

SUMÁRIO EXECUTIVO

A idéia de se estudar este tema emergiu do interesse em analisar os hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) utilizando a metodologia da Acreditação. O PRO-HOSP visa o desenvolvimento de um parque hospitalar no Estado capaz de operar com eficiência, por meio da alocação de recursos, como forma de incentivar, mobilizar as práticas de gestão e arranjos organizacionais no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade da assistência.

A Acreditação é uma avaliação periódica e voluntária que estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência. Esta abordagem permite que as áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas de forma a se estabelecer um plano de ação para melhoria desses pontos críticos e, conseqüentemente, um caminho para a busca da Acreditação.

Para atingir o objetivo, foram utilizados referenciais teórico-conceituais que fornecessem subsídio para que esta análise fosse feita. Partiu-se, portanto, de uma breve explanação dos conceitos de gestão hospitalar e da gestão da qualidade, caracterizando o processo da Acreditação no Brasil segundo metodologia da Organização Nacional da Acreditação(ONA). Foi analisada a situação atual dos hospitais acreditados e apresentado os requisitos considerados pelo Manual Brasileiro de Acreditação. Procedeu-se também a uma explanação da política hospitalar utilizada no Estado de Minas Gerais, destacando-se o processo de regionalização avançado, o Choque de Gestão adotado pelo governo atual, o modelo de atenção utilizado baseado na organização de Redes de Atenção à Saúde, sendo, enfim, caracterizado o Programa PRO-HOSP desde seu contexto de surgimento até a situação atual da implementação de um Plano de Gestão da Qualidade.

Em um segundo momento, na parte da avaliação do diagnóstico dos hospitais segundo metodologia ONA, foi utilizado os resultados da avaliação de 45 hospitais. A finalidade foi identificar o *status* atual, a situação das subseções relativas às redes prioritárias, as maiores não conformidades identificadas, assim como os maiores pontos críticos a serem enfrentados pelos hospitais na busca pela certificação.

Com a finalização deste trabalho pode-se chegar à conclusão de que a metodologia da Acreditação ONA é aplicável aos hospitais PRO-HOSP. Entretanto, nenhum hospital da amostra apresenta o *status* de Acreditado. Foram levantadas as não conformidades, os pontos fortes e fracos e os pontos críticos apresentados por este grupo de hospitais, permitindo a elaboração de um plano de ação que possibilite a melhoria da qualidade da assistência prestada, objetivo essencial do programa.

O estudo também contribuiu para uma análise das subseções referentes às redes prioritárias do Estado, evidenciando a necessidade de uma maior reflexão do papel de cada hospital, exercendo papel de complementariedade e não de concorrência. Evidencia também uma necessidade de reavaliação do processo de análise realizado pela vigilância sanitária, permitindo que os investimentos feitos pelos hospitais estejam alinhados com uma maior segurança dos processos realizados. Identifica o papel importante de motivação por meio de discriminação positiva dos hospitais, realizado pelo incentivo ao Prêmio Célio de Castro.

Demonstra ainda a consolidação da visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de ser modelo de inovação da gestão pública, uma vez que esta experiência de avaliação de um parque hospitalar público e/ou filantrópico é relatada pela primeira vez no Brasil.

CAPÍTULO I – CONTEXTO DA PESQUISA E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

*“Fazer a ação estatal orientar-se por resultados constitui novo paradigma para a gestão pública.”
Aécio Neves*

1.1 CONTEXTO DO TEMA A ESTUDAR

O contexto atual de incerteza na gestão em saúde, com o surgimento de um ambiente moldado pelas exigências da globalização, um comportamento dinâmico do mercado, aceleradas mudanças demográficas, tecnologias e tratamentos cada vez mais novos e caros, aliado as maiores exigências dos consumidores, causarão profundas mudanças nos sistemas de saúde na próxima década.

Mudanças têm que ser feitas, as escolhas que restam aos envolvidos nos atuais sistemas de saúde são: quando e como? Se eles esperarem demais ou não agirem com suficiente decisão, seus sistemas chegarão a um impasse – em outras palavras, não poderão continuar seguindo o mesmo rumo – e demandarão uma reestruturação imediata de grandes proporções.

A análise do cenário interno das organizações de serviços de saúde evidencia desafios crescentes a serem enfrentados. Aliados à complexidade das relações profissionais existentes, tornam mais complexa a gestão destas organizações por parte de seus dirigentes. As organizações devem, portanto, adotar modelos de gestão comprovadamente positivos, que auxiliem na busca contínua pela excelência, resultando numa assistência segura à saúde de seus usuários. Assim, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde cresce nos últimos anos.

A qualidade é uma questão atemporal em permanente mutação e construção, embora seu significado e abrangência tenda a evoluir, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças na envolvente, dependendo a sua construção da vontade das pessoas e das organizações, em serem melhores e em exigirem um desenvolvimento natural e social mais justo e equilibrado, que permita a sustentabilidade (LOPES, 2007).

O autor cita ainda que, apesar dos obstáculos, o contexto de incerteza da envolvente externa e da adaptabilidade a que estão sujeitas as organizações, para fazer face aos desafios, continuam a impulsionar as empresas que não encontram outra saída para sobreviver senão apostar numa estratégia de mudança permanente. A implantação da gestão da qualidade, além de uma filosofia de gestão que dispõe de um conjunto de instrumentos, métodos e práticas, constitui um modelo de comunicação integrado, cuja importância é crucial para a prática de uma gestão moderna contribuindo para a tão necessária mudança na gestão das organizações de saúde.

Lopes (2007) apresenta o papel da qualidade como motor de um processo de mudança, que nos conduz a aprendizagem permanente e à melhoria contínua dos saberes nas organizações empresariais, de forma que os seus valores se instalem ao longo de toda cadeia de valor e a transformem numa “cadeia de qualidade”, onde mudança e a aprendizagem interagem permanentemente, permitindo a emergência da aprendizagem organizacional.

Ao assumir o governo de Minas Gerais em 2003, a atual gestão encontrou um Estado com dois monumentais desafios: ajustar-se à dura realidade fiscal caracterizada pelo déficit e reencontrar seu rumo dentro de si mesmo, resgatando sua identidade, recuperando o vigor político e avançando. Ações gerenciais foram definidas e conhecidas como “Choque de Gestão”, visando à reorganização de sua estrutura e modernização do seu modelo de gestão, impulsionando assim uma estratégia de mudança permanente. Em 2006, superada a questão fiscal e equilibradas as contas do estado, foi iniciada a segunda etapa do Choque de Gestão denominada “Estado para Resultado”, que através de áreas pré-definidas, buscou ações para aumentar a eficiência do estado e garantir resultados efetivos e mensuráveis (LIMA, 2009, p. 10).

Uma das ações implementadas em 2003, na área “Vida Saudável”, foi a implantação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), que reforça o papel da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG) na implantação de redes de atenção à saúde, incentivando a melhoria de hospitais como referência dos municípios nos pólos macro e microrregionais.

O PRO-HOSP visa garantir à população mineira atendimento de qualidade e com resolutividade, fundamentado na parceria entre o Estado e os hospitais públicos e filantrópicos prestadores de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais.

A proposta de realizar esse estudo baseia-se na necessidade de se avaliar o desempenho dos Hospitais PRO-HOSP, usando como referencial os padrões de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Embora esse processo de certificação já esteja validado no Brasil desde 2001, apenas 123 hospitais possuem o *status* de Acreditado (ONA¹, 2009) e desses, a grande maioria são hospitais privados. Entendemos que os hospitais públicos tenham, pelas próprias características culturais, maiores dificuldades no processo de melhorias. Entretanto, sendo o PRO-HOSP um programa de fortalecimento da gestão, gostaríamos de avaliar em que momento os hospitais se encontram nessa caminhada pela excelência e como acelerar o processo de aprimoramento das práticas de gestão que levariam ao melhor desempenho.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA PESQUISA

Atualmente, a qualidade da gestão é considerada uma característica essencial para sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo. Apesar de termos no Brasil uma gama considerável de sistemas de acreditação e certificação, a adoção tem sido frustrante, como mostra o estudo feito por La Forgia e Couttolenc. O processo de Acreditação Hospitalar da ONA existe há 11 anos, como forma de monitoramento e avaliação do desempenho da qualidade dos hospitais, e apenas cerca de 2% dos hospitais do Brasil apresentam o *status* de acreditado. Desses, a grande maioria são instituições privados (LA FORGIA, 2009).

O objetivo da Acreditação é incentivar a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços em busca de assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde e em todo o país.

Entretanto, parece que a metodologia proposta pela Acreditação ONA, ainda apresenta dificuldades na implantação em hospitais públicos e ou filantrópicos.

¹ Disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>, acesso em: 31/12/2009.

Assim, o presente estudo delimita como Hipótese:

H: Os hospitais do PRO-HOSP não apresentam os requisitos necessários para Acreditação, segundo os padrões da ONA.

1.3 QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS

Considerando-se a Acreditação Hospitalar como um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde estimulando mudanças organizacionais e a melhoria do desempenho hospitalar, no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, realizou-se este estudo que teve por base o seguinte questionamento: Qual o *status* atual dos Hospitais do PRO-HOSP utilizando a metodologia de avaliação proposta pela Acreditação segundo os padrões da ONA?

Assim, o presente estudo delimita como questões a serem respondidas:

- A metodologia da Acreditação ONA é aplicável junto aos hospitais PRO-HOSP, como forma de avaliação da qualidade da assistência prestada?
- Quais as maiores não conformidades identificadas na avaliação desses hospitais?
- Quais os maiores pontos críticos a serem enfrentados pelos hospitais na busca da certificação?
- Como estão avaliadas as subseções relativas às redes prioritárias de Minas?

1.4. OBJETIVOS

Objetivo Final:

Analisar os resultados da avaliação dos hospitais participantes do PRO-HOSP do Governo de Minas Gerais, realizada segundo a metodologia da Acreditação ONA.

Para esse estudo especificaram-se os seguintes objetivos intermediários:

- Avaliar o resultado da aplicação da metodologia da Acreditação ONA analisando os hospitais de acordo com a referência macro ou microrregional.
- Identificar as não conformidades apontadas no diagnóstico organizacional ONA para os hospitais do PRO-HOSP.

