

# Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente

## Health quality management: improving support to client

## Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente

Vera Lucia Bonato\*

**RESUMO:** O presente artigo trata dos conceitos de qualidade, aplicados ao segmentos da saúde em todos os seus níveis de planejamento e execução. Apresenta, também, algumas metodologias de avaliação de qualidade, que estão sendo frequentemente utilizadas em diferentes instituições de saúde públicas ou privadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência. Sistemas de Saúde. Qualidade.

**ABSTRACT:** This paper deals with the quality concepts applied to the health segment in all its implementation and planning levels; it also presents some quality evaluation methodologies that are usually used in different public or private health institutions.

**KEYWORDS:** Assistance. Health Systems. Quality Management.

**RESUMEN:** El presente artículo trata de los conceptos de calidad, aplicados al segmento de la salud en todos sus niveles de planificación y ejecución; presenta también algunas metodologías de evaluación de calidad, que están siendo frecuentemente utilizadas en diferentes instituciones de salud públicas o privadas.

**PALABRAS-LLAVE:** Asistencia. Sistemas de Salud. Gestión de Calidad.

### Introdução

Este artigo aborda o tema “Qualidade” a partir das experiências de trabalho em saúde, constatando que práticas de saúde só se realizam por meio da ação humana, responsáveis pela organização do trabalho.

Compreender como se efetiva a “Qualidade” e como os diferentes Sistemas de Avaliação são praticados, qual a percepção dos diferentes atores sociais que participam nesse processo, nos diferentes níveis de ação em saúde, é um desafio constante a ser realizado pelo gestor. Nesse campo, é fundamental entender o conceito de “Qualidade” pelos que conduzem os processos tanto assistenciais como aqueles voltados à gestão.

A “Qualidade” é uma práxis iluminada pela crítica e vice-versa; se entendida e tratada nessa perspectiva, representa uma importante

contribuição para a existência, concretude e historicidade do setor.

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de “Qualidade” passou a circular nos meios de comunicação, levando as empresas a transformarem-se, com vistas ao futuro; pela necessidade de sustentabilidade.

O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso.

Esse movimento refletiu mudanças na gestão das organizações, cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes. Dentre as mudanças

requeridas destacam-se: a visão sistêmica da organização dos seus processos institucionais, a transformação dos indivíduos, com ações dirigidas por novos paradigmas, buscando autorrealização e inovação, estímulo ao desenvolvimento de novas capacidades, da criatividade e alta produtividade, mobilizando sujeitos mais capazes, criativos e produtivos. Verifica-se, por parte das organizações, tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do replanejamento e da resignificação do contexto do trabalho vigente.

Constata-se, portanto, que os profissionais vêm sofrendo influências diversas. Entre elas, o trabalho que contribuiu para mudanças no plano profissional e pessoal, exigindo do trabalhador postura ativa, participativa e transformadora, afetando diretamente as relações com as organizações e o modo de fazer.

\* Docente do Centro Universitário São Camilo. Doutora em Administração Hospitalar FSP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP. E-mail: v\_bonato@hotmail.com

Essas considerações permitem refletir sobre a abrangência e influência da “Qualidade” nos diversos campos da sociedade, com destaque para a saúde. Dentre as diferentes organizações que se preocupam com saúde, podemos destacar hospitais, clínicas, unidades ambulatoriais, de emergência, consultórios, entre outros.

Hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e peculiaridade, portanto a prática da “Qualidade” adquire enfoque e diferencial específicos. Conhecer a história, evolução e funcionamento dos hospitais permite delinear o cenário em que se configuram as ações da “Qualidade”, que deram início às práticas que tiveram suas primeiras iniciativas nos setores voltados a produtos, e se aproximando posteriormente da área de prestação de serviços, como saúde, educação e outros. Focando na saúde, temos Teixeira<sup>1</sup>, que afirma:

os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica, no fim do século XIX e início do século XX, revolucionaram o papel e as funções do hospital. Ele deixa de ser um local onde pobres e doentes são levados para morrer, transformando-se na mais importante instituição para o tratamento de enfermidades, oferecendo ao médico infraestrutura que não podia ser deslocada à residência do paciente (...) no século XX, o hospital ampliou suas fronteiras e passou a servir toda a comunidade.

Quanto à questão econômica, o hospital responde hoje pelos maiores custos dos cuidados com a saúde, assim, procura-se diminuir as internações, aumentando os serviços ambulatoriais, a assistência domiciliar, expandindo e formalizando compromissos com

a qualidade, satisfazendo o usuário e diminuindo custos.

Atualmente, as instituições hospitalares são sistemas abertos que sofrem a ação do meio, sendo influenciadas pela evolução e mudanças em todos os campos sociais, tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade.

O cenário hospitalar atual caracteriza-se por conter um sistema mais humano do que mecânico; paradoxalmente, é muito burocrático, com regras e regulamentos para controlar o comportamento e o trabalho de seus membros. Perdeu, quase totalmente, suas características paternas e autoritárias, assumindo caráter de organização funcional-racional-burocrática<sup>1</sup>.

O esforço de construção e organização de um sistema produtivo que contemple relações mais claras e definidas entre os diversos atores sociais constitui um desafio dos pensadores da administração, da psicologia, entre outros, principalmente quando abordado o tema saúde, seja qual for o cenário em destaque: clínica, consultório, hospital, unidade básica, laboratório.

Frente ao mundo repleto de transformações tecnológicas, econômicas e sociais, encontra-se no conhecimento e na informação a vantagem competitiva para o indivíduo e para as organizações.

Criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, em que as relações pessoais se manifestam, gerando novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, coloca-se como desafio para a organização focada na gestão das pessoas e preocupada com a “Qualidade”. Ao potencializar o saber dos indivíduos, a organização realizará saltos em busca de crescimento e inovação.

É preciso conhecer e entender as mudanças atuais nos diferentes âmbitos: social, econômico, organizacional e psicológico, para poder administrá-las. Esse é o caminho para a construção de uma organização que evolui em paralelo com o desenvolvimento social e estimula seus trabalhadores rumo à cidadania.

Organizações vencedoras serão aquelas que criarem alternativas com maior rapidez, avançando, melhorando, identificando suas fragilidades e estabelecendo oportunidades para criar mecanismos inovadores no cotidiano. Outro aspecto que merece destaque é a definição e identificação da concorrência, estabelecendo formas para identificá-las e mecanismos para lidar com ela.

