

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: QUAIS OS PASSOS PARA OBTER A CERTIFICAÇÃO?

Mayra Eduarda Borges Moreno 54
Dra. Marcela Lima Cardoso Selow 55

RESUMO

A certificação da qualidade nas instituições de saúde norteia e avalia como os processos são estruturados. A pesquisa teve por objetivo compreender quais etapas devem ser colocadas em prática para a obtenção da Acreditação. Após pesquisa foi possível identificar que entre as diversas fases importantes para obtenção do certificado de Acreditação, é fundamental a criação de uma cultura de qualidade na instituição e o mapeamento dos processos. Ressalta-se também, a relevância da equipe como um todo, objetivando a melhoria da qualidade no processo de trabalho.

Palavras-chaves: Saúde. Acreditação. Gestão da qualidade.

ABSTRACT

Quality certification in health institutions guides and assesses how processes are structured. The purpose of this research was to understand what steps should be taken to obtain Accreditation. After the research, it was possible to identify that among several important stages to obtain the Accreditation certificate, it is fundamental to create a culture of quality within the institution and to map the processes. The relevance of the team as a whole, aiming at improving quality in the work process should also be emphasized.

Keywords: Health. Accreditation. Quality management.

54 Aluna do Curso de Pós-Graduação Gestão da Qualidade Aplicada à Saúde – Faculdade Dom Bosco.
55 Orientadora. Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação - Faculdade Dom Bosco.

1 INTRODUÇÃO

A Acreditação hospitalar surgiu em 1924, na América, através do Colégio Americano de Cirurgiões e, em 1952, aliando-se ao Colégio Americano de Clínicos e à Associação Canadense de Hospitais, criou a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Em 1970, saíram dos padrões direcionados apenas para as estruturas hospitalares e passaram a abranger também, processos e resultados nas instituições de ensino.

No Brasil, o Processo de Acreditação iniciou-se na década de 1980, com o estabelecimento de padrões para os serviços hospitalares, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em 1998 foi publicada a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e no ano seguinte, criou-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A Acreditação é uma metodologia desenvolvida para mensurar a qualidade da assistência em todos os serviços de uma instituição de saúde. O processo de Acreditação se estrutura por níveis 1, 2 e 3, com princípios norteadores e padrões pré-estabelecidos, tendo cada padrão uma definição e uma lista de itens de verificação que permitem a identificação precisa do que avaliar e a concordância com o padrão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), a história da Avaliação da Qualidade em Saúde teve início em meados do século passado, a partir da formação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que no ano de 1924 estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). O PPH era um conjunto de padrões mais adequados para garantir a qualidade da assistência. O programa se baseava em três pilares ligados à organização do corpo médico (exercício da profissão e conceito de corpo clínico), correto preenchimento do prontuário (história pregressa, exames, condições de alta) e aos diagnósticos e terapêuticos.

Schiesari, citado por Feldman, Gatto e Cunha (2005) traz que esses padrões atentavam apenas para as condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades, e ou, serviços necessários para o bom funcionamento do serviço, como o dimensionamento da equipe de enfermagem ou a necessidade da assistência intermitente. Outros itens que não recebiam atenção eram: avaliação dos resultados com o paciente e elementos da estrutura física do hospital.

Em 1949, o Manual de Padronização mais desenvolvido apresentava 118 páginas, porém, por vários motivos, como a elevação dos custos, a sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade e a grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) teve dificuldade em mantê-lo. Esse fato levou o CAC a iniciar parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações, inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da Acreditação voluntária. Em 1951, por meio da união desses grupos nos Estados Unidos, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) e, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a JointCommission on Accreditation of Hospitals. Feldman (GATTO; CUNHA, 2005).

Entende-se Qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos (NOVAES; PAGANINNI, 1994 apud FELDMAN, GATTO; CUNHA, 2005, p. 214).

Azevedo, citado por Maziero e Spiri (2013), explana que a qualidade de uma maneira genérica é: a resposta adequada às necessidades e expectativas dos usuários do serviço, e ou, ao conjunto de propriedades de determinada instituição de saúde. E, quando vista através de uma forma mais específica, inclui o nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos e um alto grau de satisfação dos usuários.

Corroborando com isso, Manzo, Brito e Corrêa (2011) relatam que um programa de qualidade deve visar modelos assistenciais e de gestão que alcancem resultados, otimizem recursos e incrementem o cuidado humanizado para garantir a melhoria contínua no serviço oferecido. O processo de qualidade traz mudanças de hábitos, valores e comportamentos, impondo aos envolvidos uma ruptura com modelos enraizados, além de contribuir com um ambiente organizacional de excelência (MANZO, BRITO, ALVES, 2013).