- Identificar os pontos fortes e fracos e os pontos críticos apresentados pelos hospitais do PRO-HOSP.
- Avaliar o resultado da aplicação da metodologia ONA nas subseções referentes às Redes Prioritárias

1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo pretende avaliar o *status* atual de 45 hospitais PRO-HOSP segundo critérios de avaliação da Acreditação ONA, aplicável às organizações prestadoras de serviços hospitalares. Abrange a avaliação de uma amostra de hospitais participantes do PRO-HOSP, que apresentam natureza jurídica pública e/ou filantrópica, apresentando características específicas dentre as organizações hospitalares do Brasil, seja pela forma de remuneração ou pelo modelo de gestão que utilizam. Os resultados dessa pesquisa não têm o objetivo de generalizar os resultados obtidos em relação ao segmento das organizações hospitalares da mesma natureza, mas apenas de avaliar como o modelo de gestão aplicado no programa pode contribuir para inserção de ferramentas de melhorias nesses hospitais.

O estudo enfatiza a importância da avaliação pelo modelo da Acreditação Hospitalar como forma de avaliar os pontos críticos, os pontos fortes e as oportunidades de melhoria desses hospitais, considerando-os no caminho da busca pela excelência.

1.6. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A predisposição para escolha deste tema vem da vasta experiência adquirida pela autora em instituições de saúde, principalmente na implantação de modelo de gestão em organizações hospitalares.

Busca-se adquirir um conhecimento acadêmico de base científica para enfatizar a dificuldade de se programar e promover a Acreditação no sistema de saúde no Brasil, avaliando a contribuição do modelo de gestão aplicado ao PRO-HOSP para alcançar este objetivo. Desta forma, espera-se que este estudo contribua para o alinhamento da experiência profissional prática com as bases acadêmicas, que seja de alta relevância para ambas as partes e sem ônus para as organizações estudadas.

Apresenta como relevância para a sociedade a apresentação dos pontos críticos identificados nas organizações hospitalares, contribuindo para a melhoria da gestão e para a melhoria da assistência prestada.

1.7. DEFINIÇÃO DOS TERMOS

Utilizamos como palavras-chave: Qualidade, Acreditação, Gestão Hospitalar, PRO-HOSP.

Como Qualidade entende-se o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes (DONABEDIAN, *apud* SAMICO 2010, p.44).

Acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. (ONA, 2006).

Consideramos o conceito de Gestão utilizado por Pagliuso (2010) como sendo o conjunto das atividades desempenhadas de planejar, controlar, medir, negociar, melhorar, etc, que permeia a produção eficaz dos produtos e serviços.

Para a ONA, hospital é definido como a entidade jurídica legalmente constituída devidamente cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual se prestam serviços de assistência médica, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins econômicos, sob a direção de um mesmo responsável (ONA, 2010).

Assim Gestão Hospitalar seria o conjunto das atividades desempenhadas para gerenciar as atividades que permeiam a prestação de serviços hospitalares.

PRO-HOSP é o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais, implantado pela SES MG em 2003.

1.8. PLANO DE DISSERTAÇÃO

O presente estudo está estruturado em seis capítulos que evidenciam a política hospitalar aplicada em Minas Gerais baseado no modelo de gestão por Resultados do Choque de Gestão,

analisa o resultado da utilização da metodologia da Acreditação aos hospitais PRO-HOSP e identifica a inserção desses hospitais nas Redes de Atenção Prioritária do Governo.

O primeiro capítulo é composto pelo contexto do tema a estudar, onde a autora apresenta a formulação do problema pesquisa, as questões a serem respondidos, os objetivos que deseja alcançar, a delimitação e a relevância do estudo e a definição dos termos.

No segundo capítulo, o referencial teórico aborda o tema da gestão hospitalar e o cenário atual das organizações de saúde, com as características específicas deste setor no Brasil. Aborda também o tema da gestão da qualidade, mostrando como ela é importante para todos os tipos de organizações e enfatizando a melhoria da qualidade dos serviços no setor hospitalar. Apresenta conceitos e definições sobre gestão da qualidade, enfatizando a metodologia da Acreditação ONA, descreve a situação atual da Acreditação no Brasil. Ainda nesse capítulo, é apresentada a política hospitalar em Minas, evidenciando um diferencial de modernização aplicada à gestão pública, consolidado em ações estabelecidas no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Dentre as estratégias para alcançar os objetivos estratégicos traçados no PMDI, o PRO-HOSP é apresentado com detalhes, enfatizando o Plano de Gestão da Qualidade em Saúde da SES/MG.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada, o desenho da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados.

O quarto capítulo mostra o universo e a amostra, caracterizando as unidades estudadas na amostra e apresenta o tratamento e análise dos dados.

A análise dos resultados, que constitui a quinta parte do trabalho, apresenta algumas oportunidades de melhoria no PRO-HOSP e confronta os dados com as correntes teóricas estudadas. Nessa parte, o autor expõe também sua opinião e discute a importância no modelo de gestão para a melhoria da qualidade assistencial.

Para finalizar, são apresentadas, no sexto capítulo, as considerações finais, contemplando a conclusão do trabalho, bem como as limitações e recomendações para trabalhos futuros.

CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. GESTÃO DA QUALIDADE

A gestão da qualidade em saúde tem sido um tema amplamente discutido na contemporaneidade, entre as diversas áreas e setores. Isso se deve a uma gama de fatores observados que perpassa desde questões legais, com a crescente judicialização da saúde, até questões econômicas ou relacionadas à necessidade de garantir níveis satisfatórios de segurança na prestação dos serviços em saúde (OLIVEIRA, 2009).

A preocupação com qualidade vem desde Hipócrates, mas pode-se afirmar que os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica, nos quais foi possível estabelecer uma relação com a Acreditação de hospitais, tiveram o seu início durante a Guerra da Criméia, em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu métodos de coleta de dados que objetivaram a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra. Nightingale utilizou-se de indicadores (por exemplo, taxa de mortalidade), para provar que, através da melhoria do controle sanitário, as mortes poderiam diminuir. Florence Nightingale revolucionou a abordagem dos fenômenos sociais demonstrando que poderiam ser objetivamente medidos, avaliados e submetidos a análises matemáticas (ROESSLER, 2006).

A qualidade como objeto de atenção gerencial pode ser identificada desde os primórdios da atividade manufatureira, e foi desenvolvendo ao longo da história em conjunto com as enormes mudanças no processo de trabalho e elevação da produtividade gerados pelo Fordismo/Taylorismo. O desenvolvimento da indústria bélica influenciado pela Segunda Guerra Mundial elevou a exigência de qualidade e confiabilidade nos armamentos e a necessidade de um volume maior de produtos. De certo modo foram as guerras que levaram à necessidade da criação de hospitais militares. E foram estes hospitais que desenvolveram as características de funcionamento que conhecemos nos dias de hoje, tais como fichamento dos pacientes, identificação dos leitos e a separação por doenças (SILVA, 2008).

Nas décadas de 80 e 90 o conceito de Qualidade passou a ser difundido, fazendo com que as organizações aderissem a Sistemas da Qualidade e buscassem a competitividade pela eficiência e eficácia dos processos. Ocorreram mudanças na gestão das organizações, sendo

focada a reestruturação organizacional, a visão sistêmica dos processos com tendência à valorização dos talentos humanos (BONATO, 2003 *apud* CAMPOS, 2008, p.34).

Segundo a OMS, qualidade é um “Conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde”.

A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO) define qualidade como o grau de cuidado prestado ao paciente que aumenta a probabilidade de obter o resultado desejado e diminui a probabilidade de resultados indesejados, oferecidos de acordo com o estágio atual de conhecimento.

Para a OPAS, qualidade é o conjunto de características de um bem ou serviço que satisfazem as necessidades e expectativas tanto do usuário como da comunidade e também do profissional da saúde.

Segundo Mendes (2007), a qualidade dos serviços de saúde é observada quando esses serviços utilizam tecnologias efetivas, apresentam segurança para profissionais e usuários, são ofertados a partir das necessidades efetivas e de forma eficiente, em busca da equidade, realizam-se de forma humanizada e satisfazem as expectativas dos usuários. O novo modelo de gestão, que garanta segurança e minimização dos riscos e eventos indesejados, deve ser baseado em evidência científica, avaliação tecnológica e econômica. Deve-se executar uma gestão dos fins, e não dos meios, utilizando-se da gestão da clínica e dos seus protocolos, bem como da gestão de patologias, sistema de informação gerencial, uma diferenciada gestão de pessoas e dos sistemas integrados de saúde. Afirma ainda, que seria necessária uma reforma microeconômica dos sistemas de saúde, realizada por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que prestam uma atenção contínua e coordenada a determinada população – no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa –, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.

Segundo o *Institute of Medicine* (2001), os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades da pessoas; implicam programas de controle de qualidade; são ofertados em

tempo oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; fazem-se de forma humanizada; satisfazem às expectativas das pessoas usuárias; e são equitativos.

Segundo Samico (2010), a avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção de instrumentos a serem utilizados na avaliação. Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988; 1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes da estrutura, processo e do resultado.

Estrutura: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

Processo: atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

Resultado: produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

A segunda vertente se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade. O primeiro atributo, a eficácia, aponta para a promoção de melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos. A efetividade traz a percepção da melhoria gerada pelo sistema oferecido em relação à melhoria esperada pelo sistema ideal. Já a eficiência, terceiro pilar da qualidade, é considerada como a melhoria gerada pelo sistema oferecido em relação ao custo econômico do sistema. A otimização propõe alternativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis. A aceitabilidade é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes. A legitimidade, sexto pilar, indica a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Por fim, a equidade determina a adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para toda a comunidade.

Ainda para Donabedian (1980), o conceito de qualidade está relacionado à relação apropriada entre meios e fins. Os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas (impacto) por estas estratégias.

Segundo Taublib (1998), qualidade significa uma nova postura comportamental, não somente produzir mais, porém melhor, com menor custo, menor desperdício, menos retrabalho. “Temos que ser mais efetivos, ou seja, fazer o que deve ser feito (eficácia), e bem feito

(eficiência). Não podemos desperdiçar tempo e recursos no atendimento à saúde, ela é muito cara!” Afirma ainda que qualidade é um processo do topo para a base, é de responsabilidade, envolvimento e comprometimento do corpo diretor, e esta liderança é indelegável.

