho em serviços pretende resolver tem dois aspectos. De um lado, a particularidade, a individualidade, a contingência e a variabilidade devem ser preservadas, respeitadas e reconhecidas. De outro, o trabalho em serviços deve originar fundamentalmente um estado de coisas que esteja de acordo com certas regras, regulamentações e valores gerais. Conseqüentemente, um critério de Qualidade do trabalho em serviços é que ele não suprima a individualidade e a especificidade da situação de um “caso” em favor da norma de referência rígida, nem, inversamente, atribua uma tal importância às particularidades que as condições normais previstas por terceiros não sejam realizadas (Nogueira, 1994).

Finalmente, cabe também destacar o trabalho de Novaes e Paganini (1994), que analisam como deve ser desenvolvido um programa de garantia de qualidade, sendo necessárias qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente dos recursos, minimização de risco de lesões associadas aos serviços de saúde oferecidos, satisfação do paciente em suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde, e um sistema local de saúde (SILOS), onde os serviços intra e extra-hospitalares estejam coordenados e integrados.

O que foi ressaltado em tal trabalho é que, até o presente, a avaliação médica consiste, muitas vezes, em apreciar, mais a “arte de curar” ou estilos, com base nos critérios subjetivos das condutas médicas do que em precisas fórmulas quantitativas, e desta maneira aumenta, em grande parte, a dificuldade de condução de um pragmático processo de avaliação.

Quase sempre, a conduta médica tem por base critérios implícitos e estes em geral só podem ser avaliados por outro médico. Para superar esta dificuldade há necessidade de

explicitar estes critérios, através de protocolos que descrevem todos os passos lógicos seguidos pelos profissionais para chegarem a um diagnóstico e uma terapêutica correta, e que possam ser compreendidos e acompanhados por profissionais não médicos, afastando assim a possibilidade da avaliação subjetiva exclusivamente médica. Este processo é bastante complicado, pelas inúmeras variáveis que podem ocorrer na evolução clínica ou tratamento de uma determinada patologia, como também em relação a idade, sexo, e comorbidades dos doentes.

Estas condutas clínicas podem ser observadas nos prontuários dos pacientes, porém suas principais limitações são decorrentes da omissão de eventos importantes, como a falta de informações sobre o estilo da relação inter-pessoal entre o médico e o paciente e outras mais comuns, como próprios erros nas anotações de observações clínicas ou de sua codificação. A história clínica, entretanto, é o principal instrumento de avaliação do processo de atenção à saúde, e mesmo essa modalidade tão básica para garantir a qualidade está muito aquém do desejável por causa de deficiências nos hospitais, seja de recursos humanos preparados para organização de serviços e estatística médica, seja de comissões técnicas para realizarem revisões rotineiras da qualidade dos seus prontuários.

A garantia da qualidade institucional global é também complexa e difícil. Muitas vezes um hospital concentra a avaliação em aspectos secundários, não porque assim o quer, mas porque é mais fácil. Alguns métodos tem sido aplicados para classificar a gravidade de uma doença, ajudando o hospital a identificar problemas de qualidade na atenção médica, na utilização de recursos apropriados e no desempenho profissional (Novaes e Paganini, 1994).

Não resta dúvida de que até o momento não existe um único e melhor método para avaliar a assistência à saúde em termos absolutos. Para avaliação da capacidade técnica, utiliza-se o prontuário; para interação médico-paciente ou hospital-paciente, usa-se a observação direta ou questionários. Cada método pode ser aplicado em uma situação específica, mas não para todas.

A avaliação da estrutura é sempre mais fácil, rápida e objetiva, seja dos suprimentos, pessoal, qualificações, ou mesmo dos aspectos gerenciais. Deve-se recordar que a mais perfeita estrutura não garante qualidade, pois o mais perfeito sistema logístico

para suprimento do melhor bisturi não previne a secção de uma artéria. A revisão de condutas, chamada de avaliação do processo de atenção médica, tem por base a revisão das informações contidas nos prontuários ou a observação direta dos procedimentos. Observa-se, entretanto, que um médico do corpo clínico dedicado pode manter uma história clínica detalhada com minúcias, porém importantes dados subjetivos de todo o cenário clínico podem ser omitidos neste documento por não fazerem parte ainda de seus critérios clínicos implícitos. Pela avaliação do processo também se pode analisar variáveis quanto a acessibilidade dos pacientes ao hospital, grau de utilização dos serviços, etc. Por fim, como a apreciação do efeito da atenção médica na saúde é a meta mais importante, a avaliação dos resultados da assistência é o objetivo final dos programas de qualidade. Esta, porém, é sempre dificultada pelas distintas respostas individuais às agressões físicas e psicológicas durante o período de observação ou internação, corroboradas pela inexistência de padrões de qualidade explícitos para cada situação (Novaes e Paganini, 1994).

A extrapolação de técnicas de garantia da qualidade industrial para o setor de saúde esbarra sempre no conflito semântico entre “assistência à saúde” e saúde propriamente dita. Enquanto o primeiro termo refere-se a todos os mecanismos logísticos da produção da atenção médica, o segundo, que trata da saúde em um sentido mais amplo, tem conotações muito mais abrangentes, assim como seu respectivo controle de qualidade. Fatores como estilo de vida, genética e meio ambiente são mais importantes que a própria organização dos serviços de saúde, pois doenças cardíacas, acidentes cérebro-vasculares, acidentes automobilísticos, homicídios, etc., são mais dependentes de estilos de vida do que dos demais fatores (Novaes e Paganini, 1994).

Por outro lado, volta-se sempre para a visão restrita quando se compara que, da mesma forma que os passageiros de um ônibus querem chegar ao fim da viagem sem acidentes, conduzidos pelo melhor motorista, com uma gentil recepcionista, os doentes também esperam receber melhor atenção e retornar ao convívio comunitário sem seqüelas, após uma “viagem” pelos serviços de saúde. Nestes processos de tantas variáveis dificilmente conseguimos deixar de comparar os êxitos alcançados pelo setor produtivo industrial com o incipiente processo de avaliação da qualidade na “indústria” dos serviços de saúde comunitários ou em hospitais.

Graham (1990) propõe e analisa sistemáticas de avaliação de instituições hospitalares:

Os principais objetivos dos serviços de saúde são melhorar o status da saúde, prolongar a vida, diminuir a mortalidade, e aumentar a satisfação e o conforto do paciente. Estrutura, processo e resultado final formam um modelo relacionado hierarquicamente do qual se pode estudar qualidade em saúde. A complexidade e a dificuldade de se estudar qualidade a cada nível presumivelmente aumenta à medida que se avançam as medidas de qualidade da estrutura para processo e para o resultado final. Este modelo presume que indicadores de qualidade nos níveis da estrutura e do processo implicam qualidade no resultado final.

Apesar da implicação de que uma boa estrutura e um bom processo resultará em um bom resultado final, questões significantes tem sido levantadas a respeito da validade desta relação. Além disso, a garantia da qualidade utilizando auditorias de processo garante uma medida da padronização do serviço prestado. É de se esperar que esta padronização acabará gerando uma melhora no atendimento ao paciente. Entretanto, é também possível que essa padronização gere uma prática mais uniforme de um mau atendimento. Uma vez que os padrões mudam e definições de qualidade geralmente são evolucionárias, um bom controle e garantia da qualidade está menos relacionado com os atuais monitoramentos do cuidado ao paciente e atendimento a padrões minimalistas e mais fortemente relacionado com a busca da excelência.

Graham (1990) analisa o processo de auditorias: a auditoria de processo, a padronização da documentação, não necessariamente refletem medidas que acabarão gerando melhorias no resultado final. Por outro lado, auditorias de resultado final pode não refletir a adequação do atendimento médico, e pode acabar refletindo aspectos não relacionados da condição do paciente. Análises críticas dos processos devem ser combinados com análises críticas do resultado final, de maneira a verificar o efeito total do atendimento médico. Deve se ter especial atenção e relacionar o processo com o resultado final e ignorar fatores que possam contribuir com resultados inesperados.

O autor também faz uma análise de métodos de implantação de programas de garantia da qualidade em serviços de saúde propostos na literatura, destacando, entre outras:

- Whitcomb et al. sugeriram que programas de garantia da qualidade de sucesso requerem metodologias múltiplas, incluindo análise crítica de reclamações, proteção genérica, e auditorias de processo. A seguir eles sugerem que um sistema eficaz é educacional e construtivo, não punitivo e julgador;
- Overton ofereceu um método informatizado para simplificar a análise crítica de dados, utilizando uma planilha;
- Flint et al. sugeriram que o sucesso de um programa de garantia da qualidade em um departamento de emergência requer a participação ativa de todos os membros da equipe, clínicos e não clínicos;
- Payne et al. postularam que um simples feedback na performance não muda o comportamento. Métodos não coercivos envolvendo empresas prestadoras de serviços de saúde em identificação de problemas, solução de problemas, e implantação de soluções demonstraram mais eficazes para mudança de comportamento.

O autor conclui destacando que o reconhecimento de aspectos multidimensionais no atendimento à saúde permite a melhoria em níveis múltiplos. Um ganho em cada nível contribui significativamente para a melhoria de todo o “produto”.

Graham (1990) também apresenta um modelo integrado – Modelo de Auditoria de Qualidade Integrado (AQI), que inclui quatro componentes: Garantia da Qualidade, Gerenciamento de Risco, Gerenciamento de Recursos e Controle de Infecções. (Figura 1).

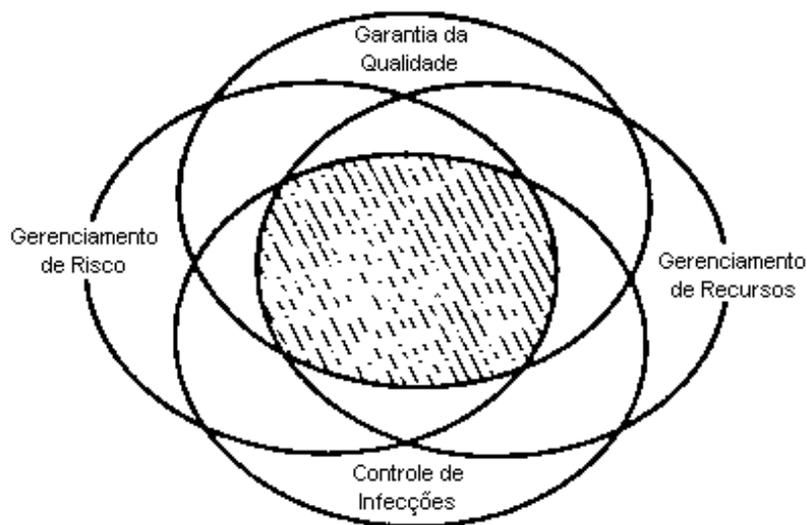


Figura 1 – Modelo de Auditoria de Qualidade Integrado de Graham (1990)

Uma vez que essas funções se desenvolvem independentemente para atingir diferentes necessidades operacionais, geralmente são tratados como funções distintas e separadas em muitos hospitais. O modelo AQI visa integrar as funções. Para atingir demandas práticas de tal sistema, é necessário coordenar a coleta e análise de dados. No modelo de AQI isso é atingido centralizando a autoridade em um Departamento de Gerenciamento da Qualidade e delegando a responsabilidade de coleta de dados para vários coordenadores.

2.2 *Normas de Qualidade Aplicáveis a Instituições Hospitalares*

Alguns trabalhos foram desenvolvidos para análise e comparação de normas de qualidade aplicáveis em instituições hospitalares.

Nogueira (1994) inicialmente compara os trabalhos de Deming e Juran sobre a criação do método de Gestão da Qualidade Total, verificando as semelhanças:

- a necessidade de instaurar mecanismos para auscultar a “voz do cliente” e sintonizar o planejamento com suas modulações;
- a meta de elevação contínua do nível de qualificação e educação geral dos trabalhadores;
- a necessidade de motivação e da participação de todos;
- o imperativo do desenvolvimento da liderança e da capacidade de trabalho em grupo, seja a equipe funcional, sejam as comissões voltadas especificamente para iniciativas pró-Qualidade;
- a importância do domínio por todos das ferramentas estatísticas para monitoramento do processo de produção; entre outras.

Nogueira (1994) também analisa o trabalho de Donabedian em Controle Total da Qualidade (CQT) em serviços de saúde, definindo os sete pilares da qualidade em saúde:

- eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
- efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
- eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível;
- otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios;
- aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado;
- legitimidade: conformidade com as preferências sociais em relação a tudo mencionado acima;
- equidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Finalmente, o autor realiza uma comparação entre o CQT e a linha de garantia de Qualidade em saúde. Nessa comparação é possível observar que o CQT:

- assume um compromisso radical com a visão do usuário, mas procurando compatibilizá-la com as prioridades sociais, como o princípio da equidade;
- não é conduzido primariamente por médicos especializados em uma área do saber científico;
- envolve necessariamente, como objeto de análise e aperfeiçoamento, o trabalho não só dos médicos e não só da equipe da saúde, mas também dos que exercem funções administrativas e de apoio;
- depende da participação de todos num processo de estabelecimento de objetivos da Qualidade, de identificação de problemas e de falhas na sua realização;
- procura desenvolver a capacidade de análise científica de problemas do cotidiano, mas estimula o envolvimento psicoafetivo das pessoas com seu trabalho.

Já Davis (1994) analisa a aplicabilidade e as vantagens da implantação das normas série ISO 9000 em uma instituição hospitalar:

A formação de uma unidade hospitalar precisa seguir os mesmos moldes de profissionalismo adotado para a formação de qualquer outro tipo de negócio e até mesmo com mais exigências em termos de qualidade e agilidade administrativa, financeira, logística, de informatização, de recursos materiais e humanos e até comerciais.

Seria uma leviandade afirmar que, em termos de saúde, podemos categorizar os hospitais como se fossem hotéis com três, quatro ou cinco estrelas. Essa terminologia só seria aplicável aos serviços de “hotelaria” hospitalar, ou seja, no nível de conforto do paciente e de seu eventual acompanhante. Naquilo que diz respeito aos recursos, assim como aos serviços de apoio, respeitadas as devidas proporções de cada um, é imperativo que todos sejam “cinco estrelas”. Assim, dentro dessa ótica, é inconcebível que mesmo o mais simples dos hospitais se utilize de esterilizadores de seringas e agulhas. Só se deve admitir o uso de seringas e agulhas descartáveis. O mesmo se aplica a uma série de outros materiais e equipamentos.

O autor destaca os principais aspectos da norma ISO 9000 em um hospital:

- a norma pode auxiliar consideravelmente no esclarecimento de eventuais dúvidas em sistemas de gestão hospitalar, assim como em seus múltiplos aspectos de natureza técnica;
- a definição dos objetivos para a qualidade;
- o comprometimento da alta administração;
- rastreabilidade em todo o curso do processo;
- sistematizar a área de consultas aos serviços oferecidos pelo hospital;
- controlar os fornecedores e desenvolver parcerias com esses;
- a auditoria de sistemas e processos.

Finalmente, podemos destacar o trabalho de Moore (1999), que realizou uma comparação do Sistema de Acreditação Americano com as normas série ISO 9000:

Em função da demanda incipiente de certificações ISO 9000 para hospitais nos EUA, a autora desenvolveu um trabalho no qual compara as normas ISO 9000 com as normas de acreditação desenvolvidas pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde).

Em 1996, o Spears's American Legion Hospital em Crowley, La., se tornou o primeiro hospital no país a ser certificado pelas normas ISO 9000. Uma das vantagens destacadas pelo hospital é que a norma não é específica para uma determinada indústria, ela “não determina como você deve gerenciar o seu negócio, e sim espera que você saiba como fazê-lo”. A grande diferença é a existência de procedimentos. A norma ISO define o processo de trabalho, identificando e documentando todos os processos de uma empresa.

As normas ISO 9000 também enfatizam bastante o *follow-up* do sistema, através de ações corretivas e preventivas, auditorias internas da qualidade, e análise crítica do sistema pela administração.

Além disso, a autora também destaca o treinamento aplicado a todo o pessoal do nível operacional.

Atualmente os líderes da JCAHO estão determinando quais aspectos da norma ISO 9000 podem ser adicionados às suas normas, como a questão de avaliação da qualidade dos fornecedores – requisito já pertencente às normas da JCAHO, mas que está sendo revisado para um aumento de rigor nesse aspecto.

Por outro lado, uma das vantagens das normas da JCAHO é destacar aspectos importantes que devem ser observados no atendimento de saúde e as características de como fazê-lo bem, como o gerenciamento de informação, controle de infecção, gerenciamento do ambiente hospitalar. A JCAHO enfatiza bem mais o resultado final do processo.

Para a realização do estudo teórico e do estudo de caso junto ao Hospital Moinhos de Vento foram utilizados como base outros trabalhos semelhantes já publicados (Albertin, 2001; Oliveira, 1996; Mota, 1996). A realização das entrevistas e o tratamento dos dados qualitativos gerados foram baseados em artigo específico (Ribeiro, 2001).

3. Estudo Teórico

3.1 *Histórico da Acreditação*

O conteúdo desta seção foi adaptado de Quinto Neto e Gastal (1997), e Quinto Neto (2000).

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países. Na atualidade este processo avaliativo vem adquirindo maior visibilidade social em todo o mundo, na medida em que o público deseja obter informações mais específicas sobre a qualidade dos serviços oferecidos.

Nos Estados Unidos o processo de acreditação originou-se de iniciativas da corporação médica. Em 1910, Ernest Codman desenvolveu um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado final, por meio do qual se verificava a efetividade do tratamento médico. Este sistema foi a base da fundação, em 1913, do Colégio Americano de Cirurgiões.

Cinco anos depois é publicado o primeiro padrão e inicia o Programa do Colégio de Cirurgiões de Padronização de Hospitais. Em 1919, esta instituição adota cinco padrões

oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que passam a ser conhecidos genericamente como “Padrão Mínimo”.

O “Padrão Mínimo” exigia os seguintes itens:

- os médicos que trabalham em hospitais devem estar organizados como grupo (corpo médico);
- os médicos e cirurgiões devem dispor de certificados e licenças reconhecidas, caráter e ética profissional;
- o corpo médico deve reunir-se pelo menos uma vez por mês e revisar todos os registros médicos para analisar os serviços médicos;
- os médicos devem fazer registros exatos dos casos de todos os pacientes;
- disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica, incluindo patologia, radiologia e serviços de laboratório.

O “Padrão Mínimo” foi o precursor do processo de Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos. Em 1950, ao Colégio Americano de Cirurgiões juntaram-se o Colégio Americano de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense. Todas essas entidades passaram a compor a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Em 1959, a Associação Médica Canadense passou a desenvolver seu próprio programa via Conselho Canadense de Acreditação Hospitalar.

Em dezembro de 1952, o Colégio Americano de Cirurgiões delegou oficialmente o programa de acreditação para a *Joint Commission*. Em janeiro de 1953 já começaram a ser oferecidos os serviços de acreditação. A *Joint Commission* manteve os princípios gerais do processo delineado anteriormente. O trinômio “avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado. O caráter voluntário de submissão ao processo também foi mantido, mesmo ao longo da expansão vivida pelo programa, o qual passou a ser chamado de *Hospital Accreditation Program* (Programa de Acreditação Hospitalar).