A “Qualidade Total” surge como ferramenta de apoio para tratar esta realidade. Assume diferentes significados: qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas. Implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros. Deve ser baseada na manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde.

A construção dos conceitos de “Qualidade” envolve uma multiplicidade de variáveis, assinalando setores e tendências predominantes, em um dado contexto de trabalho.

Constata-se, na literatura específica e na prática, a existência de diferentes abordagens para “Qualidade”. Algumas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, outras estão mais

voltadas ao desenvolvimento do potencial humano. Tais tendências mostram-se presentes nos planos e ações das organizações, que atuam no segmento saúde, independentemente do seu porte.

As ações dos gestores em saúde contêm a representação social do conceito de “Trabalho” e “Qualidade”, que estabelece a vinculação do fazer com a percepção e com a verdade tomada pela liderança como direcionadora de seus planos de trabalho. Essas ações, frequentemente, parecem ser mais dirigidas intuitivamente do que embasadas em um conhecimento construído, alinhando a teoria e a prática. Portanto, torna-se essencial que os profissionais busquem apoio na literatura, em *benchmarking*, visando ao suporte e consistência na implementação de seus projetos, adequando-os à realidade de cada serviço, seja ele uma unidade de saúde, um hospital ou, ainda, uma clínica. Esse processo sistematizado e com bons alicerces legitimará as práticas institucionais, validando as ações propostas.

Em algumas instituições, constata-se que o gestor da “Qualidade” ocupa lugar em esferas decisórias, fazendo parte do planejamento estratégico da organização, podendo integrar as metas da “Qualidade” aos objetivos macroinstitucionais, fato bastante favorável para impulsionar programas dessa natureza.

A sistemática de qualidade escolhida pelos serviços de saúde, qualquer que seja, está vinculada a um conjunto de ações e posições socioculturais de seus gestores. Retrata relações estabelecidas entre eles, no processo de trabalho e em seus grupos de referência, refletindo-se nas opções definidas. O sistema de crenças e valores dos indivíduos e da organização está embutido na escolha metodológica, que visa a atender às expectativas das partes comprometidas no pro-

cesso. Os sistemas híbridos podem ser positivos e alavancadores de um desenvolvimento crescente e espiralado, envolvendo, cada vez mais, os diversos níveis da instituição.

Considera-se a aproximação das áreas técnica e estratégica essencial para o sucesso das ações de “Qualidade”, pois envolvem mudanças estruturais e paradigmáticas visíveis aos profissionais e usuários. O movimento institucional pela qualidade gera, na coletividade, a clara identificação e a visão referente ao real apoio destinado aos programas dessa natureza. A transparência desse processo de aproximação entre os diferentes atores envolvidos interfere diretamente nos resultados pretendidos, uma vez que os indivíduos aprendem, no decorrer de suas existências, a decodificar mensagens verdadeiras, daquelas que manipulam o corpo funcional.

### As sistemáticas de “Qualidade” na área da saúde como modelo de gestão

A seguir, serão apresentadas, de modo sucinto, as metodologias de “Qualidade” e suas principais características. A primeira grande classificação a ser colocada refere-se ao conceito de acreditação e certificação.

#### Acreditação

Acreditação é um procedimento da avaliação dos recursos organizacionais, “voluntário”, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência com base em padrões previamente aceitos. A acreditação tem início com uma avaliação de qualidade e de procedimentos baseada em padrões internacionalmente legitimados, gerando um conjunto

de orientações para a organização, visando à melhoria do seu desempenho. Na acreditação, não se avaliam setores ou departamentos isoladamente, mas todos os serviços da organização.

Um programa de acreditação hospitalar deve ter efetiva responsabilidade em medir o desempenho, em promover melhorias de qualidade facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, e deve ter também genuína responsabilidade perante os usuários/consumidores.

É importante ressaltar que a ênfase da avaliação é na qualidade do serviço profissional prestado, independentemente dos recursos tecnológicos envolvidos. O atendimento deve pautar-se pelo critério da excelência, aproveitando-se da tecnologia disponível, qualquer que seja ela. Sendo assim, tanto o hospital público quanto o hospital privado, localizados em uma metrópole ou zona rural, terão que se adaptar aos mesmos padrões de qualidade.

Acreditação é um método de avaliação externa da “Qualidade” dos serviços de saúde. Difundida em países de língua inglesa, antecedeu o movimento do gerenciamento da “Qualidade Total”. Seu desenvolvimento se confunde com aquele dos serviços de saúde nos Estados Unidos, exemplo mais conhecido e divulgado dessa vertente da “Qualidade”. Por ter sido desenvolvida para a saúde e dentro da sua realidade, envolveu, sobretudo, a corporação médica. Essas características tendem a diminuir as resistências observadas no setor para a adoção de métodos de avaliação.

O modelo de acreditação marca a medicina americana tentando assegurar a excelência dos procedimentos médicos e garantir a segurança das ações de saúde, respondendo, assim, com a prestação

de serviços com qualidade para uma sociedade organizada e consciente de seus direitos.

Os modelos de avaliação não têm impacto somente na qualidade do atendimento ao paciente, mas também afetam todas as partes envolvidas no Sistema de Saúde, como: médicos, outros profissionais da área, fornecedores, investidores e a comunidade em geral.

O processo de acreditação propõe a participação voluntária das instituições, estimulando-as a um comportamento de procura da melhoria contínua da Qualidade, criando e desenvolvendo a integração com a sociedade, estimulando a cidadania. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial. As principais vantagens da acreditação são: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; útil instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; o caminho para melhoria contínua.

De acordo com uma análise do COREN (Conselho Nacional de Enfermagem), os processos de “Acreditação Hospitalar” vêm aumentando no Brasil. Isso ocorre por duas razões: a primeira, pela disseminação do Manual da Organização de Acreditação – ONA (Organização Nacional de Acreditação), que serve como base para obtenção do título e detalha os processos administrativos e seus atributos mínimos – liderança, administração, garantia de qualidade, organização da assistência, atenção ao paciente/cliente e diagnósticos – para o bom funcionamento de um estabelecimento assistencial de saúde e, dessa forma, torna-se um instrumento de inestimável valor para o administrador hospitalar; a segunda, pelo impacto positivo que

a Acreditação causa no corpo funcional e nos clientes das instituições de saúde.