Porter (2007) afirma que o desempenho do sistema de saúde só vai ser significativamente melhorado se os resultados forem mensurados e cada participante do sistema, responsabilizado pelos seus resultados. Afirma ainda que qualidade inferior não gera economia na assistência à saúde, tampouco na maioria dos outros setores. Pelo contrário, baixa qualidade leva a complicações e à necessidade de tratamentos adicionais que elevam substancialmente os custos.

Segundo Covello², do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), nas últimas décadas, o nacionalismo conceitual e econômico entrou em declínio. As barreiras do conhecimento, comercial e de investimentos praticamente desapareceram. Esta mudança de cenário levou as instituições com visão e atuação global a procurarem práticas que pudessem diminuir as distâncias entre os requisitos de gestão global. Estas ações vêm se confrontando com as raízes das práticas de gestão das empresas de saúde brasileiras que insistem em ações para mantê-las como boas empresas. Estas jamais se tornaram excelentes. As práticas atuais globais de gestão devem transformar as empresas boas, em excelentes. Qualquer empresa pode melhorar substancialmente sua posição e desempenho, se aplicar de forma consciente os valores corporativos que se impõem no mercado global.

Infelizmente, a busca pela excelência atinge ainda poucas instituições na área da saúde no Brasil. Temos ainda poucas organizações que ao longo do tempo tem procurado práticas para satisfazer os requisitos do mercado global e produzir resultados excelentes, mantidos ao longo do tempo. As poucas empresas que tem buscado a transição devem ser consideradas visionárias na busca da sustentabilidade e perenidade.

² Disponível: em: <<http://www.iqg.com.br/noticias-e-artigos.php>> Acesso em: 30/01/2010.

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ³), a excelência em uma organização depende fundamentalmente de sua capacidade de perseguir seus propósitos em completa harmonia com seu ecossistema. Excelência não é um estado absoluto, mas uma disposição intensa, constante, abrangente de fazer bem, em espírito e em verdade. Excelência é um horizonte. Se em algum instante crermos tê-la alcançado, este é o momento em que a teremos perdido.

A utilização de ferramentas da gestão da qualidade, com a implantação do processo de Acreditação é um esforço no caminho da busca da organização pela excelência em gestão. A realização de um diagnóstico organizacional com o levantamento dos pontos críticos a serem melhorados na gestão, permite a definição de um plano de ação para realização das tarefas, que levam as melhorias dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a uma melhoria da assistência prestada.

2.2. GESTÃO HOSPITALAR

Adotamos como definição de hospital a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (ONA, 2010):

Um modelo de organização de caráter médico social, cuja função básica consiste em assegurar uma assistência médica completa, preventiva e curativa a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Campos (2008, p. 6), descreve a complexidade do hospital pela sua agregação de “[...] vários sistemas, equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes, onde se utiliza tecnologia em processo de acumulação e modernização constantes”.

O conceito da gestão, apesar de largamente difundido, não constitui um consenso. Consideraremos nesse estudo o conceito de prática de gestão apresentado por Scarpi (2004), como sendo as atividades executadas regularmente com a finalidade de gerir uma organização de acordo com os padrões de trabalho.

³ Disponível em: <<http://www.fnq.org.br/site/302/default.aspx>> Acesso em: 12/03/2010.

Para Rowland (*apud* LA FORGIA, 2009, p. 201), as funções gerenciais incluem definir estratégias comerciais e médicas e elaborar planos para atingir os fins e metas da organização; selecionar, avaliar, contratar e demitir funcionários; formular e analisar orçamentos anuais; definir o conjunto de serviços oferecidos e o preço; supervisionar as operações, incluindo o desempenho financeiro; supervisionar a utilização dos recursos materiais e financeiros; e avaliar o desempenho e resultados, tomando as iniciativas corretivas necessárias.

Para Kotter (*apud* FRAGATA, 2006, p. 248) a gestão caracterizar-se-á por práticas como planejamento, organização e controle. Para Fragata, um hospital consiste numa variedade de serviços com especialidades diferentes e onde recursos variados (espaços, competências, número de trabalhadores, equipamentos, drogas, etc.) são ativados. Esta diversidade suscita autonomia relativa de cada serviço, incluindo dinâmicas próprias e autônomas, dificultando uma ação conjunta e articulada dos diferentes serviços.

As organizações de saúde são organizações profissionais, constituídas como um conglomerado de unidades independentes altamente especializadas na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo e a tecno-estrutura tem fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais. A coordenação é processual e por resultados e a direção tem gestão indireta sobre os vários chefes de serviço (MINTZBERG, 2003).

Portanto, a prática decisória destas organizações freqüentemente não possui perspectiva de conjunto. A gestão estratégica propõe-se a romper com esta dissociação entre a direção estratégica e os serviços da ponta em busca de um conjunto coerente de projetos. A transparência, o compartilhamento de informação, a reconstrução dos diferentes domínios de atividades explorando as potenciais sinergias, a construção da pedagogia de avaliação, a introdução do raciocínio dos custos de oportunidades e a captação de recursos adicionais por meio de projeto, são os instrumentos com os quais se pretende criar uma rede de solidariedade (ARTMANN, 2003).

A organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes, utilizando de tecnologia de ponta. E se constitui, ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

De acordo com os dados do CNES⁴, em dezembro de 2009 havia no Brasil 6.792 hospitais (considerando hospital dia, hospital especializado e hospital geral). Desses, 48% são privados, 30% públicos e 22% filantrópicos (Tabela 1).

Tabela 1: Nº de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de unidade.

Unidades por tipo	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Hospital Dia	41	7	317	-	365
Hospital Especializado	260	154	808	-	1.222
Hospital Geral	1.765	1.306	2.131	3	5.205
TOTAL	2.066	1.467	3.256	3	6.792

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Dados dezembro 2009.

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>, acesso em 03 junho 2010.

Ainda segundo dados do CNES, em dezembro de 2009, existiam no Brasil 2,4 leitos de internação para cada 1.000 habitantes, sendo a taxa para os leitos SUS de 1,8. As diferenças regionais apareceram de modo mais claro nesta análise, quando da apuração das taxas de leitos totais para a região Norte (2,1) e para a região Sul (2,9). Na região Sudeste a taxa de leitos totais para cada 1.000 habitantes é de 2,5, sendo a taxa para os leitos SUS de 1,7.

Em 1998, os indicadores de recursos e coberturas de serviços de saúde da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apresentava um número de 2,5 leitos por 1.000 habitantes na região da América Latina. Entretanto, segundo a OPAS, a quantidade de leitos hospitalares ou de profissionais de saúde em relação ao número de habitantes não são índices suficientes para avaliação de um sistema de saúde. Por exemplo, uma pequena cidade que não dispõe de leitos porque faz parte de um consórcio de municípios. No caso, é mais economicamente viável transportar os pacientes a um hospital de referência numa cidade vizinha e repassar a esta cidade uma parcela dos impostos do que construir um hospital próprio. Seu índice de leitos/habitantes é zero e nem por isso a população está mal assistida. Outro exemplo vem de países industrializados, como o Canadá. Lá, o número de leitos por habitante tem sido reduzido drasticamente nos últimos anos, como resultado da estratégia de investir em tecnologia e no aumento da capacidade resolutiva do sistema de saúde. Exames que

⁴O CNES é um sistema de registros administrativos gerido pelo Ministério da Saúde, que organiza informações dos estabelecimentos públicos e privados de saúde no país, caracterizando-os conforme estrutura física e funcional, inclusive no que tange a sua participação em programas de saúde.

antecedem uma cirurgia, por exemplo, são feitos a nível ambulatorial. A idéia é deixar o paciente o menor tempo possível internado.⁵

Os estudos de desempenho hospitalar no Brasil, segundo La Forgia (2009), mostram que os hospitais brasileiros apresentam, em geral, deficiências qualitativas importantes. Somente 55 de 6.500 hospitais brasileiros estavam acreditados, no país, em 2003; desses, a grande maioria foi acreditada no nível 1 da Organização Nacional de Acreditação, o nível básico de Acreditação. Evidências obtidas pelo Programa de Controle da Qualidade Hospitalar, em São Paulo, mostram que os hospitais acreditados superam os não acreditados em indicadores de eficiência e qualidade.

2.3 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Devido à complexidade do setor saúde, foram desenvolvidos vários projetos de gestão da qualidade na área da saúde. No início do século passado, em meados de 1924, pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) com o programa de Padronização Hospitalar (PPH). Neste programa, definiram-se padrões mais apropriados para garantir a qualidade de assistência aos pacientes. Depois deste marco inicial, foram realizadas várias modificações até se chegar em 1951, nos Estados Unidos a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que nada mais era que a parceria do CAC, junto a outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Juntas, em 1952 delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* que se baseava em proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo o trabalho estendeu-se para outras áreas de assistência à saúde, com outras finalidades como educação, consultoria, participação e profissionalismo (FELDEMAN *et al.*, 2005, *apud* SILVA, 2008, p.12).

Ainda segundo SILVA (2008), no Brasil este processo demorou um pouco mais para poder acontecer, iniciando-se em 1970, quando o Ministério da Saúde desenvolveu o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar, partindo de início da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade. Com a Constituição de 1988, definindo a saúde como direito social universal e transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde, passou-

⁵ <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitospdf>, acessado em 02 de junho de 2010.

se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Em 1995, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde – PGAQS. A partir do Manual editado pela OPAS e das experiências estaduais, buscou-se, estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões únicos de avaliação. Surge então, em 1998, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBA). Diante da necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, foi constituída em 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se, a partir daí, a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras (aquelas que poderiam conferir às organizações a acreditação), código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores (OLIVEIRA, 2009).

A ONA foi reconhecida em abril de 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria Nº 538, como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar e de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no Brasil.

O processo da acreditação é voltado especificamente para serviços de saúde, ou seja, para organizações que prestam algum tipo de serviço de saúde ao cidadão, sejam hospitais, farmácias, laboratórios, serviços de imagem, serviços de hemoterapia, serviços de nefrologia, serviços ambulatoriais e serviços de *home care*.

O termo acreditação é utilizado no setor saúde desde o início do século XX como estratégia de certificação e verificação da qualidade do serviço de saúde a partir de determinados padrões previamente estabelecidos.

O termo “acreditação” não é encontrado em nosso dicionário e o verbo “acreditar”, que vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder à acreditação, significa, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1987, p.30), “crer, dar crédito a, conceder reputação a, conferir poderes a, etc”.

Segundo os critérios da ONA, Acreditação significa um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos

na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar e da proteção da saúde da população.