Em 1970 a *Joint Commission* optou por definir padrões ótimos de assistência, que foram publicados no “1970 *Accreditation Manual for Hospitals*”. Os critérios mínimos

indispensáveis para o funcionamento dos serviços transformaram-se em elementos reveladores de provável elevado padrão de prestação de assistência médica. Esta mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição do foco de atenção da *Joint Commission*, originalmente na estrutura, para a consideração dos processos e resultados da assistência.

Embora os hospitais não fossem obrigados a se tornarem acreditados pela *Joint Commission*, havia um grande incentivo para que isto ocorresse, chegando a uma participação de 80%. Vários são os programas de acreditação nos Estados Unidos, porém o da *Joint Commission* constitui-se no mais procurado e prestigiado na área hospitalar.

Em 1987, o nome da organização mudou de *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), refletindo a expansão do objetivo das atividades de acreditação.

No mesmo ano, a JCAHO desenvolveu o programa “*The Agenda for Change*”, com a finalidade de criar um processo de acreditação mais moderno e sofisticado, enfatizando no desempenho organizacional. Dessa maneira, aspectos clínicos passaram a ser valorizados, sobretudo os resultados da assistência. No início dos anos 90, o produto da mensuração de resultados passou a ser expresso em quatro níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendações, acreditação com recomendações e acreditação condicional.

A JCAHO atua somente nos Estados Unidos, e não autoriza o uso de sua metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território notre-americano é de responsabilidade da *Joint Commission International* (JCI), empresa ligada a JCAHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem parcialmente o modelo JCAHO, mas que não tem o seu reconhecimento.

Em 1989 a Organização Mundial de Saúde iniciou um trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se, assim, contribuir para uma progressiva mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os níveis e serviços, um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da

Instituição, com o estabelecimento de metas claras e mobilização constante para o aprimoramento dos objetivos para garantir a qualidade da atenção médica.

Em 1990 foi firmado convênio entre a OPAS e a Federação Latino-Americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina” com a intenção de que servisse como impulso para a promoção, definição e adequação destes padrões. Em 1991 esta parceria produziu um modelo de acreditação hospitalar supostamente apropriado para a região, já que se apresentava flexível e adaptável às diferentes realidades.

Os padrões preconizados referiam-se aos variados serviços existentes em um hospital geral para o tratamento de casos agudos, como a continuidade da assistência, a transferência, entre outros. Pretendia-se um guia ilustrativo para ser utilizado por comissões nacionais multi-institucionais quando do desenvolvimento de seus próprios modelos.

No Brasil, a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) foi criada em 1941 dentro do Departamento Nacional de Saúde vinculado ao Ministério de Educação e Saúde. Essa instituição tinha por objetivos coordenar, cooperar ou orientar, em todo o Brasil, os estudos e a solução dos problemas relacionados à assistência a doentes, deficientes físicos e desamparados. Dentre suas competências destacavam-se o incentivo ao desenvolvimento e à melhoria de instituições e serviços de assistência; o estabelecimento de normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos, casas de saúde e outras unidades de assistência; a organização e manutenção do cadastro dos estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência; a realização das inspeções, para que fosse possível esclarecer os processos de subvenção federal a instituições de assistência e a fim de se verificar anualmente a aplicação dos auxílios da União.

A estratégia para a formação de uma rede nacional de hospitais envolveu diferentes etapas. Dentre estas etapas estavam a elaboração de legislação básica, iniciada em 1941 e parcialmente completada em 1945; o censo geral e cadastros hospitalares realizados em 1941 e 1942; a classificação das instituições médico-sociais e definições da finalidade e tecnologia indispensáveis. Da fase preparatória constava ainda a introdução na prática da moderna organização hospitalar, o que ocorria por meio de curso desenhado segundo as

necessidades do momento e de grande prestígio na época, responsável pela formação de importante contingente de administradores hospitalares. Finalmente foram elaboradas normas e padrões abrangendo o complexo hospitalar, com base em estudo minucioso da distribuição de leitos existentes e leitos a serem construídos, bem como a localização das futuras construções. Desta última etapa resultou o modelo hospitalar a ser seguido. A intenção dessa fase era estabelecer padrões viáveis, cujo aprimoramento seria feito ao longo dos anos. A execução do plano era prevista para um decênio.

Para uma “boa organização moderna, hospitalar e para-hospitalar” entendia-se que era necessário um rigoroso controle de todas as atividades na instituição, desde a inscrição e qualificação de doentes na admissão, os registros clínicos diários e as estatísticas, até a escrituração minuciosa de tudo o que se relacionasse à vida econômica e financeira. Considerava-se este preceito indispensável para todas instituições médicos-sociais.

A primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil havia sido prevista na Lei 1.982 de 1952. A classificação dos hospitais para efeito da lei era feita em quatro tipos – A, B, C e D –, determinando os requisitos necessários para cada um deles. Os hospitais da classe A deveriam atender aos seguintes requisitos: edifícios e instalações adequadas à prática hospitalar moderna; existência de regulamentos e estatutos definindo claramente os serviços a serem prestados e a responsabilidade dos órgãos de direção; habilitação da administração; corpo médico constituído de clínicos gerais e especialistas; regulamento do corpo médico; existência de médicos residentes; serviços auxiliares para o diagnóstico e terapêutica adequados; arquivo médico; reuniões dos chefes dos serviços. As classes B a D envolviam padrões de complexidade decrescente.

Desde 1970 o setor de saúde no Brasil vem trabalhando com avaliação hospitalar sem que houvesse impacto sobre a qualidade dos serviços prestados. Neste período foram publicadas normas e portarias regulamentando os meios necessários para a implantação de um sistema capaz de avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Apesar das várias propostas de avaliar os serviços de saúde, sobretudo hospitais, o sistema de avaliação acabou restringindo-se ao credenciamento de hospitais para venda de serviços ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir de 1990 surgiram no Brasil algumas iniciativas relacionadas à acreditação hospitalar. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Qualidade” com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Esse projeto estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde liderada pelo coordenador deste programa, com a participação de representantes da profissão médica, provedores de serviços, consumidores e órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade. A comissão desempenhou importante papel no estabelecimento das diretrizes do programa e na sua disseminação. Dada a importância do tema tratado – qualidade, e a ênfase a ele destinada nas outras esferas do governo, as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas.

Em julho de 1997, o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, anunciou a contratação de Humberto de Moraes Novaes para desenvolver a acreditação no âmbito do Ministério, na tentativa de unificar os vários esforços nacionais.

O Ministério da Saúde coordenou um piloto de aplicação e aprimoramento do instrumento a ser adotado pelo Programa Brasileiro. Em abril de 1998, os participantes deste piloto reuniram-se no Paraná para discutir os resultados encontrados. Desta discussão, ocorrida em setembro, a nova versão do Manual de Acreditação (1998) foi concluída.

O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado no mês de novembro de 1998, bem como o instrumento nacional desenvolvido na iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes.

Em agosto de 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente e seu superintendente indicado pelo conselho. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Em 2000, estas instituições passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional.

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação.

Com a existência de instituições acreditadoras, credenciadas junto à ONA, inicia-se oficialmente no país o processo de acreditação. Estas entidades se encontram habilitadas para preparar avaliadores internos, avaliadores externos e, por consequência, realizarem os processos de acreditação com emissão de Certificados para os bem sucedidos.

3.2 A Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Estrutura do Sistema Nacional de Acreditação

O conteúdo desta seção foi baseado nas Normas Orientadoras da ONA (2000).

O Sistema Nacional de Acreditação se constitui no conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. É um sistema independente, privado, constituído de forma representativa por todos os atores que compõem os diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, com a sociedade civil e com o Ministério da Saúde.

É composto por uma Organização Nacional de Acreditação (entidade líder e controladora), tendo por objetivos principais a normatização, a coordenação e a implantação do processo de Acreditação nas Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde brasileiras, pelas Instituições Acreditadoras com a função de executar as atividades do Processo de Acreditação, pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde públicas e privadas. A missão da ONA é a promoção de um Processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil.

A estrutura organizacional da Organização Nacional de Acreditação está representada na Figura 2. O Conselho de Administração é representado em um terço pelo CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, um terço pelos prestadores privados de serviços, e um terço representado pelos compradores privados de serviços.

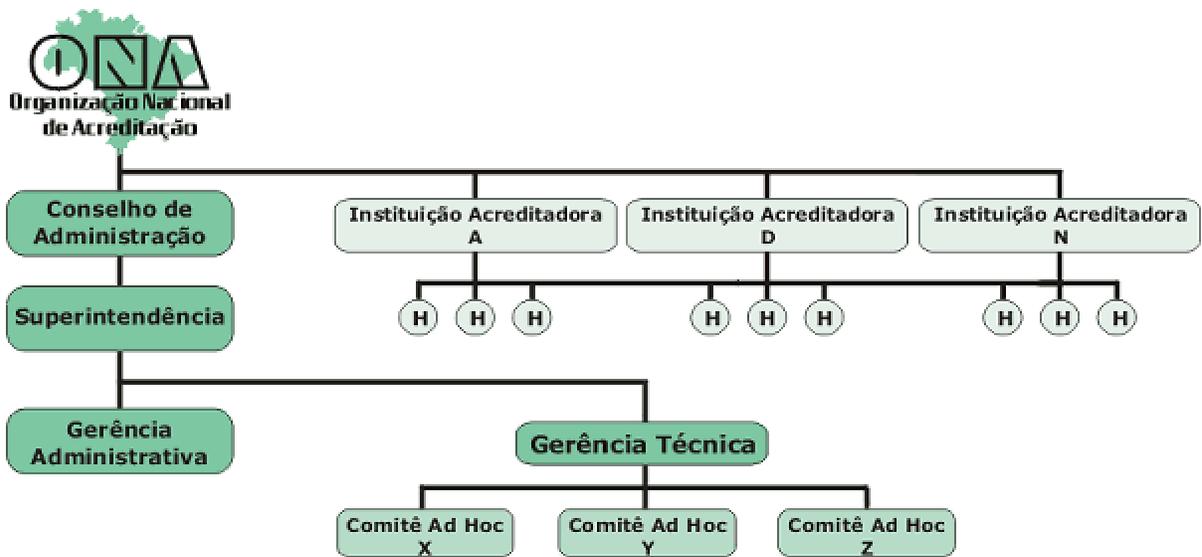


Figura 2: Estrutura organizacional da Organização Nacional de Acreditação

As atribuições e competências da ONA são:

1. regulamentar o Processo de Acreditação no país;
2. coordenar a implantação, implementação e desenvolvimento em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, através de certificações periódicas;
3. promover o desenvolvimento e a disseminação de instrumentos para atender ao processo de auto avaliação e ao aprimoramento contínuo da assistência à saúde;
4. definir critérios e credenciar Instituições Acreditoras;
5. estabelecer os padrões básicos a serem utilizados nacionalmente pelas Instituições Acreditoras;
6. estabelecer as diretrizes gerais para o treinamento e capacitação dos avaliadores;
7. controlar e avaliar o Processo de Acreditação;
8. estimular a criação de Instituições Acreditoras;
9. estimular as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde a procurarem o grau de satisfação dos seus usuários como instrumento básico para a Gestão da Qualidade.

Instituição Acreditora é uma organização de direito privado credenciada 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 atribuições e competências das Instituições Acreditoras são:

1. avaliar a qualidade dos serviços de saúde;
2. certificar as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde acreditadas;
3. capacitar os avaliadores para o processo de avaliação.

Estas entidades devem:

- seguir os procedimentos e padrões apresentados pela ONA, instrumentalizado pelo Manual Brasileiro de Acreditação – ONA;
- proceder a avaliação para fins de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, estritamente dentro das diretrizes e requisitos contidos nas Normas da ONA;
- observar o Código de Ética que regula o Processo de Acreditação.

As instituições acreditadoras também podem, facultativamente, ministrar palestras ou conferências de sensibilização, além de realizar diagnósticos organizacionais por meio da aplicação das técnicas e dos instrumentos de avaliação do processo de acreditação.

É vedada às instituições acreditadoras a atividade de consultoria ou assessoria, como:

- a preparação ou produção de manuais, protocolos ou procedimentos operacionais;
- a participação na tomada de decisão relativas aos processos assistenciais, organizacionais e aos sistemas gerenciais da organização;
- o aconselhamento especializado para o desenvolvimento e implantação dos sistemas assistenciais, de gestão e qualidade, voltados para uma eventual acreditação.

Para fins de Acreditação, Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde são definidas como entidades jurídica e legalmente constituídas nas quais se prestam serviços de assistência médica, de tipo hospitalar, hemoterápico, laboratório e patologia clínica, ambulatorial e pronto atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria.

3.3 Diretrizes do Processo de Acreditação

O conteúdo desta seção foi baseado nas Normas Orientadoras da ONA (2000).

O processo de avaliação inicia quando uma determinada Organização Prestadora de Serviços de Saúde manifesta interesse em ser avaliada junto à Instituição Acreditadora. Esta, com base nas informações coletadas, formula uma proposta.

Uma vez selecionada uma Instituição Acreditadora, a Organização deve preencher um questionário preliminar e enviar para a Instituição Acreditadora o seu alvará de funcionamento, a licença sanitária, e o registro do responsável técnico no CRM. Após a análise da documentação, a Instituição Acreditadora encaminha o contrato para a Organização, além de uma cópia para a ONA.

A seguir, a Instituição Acreditadora prepara o processo para a realização da visita, indicando a equipe de avaliadores à direção da Organização, para a aprovação. O avaliador-líder e sua equipe de avaliadores, então, entram em contato com a direção da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para a montagem do plano de visita.

Durante a avaliação, podem surgir quatro tipos de registros:

- I. Não conformidade maior:
 - ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo;

- pode ser gerada a partir de um grande número de não conformidades “menores”, constatadas ao longo da avaliação da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema;
- uma situação que possa, com base nas evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

II. Não conformidade menor:

- falta de cumprimento a requisitos do Sistema da Qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do Sistema da Qualidade;
- uma não adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

III. Observação:

- uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade auditada;
- desconforto da equipe de avaliadores;
- falha potencial.

IV. Pontos Fortes:

- qualquer fato positivo evidenciado durante a avaliação, como por exemplo o atendimento ou o atendimento parcial a um padrão de nível superior ao nível para o qual a instituição foi acreditada (conforme descrito em 3.4).

Terminada a avaliação, a equipe de avaliadores emitirá o Relatório de Avaliação com os resultados da visita, que será apresentado à Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Esta deverá registrar a sua ciência no Relatório. A Organização avaliada terá um prazo de 90 dias, a contar da data de assinatura de ciência, para ajustar as não conformidades menores, se for o caso, e solicitar nova visita à Instituição Acreditadora, que retornará à Organização para verificar as não conformidades menores pendentes. Ao final

da visita, a equipe de avaliadores entregará o Relatório de Avaliação à Organização Prestadora de Serviços de Saúde, que registrará sua ciência no mesmo.

O processo de avaliação é considerado terminado após aprovação do Relatório de Avaliação pela Instituição Acreditora, emissão do seu parecer final sobre o processo de avaliação, entrega deste à organização avaliada e dos documentos correspondentes à Organização Nacional de Acreditação.

O processo de avaliação está representado na Figura 3.

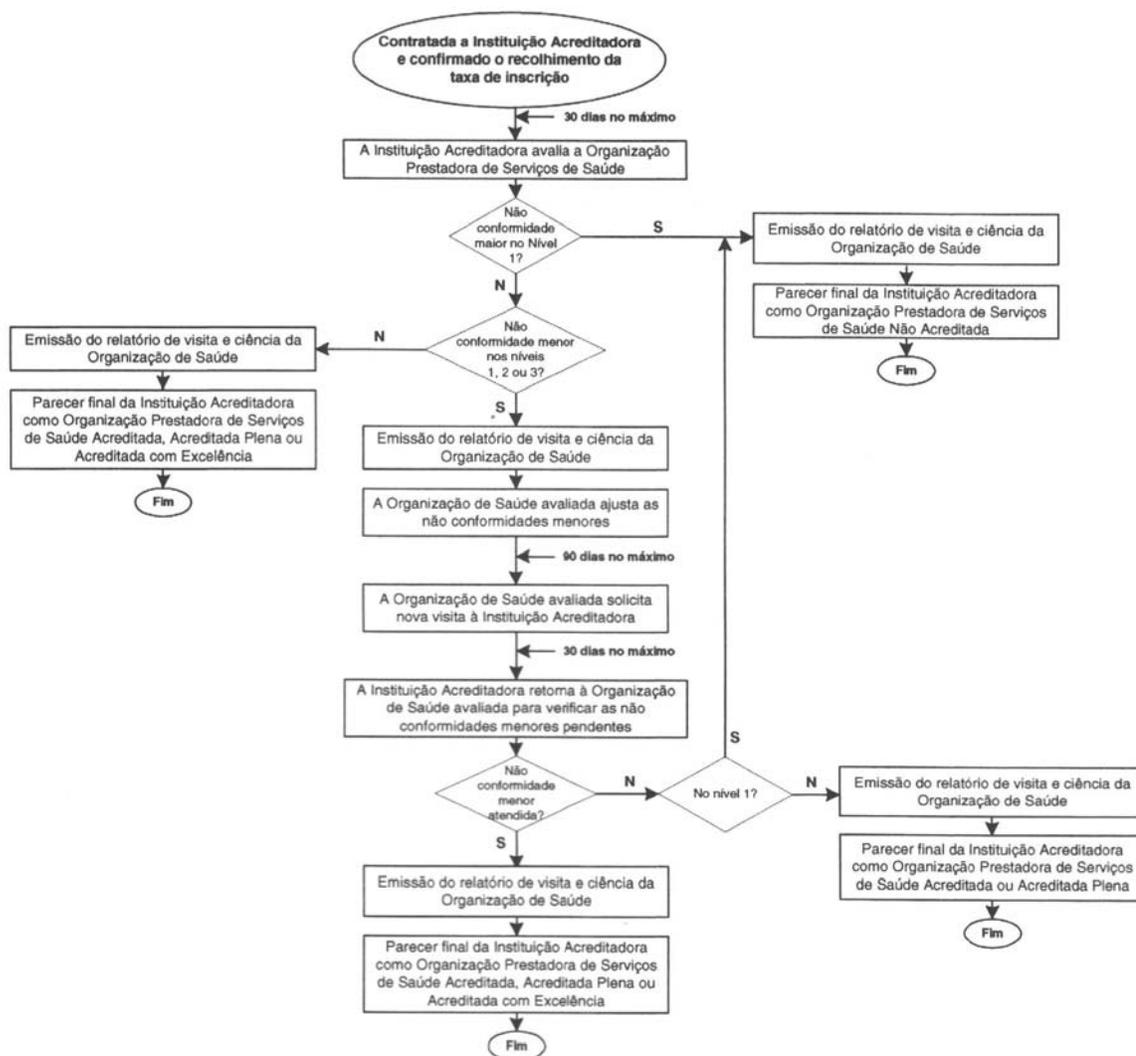


Figura 3 – Processo de acreditação hospitalar (ONA, 2000)

No período de validade do certificado, a Organização Acreditada estará subordinada a dois mecanismos de controle para a verificação de manutenção do desempenho obtido no processo de avaliação: a avaliação anual simplificada de manutenção de Acreditação e a detecção de eventos-sentinela.