Com o intuito de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, os hospitais buscam iniciativas que respondem as necessidades dos clientes. A qualidade tornou-se um fator significativo, conduzindo instituições para os mercados nacionais e internacionais, buscando êxito organizacional e crescimento.

Uma das iniciativas está voltada para o processo de “Acreditação Hospitalar”, que impõe novas exigências no que se refere às mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado.

Segundo Bonato<sup>2</sup>:

O estudo da qualidade no campo da saúde envolve, além de um conjunto de técnicas, uma dimensão mais ampla de ações como projeto social, cujos elementos principais para seu desenvolvimento são aqueles que atuam e exercem seu papel nessa cadeia, considerando a pluralidade das mudanças e das diferentes lógicas. Dessa maneira, o conjunto de práticas e ações desenvolvidas pelos sujeitos são construídas a partir de uma história pessoal e social com autonomia, embora estimulada institucionalmente.

O novo paradigma exige dos profissionais posturas que reflitam a internalização de valores e revisão de conceitos, que pela sinergia das pessoas e da organização construirão um novo cenário das relações e do processo de trabalho.

Segundo Paganini, Novaes<sup>3</sup>, “o processo de acreditação, no Brasil, começa a tornar-se possível no início dos anos noventa, com a publicação da ‘Acreditação de Hospitais para América e Caribe’.

Em 1990, foi firmado um convênio entre a (OPAS) Organização Pan-Americana de Saúde e a Federação Latino-Americana de Hospitais para produção de um manual de “Padrões de Acreditação para América Latina”, estruturado em padrões e níveis “mínimos” a serem atingidos. Em 1992, foi realizado, em Brasília, o primeiro seminário nacional de acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais da área da saúde, sendo apresentado o “Manual de Acreditação”.

### Acreditação Canadense

Para aprimorar a qualidade de atendimento e serviços, hospitais brasileiros contam com a experiência do Sistema de Saúde do Canadá, que exporta seu conhecimento por meio de um Programa de Acreditação existente, há mais de 50 anos, naquele país.

A “Acreditação Canadense” tem como foco a segurança do paciente e as boas práticas no atendimento. A certificação canadense abre caminho às instituições de saúde brasileiras para buscar seu posicionamento conceitual com o restante do mundo.

O modelo canadense de acreditação de serviços de saúde, reconhecidos como um dos melhores do mundo, oferece uma gama de soluções de qualidade, já testadas, possibilitando sua eventual adoção no Brasil, com alterações ou adaptações mínimas. Os indicadores incluem categorias que englobam a qualidade e o desempenho de todas as áreas de atendimento dos serviços de saúde, incluindo os elementos: atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão. O sistema de acreditação poderá ser utilizado localmente por hospitais e outros serviços de saúde na obtenção de um selo de quali-

dade diferenciado e de reconhecimento internacional. Esse modelo é uma ferramenta importante de gestão institucional, proporcionando às instituições de Saúde melhorias contínuas e a procura da excelência em gestão.

O CCHSA (*Canadian Council on Health Services Accreditation*) avalia os processos de qualidade dentro das instituições que já, em sua maioria, possuem o nível de excelência pela ONA. A avaliação envolve a verificação diária de atividades e serviços em relação a padrões pre-estabelecidos e utiliza, como norte, princípios de excelência alinhados à segurança do paciente, com base na criação de protocolos e fluxos de atendimento assistencial.

O CCHSA tem como princípio da metodologia avaliar pontos considerados fundamentais para a qualidade, a saber: estratégia e liderança, cultura organizacional; informação e comunicação; processos em times de trabalho; resultados; segurança dos pacientes.

O processo de implantação exige: envolvimento das equipes, com a formação de times de trabalho; reestruturação dos processos; revisão de protocolos; assim como coerência entre diretrizes e metas.

Além de ter emitido certificados para 977 organizações canadenses somente em 2007, o CCHSA, a cada ano, acompanha o crescimento de sua presença mundialmente. O auxílio prestado na reestruturação, organização, avaliação e melhoria da qualidade da assistência e dos serviços prestados pelos órgãos de saúde atraíram, até o momento, o interesse da França, da Itália, dos Emirados Árabes, do Caribe, entre outros, somando mais de 3.500 localizações internacionais.

Por aumentar a confiabilidade de médicos e pacientes e a motivação dos colaboradores, o programa AC (Acreditação Canadense) "gera uma grande reformulação na for-

ma de ver, de fazer e de disponibilizar cuidados de saúde dentro de um hospital".

Em 1993, o manual de acreditação para os hospitais era dirigido para funções da *organização e do cuidado ao paciente* para mudar o foco dos padrões que medem a capacidade de desempenho da organização, para aqueles padrões que observam seu desempenho real. Nesse mesmo ano, a JC (*Joint Commission*) iniciou visitas ao acaso não anunciadas em cerca de 5% das organizações acreditadas nos EUA, e o número e a natureza das queixas confirmadas contra instituições acreditadas tornaram-se de domínio público.

Em 1998, a política de eventos sentinela foi reformulada com o intuito de promover o autorrelatório dos erros médicos para examinar a causa-raiz desses eventos.

Em 1999, a missão da JC é revista, explicitando a referência na segurança do paciente "para continuamente melhorar a segurança e qualidade do cuidado oferecido ao público através da provisão da acreditação do cuidado de saúde e serviços relacionados que apóiam a melhora do desempenho nas organizações de saúde". A JC cria uma *hotline* gratuita para encorajar pacientes, seus familiares e profissionais da saúde a compartilhar preocupações com relação à qualidade do serviço nas organizações acreditadas.

### **CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde**

Em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde por Protocolo de Cooperação, firmado a 8 de junho, que associa a experiência acadêmica, científica e de formação de recursos humanos da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro – UERJ, por meio de seu Instituto de Medicina Social, à tradição e à capacidade técnica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC e da Academia Nacional de Medicina – ANM e à experiência de avaliação de sistemas sociais da Fundação CESGRANRIO, cabendo a essa última alocar tal acreditação.

A união das quatro instituições teve por finalidade possibilitar, na área da saúde, o desenvolvimento de avaliações e ações de aprimoramento da qualidade, trabalhando em estreita cooperação. Ao mesmo tempo, visou assegurar: a participação das entidades que representam os prestadores de serviços; os financiadores do atendimento à saúde; os representantes dos usuários; comunidade; profissionais da saúde; e das instituições técnico-científicas ligadas a esta área.