De acordo Azevedo, citado por Feldman, Gatto e Cunha (2005), no Brasil, as iniciativas, visando padrões mínimos para o funcionamento de estabelecimentos de saúde foram discutidos em 1951, no 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasi-

leiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, em São Paulo. Naquele momento, os enfoques eram cirúrgicos que então, deveriam possuir: planta física adequada, chefia de centro cirúrgico, equipe treinada, regulamento, rotinas, avaliações periódicas e prontuário médico. Foi naquele mesmo congresso que se estabeleceram os componentes do prontuário médico e algumas normas para organização das instituições hospitalares, indispensáveis para o seu bom funcionamento (CARVALHO, citado por FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005).

De acordo com Oliveira e Matsuda (2016), na avaliação da qualidade no contexto contemporâneo, especialmente, no âmbito hospitalar, tem-se destacado o sistema de Acreditação, que é definido como estratégia sistemática, periódica, reservada voluntária, na qual seus métodos propiciam a avaliação da qualidade dos serviços, em comparação aos padrões já estabelecidos. Mediante tal avaliação, a Acreditação, pode ou não, resultar em uma certificação. Porém, o objetivo primordial dessa estratégia é viabilizar a educação permanente em toda a organização de saúde.

Para que se possa manter um alinhamento entre os serviços e padrões, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de programas de Acreditação, que classifiquem em níveis de qualidade as instituições, promovendo aprendizagem substanciada nos valores e características de uma realidade observada como referência ou padrão (MANZO et al., 2012).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2004), a história da Acreditação no Brasil começou no final dos anos de 1980, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabeleceu uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que poderiam dar às instituições a condição de “hospital acreditado”. A principal intenção era desenvolver a melhoria dos serviços hospitalares e obter comparativos para promover esse aperfeiçoamento. Em 1997, o Ministério da Saúde decidiu instalar uma comissão nacional de especialistas com a finalidade de desenvolver um modelo brasileiro de Acreditação, e, em 1998, foi publicada a primeira edição do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”. Com isso, no ano seguinte, surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que tem a atribuição de coordenar o sistema. Atualmente, são seis as Instituições Acreditadoras (IACs) credenciadas, com responsabilidade de avaliar e certificar as instituições de saúde com base em padrões e normas técnicas definidas pela ONA (ANVISA, 2014).

Indo ao encontro dessa informação da ANVISA, Siman, Brito e Carrasco (2014) ressaltam que a metodologia utilizada pela ONA tem como objetivo implantar um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade, baseada

na avaliação da estrutura, processos e resultados. O processo de certificação é realizado a partir de visita técnica, que é denominada visita diagnóstica, que visa por parte dos avaliadores, o desenvolvimento de relatórios individuais por setores (PEIXOTO, BRITO, SANTANA, 2012). O grupo de avaliadores, normalmente, é formado por enfermeiro, médico e administrador que posteriormente à visita, elaboram o parecer (FELDMAN, CUNHA, 2006).

De acordo com Schiersari (2014), entre os pontos avaliados pelas IACs podem-se citar: aprimoramento da gestão, padronização dos processos, treinamento do pessoal, trabalho em equipe, cuidado focado no paciente, motivação e mudança da cultura.

Manzo, Brito e Corrêa (2011) apresentam que os padrões exigidos e verificados são divididos em três níveis (1, 2, 3), cada um visando seus princípios norteadores e seus padrões. Considera-se que cada padrão representa uma definição e uma lista de verificação que permite a identificação com o padrão estabelecido:

Nível 1: atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade, conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Princípio: segurança.

Nível 2: gerencia os processos e suas interações sistemicamente, estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Princípio: organização (processos).

Nível 3: utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como, evidências de tendência favorável para indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise-crítica. Princípio: excelência na gestão (resultados) (BRASIL apud MANZO, BRITO, CORRÊA, 2011).

Quinto e Bilar, citados por Feldman, Gatto e Cunha (2013) enumeram que o certificado é emitido pela Instituição Acreditadora e tem a validade de dois anos, para “Acreditado” e “Acreditado Pleno” e três anos, para “Acreditado com Excelência”. Terminados esses prazos, a instituição deve submeter-se a um novo processo de avaliação.

Pfeifer; Bonato; Nogueira, citados por Álastico e Toledo (2013) afirmam que existem duas maneiras de iniciar o processo de implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) em hospitais: por Gerenciamento por Diretrizes, ou por Gerenciamento da Rotina. A primeira se caracteriza pelo estabelecimento de uma meta

de sobrevivência em que sejam gerados planos de ação específicos em cada setor, abrangendo todos os níveis da Organização. Essa forma de gerenciamento por Diretrizes alinha os esforços de cada setor e o comprometimento de todos, de acordo com a meta proposta pela Alta Administração. O Gerenciamento da Rotina objetiva a padronização dos processos, obtida através do estabelecimento de fluxogramas e procedimentos de atividades consideradas prioritárias em cada setor, além do monitoramento de indicadores. É eficiente para reconhecer o andamento da instituição e prever os possíveis desvios nos resultados, em comparação com as metas.