A avaliação anual simplificada de Manutenção da Acreditação está representada na Figura 4.

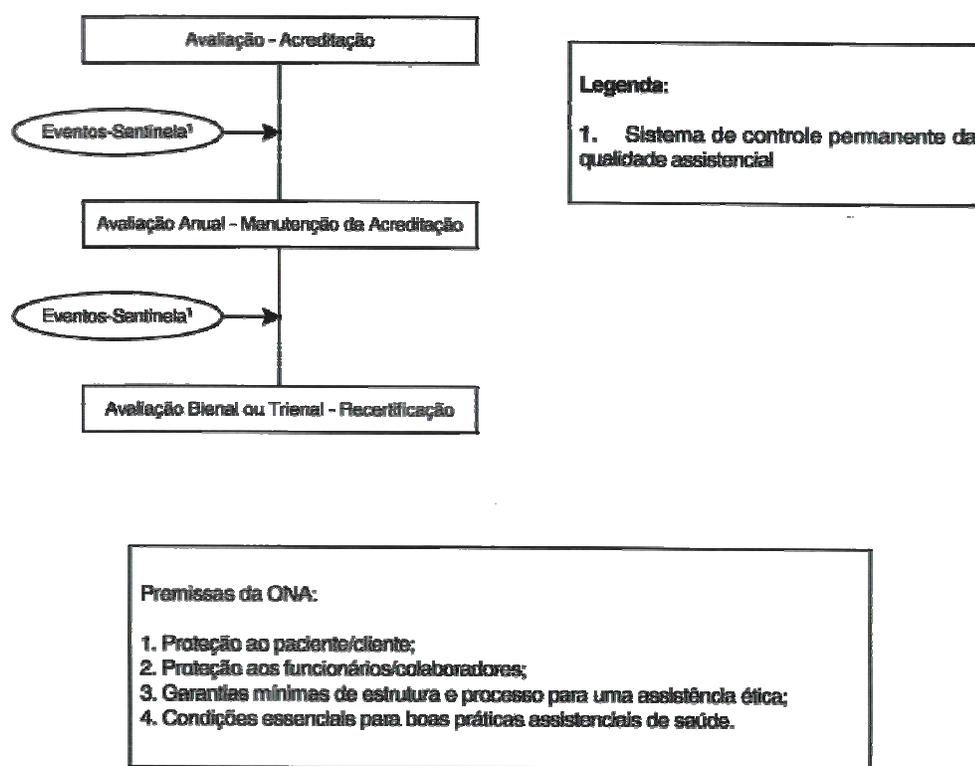


Figura 4 – Manutenção da Acreditação (ONA, 2000)

Evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da organização, como elevação incidental da taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar elevada, suicídio de paciente em local onde recebe assistência 24 horas, troca de bebê após o nascimento, entre outros.

A ocorrência de um evento-sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e conseqüentemente estruturas e processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de dano aos clientes.

A identificação de um evento-sentinela em uma Organização Acreditada supõe a necessidade imediata de investigação sobre as causas, o planejamento de medidas corretivas, a execução das medidas e a verificação dos resultados (PDCA), a fim de evitar ou reduzir o potencial de uma nova ocorrência futura.

As informações relativas aos eventos-sentinela serão tratadas dentro de um contexto de confidencialidade. A Instituição Acreditadora manterá um Banco de Dados de Eventos-Sentinela das organizações certificadas sob sua responsabilidade, bem como repassará estas informações para a Organização Nacional de Acreditação, a fim de permitir a obtenção de conhecimentos acerca dos incidentes, das causas, das alternativas e das estratégias para reduzi-los ou evitá-los.

A ONA recomenda à Alta Administração de uma Organização Acreditada que, ao tomar conhecimento de um evento-sentinela, adote as seguintes providências:

- designe imediatamente um ou mais colaboradores para que efetuem uma análise das causas e apresentem um plano de ação para corrigir as anomalias detectadas;
- comunique a detecção do evento-sentinela à Instituição Acreditadora, em um prazo de cinco dias úteis da ocorrência ou do conhecimento do fenômeno, através do Relatório de Comunicação de Evento-Sentinela;
- encaminhe à Instituição Acreditadora o Relatório de Análise das Causas de Evento-Sentinela.

Caso a Instituição Acreditadora ou a ONA sejam informadas sobre o evento-sentinela através de outras fontes – clientes internos, clientes externos ou imprensa – imediatamente fará contato com a Alta Administração da Organização Acreditada a fim de encorajá-la a apresentar os dois documentos acima mencionados. Se a extensão da anomalia informada for interpretada como grave em termos de risco aos pacientes, a Instituição Acreditadora acionará a sua instância deliberativa correspondente, para que esta

delibere sobre o assunto e defina as providências que devam ser efetuadas, estando preparada para enviar à Organização Acreditada, um ou mais avaliadores, com o propósito de analisar a situação e sugerir medidas corretivas.

Se a Alta Administração da Organização Acreditada no prazo de até 30 dias da ocorrência ou conhecimento do evento-sentinel, não apresentar os documentos anteriormente referidos à Instituição Acreditadora, será colocada em estado de “Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Sob Observação”, cabendo à Instituição Acreditadora, consultada a sua instância deliberativa correspondente, proceder a Comunicação Pública dessa condição, após a anuência da ONA.

Inexistindo evidências de medidas da Alta Administração em promover as correções necessárias, em um prazo máximo de 90 dias, a Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada receberá a comunicação correspondente à perda de sua condição de Organização Acreditada, seguindo-se de comunicação pública (mídia), após anuência da ONA.

O processo de recertificação será desencadeado por iniciativa da Organização Acreditada, por ocasião do término da validade do certificado anteriormente obtido. O processo de recertificação poderá ser acionado antecipadamente ao término da validade do certificado, em qualquer tempo, como forma de acesso antecipado (*up-grade*) a um nível de acreditação superior ao vigente, desde que efetuado com a mesma Instituição Acreditadora.

3.4 Critérios de avaliação

O conteúdo desta seção foi baseado nas Normas Orientadoras da ONA (2000).

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, incorporado no Manual Brasileiro de Acreditação, é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções. Nas subseções existem padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores. Para cada nível são

definidos itens de verificação que orientam a visita e a preparação do serviço de saúde para a Acreditação. Os padrões seguem o princípio do “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido. Os padrões são interdependentes, pois os estabelecimentos devem funcionar como um conjunto harmônico de serviços e, concomitantemente, como parte de uma rede local de estabelecimentos integrados.

Os três níveis definidos em cada subseção são:

I. NÍVEL 1

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 avaliada, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Princípios orientadores:

- habilitação do corpo funcional;
- atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;
- estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

II. NÍVEL 2

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do 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.

Princípios orientadores:

- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;

- evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

III. NÍVEL 3

As exigências deste nível contemplam evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Princípios orientadores:

- evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados;
- utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Os requisitos do Manual são cumulativos: para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível estejam atendidos em todas as subseções. Assim, para uma organização ser acreditada é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1; para ser acreditada plena, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1 e todos os de Nível 2; para ser acreditada com excelência, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1, Nível 2 e Nível 3. Em caso de apresentar não conformidades menores é facultada a manutenção do processo em aberto por um período máximo de noventa dias para a resolução das mesmas e, na formulação do resultado final pesará o mesmo critério, na medida em que seja atingida conformidade com todos os padrões necessários para o devido enquadramento em um dos três níveis. O Quadro 1 apresenta os resultados possíveis obtidos na avaliação.

Quadro 1 – Possíveis resultados da avaliação em uma organização hospitalar

Padrão correspondente a	Presença de não conformidade maior	Não conformidade menor não atendida em 90 dias	Não conformidade menor atendida em 90 dias
Nível 1	Organização não acreditada	Organização não acreditada	Organização acreditada – Nível 1
Nível 2	Organização acreditada – Nível 1	Organização acreditada – Nível 1	Organização acreditada plena – Nível 2
Nível 3	Organização acreditada plena – Nível 2	Organização acreditada plena – Nível 2	Organização acreditada com excelência – Nível 3

As seções e subseções constantes no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares são apresentadas no Quadro 2. (ONA, 2001)

Quadro 2 – Seções e subseções do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Seção	Subseção
Liderança e Administração	Direção
	Administração
	Garantia da Qualidade
Serviços Profissionais e Organização da Assistência	Corpo Clínico
	Enfermagem
Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente	Internação
	Referência e Contra-Referência
	Atendimento Ambulatorial
	Emergência
	Centro Cirúrgico
	Anestesiologia
	Obstetrícia
	Neonatologia
	Tratamento Intensivo
	Hemoterapia
	Reabilitação
	Medicina Nuclear
	Radioterapia
Serviços de Apoio ao Diagnóstico	Laboratório Clínico
	Diagnóstico por Imagem
	Métodos Gráficos
	Anatomia Patológica
Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento	Arquivo Médico
	Controle de Infecção Hospitalar
	Estatísticas
	Farmácia
	Nutrição e Dietética
	Central de Processamento de Roupas – Lavanderia
	Processamento de Materiais e Esterilização
	Higiene
	Segurança e Saúde Ocupacional
	Serviço Social
Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura	Documentação da Planta Física
	Estrutura Físico-Funcional
	Sistema Elétrico
	Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água
	Segurança Geral
Ensino e Pesquisa	Biblioteca/Informação Científica

Este trabalho não se propõe a realizar uma análise individual de cada padrão. Em linhas gerais, para cada subseção, os critérios são os princípios orientadores de cada nível apresentados anteriormente. Os padrões do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares se encontram descritos no Quadro 3.

O Manual apresenta, para cada padrão, itens de verificação referentes ao atendimento daquele padrão, que apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que a instituição hospitalar puder apresentar para indicar que cumpre com aquele padrão. Estas fontes podem ser: qualquer documento da Organização, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros. Entretanto, tais itens são apenas orientativos: o não atendimento a um item de verificação não necessariamente implica o não atendimento ao padrão; a Organização pode estar atendendo ao padrão de uma forma diferente da descrita no item de verificação, e cabe ao avaliador julgar a adequação dos fatos e evidências apresentadas para o atendimento do padrão.

Quadro 3 – Padrões do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (ONA, 2001)

Seção 1 – Liderança e Administração			
Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 1/1 – Direção	A Instituição é conduzida por Diretoria que assegura a continuidade das ações administrativas e assistenciais.	A Direção dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) para sua atuação, bem como contribui e orienta o processo de planejamento e avaliação organizacional. O planejamento formulado pela Diretoria apresenta aspectos orientados para o atendimento e cuidados ao cliente.	A Direção planeja, desenvolve, coordena a execução e avalia os resultados baseados nos indicadores de desempenho, taxas e informações comparativas. Sua ação apoia o desenvolvimento de um sistema de informação consistente, o qual permite a avaliação da atividade administrativa, dos níveis de satisfação dos clientes internos e externos, além de apresentar vários ciclos de melhorias já realizados neste processo.
MH 1/2 – Administração	A Instituição dispõe de responsável habilitado ou capacitado para a administração e gerência dos processos de armazenamento, de pessoal e financeiro. As áreas e infraestrutura disponíveis são compatíveis com a missão e com os serviços oferecidos.	Apresenta manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is). A área de Administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais.	A Administração dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; e dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores, que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 1/3 – Garantia da Qualidade	A Organização desenvolve atividades destinadas a avaliar a qualidade do atendimento, contando com grupo multiprofissional, destinado à promoção e incorporação da qualidade nos processos institucionais.	Dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); possui programa de educação e treinamento voltado para a melhoria de processos; dispõe de estatísticas básicas e de evidências da integração dos outros serviços da Organização.	A Organização conta com comissão, grupo de trabalho ou secretaria executiva do programa de qualidade implantada, normatizada e com ações evidentes em todo o sistema assistencial; conta com sistema de avaliação e garantia da qualidade, baseado em indicadores, implantado e consolidado, que gera informações que permitem a tomada de decisões corretivas, melhoria de processos e comparações com referenciais adequados.

Seção 2 – Serviços Profissionais e Organização da Assistência			
Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 2/1 – Corpo Clínico	O Corpo Clínico conta com uma direção médica que supervisiona as ações assistenciais prestadas pela equipe médica, que atua em tempo parcial ou integral em acompanhamento contínuo dos pacientes internados, nas 24 horas.	O médico atua de acordo com as normas definidas no regimento do Corpo Clínico; desenvolve suas ações baseadas em protocolos clínicos; dispõe de um programa de educação e treinamento continuado e melhoria de processos; e as ações médicas são auditadas através de registros no prontuário.	O modelo assistencial baseia-se no enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço, em comparação com referenciais adequados e de impacto junto à comunidade.
MH 2/2 – Enfermagem	O serviço possui Responsável Técnico habilitado; os procedimentos e controles dos pacientes internados são registrados no prontuário; a distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida, ajustada às necessidades do serviço.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); desenvolve as suas ações baseadas em protocolos clínicos; dispõe de um programa de educação e treinamento continuado e melhoria de processos; as ações são auditadas através de registros no prontuário.	O modelo assistencial baseia-se no enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço, em comparação com referenciais adequados e de impacto junto à comunidade.
Seção 3 – Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente			
Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 3/1 – Internação	A Instituição conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/ pacientes, dispendo de Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados.	A Internação dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); realiza programa de educação e treinamento continuado; dispõe de um sistema de coleta de dados e indicadores que permitem a avaliação para a melhoria dos procedimentos e rotinas.	A Internação dispõe de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da Instituição, dispendo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais adequados.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 3/2 Referência e Contra- Referência	– A Instituição dispõe de uma lista de serviços para os quais pode transferir os casos que superam a capacidade resolutive da unidade, dispondo dos meios de transporte adequados, conforme o risco clínico dos clientes/pacientes.	A Instituição dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizados(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e critérios para a transferência e admissão de clientes/pacientes encaminhados por outros serviços; dispõe de estatísticas básicas.	Dispõe de sistema de aferição da satisfação dos pacientes (internos e externos); participa ativamente do programa de qualidade e produtividade institucional; está integrado ao sistema de informação da Instituição, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a sua avaliação e o impacto junto à comunidade.
MH 3/3 Atendimento Ambulatorial	– A Instituição oferece assistência ambulatorial; conta com área física própria para a atividade; tem processo de agendamento definido e recursos humanos e materiais adequados para o modelo de assistência proposto.	O Ambulatório conta com manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); conta com equipe multiprofissional capacitada para atender ao serviço; está integrado com os outros serviços da Instituição.	O modelo assistencial contempla ações preventivas, de diagnose, terapêuticas e de reabilitação; são realizados levantamentos de indicadores para a avaliação da qualidade e produtividade da assistência oferecida e impacto junto à comunidade; existe sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).
MH 3/4 Emergência	– O serviço conta com equipe multiprofissional habilitada de plantão ativo, para o atendimento das emergências, funcionando em um local de uso exclusivo, dispondo de elementos de área física para as diferentes atividades de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo radiologia, laboratório, hemoterapia e outras especialidades, conforme o modelo assistencial e o perfil de demanda do serviço.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); conta com equipe multiprofissional capacitada para atender ao serviço; está integrado com os outros serviços da Instituição.	O serviço possui sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); participa ativamente do programa de qualidade e produtividade institucional; dispõe de dados, taxas e indicadores que permitem a sua avaliação e o impacto junto à comunidade.
MH 3/5 Centro Cirúrgico	– O serviço dispõe de área adequada com circulação restrita, destinada ao atendimento cirúrgico eletivo e de emergência; dispõe de equipamentos e instalações adequados; conta com equipe multiprofissional completa e habilitada.	O serviço dispõe de manual(is) de normas rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); conta com equipe multiprofissional capacitada para a assistência cirúrgica; está integrado aos outros serviços da Instituição.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); participa ativamente do programa de qualidade e produtividade institucional; dispõe de dados, taxas e indicadores que permitem sua avaliação e impacto junto à comunidade.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 3/6 – Anestesiologia	O serviço possui profissionais habilitados para executar procedimentos anestésicos com segurança; a infra-estrutura do Centro Cirúrgico garante os equipamentos básicos necessários para o desenvolvimento desta tarefa; o profissional anestesista registra todas as fases do ato anestésico.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e a prevenção de seqüelas e acidentes.	O serviço coordena regularmente atividades de avaliação do desempenho da equipe e trabalha com o objetivo de melhoria contínua, integrado ao programa de qualidade e produtividade da Instituição; a incorporação tecnológica do serviço é planejada de acordo com o perfil da Instituição e dos indicadores monitorados; possui sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).
MH 3/7 – Obstetrícia	O serviço dispõe de equipe multiprofissional habilitada para o atendimento ao parto; dispõe de locais diferenciados e equipados para os procedimentos relacionados à gestante, puerperal e recém-nascido.	O modelo assistencial está definido em procedimentos que garantem o controle do trabalho de parto e assistência perinatal, até a alta; dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes.	O serviço possui política de melhoria da qualidade; mantém um programa de avaliação que permite conhecer o grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e utilizar tais informações para correções e planejamento.
MH 3/8 – Neonatologia	O serviço dispõe de estrutura adequada para a atenção aos recém-nascidos normais e patológicos em função do modelo assistencial; conta com Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço.	O serviço conta com manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes.	O serviço possui sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e se integra ativamente ao programa institucional da qualidade e produtividade; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da organização, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados.
MH 3/9 – Tratamento Intensivo	O serviço possui coordenação médica que articula as diferentes especialidades, com base no plano terapêutico e na atuação da equipe multiprofissional; dispõe de recursos humanos e materiais, equipamentos e medicamentos necessários aos procedimentos de diagnose e terapêutica.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; o registro de atividades e controles periódicos consta do prontuário e subsidia a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna; a equipe recebe treinamento periódico e sistemático.	O serviço realiza avaliações periódicas da sua eficácia; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); dispõe de um sistema de informação e indicadores integrados ao programa institucional.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 3/10 – Hemoterapia	O serviço de Hemoterapia possui instalações adequadas ao modelo assistencial e ao nível de complexidade da Instituição; dispõe de equipe habilitada para atividades de Hemoterapia; o funcionamento deste serviço está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes; existe um relacionamento formal entre o serviço e a Instituição.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); possui programa de educação e treinamento voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de um sistema de informação e indicadores integrado ao programa de qualidade da Instituição, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).
MH 3/11 – Reabilitação	O serviço possui equipe habilitada, própria ou à distância, para tratamentos de reabilitação de acordo com o indicado pelo corpo médico da Instituição e conforme o modelo assistencial e complexidade.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; os registros subsidiam a avaliação e as práticas de auditoria interna; a equipe recebe treinamento periódico e sistemático.	O serviço dispõe de um sistema de informação e indicadores integrado ao programa institucional da qualidade com evidências de impacto sistêmico; realiza avaliações periódicas dos procedimentos; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).
MH 3/12 – Medicina Nuclear	O serviço conta com infra-estrutura necessária para as diversas aplicações diagnósticas “in vivo” dos radioisótopos; conta com profissionais habilitados para a atividade; está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.	O serviço conta com manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Instituição.	O serviço de Medicina Nuclear dispõe de sistemas de aferição da satisfação dos clientes internos e externos e participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da organização, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados.
MH 3/13 – Radioterapia	O serviço de Radioterapia dispõe de Responsável Técnico habilitado, atende aos requisitos legais de segurança para sua atividade e dispõe de estrutura adequada especialmente construída para tal fim, de acordo com as normas correspondentes.	O serviço de Radioterapia dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos, documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; dispõe de programa de educação e treinamento voltados para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; existem esforços para uma adequada integração com outros serviços.	O serviço de Radioterapia dispõe de sistema de aferição do grau de satisfação dos clientes internos e externos e participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade; desenvolve ações planejadas que permitem uma personalização do tratamento; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da organização, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados.