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é o único representante da JCI (*Joint Commission International*) no Brasil, com sede no Rio de Janeiro, contando com uma equipe de profissionais especializados, constituída por médicos, enfermeiros e administradores. Além da adoção de rigorosos processos de seleção e formação, o CBA mantém um efetivo programa contínuo de educação e qualificação contando com a participação em várias oportunidades de técnicos e consultores da JCI, assim como com a presença de profissionais do CBA em atividades internacionais, tanto na sede da JCI, em Chicago, como em outras localidades.

O planejamento das avaliações é feito com base nas características do hospital informadas, em geral, pelo diretor da instituição quando do preenchimento da solicitação da avaliação, por decisão voluntária do hospital. Durante a avaliação, os avaliadores verificarão a conformidade da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos pelo hospital comparados com padrões do manu-

al. As fontes da avaliação utilizadas pelos avaliadores são entrevistas com pacientes e familiares, entrevistas com funcionários do hospital, reuniões e observações diretas por meio de visitas aos diversos setores do hospital, incluindo os prontuários dos pacientes. Todas essas atividades são acompanhadas por pelo menos um profissional do hospital, de acordo com a agenda preparada de comum acordo entre a direção do hospital e agência acreditadora. O trabalho de campo termina com uma reunião de encerramento com os líderes organizacionais, durante a qual os avaliadores fornecem ao hospital um relatório de decisão preliminar, baseados em seus achados durante a avaliação. Esse relatório é, então, enviado ao comitê de acreditação, que tem, entre suas atribuições, a aprovação do relatório e outorga da acreditação. O ciclo de acreditação tem a duração de 3 anos, sendo que, nos 6 meses que antecedem a data de seu término, a agência acreditadora notifica a organização para a realização de nova avaliação e reacreditação, e um novo ciclo tem início.

Esses serviços e produtos podem compor diversos projetos, com diferentes etapas de desenvolvimento, conforme o interesse e possibilidades de investimento das instituições.

Para obter o certificado de "Hospital Acreditado", a instituição deve demonstrar conformidade com o manual de padrões dessa metodologia. Tais padrões são desenvolvidos e testados por profissionais especialistas que atuam especificamente no setor de saúde de várias partes do mundo; baseados em padrões aplicáveis, predeterminados e publicados; avaliados *in loco*, por uma equipe multiprofissional de avaliadores e ocorre a cada três anos; aplicáveis de forma individualizada nas organizações de saúde, adaptáveis ao contexto das crenças,

valores, cultura e legislação do país ao qual ela se aplica; criados para promover a redução de riscos para pacientes e profissionais; voltados para a garantia da segurança do paciente; testado em todas as regiões do mundo.

Enfim, trata-se de uma ferramenta de avaliação de qualidade e gerenciamento que ganhou visibilidade internacional e que promove um compromisso visível com a melhoria da qualidade, garantindo um ambiente de trabalho seguro e eficiente, com redução de riscos, tanto ao paciente, quanto ao corpo clínico, melhorando o grau de satisfação dos colaboradores, além de auxiliar organizações de saúde internacionais, agências públicas de saúde a avaliar, melhorar e demonstrar a qualidade do atendimento ao paciente em sua localidade.

#### Vantagens e benefícios para a Instituição

Cria uma cultura aberta ao aprendizado baseado no relato de eventos adversos e preocupações com a segurança; estabelece uma liderança colaboradora, que preconiza prioridades com relação à qualidade e segurança do paciente; permite desenvolver estratégias para redução de riscos e táticas para prevenir eventos adversos; garante acesso à ampla fonte de dados sobre boas práticas; garante o acesso a um informativo internacional editado pela JCI; leva a participação de eventos promovidos pela JCI e seus parceiros em várias regiões do mundo; permite clareza na definição da missão; permite a ampliação da abrangência de setores e serviços (terceiros, próprios, etc.); promove o desenvolvimento de estrutura de gerenciamento de qualidade; permite a integração clínica e gerencial alinhada às estratégias, a implantação de um processo de educação e qualificação profissional, o monitoramento das principais atividades

clínicas e gerenciais, com indicadores de desempenho, a implantação de ações e sistemas de garantia de segurança dos processos assistenciais; permite a otimização e racionalização dos processos.

O primeiro diferencial é a garantia de excelência das atividades da instituição, pelo reconhecimento de um processo de certificação atualmente validado em diversos países do mundo e utilizado nos EUA há mais de 50 anos.

Por ser um sistema internacional de avaliação de qualidade, cria a possibilidade de comparação entre as instituições participantes do programa a partir do estabelecimento de indicadores clínicos e gerenciais.

No Brasil, coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) o papel pioneiro no desenvolvimento da acreditação em 1986, pela constituição de uma através de uma comissão especial permanente de qualificação de hospitais.

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), organizou o seminário de acreditação de hospitais e melhoria da qualidade e que teve como fruto o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), com objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para a acreditação de hospitais, apontando três direções principais: a) criação de uma agência de acreditação não governamental; b) desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a acreditação de serviços e sistemas de saúde; c) disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde.

Em julho de 1997, a Fundação CESGRANRIO promoveu, no CBC

(Colégio Brasileiro de Cirurgiões), em conjunto com as instituições participantes do PACQS (Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde), uma oficina de trabalho com representantes da JC para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional.

A missão do CBA é “contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde no país, por meio de um processo de acreditação”.

O CBA conta com uma equipe multiprofissional altamente capacitada (médicos, enfermeiros, administradores), possui um programa contínuo de educação e qualificação desses profissionais, contando com a participação de técnicos e consultores da JCI com atividades no Brasil e em outras localidades. Realiza eventos científicos (abrange a região regional, nacional e internacional), com temas relacionados ao Processo de acreditação Internacional.

O número de instituições acreditadas no Brasil está crescendo cada vez mais. De acordo com o site, o CBA conta com 23 instituições acreditadas até o primeiro semestre de 2011.