Álastico e Toledo (2013, p. 206) relatam que entre as várias estratégias apresentadas por vários autores, elas têm em comum a reafirmação de fatores fundamentais à implantação de um SGQ eficiente:

Comprometimento da Alta Administração com o processo de implantação do SGQ, fornecendo os recursos necessários; Conscientização e envolvimento de todos os profissionais no processo de implantação, inclusive, nomeando um Comitê de Implantação contendo profissionais de diferentes áreas da instituição; Conscientização de que o retorno financeiro da implantação é de longo prazo.

Álastico e Toledo (2013) definiram um roteiro, testado e aprovado para a implantação da Acreditação Hospitalar, dividido em 17 etapas:

Etapa 1: conscientizar e mobilizar os profissionais do hospital quanto à implantação dos requisitos de Acreditação.

Etapa 2: formar e capacitar o Comitê de condução da adequação de gestão de requisitos de Acreditação.

Etapa 3: capacitar e educar os profissionais do hospital em conceitos, requisitos e diretrizes da Acreditação.

Etapa 4: buscar a motivação e o envolvimento dos profissionais para o processo de implantação.

Etapa 5: iniciar a adequação da Gestão aos requisitos de Acreditação.

Etapa 6: identificar o número de atendimentos mensais prestados por tipo de doença, conforme o código CID.

Etapa 7: determinar o perfil epidemiológico do hospital.

Etapa 8: determinar macrofluxos e microfluxos do hospital.

Etapa 9: identificar os processos críticos do hospital.

Etapa 10: documentar procedimento operacionais (protocolos) para os processos críticos.

Etapa 11: identificar os riscos inerentes aos processos críticos.

Etapa 12: documentar os riscos críticos: registros de notificação, protocolos preventivos e dispositivos de gestão à vista.

Etapa 13: compor comissão de gerenciamento (risco e qualidade).

Etapa 14: implantar indicadores de desempenho aos: processos críticos, riscos críticos, clientes, financeiros e de aprendizado.

Etapa 15: monitorar e melhorar o desempenho de processos críticos e de seus indicadores por meio de: capacitação, análise crítica e investimentos em sensibilização, recursos humanos e infraestrutura.

Etapa 16: realizar auditoria interna em cada setor do hospital como preparação à Auditoria Oficial de Acreditação e providenciar os eventuais ajustes necessários.

Etapa 17: agendar a Auditoria Oficial de Acreditação e tomar as providências necessárias.

Álastico e Toledo (2013) finalizam o roteiro propondo que a equipe permanente de implementação seja formada e que uma de suas principais contribuições para a obtenção do certificado, seja a motivação à implantação. Deve-se continuamente, comunicar a todos os profissionais o andamento das ações, dando-lhes a oportunidade de participarem das reuniões, encorajando e incentivando sugestões e adesão aos novos procedimentos da instituição. Dessa forma, mesmo que ocorram readequações nas etapas do roteiro, tem-se a base para a implantação bem-sucedida da Acreditação.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações necessitam de profissionais envolvidos e capacitados para atingir suas metas e objetivos, tornando-se necessário um trabalho contínuo com todos os funcionários no contexto institucional. Para isso, é de extrema importância introduzir uma cultura de qualidade na instituição e explicá-la para todos os profissionais,

para que as melhorias façam parte dos processos. Uma das estratégias para a atualização dos conhecimentos é a educação continuada no local de trabalho, que facilita a adesão e a interpretação da realidade e objetivos das instituições.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p.335-336, 2004.

ALASTICO, Gabriel Pedro; TOLEDO, José Carlos de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Rev. Gestão*, v.20, n.4, p.815-831, 2013.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina; Kowal Olm. Identificación de los criterios de evaluación de resultados para el servicio de enfermería en programas de acreditación hospitalaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n. 4, p.540-545, 2006.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO; Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. *Acta paul. Enfermagem*, v.18, n.2, p.213-219, 2005.

FURUKAWA, Patrícia de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina; Kowal Olm. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.19, n.1, p.106-114, 2011.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A enfermagem no processo da Acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Rev. Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p.271-278, 2006.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Influência da comunicação no processo de Acreditação hospitalar. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v.66, n.1, p.46-51, 2013.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORREA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev. Escolar de Enfermagem USP*, v.46, n.2, p.388-394, 2012.

MANZO, Bruna Figueiredo; RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n.1, p.151-158, 2012.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MATSUDA, Laura Misue. Vantagens e dificuldades da Acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. *Esc. Anna Nery*, v.20, n.1, p.63-69, 2016.

PEIXOTO, Tereza Cristina; BRITO, Maria José Menezes; SANTANA, Letícia Corrêa. Gestão de pessoas em uma unidade pediátrica na perspectiva do diagnóstico ONA e de profissionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, p.1-10, 2012.

SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? *Rev. Ciências da Saúde Coletiva*, v.19, n.10, p.4229-4234, 2014.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes; CARRASCO, Melissa Evelyn Lopez. Participation of the nurse manager in the process of hospital accreditation. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.