Seção 4 – Serviços de Apoio ao Diagnóstico

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 4/1 – Laboratório Clínico	O Responsável Técnico do Laboratório tem habilitação específica e supervisiona a execução das atividades; conta com profissionais habilitados de plantão, ativo ou à distância, nas 24 horas; tem estrutura para processar as análises conforme modelo assistencial e complexidade do serviço.	O Laboratório dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço possui sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade com evidências de ciclos de melhoria e está vinculado a um programa externo de controle da qualidade; dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 4/2 – Diagnóstico por Imagem	O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado; conta com estrutura adequada com o modelo assistencial e complexidade da Instituição, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.	O serviço possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 4/3 – Métodos Gráficos	O serviço é constituído por profissionais habilitados; conta com equipamentos compatíveis com o modelo assistencial e a complexidade da Instituição.	O serviço possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 4/4 – Anatomia Patológica	O serviço de Anatomia Patológica está estruturado de maneira a garantir a execução de exames de acordo com o perfil assistencial; as atividades são executadas por profissionais habilitados e conta com infraestrutura adequada para a tarefa; há possibilidade de resgate do material analisado e dos laudos.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

Seção 5 – Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 5/1 – Arquivo Médico	A Organização dispõe de local(is) específico(s) para a guarda, arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços (ambulatorio, internação e especialidades); o prontuário é legível, assinado pelo médico assistente e tem uma seqüência lógica e contínua com: registro de admissão, história clínica, evolução, informações complementares (exames, pareceres etc) e condições de alta; sua atividade é coordenada por um Responsável Técnico com capacitação específica.	O serviço dispõe de manual(is) normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como estatísticas básicas; o processo assegura a existência de prontuário individual, que permite a recuperação de informações sobre o atendimento clínico e apresenta um sistema de avaliação de área voltado para a melhoria dos cuidados ao cliente/paciente e do desempenho da unidade.	O serviço dispõe de um sistema de análise crítica e revisão de prontuários para melhorar a qualidade dos registros; o arquivo integra-se ao sistema de informação e ao programa de qualidade e produtividade institucional, apresentando vários ciclos de melhoria e aperfeiçoamento, com evidências nos resultados da avaliação da área.
MH 5/2 – Controle de Infecções	A Organização conta com equipe multiprofissional habilitada, o serviço possui capacidade de isolamento para clientes/pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas; realiza vigilância epidemiológica dos clientes/pacientes internados nas áreas críticas.	A Organização dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), referente ao Controle de Infecções; o serviço realiza ações sistemáticas e contínuas de vigilância epidemiológica e de monitorização; dispõe de programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de acidentes e seqüelas; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/3 – Estatísticas	A Organização dispõe de estatística de dados básicos, a cargo de um responsável ou grupo de trabalho com condições técnicas (capacitação) de transformar dados em informações estatísticas que apoiem a gestão e o atendimento clínico.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), voltados para a orientação do processo de coleta, análise e utilização das informações para a gestão e atendimento clínico; apresenta um sistema de avaliação de área (setor, grupo de trabalho ou responsável pelas estatísticas) e de informações voltadas para a melhoria dos cuidados ao cliente/paciente.	As Estatísticas são divulgadas e utilizadas sistematicamente como instrumento para a gestão e melhoria da qualidade; o sistema de informação é abrangente, atingindo todas as áreas; apresenta vários ciclos de melhoria e aperfeiçoamento, com evidências nos resultados de avaliação da área.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 5/4 – Farmácia	O serviço de Farmácia é administrado por profissional habilitado; possui um sistema de armazenamento em condições adequadas e faz controle de estoque; possui um sistema de dispensação de medicamentos aos clientes/pacientes.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de seqüelas e acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/5 – Nutrição e Dietética	O serviço conta com profissionais habilitados para o desenvolvimento das atividades de Nutrição e Dietética; dispõe de estrutura que permite a execução das tarefas específicas, relacionadas com o serviço.	Existe manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); dispõe de estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento voltado para a melhoria de processo e para a prevenção de acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/6 – Central de Processamento de Roupas - Lavanderia	O processamento das roupas utiliza o sistema de barreira de contaminação; o pessoal do serviço é devidamente habilitado ou capacitado; dispõe de controles que asseguram o funcionamento e fornecimento adequado.	O serviço dispõe de um manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como estatísticas básicas e controle dos processos; realiza ações sistemáticas e contínuas de treinamento do corpo funcional.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade; com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação da organização com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/7 – Processamento de Materiais e Esterilização	O serviço dispõe de área de circulação restrita, onde se realiza o preparo e a esterilização de todos os materiais, sob supervisão de pessoal habilitado; conta com equipamentos adequados ao modelo assistencial e a complexidade da Organização; realiza controle biológico dos processos.	O serviço dispõe de manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento voltado para a melhoria de processos e para a prevenção de acidentes; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	Está integrado ou dispõe de programa institucional da qualidade e produtividade; dispõe de indicadores operacionais e de serviço que permitem aferição de resultados e melhoria de processos; existe um sistema de análise crítica para a incorporação de novas tecnologias.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 5/8 – Higiene	A Organização apresenta estrutura física conservada e com materiais que facilitam o processo de limpeza dos ambientes; há pessoal capacitado para o desenvolvimento das tarefas de limpeza nos diversos ambientes.	Existe manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); há planejamento quanto às atividades diárias de higienização de todas as áreas da Organização, além de treinamento periódico do corpo funcional para essas atividades.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/9 – Segurança e Saúde Ocupacional	O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, de modo a atender aos requisitos formais e técnicos de Segurança e Saúde Ocupacional; dispõe de estrutura adequada para tal fim, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como estatísticas básicas; possui um programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e prevenção de acidentes e seqüelas; evidências de integração com os outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade; com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação da organização com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 5/10 – Serviço Social	O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, com equipe adequada às necessidades da demanda; existe local e ambiente em condições para realizar entrevistas e reuniões que preserve a dignidade do cliente/paciente.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), possui equipe capacitada e treinada sistematicamente; mantém controle estatístico básico dos casos atendidos e dos resultados alcançados.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
Seção 6 – Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura			
Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 6/1 – Documentação da Planta Física	A Organização possui todos os documentos e registros legais e sanitários para funcionamento, atualizados e aprovados pelas autoridades competentes.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); o sistema de documentação da planta física da Organização está integrado ao sistema de planejamento institucional e incorpora uma lógica voltada para a melhoria da qualidade, ergonomia e segurança.	A Organização possui um plano diretor ou um sistema de planejamento de obras e melhorias que está incorporado ao seu processo global de planejamento, bem como integrado ao programa institucional de qualidade e produtividade.

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 6/2 – Estrutura Físico- Funcional	A Organização possui fácil acesso para entrada e saída de pacientes, com barreiras arquitetônicas e orientação da circulação interna, com condições de segurança e proteção.	A Organização dispõe de um sistema de planejamento, organização e manutenção dos acessos e da circulação, bem como dispõe de um sistema de padronização de sinais, símbolos e sinalização (externa e interna).	A Organização apresenta um sistema de acesso, fluxo e circulação com evidências de vários ciclos de melhoria, de modo a atender aos resultados definidos em pesquisas de satisfação dos clientes (internos e externos) e atualização normativa.
MH 6/3 – Sistema Elétrico	A Organização obedece aos padrões de segurança para os clientes interno e externo; existem sistemas alternativos de iluminação para todas as áreas críticas da Organização.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), com as técnicas de segurança e procedimentos padronizados, relativos ao sistema de fornecimento e distribuição de energia; enfoque institucional que prioriza a segurança, a educação e os processos de melhorias.	O serviço está integrado as equipes no programa institucional da qualidade, contribuindo para as políticas de segurança ambiental e de trabalho; dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 6/4 – Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água	O serviço possui estrutura básica e equipe de manutenção com capacitação específica para o suprimento das demandas da Organização; sistema para o gerenciamento dos resíduos e potabilidade da água.	O serviço dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) para o atendimento e cuidados quanto à manutenção geral, potabilidade da água e gerenciamento de resíduos; existe a integração destes serviços ao sistema de planejamento geral, buscando assegurar os níveis de segurança e qualidade.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.
MH 6/5 – Segurança Geral	A Organização dispõe de sistema de segurança geral, abrangendo segurança predial e para equipamentos, prevenção de riscos de violência e incêndios; dispõe de sistema de guarda e armazenamento de gases e combustíveis.	A Organização dispõe de manual(is) de normas, rotinas e procedimentos de segurança documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e prevenção de acidentes; evidências de integração com outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade; com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

Seção 7 – Ensino e Pesquisa

Subseção	Padrão correspondente ao Nível 1	Padrão correspondente ao Nível 2	Padrão correspondente ao Nível 3
MH 7/1 – Biblioteca/ Informação Científica	O serviço dispõe de responsável habilitado ou capacitado e condições estruturais e operacionais adequadas às necessidades do serviço.	Existe manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponíveis(is), bem como estatísticas básicas; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos e prevenção de acidentes; evidências de integração com outros serviços da Organização.	O serviço dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos); integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistemas de informação com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

3.5 *Análise comparativa entre o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000*

A Norma NBR ISO 9001/2000 especifica requisitos necessários para a adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade. É utilizada por partes internas ou externas, incluindo organismos de certificação, para avaliar a capacidade da organização de atender aos requisitos do cliente, os regulamentares e os da própria organização (ABNT, 2000).

A NBR ISO 9001/2000 promove a adoção de uma abordagem de processo para o desenvolvimento, implantação e melhoria da eficácia de um sistema de gestão da qualidade para aumentar a satisfação do cliente pelo atendimento aos requisitos do cliente. Isto significa que um sistema de processos é aplicado pela organização, junto com a identificação, as interações desses processos e sua gestão.

Uma vantagem da abordagem de processo é o controle contínuo que ela permite sobre a ligação entre os processos individuais dentro do sistema de processos, bem como sua combinação e interação. Quando usada em um sistema de gestão da qualidade, esta abordagem enfatiza a importância de:

- entendimento e atendimento dos requisitos;
- necessidade de considerar os processos em termos de valor agregado;
- obtenção de resultados de desempenho e eficácia de processo;
- melhoria contínua de processos baseada em medições objetivas.

A figura 5 apresenta o modelo de um sistema da qualidade baseado em processo, e abrange todos os requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000, mas sem apresentar os processos em um nível detalhado.

A Norma NBR ISO 9001/2000 especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade, quando uma organização

- necessita demonstrar sua capacidade para fornecer de forma coerente produtos que atendam aos requisitos do cliente e requisitos regulamentares aplicáveis, e
- pretende aumentar a satisfação do cliente por meio da efetiva aplicação do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e a garantia da

conformidade com requisitos do cliente e requisitos regulamentares aplicáveis.
(ABNT, 2000)

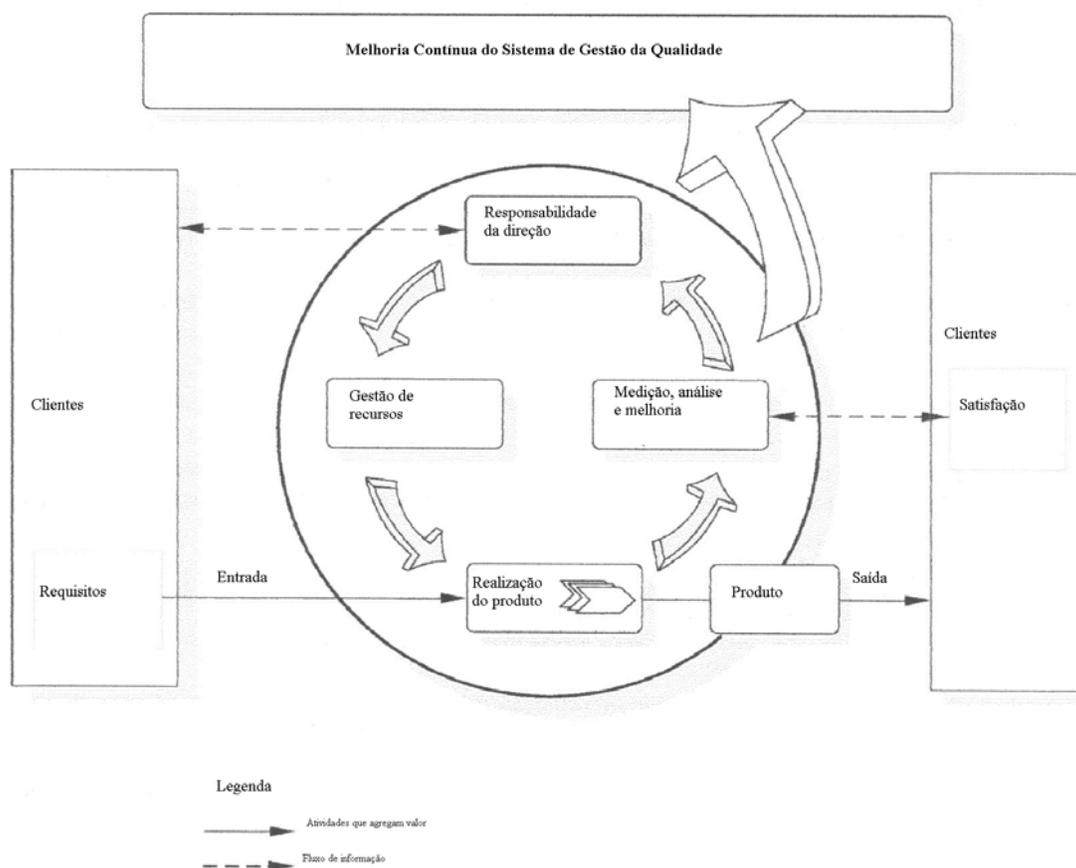


Figura 5 – Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade baseado em processos
(ABNT, 2000)

O termo “produto” citado na Norma NBR ISO 9001/2000 também pode significar “serviço”, de forma que a NBR ISO 9001/2000 pode ser aplicada a organizações prestadoras de serviços, inclusive serviços de saúde (como hospitais).

Apesar de este trabalho ainda não estar analisando os requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000, já se pode de início constatar a primeira grande diferença com relação ao Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares: enquanto a NBR ISO 9001/2000 está estruturada e apresenta uma abordagem de processo, o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares está estruturado por setores do hospital. Entretanto, os padrões de Nível 2 e Nível 3 do Manual exigem de todos os setores do

hospital a organização de processos e um sistema de gestão consolidado e com resultados, respectivamente.

O Quadro 4 apresenta uma análise detalhada da relação entre os requisitos da NBR ISO 9001/2000 e as seções correspondentes do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.

Resumidamente, podemos destacar as seguintes diferenças entre a NBR ISO 9001/2000 e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares:

- a estrutura da norma NBR ISO 9001/2000 é por processos, e a do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é por setores;
- a norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo para Sistema de Gestão da Qualidade, enquanto que o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresenta um Sistema de Garantia da Qualidade para boas práticas de assistência ao paciente, com um enfoque de gestão no nível 3;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a existência de um Manual da Qualidade;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares requer o controle do registro “prontuário clínico”, não havendo exigência explícita de controle sobre outros tipos de registros;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a definição de uma Política da Qualidade, Objetivos para a Qualidade, e um Representante da Direção;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a realização de uma reunião de análise crítica nos moldes que a NBR ISO 9001/2000 determina;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não exige uma sistemática para desenvolvimento de novos serviços;

- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não detalha requisitos com relação à aquisição, avaliação de fornecedores e verificação do produto adquirido;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não exige explicitamente um controle dos dispositivos de medição e monitoramento (calibração);
- determinados padrões do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares exigem a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle – como medição e monitoramento do produto, controle de produto não-conforme, ações corretivas e ações preventivas;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares detalha requisitos específicos para hospitais, incluindo determinados requisitos legais e questões básicas de higiene e segurança (padrões nível 1);
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é um modelo muito adequado para a avaliação do processo assistencial, tendo um foco muito forte na atividade fim dos hospitais;
- os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares vêm ao encontro de uma aspiração médica que nem sempre é expressa, no sentido de criar um processo de acreditação cujas ferramentas causarão mais segurança no trabalho do médico.