O passo a passo para iniciar a acreditação constitui:

A solicitação de avaliação deve ser feita pela instituição interessada; o planejamento da avaliação pelo CBA é feito “sob medida”, com base nas características do hospital; a primeira avaliação será realizada após a verificação da conformidade da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos pelo hospital, comparados com padrões preestabelecidos; os avaliadores fornecem ao hospital um relatório de decisão preliminar, baseado em seus achados durante a avaliação – esse relatório é enviado ao Comitê de Acreditação, que tem, em suas atri-

buições, a aprovação do relatório e a outorga da acreditação; o ciclo da acreditação tem duração de 3 anos. Seis meses antes da data de seu término, a agência acreditadora notifica a instituição, com vistas à realização de nova avaliação para reacreditação, e um novo ciclo tem início.

As etapas do Processo de Acreditação Internacional são as seguintes: apresentação da metodologia e do manual de padrões da acreditação; sensibilização das lideranças do hospital; constituição do grupo facilitador; elaboração e desenvolvimento do programa de educação do hospital; autoavaliação; pesquisa de opinião de paciente e funcionário; preparação do hospital para avaliação; avaliação baseada em padrões da acreditação sem pontuação; discussão do relatório e recomendações; elaboração do plano de ações para busca de conformidade com os padrões; implementação das ações corretivas; avaliação baseada em vários padrões de acreditação com pontuação; continuidade das ações corretivas (caso necessário); avaliação para acreditação.

Vale ressaltar que, para o programa ter sucesso, é necessário participação e compromisso das lideranças, motivação e participação da equipe como um todo, elaboração de dados estatísticos e, principalmente, a sincronia da missão da Instituição com o projeto.

A acreditação traz muitos benefícios à Instituição. Alguns deles estão a seguir.

#### **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – MBAH**

De acordo com a ONA<sup>4</sup>, acreditar significa “conceder reputação a tornar digno de confiança”. Assim, nesse sentido, um serviço de saúde, ao se tornar acreditado, adquire o *status* de instituição que inspira ou merece confiança da sua comunidade. Ao se imaginar a implemen-

tação de um projeto dessa natureza em nível nacional, pode-se visualizar, em um futuro próximo, toda uma rede de serviços de saúde digna de confiança, em que o paciente terá certeza da qualidade do atendimento, independentemente do estado ou do município onde se encontre.

Segundo o MBAH, desde 1995, quando foi criado o programa da “Qualidade em Saúde”, o Ministério da Saúde vêm investindo no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Várias etapas desse programa foram cumpridas exitosamente, desde as de sensibilização e divulgação até as de definição das características específicas que deste processo. Já que há uma grande diversidade dos hospitais brasileiros e pouca tradição de busca contínua da qualidade.

A ONA é uma organização não governamental. Trata-se de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem atuação nacional.

O objetivo dessa organização é implementar um processo de avaliação de maneira contínua e certificação de qualidade. Sua missão é promover o desenvolvimento de um processo de acreditação visando a aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso País. Tem definido como sua visão se tornar o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação até 2010, uma referência nacional e internacional, com uma metodologia reconhecidamente sólida e confiável, comprometida com a viabilização de um processo de melhoria contínua, qualidade e produtividade no setor da saúde. Seus valores são credibilidade, legitimidade, qualidade, ética e resultado.

Segundo Donabedian<sup>5</sup>, a qualidade está fundada em sete pilares: “eficácia, efetividade, eficiência,

otimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade”, preceitos objetivados em todo o processo de acreditação.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – MBAH é um instrumento para estimular a melhoria da Qualidade dos hospitais brasileiros, com base na análise de alguns indicadores a serem observados.

O conceito de qualidade na gestão administrativa de instituições hospitalares evoluiu em busca da garantia da satisfação do cliente/paciente. A eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente têm sentido se estiverem a serviço de uma melhor e mais humanizada atenção ao paciente. Essa melhoria na atenção parte do respeito e valorização do paciente, humanização do atendimento e da adoção de medidas que atendam as crescentes exigências e necessidades da população, objetivos que todos perseguem.

O programa se divide em três níveis, com exigências diferenciadas:

Nível 1: observa-se requisitos básicos na qualidade de assistência oferecida ao cliente, assim como sua estrutura física e segurança, tanto para o cliente interno como externo. Nesse nível de avaliação, a enfermagem se apresenta como atuante fundamental. Observa-se a presença de responsável técnico, assistência prestada de maneira contínua e ininterrupta, registros em prontuários, capacitação dos envolvidos na assistência, bem como o dimensionamento correto frente à demanda da instituição.

Nível 2: deve-se manter os requisitos do nível 1, somados ao planejamento na assistência, descrição e registros dos processos internos, manuais de procedimentos operacionais padronizados (POP's), educação permanente como meio de capacitação constante de todos os

profissionais envolvidos na prestação de serviço de saúde, em todas as suas esferas, indicadores de qualidade assistencial e implementação de diagnóstico de enfermagem com o objetivo de viabilizar assistência de enfermagem integral e individual.

Nível 3: Grau de Excelência: observa-se a manutenção dos preceitos anteriormente descritos; mas neste momento apresentador como indicadores, forma de monitorar as ações implementadas, buscando constantemente a melhoria na qualidade e sua integração com a produtividade.

Em suma, o programa de Acreditação permite que a instituição busque assegurar o padrão de qualidade no atendimento, por meio de procedimentos documentados e de maneira que indique seus pontos fracos para que a busca pela excelência seja feita com esforços direcionados aos reais problemas, otimizando o tempo gasto para implementar rotinas e garantindo maior eficiência e eficácia do sistema como um todo.

### Certificação

Segundo Prazeres<sup>6</sup>, “Certificação é a Atividade de comprovação da qualificação de itens, produtos, serviços, procedimentos, processos, pessoal ou de sistema da qualidade, no todo ou em parte”. A certificação da qualidade necessariamente será executada por uma entidade especificamente designada para tal (organismo certificador), com base em requisitos previamente estabelecidos e documentados, podendo ou não resultar em emissão de certificados.

“Tanto órgãos governamentais quanto não governamentais conferem certificação às instituições de saúde. Embora geralmente voluntária, a certificação a confere certa distinção, que promove a capacidade da instituição ou do profissional

de praticar ações em determinada área. Autoridades governamentais e organizações privadas, como seguradoras, grupos de empregadores ou planos de saúde, podem exigir que uma instituição de saúde atenda a algum tipo de padrão de certificação para receber reembolso pelos serviços prestados”<sup>7</sup>.