Tem sua origem na preocupação com as conseqüências advindas de eventuais falhas nos processos envolvidos na prestação de serviços: registro médico realizado em prontuário de outro paciente, troca de medicação, falhas de equipamentos, qualificação profissional inadequada, entre outros. Esses eventos podem ser prevenidos desde que os serviços de saúde avaliem seu desempenho e monitore seus processos, o que nem sempre ocorre. Assim sendo, o estabelecimento de padrões a serem seguidos, desenvolvidos inclusive com a participação dos usuários, vem sendo aprimorado, ficando a cargo de organizações constituídas para esse fim específico, como é o caso da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), nos Estados Unidos e da ONA no Brasil.

Originalmente, a Acreditação foi concebida com processo de natureza independente, ou seja, atividade a ser desempenhada fora do espaço governamental. No entanto, para ser independente, não pode ficar atrelada exclusivamente ao setor privado, devendo ser pensada de forma a representar os diversos interesses existentes no campo da saúde, comprometidos com a boa prática profissional e com o atendimento aos anseios e necessidades dos usuários.

O Manual Brasileiro da Acreditação (MBA) é o instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), tendo como base padrões de complexidade crescente (Nível 1, Nível 2 e Nível 3). É a referência nacional para ser utilizado pelas Instituições Acreditoras (IAC's) do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), coordenado pela ONA, que deverá ser atualizado periodicamente em seus níveis e padrões.

A avaliação de conformidade com os padrões é conduzida por avaliadores independentes das organizações participantes. O avaliador, segundo a ONA, é um profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação, essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados baseados no julgamento. A composição da equipe, com perfil profissional e número mínimo de avaliadores, é definida na Norma de Avaliação (NA) específica. A equipe é formada por no mínimo três membros sendo, um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência

em gestão. Um desses membros será o avaliador-líder, e a equipe pode ainda incluir especialistas, avaliadores em treinamento e/ou observadores.

O processo da Acreditação inicia-se com a sensibilização da organização para a utilização da metodologia. A seguir é realizado um diagnóstico organizacional, que deve ser feito por uma IAC's, organizações independentes e idôneas, reconhecidas pela ONA. Nesse diagnóstico devem ser levantadas evidências objetivas, que são consideradas informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos por observação, documentação, medição e outros meios. Ao final têm-se um relatório de avaliação dos pontos fortes, das não conformidades e das oportunidades de melhoria de cada subseção, permitindo a elaboração de um plano de ação para as melhorias necessárias.

O resultado da avaliação da Acreditação pode ser Acreditado (Nível 1), Acreditado Pleno (Nível 2) ou Acreditado com Excelência (Nível 3). No Nível 1 da Acreditação será avaliada a segurança dos processos assistenciais para os pacientes e para os profissionais que trabalham nas organizações. A palavra chave é a segurança, com foco no Gerenciamento de Riscos. Para ser acreditada no Nível 2 a organização deve atender os requisitos do Nível 1 e utilizar uma lógica de gestão por processos, identificando os processos finalísticos e os de apoio, bem como promovendo uma interação entre esses processos. A organização Acreditada Plena, no Nível 3, além de mostrar segurança nos processos executados, atendendo aos requisitos do Nível 1 e 2, apresenta resultados consistentes, com evidências de ciclos de melhoria e impacto sistêmico.

A Acreditação baseia-se no princípio do "*tudo ou nada*", ou seja, o padrão tem que ser totalmente cumprido para que seja acreditado no nível avaliado. Todas as áreas devem satisfazer um determinado nível, agregando-se dessa forma o conceito de homogeneidade. O que define o resultado final é o menor nível. Assim, avalia o hospital a partir de uma abordagem sistêmica.

Submeter-se à avaliação externa, para serviços de saúde, é um ato voluntário, assumido após a consideração dos aspectos positivos e negativos dessa decisão. Quando essa avaliação é feita por especialistas, fornece uma idéia precisa da qualidade das condições em que a assistência é prestada, permitindo ressaltar as características de excelência dos serviços. Por outro lado, essa abordagem implica ainda que áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas, de forma

a indicar caminhos potencialmente adotáveis pela direção, contribuindo para o direcionamento mais adequado das atitudes a tomar e melhorando idealmente a possibilidade de atingir os objetivos.

De certa forma, esse caráter voluntário pode se tornar uma das várias formas de assegurar o interesse público. Por um lado, há a oportunidade de as organizações se conhecerem melhor. Por outro, pode-se verificar quem está disposto a se submeter a uma avaliação externa, com resultados idealmente não-controláveis. O risco que se corre, porém, é o de haver organizações preocupadas em apenas passar nessa avaliação, não em melhorar seu desempenho, risco este, presente em qualquer forma de avaliação que possa ser considerada de caráter comparativo.

Para que os participantes de um programa de Acreditação se sintam estimulados a aderir voluntariamente à idéia, o processo prevê a garantia da confidencialidade dos dados. Assim, é preciso que esteja claro o destino a ser dado aos achados, o fluxo das informações, o encaminhamento dos resultados. Interessados neles de forma direta, além da própria organização, certamente são os usuários e os financiadores; mais à distância estão a imprensa e os órgãos de classe, entre outros.

O objetivo da Acreditação é incentivar a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços em busca de assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde e em todo o país. Apesar de ser um processo de certificação validado no Brasil desde 2001, apenas 123 hospitais apresentam o *status* de Acreditado, em dezembro de 2009, segundo Tabela 2. Considerando o número total de hospitais relacionados no CNES em dezembro 2010 – 6.792 - apenas 1,81% dos hospitais do Brasil eram Acreditados.

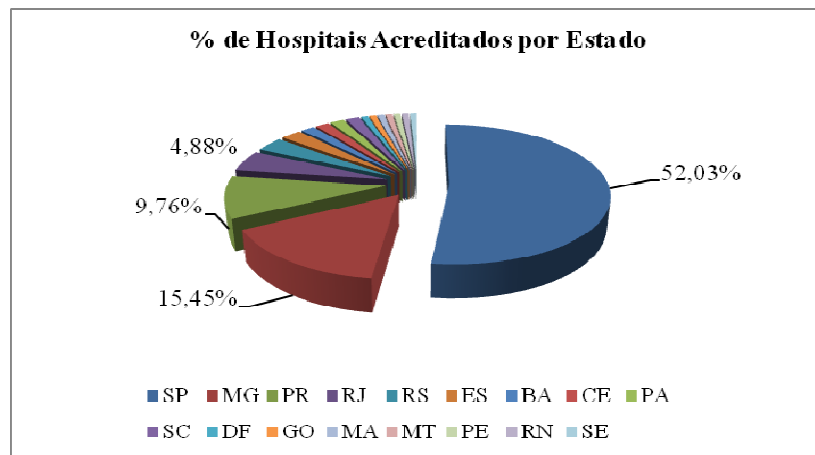
Tabela 2: Hospitais Acreditados no Brasil por Nível

Hospitais Acreditados por nível	
Certificação	Número
Acreditado	35
Acreditado Pleno	48
Acreditado com Excelência	40
Total de Hospitais Acreditados	123

Fonte: www.ona.org.br, acesso 31/12/2009

Dos 27 estados do Brasil, apenas 17 apresentavam hospitais Acreditados pela ONA em dezembro de 2009 (Gráfico 1). Quando se avalia o total de hospitais acreditados por Estado, observa-se uma predominância absoluta de hospitais do estado de São Paulo, com um total de 64 hospitais, perfazendo 52%. Minas Gerais apresenta o segundo melhor desempenho, com 19 hospitais acreditados, perfazendo 15% dos hospitais.

Gráfico 1: Percentual de Hospitais Acreditados no Brasil por Estado



Fonte: site www.ona.org.br, acesso 31/12/2009

Tabela 3: Avaliação dos hospitais no Brasil (nº e status de Acreditado)

Estado	Total de Hospitais	Acreditados	% Hospitais Acreditados
SP	996	64	6,4%
MG	719	19	2,6%
PR	558	12	2,2%
RJ	583	6	1,0%
RS	356	4	1,1%
ES	123	3	2,4%
BA	590	2	0,3%
CE	290	2	0,7%
PA	232	2	0,9%
SC	247	2	0,8%
DF	91	1	1,1%
GO	438	1	0,2%
MA	243	1	0,4%
MT	171	1	0,6%
PE	242	1	0,4%
RN	117	1	0,9%
SE	52	1	1,9%
Brasil	6.792	123	1,8%

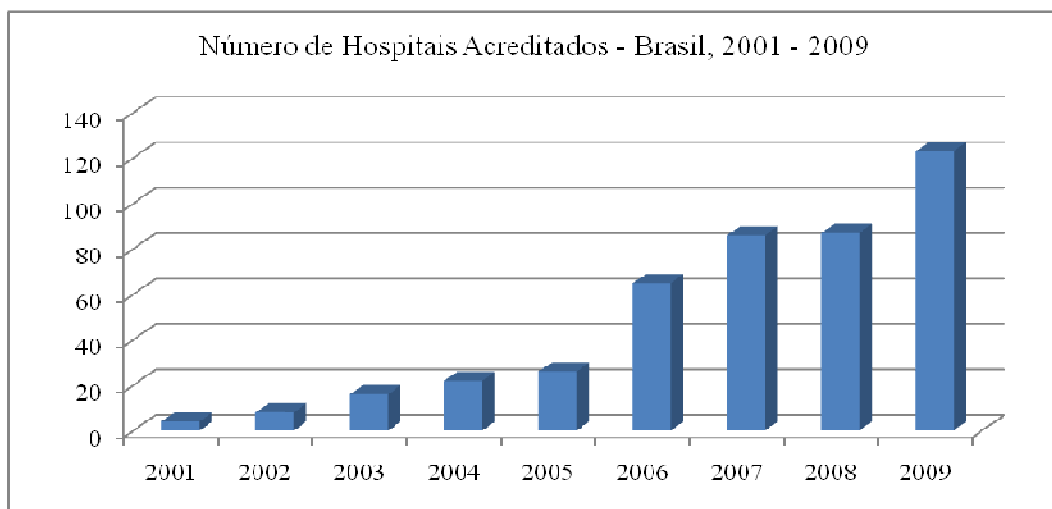
Fonte: Dados trabalhados pela autora

Quando analisamos a *performance* de hospitais acreditados por estado, em São Paulo esse valor era de 6,4% (64/996) e em Minas Gerais 2,6% (19/719), sendo a diferença entre esses estados significativa (P-valor 0,001), conforme dados do Caderno de Informações do DATASUS de dezembro e da ONA, ambos de 2009, trabalhados na Tabela 3.