Quadro 4 – Relação entre os Requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
4 – Sistema de Gestão da Qualidade	Apenas título	
4.1 – Requisitos Gerais	Estabelecer, documentar, implementar e manter um sistema de gestão da qualidade e melhorar continuamente a sua eficácia.	<ul style="list-style-type: none"> - O padrão nível 1 MH 1/3 requer avaliação da qualidade do atendimento e nos processos institucionais; - Em geral os padrões níveis 2 de todas as subseções fazem referência à documentação de tal sistema; - A melhoria contínua dos processos está englobada nos padrões níveis 3 de cada subseção.
4.2 – Requisitos de Documentação	Apenas título	
4.2.1 - Generalidades	Documentação que inclua Política e Objetivos da Qualidade, Manual da Qualidade, Procedimentos requeridos, Documentos que assegurem o Planejamento, Operação e Controle Eficazes, e Registros requeridos.	<ul style="list-style-type: none"> - Em geral os padrões níveis 2 de todas as subseções fazem referência à documentação de cada seção: manual de normas, rotinas e procedimentos documentados; - O padrão nível 1 MH 7/1 requer controle para guarda, controle da utilização, documentação e registros do acervo de publicações; - Não existe a obrigatoriedade de um Manual da Qualidade.
4.2.2 – Manual da Qualidade	Manual que declare o escopo do Sistema, referência aos Procedimentos documentados, e a interação entre os processos.	
4.2.3 – Controle de Documentos	Procedimento documentado que define aprovação, análise crítica, atualização, identificação das alterações, disponibilidade das versões atuais de documentos, legibilidade e identificação dos documentos, controle de documentos de origem externa, e identificação de documentos obsoletos.	
4.2.4 – Controle de Registros	Procedimento documentado para identificação, armazenamento, proteção, recuperação, tempo de retenção e descarte dos registros.	<ul style="list-style-type: none"> - O padrão nível 1 MH 5/1 requer controle dos prontuários clínicos dos pacientes, incluindo a coordenação de um Responsável Técnico com habilitação específica; - Não existe exigência explícita para controle de outros registros além dos prontuários clínicos.
5 – Responsabilidade da Direção	Apenas título	

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
5.1 – Comprometimento da Direção	Comprometimento com o desenvolvimento e com a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e com a melhoria contínua de sua eficácia.	- Os padrões do MH 1/1 definem requisitos para a direção, sendo que o nível 2 exige sua contribuição e orientação no processo de planejamento e avaliação organizacional. O nível 3 exige ciclos de melhoria.
5.2 – Foco no cliente	Atendimento aos requisitos do cliente para aumentar sua satisfação.	- O padrão nível 2 do MH 1/1 determina que o planejamento formulado pela Diretoria apresente aspectos orientados para o atendimento e cuidados ao cliente; - Os padrões nível 1 do Manual em geral apresentam o foco no cliente.
5.3 – Política da Qualidade	Política da Qualidade apropriada aos propósitos.	- Não existe uma exigência do estabelecimento de uma Política da Qualidade.
5.4 – Planejamento	Apenas título	
5.4.1 – Objetivos da Qualidade	Objetivos da Qualidade estabelecidos nos níveis e nas funções pertinentes.	- Não existe uma exigência do estabelecimento dos Objetivos da Qualidade.
5.4.2 – Planejamento do Sistema de Gestão da Qualidade	O planejamento da qualidade deve satisfazer os requisitos do item 4.1 e os objetivos da qualidade.	- O padrão nível 2 do MH 1/1 determina que a Direção contribua e oriente o processo de planejamento e avaliação organizacional; - Os padrões nível 2 e 3 do MH 3/6, 3/7, 3/13, 5/8, 6/1, 6/2 e 6/4 exigem planejamento para atividades específicas.
5.5 – Responsabilidade, Autoridade e Comunicação	Apenas título	
5.5.1 – Responsabilidade e Autoridade	As responsabilidades e autoridades são definidas e comunicadas.	- Os padrões nível 1 do MH 1/2, 2/2, 3/1, 3/8, 3/13, 4/1, 4/2, 5/1, 5/3, 5/9, 5/10 e 7/1 exigem a existência de um responsável para os serviços correspondentes; - Não existe uma exigência explícita para a definição de todas as responsabilidades e a comunicação de tais responsabilidades.
5.5.2 – Representante da Direção	Um membro deve ser indicado para assegurar que os processos do SGQ sejam estabelecidos, implementados e mantidos, relatar à Alta Direção seu desempenho, e assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos em toda a organização.	- Não existe uma exigência para a definição do Representante da Direção.
5.5.3 – Comunicação Interna	Os processos de comunicação apropriados devem ser estabelecidos e a comunicação relativa à eficácia do SGQ deve ser realizada.	- Vários padrões nível 3 fazem referência a serviços integrados ao sistema de informação, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparação com referenciais adequados.

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
5.6 – Análise Crítica pela Direção	Apenas título	
5.6.1 – Generalidades	A Alta Direção deve analisar criticamente o SGQ para assegurar sua contínua pertinência, adequação e eficácia.	- O padrão nível 3 do MH 1/1 determina que a Direção deve planejar, desenvolver, coordenar a execução e avaliar os resultados baseados nos indicadores de desempenho, taxas e informações comparativas. Entretanto, não há uma exigência explícita para a realização de uma reunião de análise crítica nos moldes que a NBR ISO 9001/2000 determina.
5.6.2 – Entradas para a Análise Crítica	Este requisito define as entradas para a análise crítica pela direção.	
5.6.3 – Saídas para a Análise Crítica	Este requisito define as saídas para a análise crítica pela direção.	
6 – Gestão de Recursos	Apenas título	
6.1 – Provisão de Recursos	Determinar e prover recursos para implementar e manter o SGQ e melhorar continuamente sua eficácia, e aumentar a satisfação de clientes mediante o atendimento aos seus requisitos.	- O padrão nível 1 do MH 1/2 determina que a Instituição deve dispor de responsável para a administração de recursos financeiros.
6.2 – Recursos Humanos	Apenas título	
6.2.1 - Generalidades	O pessoal que executa as atividades que afetam a qualidade deve ser competente, com base em educação, treinamento, habilidade e experiência apropriados.	- Os padrões nível 1 do MH 1/2, 2/2, 3/1, 3/8, 3/13, 4/1, 4/2, 5/1, 5/3, 5/9, 5/10 e 7/1 exigem a existência de um responsável para os serviços correspondentes; - Vários padrões nível 2 fazem referência a programas de educação e treinamento voltados para a melhoria dos processos.
6.2.2 – Competência, conscientização e treinamento	Determinar as competências necessárias para o pessoal, fornecer treinamento, avaliar a eficácia, assegurar da consciência do pessoal quanto à pertinência e importância de suas atividades, e manter os registros apropriados.	- Vários padrões nível 2 fazem referência a programas de educação e treinamento voltados para a melhoria dos processos. - Não existe uma exigência explícita para a verificação da eficácia das ações de treinamento e manutenção dos registros de treinamento.
6.2.3 – Infra-Estrutura	Determinar, prover e manter a infra-estrutura necessária para alcançar a conformidade com os requisitos.	- Os padrões nível 1 da seção 6 definem os requisitos básicos de infra-estrutura para um hospital.
6.2.4 – Ambiente de Trabalho	Determinar e gerenciar as condições do ambiente de trabalho necessárias para alcançar a conformidade com os requisitos.	- Os padrões nível 1 das seções 3, 4 e 5 definem os requisitos básicos de segurança e higiene para um hospital.
7 – Realização do Produto	Apenas título	

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
7.1 – Planejamento da Realização do Produto	Planejar e desenvolver os processos necessários para a realização do produto	<ul style="list-style-type: none"> - A estrutura do Manual é setorial, e não por processos; dessa forma, existem referências ao planejamento de determinados setores, mas não explicitamente do processo como um todo. - Os padrões nível 2 e 3 do MH 3/6, 3/7, 3/13, 5/8, 6/1, 6/2 e 6/4 exigem planejamento para atividades específicas.
7.2 – Processos relacionados a clientes	Apenas título	
7.2.1 – Determinação dos Requisitos relacionados ao Produto	Determinar os requisitos especificados pelo cliente, requisitos não-declarados mas necessários, requisitos estatutários e regulamentares relacionados, e qualquer outro requisito adicional.	<ul style="list-style-type: none"> - O padrão nível 1 do MH 3/1 exige a presença de um responsável para a assistência durante a internação; - Os padrões nível 1 do MH 2/1 e 2/2 requerem acompanhamento contínuo dos pacientes internados por uma equipe médica e equipe de enfermagem.
7.2.2 – Análise dos Requisitos relacionados ao Produto	Analisar criticamente os requisitos relacionados ao produto.	<ul style="list-style-type: none"> - O padrão nível 1 do MH 3/1 exige a presença de um responsável para a assistência durante a internação.
7.2.3 – Comunicação com o cliente	Determinar e tomar providências eficazes para se comunicar com os clientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Os padrões nível 1 do MH 2/1 e 2/2 requerem acompanhamento contínuo dos pacientes internados por uma equipe médica e equipe de enfermagem.
7.3 – Projeto e Desenvolvimento	Apenas título; os requisitos são Planejamento, Entradas, Saídas, Análise Crítica, Verificação, Validação e Controle de Alterações do projeto e desenvolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> - O Manual não exige uma sistemática para desenvolvimento de novos produtos, mas apresenta os requisitos para os setores aplicáveis no hospital.
7.4 – Aquisição	Apenas título; os requisitos são Processo de Aquisição, Informações de Aquisição e Verificação do Produto Adquirido.	<ul style="list-style-type: none"> - A aquisição pode ser encarada como uma das atividades da administração, portanto sujeita ao padrão nível 1 do MH 1/2. - Não existem requisitos mais detalhados no Manual com relação à aquisição, avaliação de fornecedores e verificação do produto adquirido.
7.5 – Produção e Fornecimento de Serviço	Apenas título	
7.5.1 – Controle da Produção e Fornecimento de Serviço	Planejar e realizar a produção e o fornecimento de serviço sob condições controladas.	<ul style="list-style-type: none"> - Os padrões nível 2 do Manual requerem para cada seção: manual de normas, rotinas e procedimentos documentados; - Os padrões nível 1 das seções 3 e 4 exigem equipamentos e instalações adequados para cada seção; os nível 2, análise crítica dos procedimentos; e os nível 3, planejamento, monitoramento e melhoria.

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
7.5.2 – Validação dos Processos de Produção e Fornecimento de Serviço	Validar quaisquer processos onde a saída resultante não possa ser verificada por monitoramento ou medição subsequente.	- Os processos são verificados e monitorados durante a permanência do paciente no hospital.
7.5.3 – Identificação e Rastreabilidade	Identificar o produto por meios adequados; identificar a sua situação quanto aos requisitos de monitoramento e medição; controlar e registrar a identificação única do produto.	- O principal registro que pode identificar cada paciente e rastrear as informações referentes ao seu tratamento é o prontuário, conforme padrão nível 1 do MH 5/1; - Os padrões nível 1 do MH 4/1 e 4/4 requerem identificação e rastreabilidade do material coletado.
7.5.4 – Propriedade do Cliente	Identificar, verificar, proteger e salvaguardar a propriedade do cliente fornecida para uso ou incorporação no produto.	- No caso do hospital, a “propriedade do cliente” é o próprio paciente, cujo cuidado é requisito de todo o Manual.
7.5.5 – Preservação do Produto	Preservar a conformidade do produto durante o processo interno e entrega no destino pretendido.	- O padrão nível 1 do MH 1/2 determina que a Instituição deve dispor de responsável para a administração dos processos de armazenamento.
7.6 – Controle de Dispositivos de Medição e Monitoramento	Estabelecer processos para assegurar que a medição e monitoramento podem ser realizados e são executados de uma maneira coerente com os requisitos.	- Não existe uma exigência explícita para o controle dos dispositivos de medição e monitoramento.
8 – Medição, Análise e Melhora	Apenas título	
8.1 – Generalidades	Planejar e implementar os processos necessários de monitoramento, medição, análise e melhoria	- Este requisito (8.1 da ISO 9001/2000) será analisado juntamente com os requisitos a seguir.
8.2 – Medição e Monitoramento	Apenas título	
8.2.1 – Satisfação dos Clientes	Monitorar informações relativas à percepção do clientes sobre se a organização atendeu aos requisitos do cliente.	- Os padrões nível 3 do Manual requerem para cada seção um sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.
8.2.2 – Auditoria Interna	Executar auditorias internas para determinar se o SGQ está conforme com as disposições planejadas e com os requisitos estabelecidos, e está mantido e implementado eficazmente.	- Os padrões nível 2 do MH 2/1, 2/2, 3/9 e 3/11 requerem prática de auditorias internas para o corpo clínico, enfermagem, tratamento intensivo e reabilitação; os demais padrões não fazem referência explícita a auditorias internas.
8.2.3 – Medição e Monitoramento de Processos	Aplicar métodos adequados para monitoramento e medição dos processos do SGQ.	- A grande maioria dos padrões nível 2 do Manual exigem estatísticas básicas, coleta de dados e indicadores a respeito do desempenho dos processos.

Item da norma NBR ISO 9001/2000	Síntese do Requisito da norma NBR ISO 9001/2000	Padrão correspondente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
8.2.4 – Medição e Monitoramento de Produto	Medir e monitorar as características do produto para verificar se os requisitos do produto têm sido atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe uma exigência explícita para monitoramento de produto adquirido; - Determinados padrões nível 1 e 2 exigem a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle.
8.3 – Controle de Produto Não-Conforme	Assegurar que os produtos que não estejam conformes com os requisitos sejam identificados e controlados para evitar seu uso ou entrega não-intencional.	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe uma exigência explícita para controle de produto não-conforme adquirido; - Determinados padrões nível 1 e 2 exigem a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle.
8.4 – Análise de Dados	Determinar, coletar e analisar dados apropriados para demonstrar a adequação e eficácia do SGQ e para avaliar onde melhorias contínuas da eficácia do SGQ podem ser realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> - A grande maioria dos padrões nível 2 do Manual exigem estatísticas básicas, coleta de dados e indicadores a respeito do desempenho dos processos.
8.5 – Melhorias	Apenas título	
8.5.1 – Melhoria Contínua	Melhorar continuamente a eficácia do SGQ.	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos padrões nível 3 do Manual exigem ciclos de melhoria contínua.
8.5.2 – Ação Corretiva	Executar ações corretivas para eliminar as causas de não-conformidades, de forma a evitar sua repetição.	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe uma exigência explícita para a tomada e a sistemática de ações corretivas; - Determinados padrões nível 1 e 2 exigem a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle.
8.5.3 – Ação Preventiva	Executar ações preventivas para eliminar as causas de não-conformidades potenciais, de forma a evitar sua ocorrência.	<ul style="list-style-type: none"> - O padrão nível 3 do MH 3/3 requer que o modelo assistencial contemple ações preventivas; - Não existe uma exigência explícita para a utilização de ações preventivas nos padrões dos demais setores.

4. Estudo de Caso: Cenário

4.1 *Hospital Moinhos de Vento: Informações Gerais*

O Hospital Moinhos de Vento é uma instituição hospitalar voltada para a preservação da saúde e da vida das pessoas. É um hospital geral, privado, que atende a todas as especialidades, oferecendo aos médicos, pacientes e familiares, serviços médico-hospitalares que vão do diagnóstico à terapêutica, através de procedimentos e da assistência ao tratamento clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico e neonatal.

O hospital possui:

- 38.000 m² de área construída;
- 33.000 m² de área verde nativa;
- 3.200 médicos credenciados;
- 82 instituições conveniadas;
- 275 leitos para internações clínicas, cirúrgicas, obstetrícias e pediátricas;
- 1.250 colaboradores próprios;

- 500 colaboradores de serviços terceirizados.

Em 2001 foram realizadas 16 mil internações, 29 mil cirurgias e 2.500 partos.

O Hospital Moinhos de Vento disponibiliza seus serviços há 75 anos, focalizando seu atendimento aos segmentos A e B do mercado. O faturamento do Hospital é constituído em 85% da prestação de serviços ao segmento de convênios, e, os 15% restantes advêm dos clientes particulares. O Hospital Moinhos de Vento participa com 27% do mercado de saúde privado de Porto Alegre. Os clientes do Hospital Moinhos de Vento estão definidos e segmentados por grupos:

- Cliente Final: Pacientes e acompanhantes;
- Clientes Intermediários: Médicos e convênios (seguradoras, fundações, cooperativas médicas);
- Clientes internos: Os colaboradores.

Num âmbito genérico, podem ser definidos como clientes todo o público que acessa o Hospital, como familiares de pacientes, visitantes e a comunidade .

Como característica de um hospital geral com Corpo Clínico aberto, onde o médico utiliza a estrutura hospitalar para o diagnóstico e tratamento de seus clientes atendidos em consultório, as internações são encaminhadas ao hospital pelo seu Corpo Clínico, constituído pelos médicos credenciados. A estrutura do hospital é utilizada para prestar o atendimento médico ao paciente, que é cliente de ambos.

Os convênios são instituições administradoras de planos de saúde, que através de um contrato para prestação de serviços disponibilizam as instalações do hospital aos seus beneficiários.

Entre os principais fornecedores, podem ser citados:

- laboratórios, para o suprimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares, como a Johnson & Johnson, o Laboratório B.Braun, a Abbott Laboratórios do Brasil, Ely Lilly do Brasil, Baxter Hospitalar, Laboratório Bristol, Cremer e Rhodia Farma do Brasil, entre outros;

- fabricantes de equipamentos hospitalares, como a Siemens, a Philips do Brasil, a General Electric, a Hill Rom e outros;
- estatais como a Petrobrás, a Cia. Estadual de Energia Elétrica e o DMAE;
- parceiros: são aquelas empresas instaladas no mesmo espaço físico, que mantêm contato mais ou menos freqüente com os clientes, como as áreas de diagnóstico e o laboratório de análises clínicas. Atualmente, todos os serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios de exames especializados são executados por parceiros nas instalações do próprio Hospital, atendendo diretamente aos médicos e ao cliente final.

A Missão do Hospital Moinhos de Vento é: “Promover a melhoria da qualidade de vida e a satisfação das pessoas, praticando a melhor medicina, através de uma organização hospitalar auto-sustentável”. No cumprimento desta Missão, os Princípios de Atuação do Hospital são expressos da seguinte forma:

- o cliente como o centro das atenções;
- qualidade e competitividade na prestação de serviços;
- geração de recursos como condição para o desenvolvimento auto-sustentável;
- desenvolvimento e participação dos colaboradores;
- valorização do Corpo Clínico;
- vanguarda em tecnologia;
- comportamento ético, privacidade do paciente e sigilo profissional;
- honestidade e respeito nas relações internas e externas e no trato com o patrimônio;
- interação com a comunidade e respeito ao meio ambiente;
- preservação da história e da cultura da instituição.

4.2 Hospital Moinhos de Vento: Histórico

Em 1912, para atender a colônia germânica e teuto-brasileira de Porto Alegre, foi fundado o hospital e, em 1927, batizado com o nome de Hospital Alemão. No ano de 1942, devido à influência da guerra e de mudanças estatutárias, o Hospital passou a ser chamado de “Hospital Moinhos de Vento”, denominação escolhida pela sua localização no bairro de mesmo nome.

Em 1993 o Hospital adotou o Planejamento Estratégico e definiu um Plano Diretor específico para a instituição. No ano seguinte foi adotado formalmente o modelo de Gestão pela Qualidade Total (GQT). Em 1997 o Hospital Moinhos de Vento recebeu o “Prêmio Qualidade-RS”, Troféu Bronze, concedido pelo Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP). Em 1998 e 1999 o hospital recebeu o Troféu Prata do Prêmio Qualidade-RS. Entre outras premiações recebidas pelo hospital podemos destacar:

- *Top of Mind e Top of Preference* do Jornal do Comércio: 1999, 2000 e 2001;
- *Top Hospitalar 2000 e 2001* – Melhor Hospital do Sul do País;
- *Top Cidadania* – ABRH: 2001

4.3 Hospital Moinhos de Vento: Organização e Estrutura

Os organismos que compõem o Sistema de Liderança são, respectivamente, a Assembléia Geral dos Associados, o Conselho Diretor, o Comitê de Superintendentes, as Superintendências, as Gerências e as Supervisões.

A Assembléia Geral de Sócios é constituída por 20 Associados Efetivos e até 10 Associados Temporários, sendo regida pelo Estatuto da Associação Hospitalar Moinhos de Vento, sem objetivo de lucro a favor de seus membros. É esta Assembléia que, reunida até abril de cada ano, elege o Conselho Diretor, avalia o relatório e o balanço do ano anterior e decide questões como a aquisição de bens imóveis ou a própria reforma do Estatuto. Não é um órgão executivo.

O Conselho Diretor é formado por cinco Associados, eleitos pela Assembléia Geral e não remunerados, conforme definição estatutária. Ao Conselho Diretor compete representar o Hospital Moinhos de Vento ativa e passiva, judicial e extra-judicialmente. Também é o Conselho Diretor que, na semana que antecede a Assembléia Geral dos Associados, aprova a constituição do Comitê de Superintendentes. Também não é um organismo executivo.

O Comitê de Superintendentes é constituído pelo Superintendente Executivo, que o preside, e pelos Superintendentes Médico, Assistencial e Operacional. É a Direção Executiva do Hospital, para efeito da gestão organizacional.