### CERTIFICAÇÃO ISO – *International Organization for Standardization*

A história da ISO tem início na Segunda Guerra Mundial, quando países aliados não podiam compartilhar munições, devido a diferenças de unidades de medida em geral. Assim, a solução dos militares foi a criação de normas para um desenvolvimento uniforme dessas munições, surgindo daí diversas normas com o objetivo de criar padronizações<sup>8</sup>.

A organização ISO tem origem no Reino Unido, em 1947, e, é considerada a maior do mundo nas questões de desenvolvimento de padrões voltados à área técnica, apontando para a importante repercussão da utilização de seus padrões para as áreas econômica e social ao solucionarem problemas de produção e distribuição para engenheiros e outros fabricantes. A utilidade dos padrões se estende aos ambientes de produção, tanto privados quanto públicos, tornando-os mais seguros, eficientes e transparentes. Os governos e setores de regulação podem utilizá-los como base técnica para as questões legais que envolvam saúde, ambiente e segurança. Os padrões também podem servir de suporte na transferência de tecnologia para países em desenvolvimento, além de proteger consumidores e usuários. Dessa forma, a ISO aponta que seus padrões são positivos para a sociedade como um todo<sup>9</sup>.

Prazeres<sup>6</sup> define a Certificação ISO como:



Declaração emitida por um organismo de certificação credenciado, que atesta que a organização solicitante cumpre com os requisitos das normas ISO série 9000. Trata-se de uma prova pública. Para ser certificada, a organização precisa comprovar que tem um sistema da qualidade implantado e em funcionamento. A comprovação é feita através de uma auditoria de certificação conduzida pelo organismo de certificação contratado, via análise da documentação do sistema da qualidade (procedimentos, instruções de trabalho, documentos e registros da qualidade) e as evidências objetivas de sua implementação e funcionamento.

A ISO é uma federação mundial atualmente com 90 membros, composta pelos organismos nacionais de normalização de cada país, no Brasil representada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

A expressão ISO 9000 designa um grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para organizações em geral, qualquer que seja o seu tipo ou dimensão. A adoção das normas ISO é vantajosa para as organizações, uma vez que lhes confere maior organização, produtividade e credibilidade, elementos facilmente identificáveis pelos clientes, aumentando a sua competitividade nos mercados nacional e internacional.

A ISO 9000 é uma norma básica voltada para melhoria contínua e padronização de processos, com foco no cliente, ou seja, é uma norma com boa amplitude, não se restringindo a indicadores e padronizações de processos assistenciais. Dessa maneira, é uma das mais conhecidas e tem sido utilizada pelos diferentes segmentos empresariais, inclusive na área da saúde<sup>8</sup>.

O conceito básico adotado pela NBR ISO 9000 define qualidade como um conjunto de características inerentes que satisfaz o requisito. A partir dessa definição, a gestão de qualidade tem como foco as necessidades de seus clientes, identificando requisitos de qualidade do produto ou serviço, visando a estabelecer e planejar um padrão a ser atingido, e com objetivo de constante busca de melhoria, em todos os seus aspectos, visando à satisfação dos clientes e à eficácia da organização.

A NBR ISO 9001 passou por uma revisão recentemente, que ficou conhecida como “versão 2000”. Até dezembro de 2003, os sistemas de gestão da qualidade ainda podiam ter como base as normas NBR ISO 9001, 9002, de 1994, mas, a partir dessa data, todas as certificações foram convertidas para a ISO versão 2000. Hoje, só há um padrão da qualidade, a norma NBR ISO 9001.

### CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar

O CQH é um sistema de informações que visa a avaliar a qualidade do atendimento médico-hospitalar, baseado no registro, na análise de dados, na aferição da adequação dos serviços em conformidades com as suas normas e critérios.

Foi inspirado nos trabalhos da Comissão conjunta de Acreditação de Organização de Saúde (CCOS), dos EUA, e resultou de ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, catalizada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. As reuniões iniciais para discussão do projeto, em 1989-1990, aconteceram na sede daquele órgão. Uma vez iniciado, o programa se estabeleceu na sede da APM, onde permanece até hoje.

O CQH é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é con-

**Quadro 1.** Princípios de Gestão de Qualidade nas diretrizes ISO

1. Foco no cliente	Entender as necessidades presentes e futuras do cliente; Atender aos requisitos do cliente; Exceder as expectativas do cliente.
2. Liderança	Manter a unidade de propósito e direção; Manter um bom ambiente interno da organização; Liderar pelo exemplo.
3. Envolvimento das pessoas	Criar um ambiente de motivação; Proporcionar a participação; Aproveitar e valorizar o talento e as aptidões.
4. Abordagem de processo	Gerenciar as atividades e recursos pertinentes como um processo, para garantir com maior eficiência o alcance dos resultados desejados.
5. Abordagem Sistêmica de Gestão	Identificar, entender e gerenciar os processos inter-relacionados, visando à eficácia da organização.
6. Melhoria Contínua	Buscar a melhoria com objetivo permanente.
7. Enfoque factual para tomada de decisão	Tomar decisão eficaz baseada na análise de dados e informações.
8. Relacionamento com os fornecedores para benefício mútuo	Estabelecer a base para criação de valor para as partes baseada no relacionamento “ganha-ganha”.

Fonte: ABNT. Princípios de Gestão de Qualidade.

tribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação, e a autoavaliação da candidata estabelece um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitude e de comportamento. Incentiva o trabalho coletivo, envolvendo grupos multidisciplinares no aprimoramento dos processos de atendimento. A missão do programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica, estimulando a melhoria contínua da qualidade de produtos e serviços, estabelecendo amplo entendimento dos requisitos de excelência e desempenho.

#### **PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde**

O Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS) foi criado em 2003, a partir da iniciativa da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) e do Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), com o objetivo de incentivar as organizações da área da saúde a avaliarem e buscarem melhorias contínuas de seus sistemas de gestão.

O PNGS tem como missão contribuir para o aprimoramento das práticas de gestão nas organizações de saúde, por meio da avaliação e reconhecimento das melhores práticas no setor. Sua visão é servir como modelo de referência para avaliação e orientação da gestão das organizações de saúde em todo o País.

É um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente

o de grupos multidisciplinares no aprimoramento dos processos de atendimento.

A busca desse prêmio reconhece as organizações que se destacam pela utilização de práticas de gestão e que apresentam resultados superiores de desempenho.