Do total de hospitais do Brasil relacionados no CNES em dezembro de 2009, 1,8% apresentam *status* de Acreditação. Quando avaliamos o total de hospitais PRO-HOSP 1,6% dos hospitais em dezembro 2009 tinham o *status* de Acreditado.

Quando se avalia a evolução do número de hospitais Acreditados observa-se um acréscimo de 150% nos anos de 2005 para 2006 (26 para 65), conforme Gráfico 2. Em 2006, foi lançada a quinta edição do MBA, após seis anos de contínuo aprendizado, numa nova edição respaldada por meio de convênio de cooperação técnica entre a ANVISA e a ONA. Esta quinta edição foi a utilizada para avaliação dos hospitais deste estudo. Em maio de 2010 foi lançada a sexta edição que passa a valer a partir de então.

Gráfico 2: Hospitais Acreditados no Brasil, 2001 - 2009



Fonte: site www.ona.org.br, acessos anuais – ultimo acesso 31/12/2009

Apesar do processo de Acreditação ser voluntário, é evidente a importância da inserção dos hospitais no rol de hospitais acreditados, seja pela melhoria da imagem institucional, pela melhoria dos processos organizacionais ou pela melhoria nas relações comerciais.

La Forgia (2009), em seu estudo mostra que apesar do Brasil oferecer uma gama de sistemas de acreditação e certificação, a sua adoção tem sido frustrante. Apenas 55 dos mais de 6.500

hospitais do país estavam acreditados em 2003. Hospitais acreditados são, em geral, instituições privadas: 44 dos 55 são privados, 9 são públicos e 2 são hospitais militares. Em suma, a acreditação não está afetando partes importantes do setor hospitalar – pequenos hospitais, com menos de 50 leitos, que respondem por aproximadamente dois terços (65%) dos hospitais do país, e hospitais públicos, que representam mais de um terço.

Como a etapas de um processo de implantação da Acreditação identificamos inicialmente a necessidade de sensibilização de todo o corpo funcional da organização, incluindo de maneira especial o corpo clínico, que deve participar ativamente, entendendo ser um processo de mudança de gestão. Também é importante o desenvolvimento da cultura da qualidade, com capacitação de todos com os conceitos da qualidade e da Acreditação (LIMA, 2009, p. 12).

Segundo o MBA, versão 2006 é permitida à organização a realização de um diagnóstico organizacional, atividade que antecede o processo de avaliação para a Acreditação. Permite a análise da organização com o foco na segurança da assistência, na execução dos processos e no atingimento dos resultados, avaliados em cada um dos setores da organização prestadora de serviço de saúde. Representa um retrato da organização naquele momento e possibilita a comparação entre os períodos realizados, demonstrando as melhorias ocorridas. A partir desse diagnóstico devem ser elencadas as prioridades de implantação das ações para o ajuste das não conformidades ou implementação das oportunidades de melhoria.

Como não conformidade entende-se a ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS) em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo.

As OPSS, segundo a ONA são definidas como entidades jurídicas 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.

Após um período de monitoramento da execução dos planos de melhoria e da avaliação setorial e global da organização realiza-se uma avaliação interna para identificar o momento certo para a solicitação de visita da Acreditação.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico organizacional e a Acreditação depende do grau de maturidade da organização. O conceito aqui entendido como básico de maturidade é de que as organizações maduras fazem as coisas de modo sistemático e de que as imaturas atingem resultados graças aos esforços heróicos de indivíduos, usando abordagens que eles criam mais ou menos espontaneamente (SIQUEIRA)⁶. Assim, dependendo do grau de gestão já existente na organização, com comprometimento da liderança, utilização de ferramenta de gestão e envolvimento de toda a força de trabalho a organização atinge o *status* de acreditado em maior ou menor espaço de tempo.

O raciocínio mais comum a respeito de avaliação é o de que ela serve para descobrir, medir, analisar resultados, depois de concluído o objeto (projeto, curso, programa, atividade). Em última instância, sua definição é vista como seu objetivo, o que significa confundir conceitos. Pode-se dizer que a avaliação serve basicamente para conhecer o objeto e para aprimorá-lo. Entre as respostas que se podem obter do processo existem análises comparativas: se aquilo que se está fazendo no momento da avaliação é melhor ou pior do que o que se fazia anteriormente (por exemplo, estrutura organizacional nova *versus* estrutura organizacional anterior) e estudos pontuais: esse projeto valeu ou não a pena (por exemplo, um projeto de investimento em obras contra enchentes) (MALIK, 1998). A Acreditação é um processo de avaliação específico para os serviços de saúde e serve para conhecer o processo de gestão da organização segundo os padrões do MBA e permite o aprimoramento da qualidade da assistência prestada.

2.4. POLITICA HOSPITALAR EM MINAS GERAIS

No Brasil, a atenção à saúde é realizada através da combinação de dois sistemas: o público, o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, e o denominado sistema de assistência suplementar à saúde, privado. O sistema público envolve prestadores públicos e privados. Parte expressiva dos prestadores privados atende simultaneamente ao sistema público e ao sistema supletivo. Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, podem ainda ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. Para 76% da população, o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público, e parte importante da população coberta pelo

⁶ SIQUEIRA, J. O Modelo de Maturidade dos Processos. Disponível em: www.abcq.org.br. (Acessado em: 02/06/2010).

sistema supletivo também utiliza a rede pública, particularmente para procedimentos mais complexos e de maior custo. A contratação de serviços ao setor privado, e o pagamento direto dos prestadores é responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de autonomia que obtêm ao habilitarem-se às diferentes condições de gestão descentralizada do sistema. Na contratação de prestadores privados pelo sistema público, devem ser priorizadas as instituições filantrópicas sem fins lucrativos (OPAS, 2005).

A legislação determina que o Sistema Único de Saúde deve ter a participação das três esferas de governo, estruturado em uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O financiamento do SUS é tripartite, com uma participação aproximada de 50% da União, 25% do estado e 25% dos municípios. As ações e serviços devem ser ofertados de acordo com as políticas e diretrizes aprovadas por Conselhos de Saúde - compostos por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários - vinculados institucionalmente aos órgãos executivos, respectivamente: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde (CMS). A ação dos Conselhos é pautada por recomendações de Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo, com a ampla participação dos vários segmentos sociais, convocadas, a cada quatro anos, pelo Poder Executivo para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (OPAS, 2005).

O SUS, com pouco mais de uma década e meia de existência, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira (BRASIL, 2006).

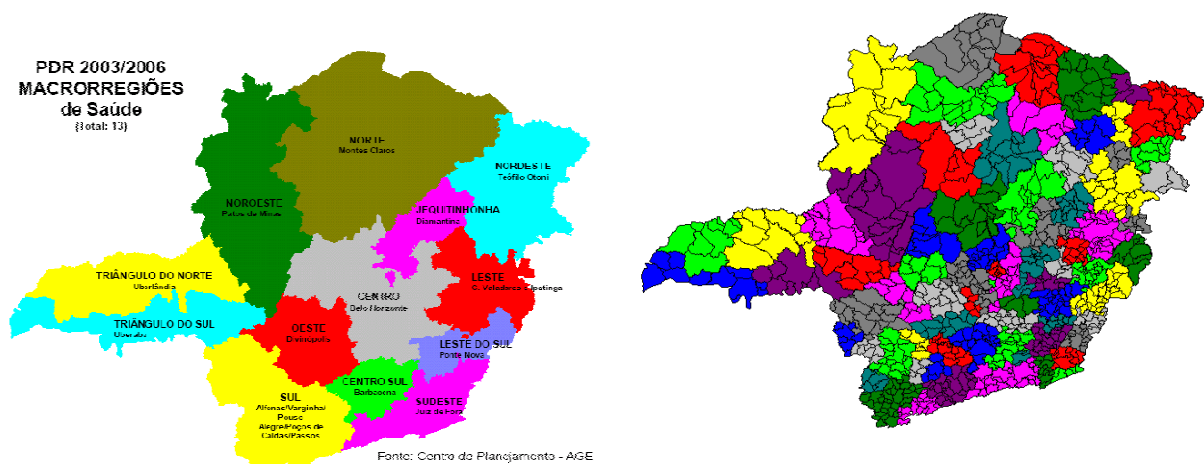
Minas Gerais é um estado do tamanho da França (com 587 mil Km²) e com quase 20 milhões de mineiros distribuídos em 853 municípios. Em Minas Gerais o SUS se responsabiliza, exclusivamente, pela cobertura de 79% da população mineira, aproximadamente 15.300.000 pessoas. Mesmo no grupo de mineiros que está coberto por planos privados de saúde, o SUS se responsabiliza pelas ações de maior custo como os transplantes de órgãos, os medicamentos de uso excepcional, o tratamento do HIV/AIDS e por todas as ações e vigilância em saúde. A produção de ações de saúde pelo SUS tem números exuberantes no

estado. Em 2009, segundo dados DATASUS (BRASIL, Ministério da Saúde 2009) o SUS fez 1 milhão e duzentas mil internações hospitalares, 420 mil cirurgias, 44 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão e cem mil tratamentos oncológicos, 1 milhão e quatrocentos mil tratamentos nefrológicos, 230 mil partos e 120 milhões de procedimentos ambulatoriais.

O principal problema do SUS no Estado é incoerência entre uma situação de saúde com alto predomínio relativo de condições crônicas e uma resposta social voltada para as condições agudas e organizada de forma fragmentada. Para solucionar este problema o Governo de Minas Gerais, no seu PMDI propõe o desenvolvimento de redes de atenção à saúde para quatro situações mais críticas no estado: a Rede Viva Vida de atenção à mulher e à criança, a Rede de atenção às urgências e emergências, a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas e a Rede Hiperdia de atenção às pessoas portadoras de diabetes e doenças cardiovasculares.

A organização dessas redes de atenção é feita com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-polo, e 75 microrregiões sanitárias (Figura 1). Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias.

Figura 1: O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais



Fonte: CP/AGE/SES/MG, 2003; NARS/AGR/SES-MG, 2009.

O Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG – PDR/MG, aprovado pelo CES, pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e pela Tripartite, foi elaborado com base em um modelo orientado para a organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica, conforme os níveis de atenção à saúde e os princípios da economia de escala e escopo.