As Superintendências do Hospital Moinhos de Vento são presididas por um Superintendente e constituídas pelas Gerências e Supervisões das Unidades Gerenciais Básicas (UGB) do Hospital. A estas Superintendências compete conduzir a operacionalização das estratégias institucionais.

As Gerências e Supervisões são constituídas pelos Gerentes, Supervisores e o pessoal operacional de cada Unidade Gerencial Básica. Cabe às Gerências e Supervisões a execução das estratégias e diretrizes institucionais e a operacionalização de todos os processos do Hospital.

O organograma do Hospital Moinhos de Vento está representado no anexo I.

4.4 Hospital Moinhos de Vento: Principais Serviços Prestados

Tendo como principal processo o processo assistencial, o hospital trabalha o cliente a partir de uma perspectiva global, integrando a capacidade técnica do profissional de saúde para prestar cuidados com a existência do paciente como pessoa em todas as suas dimensões.

Os principais serviços oferecidos pelo hospital são:

- Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultra-Sonografia e Radiologia;

- Laboratório de Análises Clínicas;
- Laboratório de Patologia Clínica;
- Laboratório de Medicina Nuclear;
- Laboratório de Cardiologia;
- Laboratório de Respiração;
- Laboratório de Doenças Vasculares;
- Laboratório de Fisiologia Digestiva;
- Laboratório de Fertilização Assistida;
- Laboratório de Audiometria;
- Laboratório de Neurofisiologia;
- *Check-Up*;
- Internação Clínica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica;
- Emergência;
- Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- Centros de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrico, Adulto e Pós-Cirúrgico;
- Litotripsia Extracorpórea, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Angiografia Digital;
- Ambulatório Assistencial;
- Serviço de Fisioterapia.

4.5 Hospital Moinhos de Vento: Descrição dos Principais Serviços e Processos

No Hospital Moinhos de Vento, os processos relativos ao produto são realizados nas chamadas Unidades Assistenciais, que trabalham orientadas pelo conceito da Assistência Integral, e onde acontece o processo vital do Hospital – o processo assistencial.

Há dois tipos de Unidades Assistenciais:

- Unidades Assistenciais para execução de procedimentos, onde os pacientes passam pela realização de algum procedimento. São elas o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico, a Emergência, a Angiografia, a Litotripsia e a Endoscopia;
- Unidades Assistenciais para internação, onde os pacientes permanecem por um tempo mais ou menos longo, sob os cuidados da Equipe Assistencial. São elas a Recuperação Geral, a Recuperação Obstétrica, os CTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Cirúrgico e as Unidades de Internação, onde está o complexo de leitos para internações clínico-cirúrgicas.

Os processos relativos ao produto, desenvolvidos nas Unidades Assistenciais, integram-se aos processos desenvolvidos pelas Unidades de Apoio em uma típica relação de cliente-fornecedor interno, em especial com a Lavanderia, a Central de Materiais Esterilizados, a Farmácia e a Produção de Alimentos.

As figuras 6 e 7 descrevem os principais processos realizados pelas Unidades Assistenciais:

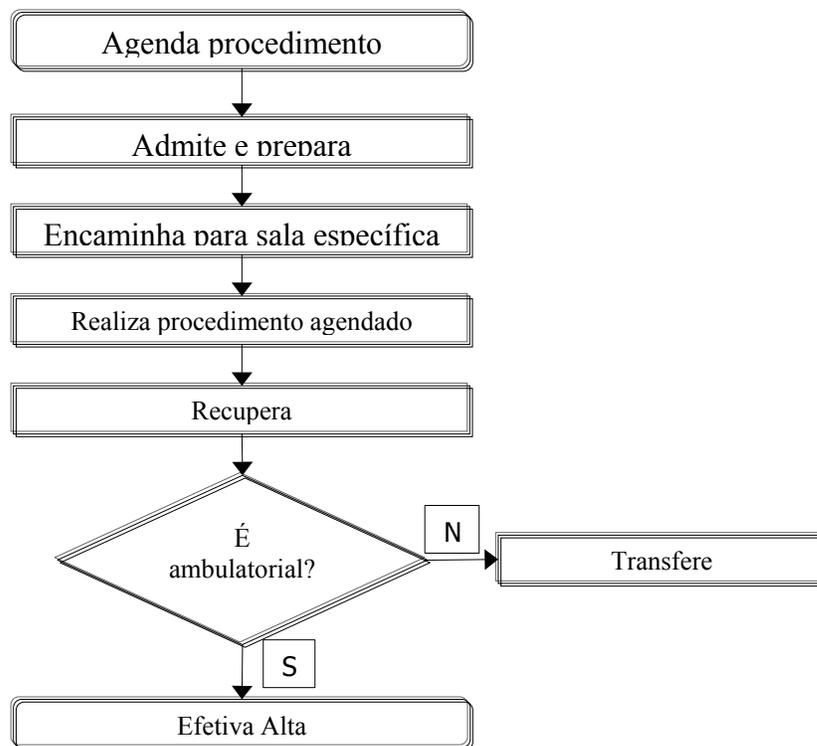


Figura 6: Fluxograma do processo para paciente cirúrgico

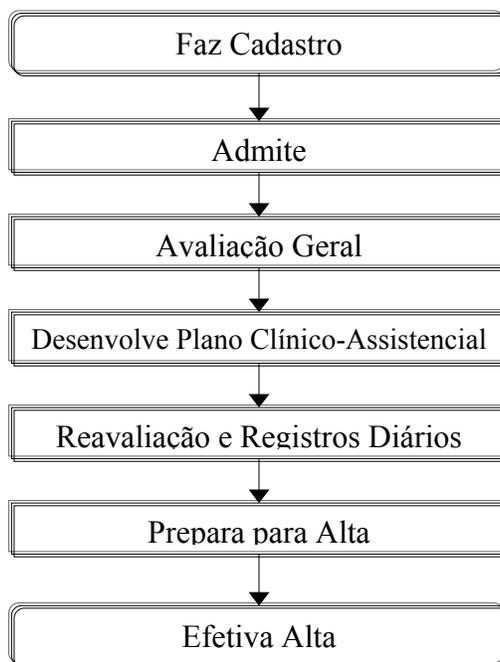


Figura 7: Paciente na Unidade Assistencial

O desempenho das Unidades Assistenciais é acompanhado por um conjunto de itens de verificação e itens de controle que monitoram os processos relativos ao produto e seus resultados respectivamente.

Cada Unidade possui uma equipe assistencial composta de Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Pastoral e Auxiliares de Enfermagem. Estas equipes estão distribuídas em quatro turnos de trabalho.

A maioria das equipes assistenciais é composta de pessoal formado pelo Centro de Capacitação e Desenvolvimento do próprio hospital e realiza 100% das tarefas de rotina. As equipes trabalham com autonomia, apoiadas em procedimentos operacionais padrão (rotinas) e sempre orientadas para os resultados.

O gerenciamento da rotina faz parte do dia-a-dia da atividade gerencial e todos os procedimentos operacionais padrão (rotinas) contém as informações necessárias à realização das tarefas rotineiras. Estas rotinas estão disponíveis e podem ser consultadas a qualquer momento via Intranet no Sistema de Padronização do Hospital Moinhos de Vento ou através de manuais existentes em todas as Unidades Assistenciais.

O Hospital possui um formulário “olho clínico” para avaliação da satisfação do cliente no momento da alta. Os percentuais de não satisfação são analisados mensalmente pelos gerentes das áreas produtivas, bem como as críticas e sugestões advindas do instrumento são discutidos sistematicamente pela equipe assistencial envolvida.

Os processos de apoio têm lugar nas Unidades Gerenciais Básicas ligadas à Superintendência Operacional e são planejados e desenvolvidos em função dos requisitos e necessidades dos clientes internos, Unidades Assistenciais do Hospital. São as UGB de apoio que garantem o suporte necessário à realização do atendimento assistencial propriamente dito.

4.6 O processo de implantação dos requisitos para a acreditação pela ONA

O Hospital Moinhos de Vento aderiu ao PGQP em 1995, e desde lá é integrante atuante do PGQP. Esse processo colaborou muito para que o hospital se desenvolvesse na Gestão da Qualidade e Gestão Empresarial. Entretanto, faltava um espaço para revisão de processos específicos da área hospitalar; havia a necessidade da utilização de uma ferramenta específica. A lacuna maior estava na área fim – o negócio – para utilização da metodologia da qualidade. Em 1998 o Hospital participou de um plano piloto de acreditação junto ao PGQP, onde foi constatado que a acreditação veio ao encontro do que o Hospital Moinhos de Vento procurava. A seguir, no ano de 2000, a Gerente da Qualidade e a Gerente Assistencial fizeram um curso sobre a acreditação e recomendaram o processo para instituição.

O objetivo do hospital é conquistar a acreditação internacional, segundo o modelo da *Joint Commission International* (JCI). Entretanto, como os requisitos do modelo da acreditação nacional (ONA) estão contidos no modelo da JCI, e a acreditação internacional é mais abrangente que a nacional, se viu por bem conquistar inicialmente a acreditação nacional de forma a obter a certificação, bem como auxiliar outros hospitais do país a buscar o padrão de excelência.

O processo de implantação iniciou com uma pesquisa sobre os processos de acreditação em outros hospitais no mundo. Em janeiro de 2001 foi decidido que o hospital implementaria o modelo de acreditação internacional, e em março de 2001 iniciou-se a realização de uma consultoria específica para o modelo JCI. Foram realizadas mais de 4000 horas de treinamentos de capacitação envolvendo todo o corpo funcional do hospital. Dentre os treinamentos realizados podem ser destacados: sensibilização para a acreditação, ferramentas da qualidade, Manual de direitos do paciente, e eventos sobre consentimento informado para o *staff* médico e principais lideranças do Hospital Moinhos de Vento.

O trabalho para a implantação foi dividido de acordo com os capítulos do Manual Internacional de Acreditação, a saber:

- Direitos do paciente;
- Gerência de Informações;

- Controle de Infecções;
- Governo, Direção e Liderança;
- Cuidados ao Paciente;
- Avaliação do Paciente;
- Acesso e Continuidade ao Cuidado;
- Melhoria de Desempenho;
- Gerência do Ambiente Hospitalar;
- Recursos Humanos.

Para a implantação dos requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, foi traçado um paralelo entre os requisitos desse Manual e os requisitos do Manual da JCAHO. Inicialmente foi formado um grupo de facilitadores, e cada facilitador coordenou um ou mais grupos de trabalho multifuncionais, juntamente com a Superintendência. No total foram criados 10 grupos e 8 subgrupos. Cada grupo foi formado por pessoas representativas de cada área, como médicos, enfermeiras, nutricionistas, administradores, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, economistas, engenheiros, supervisores de serviço, e profissionais de serviços de terceiros. Após o estudo dos requisitos e uma avaliação para diagnóstico, foram realizadas reuniões periódicas e traçados planos de ação para os requisitos não atendidos. Com o auxílio de consultoria específica para a acreditação internacional, foram estabelecidas e documentadas normas, rotinas e padrões em relação ao atendimento do paciente.

Durante o processo de implantação foram tomados 20 planos de ação, dentre os quais podem ser destacados: definição de cronogramas de melhorias em área física, projeto de sinalização, projeto SAME/Prontuário único, e melhorias específicas em produção e manipulação de alimentos.

Em maio de 2001 foi realizada uma avaliação diagnóstico para a acreditação à ONA, e no final do ano de 2001, após a avaliação final pela Instituição Acreditadora, o Hospital Moinhos de Vento foi recomendado para a acreditação à ONA, sendo classificado como hospital nível 3 (acreditada com excelência). No momento da conclusão deste

trabalho, o Hospital Moinhos de Vento estava aguardando a documentação oficial e o parecer final da Organização Nacional de Acreditação. Durante o ano de 2002 o hospital deverá dar continuidade ao processo para obter a acreditação internacional.

Cabe ressaltar que o escopo deste trabalho se limita apenas à acreditação nacional.

4.7 Entrevistas

Com o intuito de analisar criticamente o processo de acreditação conduzido no Hospital Moinhos de Vento, imediatamente após a avaliação de acreditação foram realizadas entrevistas com durações entre 30 e 60 minutos com os facilitadores dos grupos criados para a implantação dos requisitos da acreditação, além de outras pessoas-chave no processo. Foram entrevistadas as seguintes pessoas:

- Superintendente Assistencial;
- Gerente da Qualidade;
- Supervisora Médica da área Materno-Infantil;
- Gerente de Obras e Manutenção;
- Gerente de Fisioterapia;
- Gerente Médico;
- Gerente da Controladoria;
- Gerente Assistencial;
- Médica Cardiologista;
- Gerente de Recursos Humanos.

Em cada entrevista foram mencionados determinados tópicos pelo autor, e cada entrevistado discorreu livremente sobre o assunto em questão. O roteiro orientativo utilizado para realizar as entrevistas foi:

- o processo de acreditação;
- principais dificuldades na implantação;
- principais mudanças advindas do processo (incluindo aspectos negativos);
- atendimento às expectativas anteriores à acreditação, e expectativas para o futuro;
- impacto no mercado;
- momento atual do Hospital Moinhos de Vento.

O resultado das entrevistas, incluindo descrição, análise e interpretação, será descrito no capítulo 5. O Termo de Autorização elaborado pelo hospital permitindo a realização e a divulgação deste trabalho encontra-se no Anexo II.

5. Análise do processo de Implantação

5.1 *Descrição das Entrevistas*

A descrição do processo de acreditação foi apresentada no capítulo 4. A seguir, será apresentada uma análise do processo de implantação. Essa análise compreende entrevistas feitas com os principais agentes da implantação. As entrevistas abordaram vários aspectos: dificuldades encontradas, mudanças organizacionais, atendimento às expectativas, impactos no mercado e resultados obtidos.

5.1.1 *Principais Dificuldades na Implantação*

A dificuldade inicial destacada pela Superintendente Assistencial, pela Gerente da Qualidade, pela Supervisora Médica da Área Materno-Infantil, e pelo Gerente da Fisioterapia foi justamente promover a mudança de cultura e envolver toda a equipe de funcionários e o corpo clínico aberto. Foi necessário mostrar que isto é uma ação do conjunto de todas as atividades do Hospital Moinhos de Vento, não somente daqueles que atuam na beira de leito, bem como integrar todos no foco do negócio e no centro das atenções, que é o paciente. Como exemplificou a Superintendente Assistencial, “fazer com

que as pessoas todas estejam imbuídas de que a sua atividade esteja voltada para alguma das necessidades desse centro das atenções – o paciente”.

Outro fato que trouxe dificuldade, também associada a atitudes, foi fazer as pessoas enxergarem o hospital como um todo, ou seja, uma série de setores que estão interligados e apresentam dependência entre si. Entretanto, a própria sistemática utilizada para a implantação, com a formação e a participação dos grupos multifuncionais colaborou para o sucesso da divulgação e da conscientização sobre o programa. Segundo a Supervisora Médica da Área Materno Infantil, no instante em que todos os colaboradores se viram representados nos grupos, não houve grande resistência: “O importante é que todas as pessoas, de alguma forma, se sintam representadas naquele planejamento”.

Outra dificuldade importante mencionada pela Supervisora Médica da área Materno-Infantil, pelo Gerente de Obras e Manutenção, pelo Gerente Médico, pelo Gerente de Fisioterapia, pela Gerente Assistencial, e pela Médica Cardiologista foi sistematizar a utilização e o preenchimento de registros. Destaque especial foi dado ao envolvimento dos médicos, no sentido de que o corpo clínico adquirisse a cultura de preencher completamente e adequadamente os registros de prontuários clínicos.

Além disso, alguns entrevistados citaram como dificuldades a elaboração de protocolos, a atualização dos exames periódicos de saúde ocupacional, a adequação do enfoque internacional para o nacional, a elaboração de indicadores da qualidade não financeiros, e sua constante atualização.

O Gerente da Controladoria comentou que existia – e ainda existe – uma dificuldade em monitorar e acompanhar o andamento dos planos de ação. Segundo ele, “o calcanhar de Aquiles é que nós já conhecemos os nossos problemas, as ações são demoradas, e elas não têm um mecanismo que gere o desconforto da atividade não realizada. A acreditação quer saber o que foi feito para resolver os problemas, quer saber o resultado”.

O Quadro 5 resume as dificuldades relatadas.

Quadro 5: dificuldades encontradas no processo de acreditação

Principais dificuldades, relatadas pela maioria	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de cultura e envolvimento da equipe; - sistematização do uso de registros.
Outras dificuldades, relatadas por alguns dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento e acompanhamento dos planos de ação; - elaboração de protocolos; - atualização dos exames periódicos de saúde ocupacional; - adequação do enfoque nacional para o internacional; - elaboração de indicadores da qualidade não financeiros.

5.1.2 Principais Mudanças Advindas do Processo

Nove dos dez entrevistados destacaram uma grande mudança comportamental durante o processo: o entusiasmo, a mobilização e o envolvimento de todos os colaboradores. Segundo a Gerente Assistencial, “pela primeira vez toda a instituição participou do processo, foi o movimento mais bonito pelo qual a instituição passou. Problemas pessoais, profissionais, tudo foi deixado de lado para o esforço da acreditação”. Tal entusiasmo e esforço, segundo o Gerente da Controladoria e a Gerente Assistencial, provocaram um aumento no indicador de satisfação do paciente internado no mês de novembro, quando ocorreu a avaliação para a acreditação. A Superintendente Assistencial destaca que foi gerada uma “consciência dos funcionários de que eles têm um papel que pode validar ou não o processo, e da importância de seus processos na instituição”. A Médica Cardiologista e o Gerente da Fisioterapia ainda destacam que “o trabalho de cada grupo e o relacionamento entre grupos colaboraram para que todos conhecessem melhor o hospital”. O trabalho dos grupos, segundo a maioria dos entrevistado, colaborou também com uma melhoria na comunicação interna do hospital. A Gerente da Qualidade comentou que “o entusiasmo das lideranças contagiava a todos. Toda a equipe vibrou com o reconhecimento do hospital”.

A Gerente Assistencial destacou também que as pessoas passaram a ter maior credibilidade de que as regras podem se fazer cumprir. Exemplificou citando que o corpo

de enfermagem se sente com liberdade de cobrar e apontar falhas no processo, como registros incompletos ou inadequadamente preenchidos.

Para a Supervisora Médica da área Materno-Infantil e o Gerente de Obras e Manutenção, cabe ainda destacar como melhoria a sistematização do uso de registros, possibilitando, entre outras coisas, a obtenção de um histórico para cada equipamento. Uma maior quantidade de registros em prontuários clínicos gera um aumento nas informações do paciente. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil destaca ainda que “situações como a recusa de um paciente em se submeter a um determinado tratamento ou a concordância deste para a realização de algum tipo de procedimento invasivo são formalizadas”. A Superintendente Assistencial ressalta ainda que “o Hospital Moinhos de Vento está indo ao encontro de uma aspiração médica que nem sempre é expressa, no sentido de criar um processo de acreditação cujas ferramentas causarão mais segurança no trabalho do médico”.