O instrumento possui um sistema de avaliação simplificada que foca o desenvolvimento e aperfeiçoamento de seus sistemas de gestão, indicando seus principais pontos fortes e oportunidades de melhoria.

Para ser inscrito e concorrer a esse prêmio, a organização deve satisfazer algumas condições: ter pelo menos um ano de existência; ter, no mínimo, dez profissionais na força de trabalho; não ser operadora de plano de saúde; ter registro no Conselho Regional de Medicina do seu Estado; estar inscrita no CNPJ.

Ao participar do PNGS, a organização de saúde estará fazendo diagnóstico de seu sistema de gestão, que indicará seus principais pontos fortes e oportunidades de melhorias, possibilitando a definição de planos de ação mais consistentes, com base nas principais lacunas identificadas pela banca examinadora, composta por profissionais altamente capacitados.

As inscrições das organizações de saúde consideradas elegíveis será feita mediante a entrega do Relatório da Gestão (RG) e envio do pagamento referente à inscrição no processo. A candidatura pode ocorrer para o prêmio Prata ou Prêmio Ouro.

Ao candidatar-se ao PNGS, a organização terá como benefícios: compreensão dos requisitos para excelência do desempenho; identificação de forma sistemática dos pontos fortes e oportunidades de melhoria; integração das necessidades de todas as partes interessadas no seu sucesso; comparação

com os referenciais de excelência e divulgação; e reconhecimento do nome de sua organização, quando premiada.

O caminho de uma organização em direção à excelência é um desafio a ser superado com constância de propósitos com profissionais competentes, que levam a instituição a um estágio de maturidade no sistema de gestão. A organização que adota o Modelo de Excelência de Gestão consegue mapear com clareza seu negócio e pode obter melhoria na forma de atuação. Os colaboradores compreendem o seu papel e a direção para qual caminhar.

Alguns aspectos diferem os Critérios de elegibilidade para a organização que deseja ser elegível para esse prêmio, a saber: ter pelo menos 1 ano de existência, ter, no mínimo, 10 profissionais na força de trabalho; não ser operadora de plano de saúde; e ter registro no Conselho Regional de Medicina de seu Estado.

Categorias de premiação a concorrerem são: Hospitais, Laboratórios de patologia clínica, Clínicas de especialidades médicas, Clínicas de Imagem, Oncologia, Diálise, Atendimento Domiciliar, Hemoterapia.

O Modelo de Excelência da Gestão tem como base um conjunto de conceitos em práticas ou fatores de desempenho encontrados em organizações que buscam constantemente o aperfeiçoamento e a adaptação às mudanças em um cenário ágil e turbulento. Os fundamentos que embasam os conceitos são: Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados. O referencial desse modelo é a visão sistêmica permeada por trabalho em equipe construída por profissionais capazes e dirigidos por lideranças de alta capacitação.

## Considerações finais

“Qualidade” é um termo utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional. A busca de um conceito único torna-se algo difícil, especialmente na área da saúde. À medida que a gestão da qualidade em saúde se organiza, é evidente o benefício que gera ao cliente, quer seja no setor público, quer no privado.

Instituições mais preparadas, com processos mais estruturados, irão certamente assegurar a esses clientes garantias de melhor assistência e, portanto, um restabelecimento de saúde com práticas mais definidas e disseminadas na instituição, pois implica também preparar os profissionais, por meio de capacitação e desenvolvimento contínuos, humanização no tratamento com usuários, competência técnica e prazer em fazer parte da equipe que integra.

Quando o colaborador está apropriado da visão sistêmica do trabalho, interconectada aos diferentes serviços, atuará de forma a estimular a integração entre pessoas e áreas. Essa convergência certamente gera satisfação ao profissional e sucesso à organização, além de um claro reflexo nos aspectos de sustentação da instituição.

## Conclusões

O Governo Federal brasileiro tem atuado no sentido de desenvolver programas cuja tendência voltem-se para uma visão preventiva e sistêmica, visando à diminuição dos investimentos praticados no nível terciário e quaternário, além da ampliação e abrangência de ação na sociedade, por meio do incentivo das ações preventivas, no segmento primário e secundário.

Tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, encontramos graves problemas relativos à área física e de apoio, à ausência de equipamentos em áreas emergenciais – UTI e Prontos-Socorros. O Governo Federal considera os programas preventivos ações de longo prazo, como alternativa para minimizar as deficiências estruturais, diminuindo o fluxo de atendimento nesses hospitais.

As condições físicas dos estabelecimentos de saúde brasileiros, em muitos aspectos, apontam para a necessidade de reestruturação das normas das instalações físicas de segurança e cuidado ao paciente e colaborador. Os Programas de Qualidade ou de Gestão Hospitalar buscam a superação dessas deficiências na gestão da infraestrutura, materiais e equipamentos, constituindo medidas práticas de melhoria, que apoiam a excelência e a humanização da saúde, no atendimento à população.

Mesmo com a existência de alguns serviços de saúde que utilizam dispositivos de qualidade, o contexto evidencia que, na maioria desses serviços, ocorre a inexistência de sistemas de monitoramento e controle de qualidade. Há falta ou desconhecimento de normas e protocolos assistenciais e não acontece o seguimento quando existem. Há ausência de regionalizações ou hierarquização formal e informal dos cuidados, assim como ausência na definição e fluxos no sistema de saúde. Observa-se baixa capacidade técnica e administrativa dos serviços, ausência de estruturas gerenciais bem organizadas, padrões de reembolso subestimados, não cobrindo os custos reais e infraestrutura deteriorada e obsoleta.

Essa realidade, por vezes, impulsiona alguns segmentos da população na busca de assistência em clínicas e consultórios. Por isso, também é esperado que a lógi-

ca desse setor esteja permeável às questões principais impostas pela “Qualidade”.

Outro ponto relevante a ser observado é a crescente busca de grupo de estrangeiros para assistência médica no Brasil. Tal fato remete a que se entenda a busca por creditações e certificações internacionais conhecidas desses usuários.