De acordo com o propósito do Plano Diretor de Regionalização, uma região – conjunto de municípios periféricos a um pólo que exerce força de atração sobre os demais, é base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde que inclui, dentre diversos aspectos e com destaque especial para as necessidades epidemiológicas, uma tipologia de serviços assistenciais como referência para organização em redes e comparabilidade da resolubilidade entre as regiões.

A política para a assistência hospitalar da atual gestão da SES-MG (2003-2011) é reforçar, no propósito da descentralização e organização de redes assistenciais, uma das Unidades, dentre as mais significativas no Estado, como a unidade de Referência por polo Macro e Micro. A função essencial das unidades hospitalares resulta da incorporação de tecnologias gerenciais e assistenciais, através das quais tais unidades se tornam de referência para internações de determinadas patologias conforme as necessidades de cada nível assistencial específico: local, micro ou macrorregional. Isto se torna possível mediante a integração de seus(s) diverso(s) ponto(s) de atenção com as demais unidades da rede assistencial do território, sejam as unidades ambulatoriais especializadas ou as da atenção primária. Cabe destacar que todas elas, unidades ambulatoriais e hospitalares, devem prestar serviços a partir de contratualizações que considerem protocolos ou diretrizes clínicas, dentro do sistema de regulação e pactuação do território e estas conectadas (idealmente), ou não, ao Sistema de Transporte em Saúde (MALACHIAS, 2007).

A cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização – um território sanitário que será municipal, microrregional e macrorregional. Em cada região haverá um polo, cujas unidades assistenciais devem responder por funções específicas na organização dos serviços que requerem referência. As redes, então, serão organizadas e reguladas conforme necessidades prioritárias e programáticas, ou ordenadas em redes ainda que, de início, de demanda espontânea.

Assim, uma dentre as questões a serem avaliadas e planejadas numa região, é o cumprimento de seu papel na relação com os demais níveis. Cada nível tem uma responsabilidade, uma função a ser operacionalizada pelo município polo e pelas unidades prestadoras de serviços nele localizadas ou por uma unidade hospitalar. A unidade identificada, em Minas Gerais, recebe através de contratos reforços financeiros do PRO-HOSP objetivando melhor cumprimento desta missão. No caso da necessidade de internações, o desempenho da referência de nível macro, ou a de nível microrregional, poderá ser medido nas unidades hospitalares localizadas no polo de cada macro ou microrregião, tendo como referência a tipologia de serviços descrita por elencos de procedimento.

Assim, a cada agregação de território corresponde um nível de atenção que, na tipologia assistencial - ambulatorial e hospitalar, têm os procedimentos de cada nível reagrupados por clínicas de especialidade o que se denominam elencos.

Para organização dos serviços um dos componentes serão os elencos que, especificamente no caso da assistência hospitalar, serão descritos por nível:

- Ao município, território sanitário responsável pela atenção primária, cabe ofertar/organizar o elenco MCHB – Média Complexidade Hospitalar Básica;
- À microrregião, em seu pólo, de forma solidária e conforme o porte populacional da micro, cabe a organização/oferta do nível secundário de atenção, possível e definida pelos elencos MCH1 e MCH2 – Média Complexidade Hospitalar 1 e 2;
- À macrorregião, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta dos elencos AC/MCHE – Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial.

A categoria de complexidade atribuída pelo MS para fins de pagamento não tem correspondência direta com os níveis de regionalização/níveis de atenção à saúde propostos pelo PDR/MG. A descrição dos elencos aponta, em razão das possibilidades de escala e para os serviços que requerem maior proximidade do usuário, alguns procedimentos da AC - Alta Complexidade para o nível microrregional. Pelas razões opostas, alguns procedimentos da MC – Média Complexidade estão incluídos no elenco de responsabilidade da macrorregião. Tais distribuições estão sempre relacionadas aos critérios de escala, de distribuição e viabilidade de fixação de recursos humanos super especializados.

Os elencos se acumulam assim, num pólo e/ou num Hospital Geral de Função Macro casos em que se observam as ofertas de todos os elencos.

O projeto de regionalização e descentralização dos serviços de saúde de Minas Gerais tem como um dos componentes de âmbito estadual, o PDR/MG. Contudo, este não é o único. O Plano Diretor de Regionalização delimita como referência espaços para organização das redes de atenção. A gerência dos sistemas logísticos e a governabilidade das redes estão fundamentadas em outro componente – os colegiados, ou seja, as CIB's Micro e Macrorregionais. A coordenação destas é de competência das Gerências Regionais de Saúde (GRS's). Estas gerências acompanham os processos de contratualização e avaliação do PRO-HOSP.

O colegiado é, portanto, formado pelos gestores de saúde dos municípios e por representantes do gestor estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, deliberativas até o limite dos recursos alocados no território sanitário, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Os territórios das GRS são predominantemente de desconcentração da Secretaria de Estado da Saúde, e se definem a partir de uma lógica política. Os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde, em suas demandas pelos serviços de saúde. Assim, os territórios sanitários são, ao mesmo tempo, espaços de responsabilização da rede de atenção à saúde por sua população e de localização ótima de diferentes serviços de saúde, e de gerência dos sistemas logísticos, o que é de competência dos responsáveis pelas GRS's, em co-gestão com os gestores dos municípios que integram o micro ou a macrorregião.

Na definição dos hospitais participantes do PRO-HOSP, além de observar a categoria do hospital é importante analisar a relação entre escala e acesso. Segundo Mendes (2009), as redes de atenção à saúde têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der, como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica, o conflito entre escala e

acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações sub-ótimas; assim, também, certos serviços operarão em “deseconomias” de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Assim sendo, alguns hospitais definidos como participantes do PRO-HOSP não atendem ao critério de escala, mas são escolhidos segundo o critério do acesso.

2.4.1. O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS

Em 2002, Minas Gerais enfrentava duas situações difíceis, porém desafiadoras. A primeira situação era um gravíssimo déficit fiscal e uma máquina administrativa apática e descrente do modelo de gestão até então adotado, e a segunda era, conseqüentemente, o desnorreamento de suas ações na condução das políticas públicas (VILHENA *et al.*, 2006).

Era o ano de eleições majoritárias, e o então candidato ao Governo do Estado Aécio Neves apresentava o seu Plano de Governo 2003/2006 – Prosperidade: A Face Humana do Desenvolvimento, para os mineiros. Este Plano apresentava o Choque de Gestão pela primeira vez. Construído por uma equipe de técnicos, de diversas áreas, altamente capacitados e com exímia visão pública e, sob a coordenação de colaboradores mais próximos dele, tinha como propósitos provocar efeitos imediatos, romper com paradigmas, alcançar resultados e introduzir uma política de qualidade na administração pública em benefício da população (NAVES, *et al* 2008).

Segundo Anastasia (2002), um novo modelo de administração pública, viabilizado pelas leis delegadas⁷, reduziria o custo da máquina administrativa por meio de cortes na sua própria estrutura, além de um controle eficaz das ações e dos gastos efetuados pelos agentes públicos. Desta forma, compreendia-se que o poder público administrativo deveria essencialmente realizar as ações finalísticas do estado com esmero e reduzir a suas ações nas áreas-meio, também denominadas de suporte. Enfim, destacava-se que a estrutura do setor público deveria estar voltada para a sociedade e não para a organização burocrática.

⁷ Instrumento aprovado pelo Poder Legislativo que delega competência ao Governador para elaborar leis que possam alterar a estrutura administrativa direta e indireta.

A abordagem deste planejamento considera que as estratégias de curto, médio e longo prazo devem ser coerentes entre si e devem caminhar simultaneamente. Segundo Guimarães (2006), o Estado formulou sua estratégia de planejamento baseada em dois pilares: o forte ajuste fiscal com foco no presente (hoje para hoje) e uma agenda de desenvolvimento com foco no futuro (hoje para amanhã), de forma a indicar para a sociedade que as medidas tomadas no presente não seriam em vão.

Baseado no Plano de Governo e nos cenários prováveis de futuro dependentes da evolução do Produto Interno Bruto (PIB) e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) percebeu-se que a melhor posição que Minas alcançaria, em termos de IDH, seria o segundo lugar, atrás somente do Distrito Federal.

Este estudo uma vez apresentado ao governador, foi contundente para sua tomada de decisão – “Tornar Minas o melhor estado para se viver”. Esta visão estratégica de futuro foi validada pelas principais instâncias de poder e pela sociedade, e passou a nortear as principais ações de governo.

Por conseguinte, após o alinhamento de todo este processo, o Governo adotou três ações estratégicas para alcançar esta visão: reorganizar e modernizar a administração pública, também chamada Choque de Gestão; promover o desenvolvimento econômico e social em bases sustentáveis; e recuperar o vigor político de Minas Gerais. Em seguida, foram expressos 10 objetivos prioritários que demandariam outras 31 ações estratégicas, ou seja, 31 Projetos Estruturadores (MINAS GERAIS, 2003).

Os Projetos Estruturadores são os Programas Estratégicos de cada área de resultados, com prioridade de execução e garantia de aporte dos recursos previstos, com gerenciamento unificado e articulação das ações. São eles que compõem o eixo fundamental de atuação do governo.

Além dos Projetos Estruturadores foram definidos Projetos associados e Projetos Especiais. Os Programas Associados são aqueles que, em associação com os Programas Estruturadores, colaboram sinergicamente para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do plano. Os Programas Especiais não apresentam identificação evidente no Mapa Estratégico

das Áreas de Resultados, mas são importantes por contemplarem ações setoriais complementares às ações dos Projetos Estruturadores e dos Programas Associados.

É importante destacar que o Choque de Gestão atende a duas perspectivas. A primeira de aplicação das ações a nível macro governamental, a nível institucional e a nível grupal ou individual. A segunda perspectiva atende as premissas de uma gestão de qualidade, chamada de agregação de valor público, com o foco em recursos, processos e resultados. Da mesma forma, a aplicação dessas políticas de gestão foi planejada em dois momentos: O primeiro refere-se ao momento inicial do Governo Aécio Neves, no qual ações imediatas eram imprescindíveis, conhecida como Choque de 1ª Geração, com orientação para um ajuste fiscal ortodoxo. O segundo se reporta a uma reorganização e inovação administrativa estadual, o Choque de 2ª Geração, com uma orientação da nova administração para o desenvolvimento.