A Supervisora Médica da área Materno-Infantil, o Gerente da Controladoria, o Gerente de Obras e Manutenção, a Gerente Assistencial, o Gerente Médico, e a Gerente de RH concordam que a acreditação hospitalar foi o instrumento ideal para avaliar a qualidade da assistência ao paciente: “Foi o primeiro movimento que avaliou o desempenho da atividade fim do hospital”, segundo o Gerente Médico. A Gerente Assistencial destaca ainda que a acreditação “é um modelo fantástico para o processo assistencial”.

O Gerente da Controladoria, o Gerente de Obras e Manutenção, o Gerente Médico, e a Gerente de RH também observaram um aumento da organização interna em função da normatização, o gerenciamento e a melhoria dos processos.

Foram destacadas ainda as seguintes vantagens: a equipe assistencial aprendeu muito; a acreditação auxiliou no sentido de dar um maior suporte à "venda" de novas idéias para a alta administração; a acreditação mostrou a importância dos indicadores para o Hospital.

A Gerente da Qualidade destaca ainda como vantagens: o início de um grande envolvimento do corpo clínico; a elaboração de uma política de protocolo; melhorias nas áreas físicas da nutrição e do arquivo médico; a evolução de registros em prontuário

clínico, gerando uma referência, com conseqüente aumento de produção científica para a comunidade da área da saúde.

Como principais obstáculos inerentes ao processo, foram destacados como oriundos da implantação: o descrédito inicial de algumas pessoas no início do processo, a sobrecarga de trabalho inicial, e o modelo de adiar o trabalho, causando correria para implementar.

A Superintendente Assistencial destaca ainda que “algumas rotinas foram feitas em função do processo e, por conseqüência, elas não se sustentam e precisam ser trabalhadas”.

O Gerente da Controlaria e a Gerente da Qualidade destacam que “a acreditação não se preocupa com a questão custo, reestruturação, não orienta no sentido de tornar os processos enxutos”. Além disso a acreditação, segundo o Gerente da Controladoria, não exige profundamente o monitoramento e acompanhamento do andamento dos planos de ação.

O Quadro 6 resume as principais mudanças relatadas.

Quadro 6: principais mudanças oriundas do processo de acreditação

Principais mudanças, relatadas pela maioria	<ul style="list-style-type: none">- Envolvimento de toda a equipe;- sistematização de uso de registros;- avaliação da atividade fim – qualidade da assistência;- organização interna.
Outras mudanças importantes, relatadas por alguns dos participantes	<ul style="list-style-type: none">- Aprendizado da equipe assistencial;- auxílio no suporte à “venda” de novas idéias;- importância do uso dos indicadores;- o grande envolvimento do corpo clínico;- a elaboração de uma política de protocolo;- melhorias nas áreas físicas da nutrição e do arquivo médico.

5.1.3 Atendimento às Expectativas Anteriores à Acreditação, e Expectativas para o Futuro

Todos os entrevistados concordaram que as expectativas anteriores à acreditação foram atendidas com o processo e o resultado desse e, em muitos casos, foram superadas. A Gerente da Qualidade ressaltou que, no entanto, suas expectativas quanto a uma possível racionalização dos processos do hospital não foram atendidas.

A grande expectativa de todo o hospital para o ano de 2002 é a conquista do seu objetivo final, a acreditação internacional junto a *Joint Comission International*. Além disso, todos esperam conseguir manter o sistema e manter a chama acesa no hospital. A Superintendente Assistencial espera que a acreditação “não seja uma situação pontual que venha para desenvolver uma linha de trabalho, mas sim um elemento que valide os processos de trabalho”.

A Gerente da Qualidade espera que no futuro o hospital consiga tornar os seus processos mais enxutos.

O Quadro 7 resume o relato das expectativas.

Quadro 7: expectativas atendidas e geradas pelo processo de acreditação

Expectativas atendidas?	Nove entrevistados: Sim; um entrevistado: Parcialmente
Expectativas futuras?	Conquista da acreditação internacional; manutenção do sistema; otimização dos processos.

5.1.4 Impacto no Mercado

A maioria dos entrevistados concorda que a sociedade em geral ainda não sabe o que é o processo de acreditação. Assim, um possível impacto junto à sociedade somente será observado a longo prazo, mediante uma educação da sociedade como um todo a respeito do que significa ser um hospital acreditado.

Na opinião da Superintendente Assistencial, “a acreditação é uma ferramenta que evidencia um diferencial de qualidade pela complexidade e pela efetiva prática proposta, e isto terá algum valor para a comunidade a longo prazo, a medida em que a informação técnica for traduzida na linguagem leiga”. O Gerente de Obras e Manutenção complementa que “o hospital agora possui uma evidência da qualidade de seus serviços”. Entretanto, o Gerente da Fisioterapia lembra que no momento em que a comunidade estiver consciente do significado da acreditação, “deverá haver uma maior responsabilidade e exigência por parte da comunidade”.

A Gerente Assistencial, a Gerente da Qualidade e a Gerente de Recursos Humanos acreditam que o impacto maior deve ser junto à comunidade médico-científica. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil acredita que para o corpo clínico a acreditação do Hospital Moinhos de Vento será um diferencial: “para o médico é melhor trabalhar em um hospital nessas condições, é uma questão de status e confiança”.

Com relação aos convênios, a Gerente Assistencial acredita que a acreditação acarretará num aumento da credibilidade junto aos convênios. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil espera que no futuro um hospital acreditado poderá ter um quadro diferenciado, diferentemente do Gerente da Fisioterapia, que não acredita em um possível aumento de valores das fontes pagadoras.

O Gerente Médico possui uma opinião diferente dos demais entrevistados: ele não considera que o objetivo deva ser impactar no mercado, mas sim utilizar a acreditação internamente como ferramenta.

5.1.5 Momento Atual do Hospital Moinhos de Vento

Todos os entrevistados apresentaram uma visão otimista do momento atual do Hospital Moinhos de Vento. O ano de 2001 foi de muitas mudanças em função do processo de acreditação, e, atualmente, segundo a Superintendente Assistencial, o hospital vive uma fase de consolidação de métodos e rotinas da qualidade: “O processo de qualidade faz parte da instituição”. A Gerente da Qualidade define que este é um grande momento de gestão.

O Gerente de Obras e Manutenção acredita que “o momento do HMV é muito bom, embora o momento para o mercado de saúde esteja difícil”. O Gerente da Fisioterapia

lembra que “a marca HMV é exemplo de gestão, e outras necessidades estão sendo buscadas”.

Na opinião do Gerente Médico, o Hospital Moinhos de Vento poderia se dedicar mais a aumentar a sua participação em publicações e trabalhos científicos. Segundo ele, o hospital possui uma equipe altamente qualificada que permite tal participação.

Já a Gerente Assistencial acredita que “a instituição deveria mostrar mais a sua cara, abrir as portas para a comunidade”. Acima de tudo, ela “acredita em uma instituição sólida, que sabe para onde quer ir, e está traçando o método de como deve caminhar”.

5.2 *Discussão*

A discussão deste trabalho será apresentada sob dois enfoques: a discussão do processo de implantação do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares no Hospital Moinhos de Vento, e a discussão do trabalho realizado pelo autor.

5.2.1 *Discussão do Processo de Implantação*

Foi observado que o processo de acreditação no Hospital Moinhos de Vento trouxe muitos benefícios para a instituição como um todo. De um modo geral, as principais dificuldades destacadas pelos entrevistados foram:

- mudança de cultura e o envolvimento de toda a equipe de funcionários e o corpo clínico aberto;
- sistematizar a utilização e o preenchimento de registros.

Pode-se observar que as principais dificuldades citadas não estão relacionadas especificamente a algum requisito do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, mas sim a todo o processo de implantação. Com 1.200 colaboradores próprios, sem dúvida o processo de imbuir todos com o espírito da acreditação não deve ter sido simples. A principal evidência de que o hospital obteve êxito nesse sentido, além do

próprio resultado final da avaliação, foi o entusiasmo contagiante com que todos levaram o processo de acreditação.

Além disso, passar a incorporar no dia-a-dia novos hábitos que anteriormente não existiam – como o preenchimento de alguns registros, por exemplo – foi outra dificuldade considerável do processo. O corpo clínico em particular foi muito citado nas entrevistas: a conscientização do corpo clínico sobre a importância de preencher adequadamente os registros de prontuário está sendo uma grande vitória do hospital. O próprio corpo de enfermagem adotou uma postura pró ativa, no sentido de cobrar e orientar o corpo clínico quanto ao preenchimento dos prontuários.

Cabe ainda destacar a dificuldade de acompanhamento e monitoramento dos planos de ação citada pelo Gerente da Controladoria: essa observação vem corroborar diretamente o resultado da análise comparativa entre o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000 realizada no capítulo 3. O Manual requer a realização de um controle da qualidade em determinadas seções, sem detalhar como tal controle deve ser feito. Ao comparar com o requisito 8.5.2 da Norma NBR ISO 9001/2000, nota-se que a Norma requer análise crítica de não-conformidades, determinação das suas causas, avaliação da necessidade de ações para assegurar que aquelas não-conformidades não ocorrerão novamente, determinação e implantação das ações necessárias, registro do resultado das ações, e análise crítica das ações corretivas executadas. Em suma, é uma ferramenta muito robusta para a tomada de ações.

Entretanto, segundo a avaliação dos entrevistados, a acreditação foi o instrumento mais adequado para a instituição. A própria sistematização do uso de registros tende a ser um instrumento de segurança para o hospital e para os próprios médicos, no sentido de que todas as intervenções ficam registradas e qualquer solicitação por parte do paciente no que se refere a recusas em se submeter a um tratamento específico é formalizada.

Independente de outros aspectos, a grande mudança observada pelos entrevistados foi o entusiasmo com que todos os funcionários participaram do processo. Isso não é uma mudança advinda de algum requisito específico do Manual, mas sim da própria forma com que o Hospital Moinhos de Vento concebeu a implantação dos requisitos do Manual. Ao criar grupos de trabalho multifuncionais o hospital conseguiu que todos os funcionários se

sentissem representados pelos grupos, o que minimizou consideravelmente uma possível resistência interna. O trabalho em grupo auxiliou também no sentido de que os colaboradores passassem a conhecer melhor os processos do hospital como um todo, auxiliando até mesmo na comunicação interna.

Também deve ser mencionado que, durante o processo de implantação, foram criados vários indicadores não financeiros que complementam os indicadores já existentes anteriormente. Um dos indicadores criados, por exemplo, foi o “tempo médio de permanência de internação pós-AVC (acidente vascular cerebral)”, que mede diretamente o resultado da implantação de protocolos médicos. No entanto, como esse indicador foi criado durante o processo de acreditação, não existem parâmetros de comparação anteriores à criação de tais protocolos. Além disso, como a acreditação foi recente (no mês de novembro de 2001), ainda não foi possível mensurar os resultados positivos advindos da acreditação. A tendência é que a longo prazo os indicadores revelem resultados positivos, mas no momento da conclusão desse trabalho ainda era cedo para observar mudanças nos resultados expressos pelos indicadores. O indicador de satisfação global apresentou durante o ano de 2002 resultados sempre acima da meta estipulada, tendência esta que pode ser relacionada ao processo de acreditação. Entretanto, não há evidências suficientes que possam garantir tal relação.

5.2.2 Discussão do Trabalho Realizado pelo Autor

O processo de acreditação no Brasil ainda é muito recente e incipiente. Poucas são as instituições hospitalares que já obtiveram a acreditação, e escassos são os relatos sobre tais processos. Nesse sentido, o presente trabalho constitui uma contribuição pioneira junto a um tema de grande relevância para o setor hospitalar.

A partir de uma análise teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares foram apresentados os requisitos (padrões) do Manual, além da descrição do processo de acreditação e comparação entre os requisitos do Manual e da Norma NBR ISO 9001/2000.

O estudo teórico apresentado neste trabalho revelou que o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é um instrumento de avaliação da

qualidade institucional, composto de seções e subseções. As subseções apresentam padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo. As exigências do nível I contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde avaliada, analisando a existência de recursos humanos compatíveis com a complexidade das atividades, e a habilitação dos profissionais e responsáveis técnicos. Já o nível II contempla evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. O nível III, por sua vez, contempla evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Os requisitos do Manual são cumulativos: para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível estejam atendidos em todas as subseções.

A comparação entre os requisitos do Manual e os requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 demonstrou que o Manual apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificamente para instituições hospitalares, enquanto que a Norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo genérico de gestão da qualidade. A estrutura de abordagem dos requisitos também difere: enquanto a estrutura da norma NBR ISO 9001/2000 é por processos, a do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é por setores. Foi possível observar (Quadro 4) que alguns requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 não são exigidos explicitamente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, como a existência de um Manual da Qualidade, definição de Política e Objetivos da Qualidade, entre outros. Finalmente, o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares exige a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle. A Norma NBR ISO 9001/2000, por outro lado, define como deve ser a sistemática de medição e monitoramento do produto, controle de produto não-conforme, ações corretivas e ações preventivas.

Com base nesse estudo, as instituições hospitalares podem comparar as características e as vantagens entre essas duas ferramentas – o Manual e a NBR ISO 9001/2000 e, eventualmente, optar entre uma das implantações. Entre as principais vantagens do Manual, destaca-se o fato de que a acreditação é um modelo mais adequado para o processo assistencial, tendo um foco muito forte na atividade fim dos hospitais. A NBR ISO 9001/2000, por outro lado, é uma excelente ferramenta de Gestão da Qualidade. Conseqüentemente, um hospital já acreditado pela ONA pode decidir implantar a NBR ISO 9001/2000 para complementar seu Sistema de Gestão, ou inversamente: um hospital certificado NBR ISO 9001/2000 pode utilizar o Manual como uma ferramenta de boas práticas de assistência.

Baseado na experiência do autor em Sistemas da Qualidade, pode ser sugerido uma implantação conjunta da NBR ISO 901/2000 e do Manual de três formas:

- iniciar o processo pela implantação do Manual: a vantagem dessa opção é que, através do atendimento dos padrões de nível 1, muitos requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 do item 7 – “Realização do Produto” – estariam automaticamente atendidos;
- iniciar o processo pela implantação da NBR ISO 9001/2000: a vantagem dessa opção é que as ferramentas de gestão abordadas pela Norma permitem, após uma adaptação, o atendimento a grande parte dos padrões nível 3 do Manual;
- executar o processo com implantação simultânea da Norma e do Manual.

Além do estudo teórico, também foi desenvolvido um estudo de caso. O estudo de caso possibilitou acompanhar na prática as dificuldades, vantagens e principais mudanças observadas no Hospital Moinhos de Vento. Nesse hospital, através do acompanhamento realizado pelo autor deste trabalho, foi observado que as maiores dificuldades foram: a mudança de cultura, o envolvimento da equipe, e a sistematização de registros. Com relação à mudança de cultura e ao envolvimento da equipe, observou-se que foi necessário mostrar que a acreditação é uma ação do conjunto de todas as atividades do hospital, não somente daqueles que atuam na beira de leito. Além disso, foi preciso integrar todos os colaboradores no foco do negócio e no centro das atenções, que é o paciente. Foi difícil fazer as pessoas enxergarem o hospital como um sistema de setores interdependentes.

Entretanto, a própria sistemática utilizada para a implantação, com a formação e a participação dos grupos multifuncionais colaborou para o sucesso da divulgação e da conscientização sobre o programa. Com relação à sistematização dos registros, foi dado um destaque especial ao envolvimento dos médicos no preenchimento dos registros de prontuários clínicos.

Interessante observar que a vitória sobre estas dificuldades trouxe justamente os maiores benefícios para o Hospital: o processo provocou entusiasmo, mobilização e envolvimento de todos os colaboradores. Por outro lado, a sistematização do uso de registros possibilita uma maior segurança no trabalho do hospital e do médico, além de criar um histórico dos processos do hospital.

O estudo de caso complementou o estudo teórico. Em conjunto as duas abordagens permitem a análise do processo de acreditação junto à ONA, tanto do ponto de vista conceitual como prático. Tal análise pode servir de orientação a outros hospitais que estejam buscando a acreditação junto à ONA.

6. Comentários Finais

6.1 Conclusões

Este trabalho analisou a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Foi realizada uma avaliação teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, além de um acompanhamento de um estudo de caso no Hospital Moinhos de Vento, onde o Manual foi implantado. Através deste trabalho, foi possível obter uma visão das dificuldades de implantação e mudanças ocorridas na instituição após esse processo, bem como as vantagens e desvantagens obtidas.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a qualidade em hospitais, onde se observou que existem vários modelos de programas de qualidade aplicados aos serviços de saúde. Foi feita uma análise dos direitos do paciente sob o ponto de vista do Código de Defesa do Consumidor. Além disso, foi destacada a importância de prontuários clínicos e a utilização de protocolos.

A revisão bibliográfica também abordou a análise e comparação de normas de qualidade aplicáveis a hospitais. Tal revisão abordou os trabalhos já publicados em Gestão

da Qualidade Total, Controle Total da Qualidade (CQT), Normas ISO 9000, e as normas de acreditação desenvolvidas pela JCAHO. Através dessa análise foi possível observar que apenas as normas da JCAHO são normas específicas para instituições hospitalares que enfatizam o resultado final do processo, enquanto as demais normas são genéricas e possuem um foco maior no negócio.

A seguir foi desenvolvido um estudo teórico que abordou o histórico da acreditação, a estrutura da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do Sistema Nacional de Acreditação. Tal estudo também analisou as diretrizes de acreditação pela ONA e os requisitos de avaliação. Finalmente, foi realizada uma análise comparativa entre os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000.

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresenta subseções com padrões definidos através de três níveis, do mais simples ao mais complexo. Da mesma forma que as normas da JCAHO, foi possível observar que o Manual apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificamente para instituições hospitalares, enquanto que a Norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo genérico de gestão da qualidade: o Manual se aplica como uma ferramenta de boas práticas de assistência no nível 1 com enfoque de gestão no nível 3, enquanto a Norma NBR ISO 9001/2000 se aplica como uma ferramenta de gestão da qualidade para a organização.

Em seguida, foi desenvolvido um estudo de caso junto ao Hospital Moinhos de Vento. Esse estudo englobou uma análise do processo de implantação através da realização de entrevistas com os facilitadores dos grupos criados para a implantação dos requisitos de acreditação.

Para a implantação dos requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, o Hospital Moinhos de Vento formou um grupo de facilitadores, e cada facilitador coordenou um ou mais grupos de trabalho multifuncionais, juntamente com a Superintendência. Cada grupo foi formado por pessoas representativas de cada área.

As maiores dificuldades observadas pelos grupos durante a implantação foram a mudança de cultura, o envolvimento da equipe, e a sistematização de registros. Entretanto,

após essas dificuldades terem sido superadas, elas se tornaram as principais vantagens percebidas pelo Hospital Moinhos de Vento após a acreditação.

Este trabalho foi pioneiro no sentido em que o processo de acreditação no Brasil ainda é bastante incipiente, havendo atualmente apenas dois hospitais acreditados no Rio Grande do Sul. Assim, poucos são os trabalhos já publicados que abordam esse assunto. As análises teórica e prática desenvolvidas neste trabalho podem orientar outros hospitais que estejam buscando a acreditação junto à ONA.