No momento atual, a maioria das instituições de saúde realiza diagnóstico das falhas nos processos. As ações de promoção de melhoria, com resultados palpáveis para o cotidiano dos serviços prestados, ainda representam lacunas desse contexto. Na nova organização de saúde, existem diferentes instâncias que necessitam da implementação de melhorias, tanto na relação médico-paciente, quanto na capacitação profissional, em níveis gerencial, administrativo e operacional. Consolidar e fortalecer o processo de gestão da qualidade significa aproximar as áreas técnicas e estratégicas dentro das instituições. Os serviços de saúde, quaisquer que sejam eles, devem deixar de ser entendidos apenas como locais de promoção, prevenção e assistência aos pacientes, mas deve ser encarado como organizações que necessitam de gerenciamento e foco no cliente.

É importante atribuir ao usuário do serviço de saúde papel relevante na montagem e funcionamento do serviço, portanto, é fundamental buscar conhecer e entender o seu modo de perceber o atendimento prestado. Não há dúvidas de que o funcionamento dos serviços de saúde acabam por organizar-se para atender as necessidades exclusivas dos profissionais e das instituições que representam, relegando o usuário a uma posição secundária, criando um círculo vicioso interminável de desconhecimento/não participação/atendimento insatisfatório. Ouvi-lo é estratégico ao

processo de mudanças no modelo assistencial atual. Uma abordagem aberta pode oferecer uma metodologia adequada para equilibrar essa relação de poder entre médico, paciente e entre instituição e paciente.

As metodologias de “Qualidade” auxiliam na reestruturação dos processos internos, gerando benefícios para o usuário e para os colaboradores, tanto na configuração das atividades de trabalho, como na manutenção do foco em infraestrutura. Constata-se a existência de diferentes abordagens e programas para “Qualidade”. Algumas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, outras estão voltadas ao desenvolvimento do potencial humano. Tais tendências mostram-se presentes nos planos e ações das instituições

que atuam nesse segmento. Nota-se que os hospitais brasileiros ainda possuem problemas no que tange à infraestrutura e organização dos processos. Destaca-se, na análise, que a maioria dos hospitais submetidos à acreditação são serviços privados. O processo de acreditação gera um custo institucional, que os serviços de saúde públicos não conseguem arcar.

Além da acreditação, percebe-se um movimento em torno da certificação da ISO, nos diversos segmentos da saúde, principalmente nos hospitais. A maioria deles, inicialmente, optou por métodos de certificação, sendo o Sistema de Qualidade da Norma ISO 9000 o mais adotado por sua aplicação de caráter parcial, técnica e orientadora. Posteriormente, algumas instituições adotaram outros métodos,

evidenciando a busca de uma visão sistêmica do sistema de saúde, como por exemplo, a Acreditação.

### Recomendações

Consolidar e aprofundar a aplicação de metodologias de qualidade para os serviços de saúde; gerar plano de desenvolvimento e capacitação efetiva de recursos humanos, como fator essencial de qualidade institucional; realizar pesquisa com as instituições que aplicaram as diferentes metodologias de “Qualidade”, buscando objetivamente avaliar “o antes e o depois” da aplicação, obtendo um panorama nacional dos avanços da gestão em saúde; incrementar ações de controle e avaliação de Programas de Qualidade voltadas para a gestão da melhoria dos serviços do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Teixeira JMC. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: Machline C, et al. O hospital e a visão administrativa contemporânea. 2a ed. São Paulo: Pioneira; 1989.
2. Bonato VL. Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais. São Paulo: Ícone; 2007.
3. Paganini JM, Novaes HM. Garantia de qualidade – acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe. Brasília: OPAS; 1992. [OPAS – Série Silos, 13].
4. ONA. Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: <http://www.ona.org.br>
5. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Laboratory Med. 1990;114:1115-8.
6. Prazeres PM. Dicionário de termos da qualidade. São Paulo: Atlas; 1996.
7. Rooney AL, Ostenberg PR. Licenciamento, Acreditação e Certificação: abordagens à Qualidade dos Serviços de Saúde. Center for Human Services; 1999. p. 1-40.
8. Tajra SF. Gestão Estratégica na Saúde: reflexões práticas para uma administração voltada para a excelência. 2a ed. São Paulo: Íatria; 2008. 248 p.
9. Fortes MTR. A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas acreditações [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 146 p. (Mestrado em Saúde Coletiva)

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Almeida RT, Ichinose RM. Desmistificando a Certificação e a Acreditação em Hospitais. Memórias II Congresso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, Habana, May 2001.
- ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):335-6.
- Almeida Prado AR. Acessibilidade e Desenho Universal – pensando no idoso; 2005. Disponível em: <http://www.creape.org.br>

- Brasil. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT NBR 9050:2004. Acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Seção II. Da Saúde artigos 196 a 200. Brasília; 1988.
- Brasil. Decreto No. 5296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis No. 10.048, de 8 de novembro de 2004, que dá prioridade a pessoa específica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece as normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade. Brasília; 2004.
- Bittar OJNP. Gestão de Processos e Certificação para Qualidade. Rev Ass Med Bras. 2000;46(1).
- Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
- CBA. Conselho Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Manual de acreditação hospitalar. Rio de Janeiro: CBA; 1999.
- CQH. Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar no Estado de São Paulo. Manual de orientação aos hospitais participantes. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
- Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1999.
- Gilmore CM, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade. Washington (DC): OPAS; 1997.
- ISO – International Organization for Standardization [acessado 24 Mai 2009]. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home.htm>
- JCI – Joint Commission International. Melhorando os cuidados com a saúde no mundo inteiro. Oakbook Terrace; 1998.
- Kanaane R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Atlas; 1995.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
- Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cad Fundap. 1996;19:7-24.
- Mezomo JC. O administrador hospitalar: a caminho da eficiência. São Paulo: Cedas; 1991.
- Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
- Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idosos. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
- Rutta AM, Pagliuso AT, Kanab MLZ. Critérios de excelência: o estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e o aumento da competitividade. FPNQ; 2002.
- Sant’Anna RM, Câmara P, Braga MGC. Mobilidade na terceira idade, como planejar o futuro? Textos sobre Envelhecimento. 2003;6(1):9-30.
- Soares IEB. Práticas gerenciais como instrumento de gestão do conhecimento: um estudo comparativo entre empresas certificadas e empresas não certificadas do segmento rochas ornamentais no Estado do Espírito Santo [dissertação]. Vitória: Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças; 2007.
- 

*Recebido em 4 de março de 2011  
Versão atualizada em 14 de abril de 2011  
Aprovado em 23 de maio de 2011*