A expressão Choque de Gestão – que é hoje uma marca registrada do governo de Minas Gerais – traduz o início de um plano de desenvolvimento para o Estado e de superação da crise de gestão do Governo Estadual, se destina a consolidar em Minas Gerais uma cultura de Estado para Resultados; ou seja: um Estado capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo a plena conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados. O Choque de Gestão traduz o início de uma modernização da gestão pública estadual. As medidas de rápido impacto utilizado para modificar, de vez, o padrão de comportamento da administração estadual, imprimindo-lhe um ritmo consentâneo com a contemporaneidade própria de uma gestão eficiente, efetiva e eficaz (SILVA, 2009). Certamente, foi plenamente aplicado na Secretaria de Estado da Saúde, como evidenciado pelas significativas mudanças em estruturas, processos e resultados do SUS em nosso Estado.

Para a execução das estratégias propostas no Choque de Gestão, as ações de planejamento estratégico traçadas no PMDI estão dispostas sequencialmente, por cada Área de Resultado, um conjunto de objetivos estratégicos, representadas no Mapa Estratégico (Figura 2). Para cada objetivo estratégico existe uma série de resultados finalísticos mensurados por indicadores. Para cada indicador é estabelecida uma meta. E por fim, para atingir metas é estabelecida uma carteira de Projetos Estruturadores (MINAS GERAIS, 2007).

Figura 2: PMDI 2007 – 2023



Fonte: PMDI 2007 – 2023

As ações de saúde focam-se na Área de Resultados – Vida Saudável que tem destaque nas estratégias setoriais: Equidade e Bem-Estar; Perspectiva Integrada do Capital Humano e Estado para Resultados. Os objetivos estratégicos da Área de Resultado – Vida Saudável são: Universalizar o acesso à atenção primária e reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde; reduzir a mortalidade materno infantil; ampliar a longevidade da população com doenças do aparelho circulatório e diabetes; aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde; promover hábitos de vida saudável e ampliar o acesso ao saneamento básico (MINAS GERAIS, 2007).

A Área de Resultado – Vida Saudável contém três Projetos Estruturadores descritos a seguir:

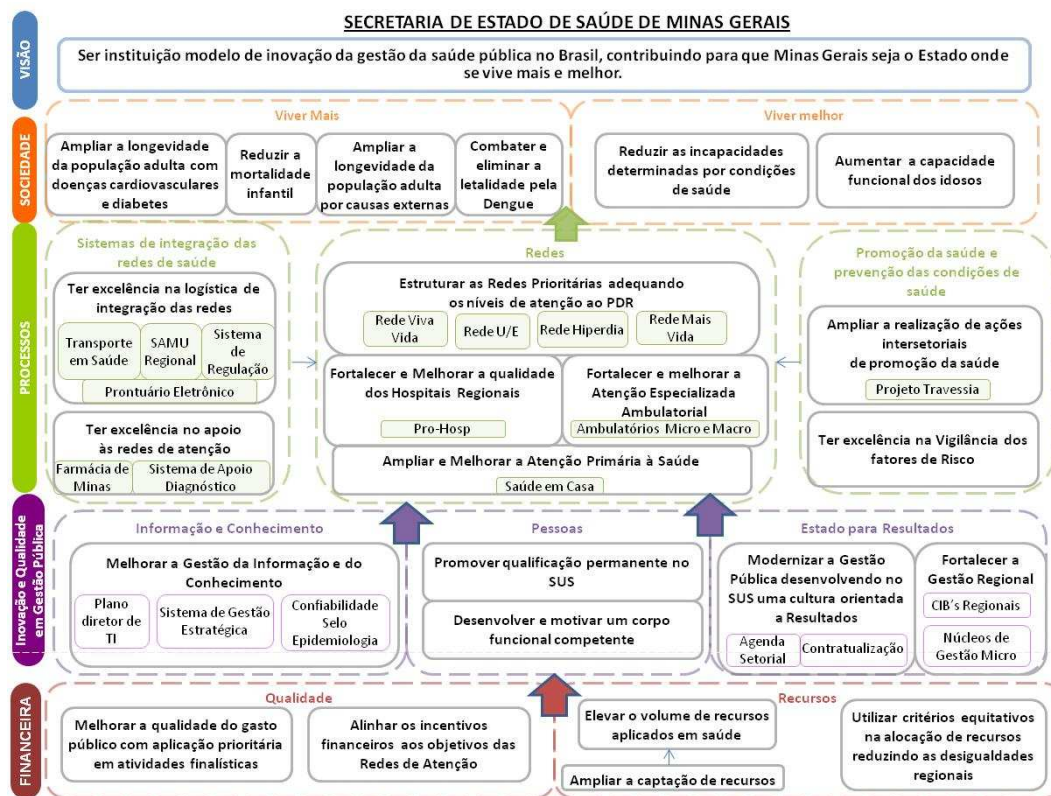
- Viva Vida – programa que contempla o projeto de implantação da Rede e sua manutenção, visando à redução da mortalidade infantil e materna.
- Saúde em Casa – programa de fortalecimento da atenção primária à saúde.
- Regionalização da Atenção à Saúde: programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos os seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio. As principais iniciativas relacionadas a esse projeto são as seguintes:

- ⇒ Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – PRO-HOSP – programa de revitalização do parque hospitalar do estado, estimulando os hospitais socialmente necessários a desenvolverem uma política de qualidade.
- ⇒ Rede de Atenção às Urgências e às Emergências – programa de implantação e manutenção da Rede no Estado visando o aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência.
- ⇒ Rede Mais Vida – programa de implantação e manutenção da Rede Mais Vida no Estado, visando proporcionar a garantia da qualidade de vida à população idosa.
- ⇒ Rede Hiperdia – programa de implantação e manutenção da Rede no Estado, visando garantir a atenção às pessoas portadoras de doenças cardiovasculares e diabetes.
- ⇒ Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde – programa de acesso regulado à atenção à saúde.
- ⇒ Transporte em Saúde – programa de organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, que busca otimizar a comunicação entre os diversos pontos da Rede, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde.

Para que os objetivos estratégicos da SES/MG fossem atingidos foi elaborado o Mapa Estratégico como representação visual do planejamento estratégico dessa instituição (Figura 3). Esse processo de elaboração foi realizado considerando-se o alinhamento entre os instrumentos de gestão do Estado e a metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC). (SCHNEIDER, 2009).

Observa-se que a visão traçada para a SES/MG é “ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor”. Foram definidas quatro perspectivas: Sociedade, Processos, Inovação/Qualidade em Gestão Pública e Financeira. O PRO-HOSP aparece como objetivo estratégico da perspectiva processos, buscando o fortalecimento e a melhoria da qualidade dos hospitais regionais.

Figura 3: Mapa Estratégico SES/MG



Fonte: AGE/SES/MG, 2008

2.4.2. O MODELO DE ATENÇÃO: A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO

Segundo Mendes (2009), o problema central dos sistemas de atenção à saúde, em todo mundo, está na incongruência entre uma situação de saúde de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos ou de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento, e uma resposta social inscrita num sistema fragmentado de atenção à saúde, voltado para as condições agudas e para os eventos agudos das condições crônicas. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentada e voltada, prioritariamente, para o enfrentamento das condições

agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde, uma nova forma de organizar o sistema público de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2009).

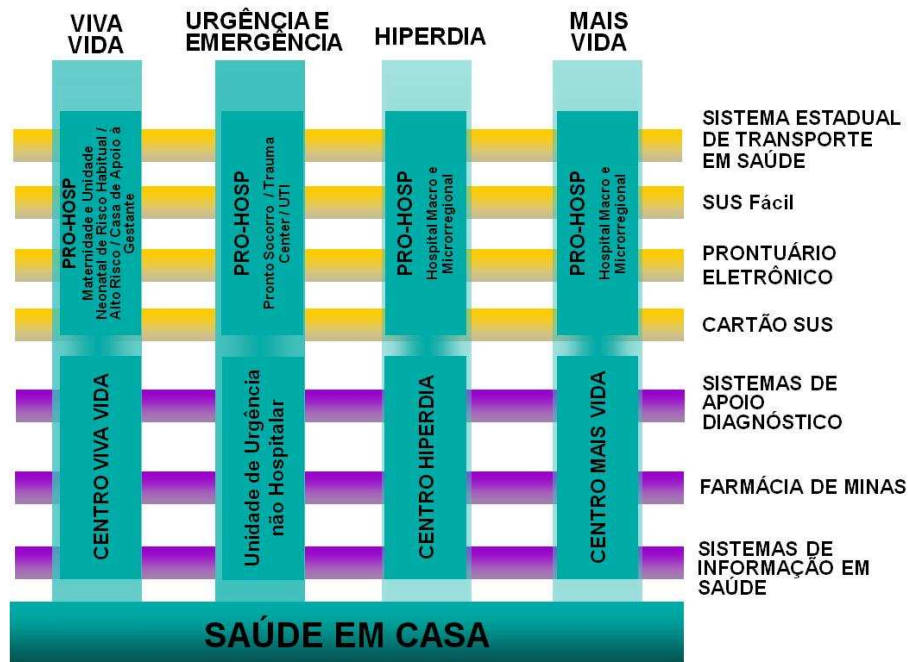
A SES/MG tem como missão “formular, fomentar e regular as políticas de saúde, de acordo com necessidades da população, assegurando os princípios do SUS”. A estratégia fundamental de mudança proposta pelo governo do Estado para o SUS em Minas Gerais está na implantação de sistemas integrados, com a formação de redes de atenção a saúde capazes de responder as condições agudas e crônicas existentes no Estado.

As redes de atenção a saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária a saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

As redes prioritárias de atenção à saúde do Estado de Minas foram definidas com base nas situações-problema identificadas na análise das condições do sistema de saúde. Assim, a forte presença de causas evitáveis de mortalidade infantil gerou a Rede Viva Vida; a elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes gerou a Rede Hiperdia; a elevada morbimortalidade por causas externas e por agudizações de doenças crônicas gerou a Rede de Atenção as Urgências e Emergências; e a transição demográfica acelerada e a elevada incapacidade funcional das pessoas idosas geraram a Rede Mais Vida (SILVA, 2009), como apresentado na Figura 4.

A organização das redes de atenção à saúde, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; os processos de substituição; os territórios sanitários; e os níveis de atenção. (MENDES, 2009).