6.2 Sugestões para trabalhos futuros

A partir das conclusões obtidas, é possível sugerir a execução de trabalhos futuros que possam complementar o estudo realizado:

- realizar uma análise comparativa entre os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e programas de qualidade total, como o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP);
- realizar uma análise comparativa entre os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e as normas de acreditação desenvolvidas pela JCAHO, de forma a comparar os requisitos da acreditação nacional com a internacional;
- acompanhar o processo de acreditação internacional pela JCAHO realizado no Hospital Moinhos de Vento;
- análise de resultados obtidos a longo prazo, incluindo a própria manutenção do programa de acreditação nacional desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento;
- análise de processos de acreditação ocorridos em outros hospitais, de maneira a possibilitar comparações entre os resultados obtidos em diferentes instituições;

- analisar a nova revisão das Normas Orientadoras do Manual da Organização Nacional de Acreditação, a fim de verificar as alterações ocorridas nas diretrizes do processo de acreditação.

REFERÊNCIAS

ALBERTIN, Marcos (2001). Vantagens e mudanças organizacionais percebidas durante a implantação de um Sistema de Garantia da Qualidade baseado na NBR ISO 9001. In: Ribeiro, J.L.D. & Nodari, C.T. Tratamento de dados qualitativos: técnicas e aplicações. Porto Alegre: FEENG, pp. 101-117.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2000). NBR ISO 9001. Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 21 p.

Associação Paulista de Medicina (2000). RAS Entrevista Genésio Antônio Körbes. – São Paulo: Revista de Administração em Saúde – Vol. 2 – Número 8 (Julho-Setembro 2000) – disponível no *site* <http://apm.connectmed.com.br/site/departamentos/cqh/Revista/Numero8/entrevista.htm>

DAVIS, Frank Stephen (1994). Qualidade Total em Saúde. São Paulo: STS, 216 p.

DEMING, William Edwards (1990). Qualidade: A Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 367 p.

DENTON, D. Keith (1991). Qualidade em Serviços: o Atendimento ao Cliente como Fator de Vantagem Competitiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 217 p.

GRAHAM, N. O. (1990). Quality Assurance in Hospitals – Strategies for Assessment and Implementation. Maryland: Aspen Publishers, 374 p.

MOORE, Lila Margaret (1999). High standards: ISO 9000 comes to health care. Chicago: Trustee – Vol. 52, 2 ed., pag. 10 – 14 (Feb 1999)

MOTA, Eliane Viegas (1996). O Desdobramento da Qualidade em Hospitais. Porto Alegre. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 150 p.

NOGUEIRA, Roberto Passos (1994). Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 176 p.

NOVAES, Humberto de Moraes (1994); PAGANINI, José María. Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais(Brasil). Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 108 p.

OLIVEIRA, Gustavo Pereira Eggres de (1996). Análise Comparativa de Critérios Utilizados para a Avaliação de Sistemas de Gestão da Qualidade. Porto Alegre. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 130 p.

Organização Nacional de Acreditação (2001). Manual da Organização Nacional de Acreditação – Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília: ONA.

Organização Nacional de Acreditação (2000). Manual da Organização Nacional de Acreditação – Normas Orientadoras. Brasília: ONA.

ORLIKOFF, James E.; TOTTEN, Mary K. (2001). Quality and Value: Overcoming Barriers. Chicago: Trustee – Vol. 54, 7 ed., pag. T1 – T4 (Jul/Ago 2001)

QUINTO NETO, Antônio (2000). Processo de Acreditação: a Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica, 136 p.

QUINTO NETO, Antônio; GASTAL, Fábio (1997). Acreditação Hospitalar: Proteção aos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 136 p.

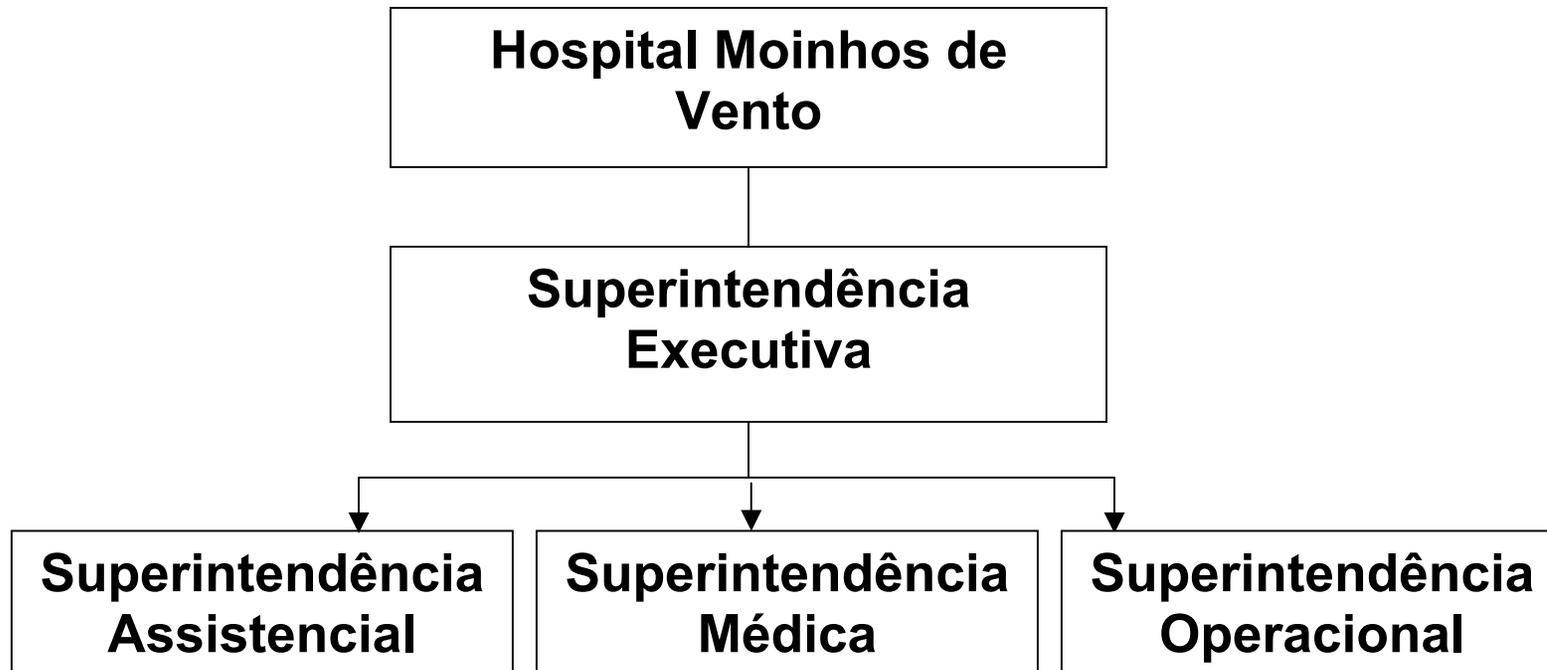
RIBEIRO, José Luis Duarte (2001). Técnica para tratamento de dados qualitativos. In: Ribeiro, J.L.D. & Nodari, C.T. Tratamento de dados qualitativos: técnicas e aplicações. Porto Alegre: FEENG, pp. 09-24.

ANEXOS

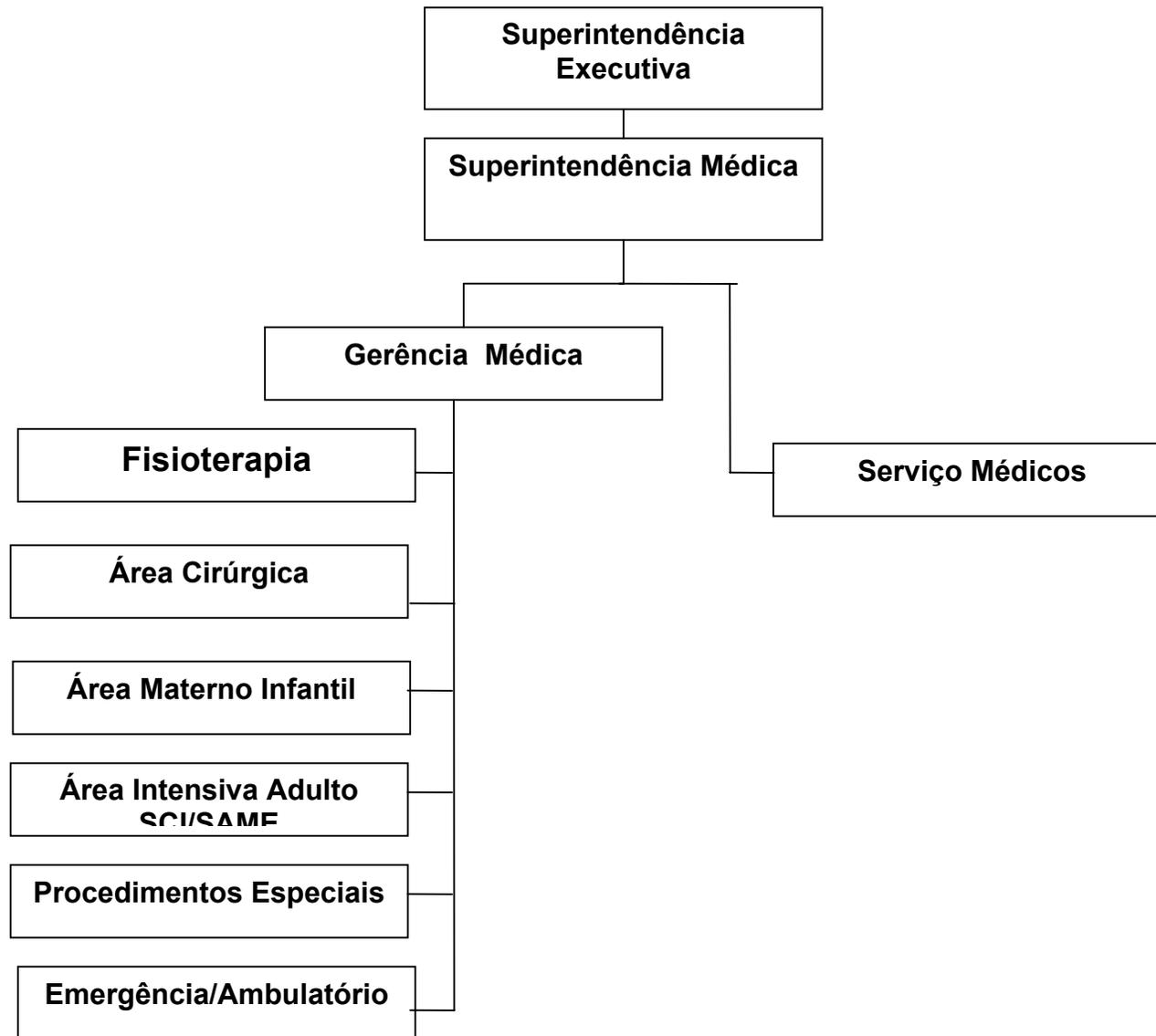
Anexo I – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional



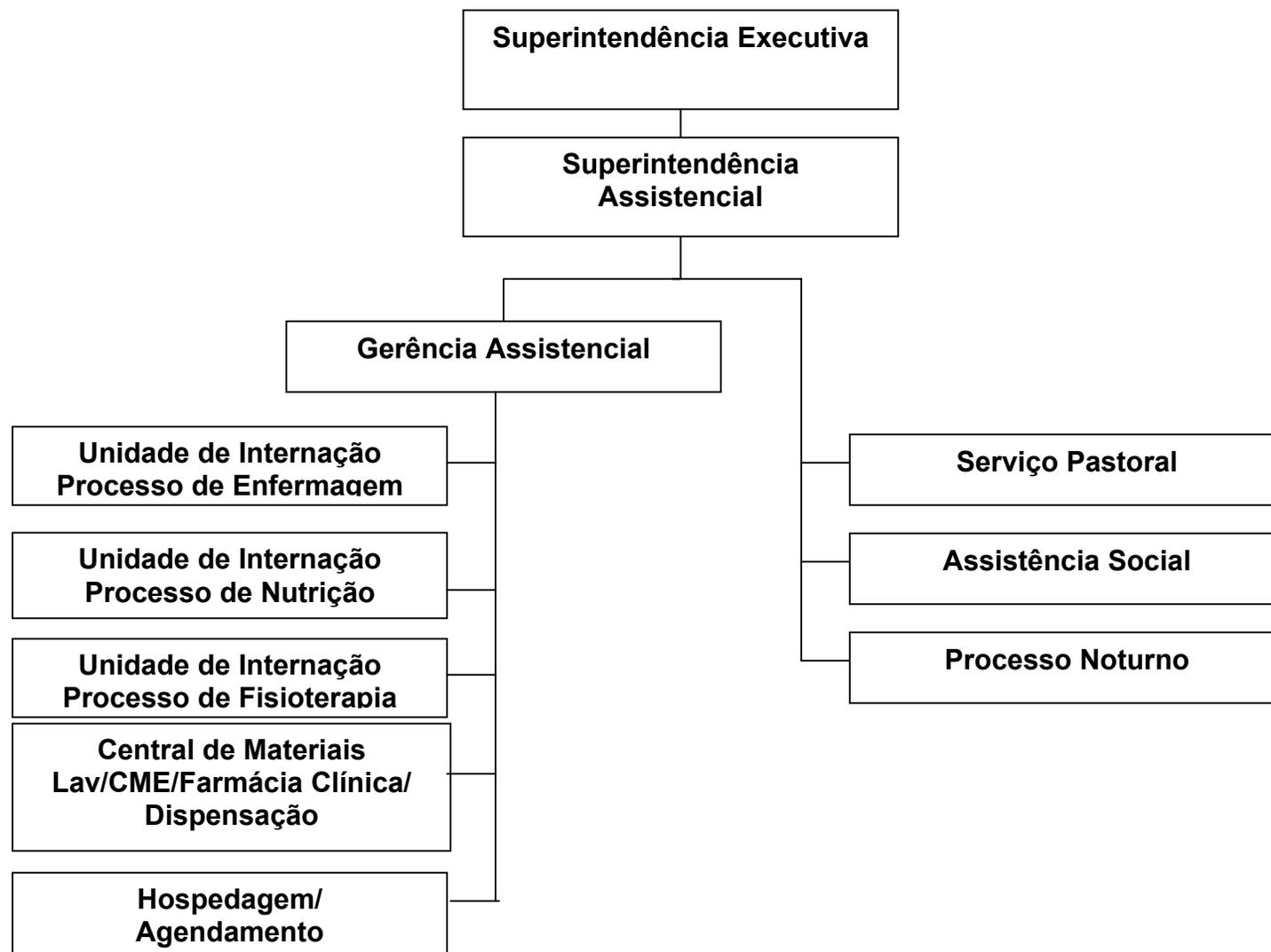
Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional



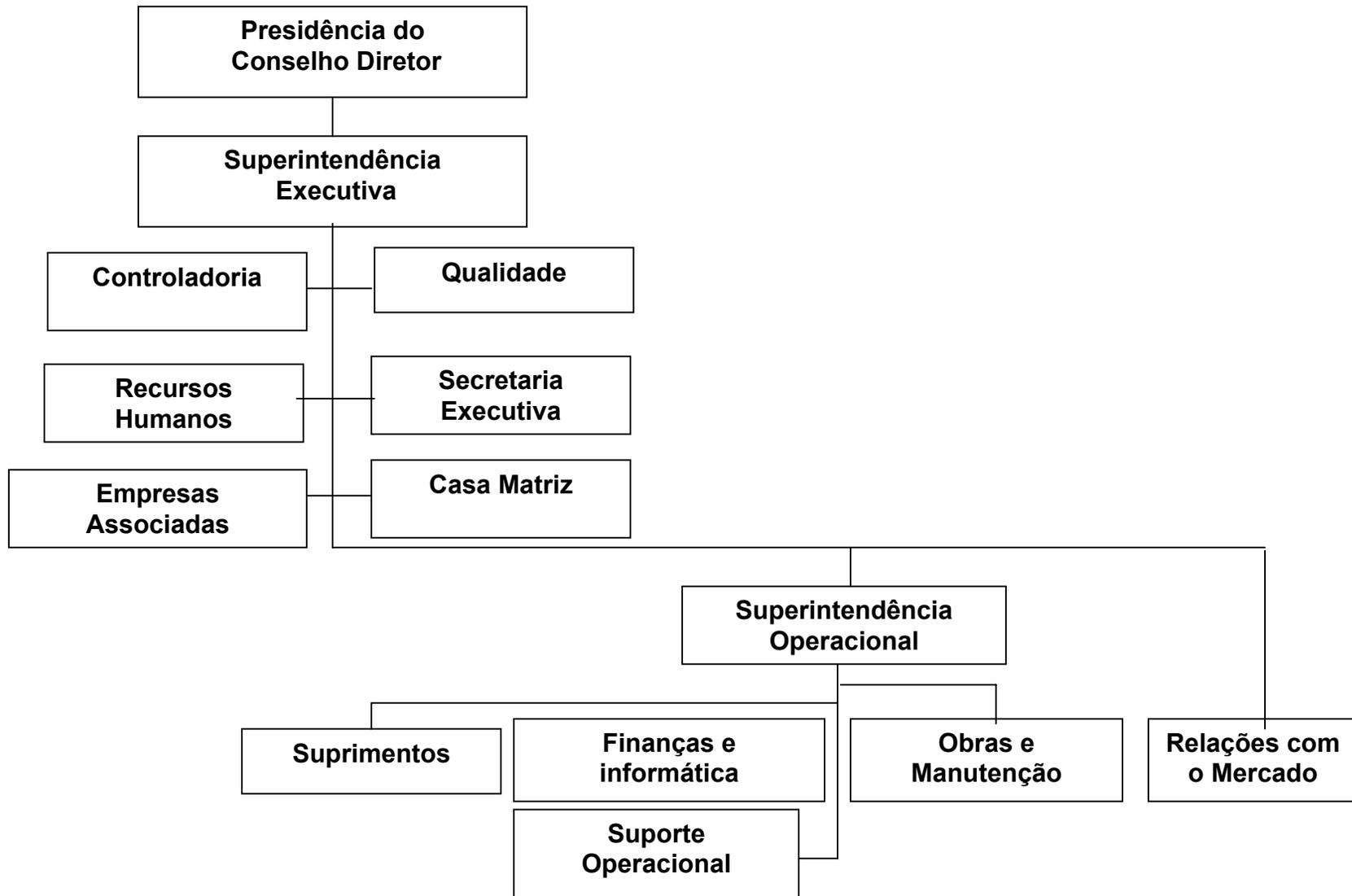
Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional



Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional



Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Diagrama Organizacional



Anexo II – Termo de Autorização

Autorizamos o aluno de Mestrado Profissionalizante em Engenharia da Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Felipe Lacerda Antunes a realizar junto ao Hospital Moinhos de Vento o seu Trabalho de Conclusão, tendo como tema “IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO BASEADO NO MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES DA ONA: UM ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE”.

O aluno também está autorizado a divulgar o nome da instituição no corpo de seu trabalho.

José Henrique do Prado Fay
Superintendente Executivo