Figura 4: Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais



Fonte: SAS/SUBPAS/SES/MG, 2008

Ainda segundo Mendes, os hospitais, como integrantes de uma rede de atenção à saúde, desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. A razão é clara: as redes de atenção à saúde caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados. Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital, nas redes de atenção à saúde, deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio.

2.4.3. O PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS DO SUS/MG – PRO-HOSP

Em 2003 havia uma grave crise na atenção hospitalar pública no estado de Minas Gerais que foi consignada como: “Minas tem muitos hospitais e pouca atenção hospitalar eficiente e de qualidade”. Havia no estado 593 hospitais contratados com o SUS, um total de 35.922 leitos. Isso representava uma relação de 2,35 leitos SUS por mil habitantes, uma relação média confortável. Contudo, constatou-se que apenas 17% dos hospitais tinham mais de 100 leitos;

esses hospitais produziam 39% das internações; e 33% hospitais tinham menos de 30 leitos. A taxa média de ocupação dos hospitais do SUS situava-se num valor médio de 38%, mas era inferior a 30% nos hospitais de menos de 30 leitos. A eficiência total média dos hospitais do SUS, medida pela DEA (análise de envoltório de dados) era de 0,30 nos hospitais de menos de 25 leitos, de 0,60 nos hospitais de 100 a 250 leitos, e de 0,70 nos hospitais de mais de 250 leitos e o que explicava esses diferenciais era a eficiência de escala. Cerca de 48,2% das internações dos hospitais de menos de 30 leitos eram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significava internações evitáveis ou desnecessárias; essas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial consumiam mais de 125 milhões de reais por ano e se deviam, em maior parte, à Lei de Roemer de indução da demanda pela oferta. Havia uma grande concentração de leitos resolutivos nas cidades médias e enormes vazios assistenciais nas cidades-polo de microrregiões e macrorregiões. Dados do BNDES mostravam que os hospitais dispunham de baixíssima capacidade gerencial. Em geral, não havia programas de qualidade utilizados, rotineiramente, nos hospitais (LIMA *et al.*, 2009).

Esse quadro hospitalar no estado não estava bem diagnosticado. A crise era respondida por medidas tópicas destinadas a apoiar alguns poucos hospitais de maior prestígio político, por meio de convênios realizados em meio a grandes problemas de atenção hospitalar de repercussão na mídia, especialmente na capital do Estado. O diagnóstico realizado permitiu verificar que não havia um excesso de hospitais; que a relação média leito por habitante era adequada, mas que faltavam leitos com capacidade resolutiva, situados estrategicamente nas cidades-polo micro e macrorregionais; que o sistema operava com uma enorme ineficiência sistêmica, decorrente da presença relativa de hospitais de baixa escala; que as taxas de ocupação eram muito baixas; que havia diferenças regionais nos percentuais de internação que variavam de 6 a 8% da população por ano; que havia concentração da oferta com vazios assistenciais nas microrregiões e macrorregiões do estado, o que implicava custos sociais e econômicos para as pessoas e suas famílias na demanda hospitalar; que desperdiçavam-se grande quantidade de recurso com internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; que o sistema operava com baixa capacidade gerencial; que a baixa escala dos hospitais levava a baixa qualidade dos serviços prestados; e que não havia, em geral, programas melhoria da qualidade hospitalar. (MENDES, 2009)

O diagnóstico levou à formatação, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, o PRO-HOSP.

O programa se propõe a garantir à população mineira atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade, visando, essencialmente, contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar SUS no Estado, capaz de operar com eficiência. O PRO-HOSP foi estabelecido como uma política universal, operada republicanamente, com critérios transparentes e acessíveis a todos os hospitais enquadrados nas normativas. A alocação de recursos aos hospitais deve ser entendida como um incentivo para mobilizar os arranjos organizacionais e as práticas de gestão interna no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços. Para isso foram introduzidos mecanismos de responsabilização, com a celebração de Termos de Compromisso de Gestão, firmados entre a SES/MG, os hospitais participantes do Programa e os gestores locais, favorecendo, assim, a regionalização da atenção a saúde.

A missão do programa é contribuir com o desenvolvimento do parque hospitalar socialmente necessário e integrado às redes de saúde prioritárias do PMDI, visando assegurar uma assistência hospitalar eficiente, efetiva e de qualidade, o mais próximo possível da população.

O Programa tem como alvo os hospitais públicos e filantrópicos do estado que, sob o ponto de vista do PDR/MG, desempenhem as funções de hospitais-pólo microrregionais ou macrorregionais, atendendo predominantemente à população usuária do SUS. O Programa deve facilitar a articulação das ações do nível terciário das redes prioritárias com as ações de atenção primária e secundária, de forma integrada. O PRO-HOSP é o programa que tem como propósito geral, preparar um conjunto de hospitais socialmente necessários para dar conta de cumprir suas funções nessas quatro redes prioritárias. Isso significa que o seu foco está em hospitais-pólo microrregionais, destinados à atenção secundária (média complexidade) e em hospitais-pólo macrorregionais, destinados à atenção terciária (alta complexidade), em relação às quatro redes de atenção à saúde (MENDES, 2009).

Os objetivos do PRO-HOSP são: fortalecer uma rede hospitalar pública socialmente necessária; aumentar a eficiência da atenção hospitalar; adensar tecnologicamente a atenção hospitalar; superar os vazios assistenciais hospitalares; atender às pessoas em suas regiões de

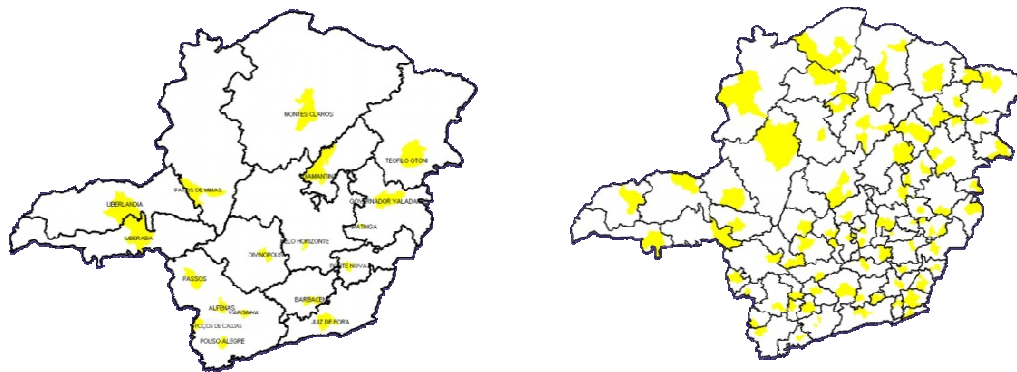
origem; desenvolver a capacidade gerencial dos hospitais; diminuir as diferenças regionais da oferta por meio de financiamento.

Aderente aos princípios do Choque de Gestão, a estrutura lógica do Programa tem como base a contratualização de metas, a disponibilização de técnicas inovadoras de gestão, por meio da capacitação dos gestores, e a aplicação de mecanismos de financiamento vinculados ao desempenho, combinados com o gerenciamento e com o monitoramento da melhoria da qualidade. Dessa forma, as unidades hospitalares participantes do Programa deverão prestar serviços de qualidade e que atendam às necessidades da população, constituindo-se em uma rede de atenção integral à saúde capaz de preencher os “vazios assistenciais⁸” no estado e integrar às redes prioritárias.

A operacionalização desses objetivos materializa-se em diferentes estratégias: a estratégia assistencial, para superação dos vazios assistenciais relativos às redes de atenção à saúde prioritárias; a estratégia gerencial expressa na contratação de melhorias gerenciais; a estratégia clínica, a introdução da gestão da clínica nos hospitais; a estratégia econômica, o repasse de recursos financeiros aos hospitais; a estratégia redistributiva, os recursos financeiros obedecem a um valor *per capita* diretamente proporcional às necessidades de saúde regionais, de forma a discriminar positivamente as regiões mais pobres; a estratégia educacional, a oferta de curso de especialização em gestão hospitalar a diretores e funcionários de todos os hospitais; a estratégia da cooperação técnica, a mobilização de consultores e tutores, de forma horizontal e vertical; a estratégia da qualidade, a implantação gradativa da acreditação hospitalar, iniciando-se com uma meta de se atingir o nível de acreditação 1 e a instituição de um prêmio de qualidade. (MENDES, 2009).

⁸ Por vazios assistenciais entende-se a falta de cobertura de serviços ou procedimentos de média complexidade nos municípios-pólo microrregional, ou de serviços ou procedimentos de alta complexidade nos municípios-pólo macrorregional, de acordo com o que seria esperado em cada um desses níveis de complexidade, conforme tipologia assistencial pré-estabelecida (BARBOSA e LIMA, *apud* OLIVEIRA, 2006. p.50).

Figura 5 – Distribuição dos hospitais do PRO-HOSP segundo PDR



Fonte: PRO-HOSP/SAS/SUBPAS/SES/MG (2008).

O PRO-HOSP atingiu, em 2008, 127 hospitais, 36 hospitais macrorregionais e 91 hospitais microrregionais, abrangendo todas as 13 macrorregiões sanitárias e todas as 75 microrregiões sanitárias do estado (Figura 5). Os recursos aplicados no período de 2003 a 2009 foram de 447.212.538,51 (quatrocentos e quarenta e sete milhões, duzentos e doze mil, quinhentos e trinta e oito reais e cinquenta e um centavo), esses recursos chegarão a 620 milhões de reais até 2010. O repasse dos recursos obedece ao fator de alocação utilizado pelo Estado, baseado em critérios populacionais, com repasse de R\$ 4,10 per capita/ano, para os hospitais pertencentes às macrorregiões Norte, Nordeste, Leste (no polo de Governador Valadares) e Jequitinhonha, considerada as mais debilitadas do Estado e R\$ 3,00 per capita/ano, para os hospitais pertencentes às demais macrorregiões. Os recursos são 40% para investimentos, 50% para custeio e 10% para melhoria da capacidade gerencial.

As informações relativas aos investimentos realizados em cada ano, bem como o número de hospitais beneficiários por módulo do Programa, estão apresentadas na Tabela 4. Tanto no módulo macrorregional quanto no módulo microrregional observa-se uma expansão do número de hospitais beneficiados (Gráfico 3). As duas primeiras competências do módulo microrregional beneficiaram hospitais das microrregiões Norte, Jequitinhonha, Mucuri e Vale do Rio Doce. A partir de 2005, integraram o Programa hospitais de todas as microrregiões.

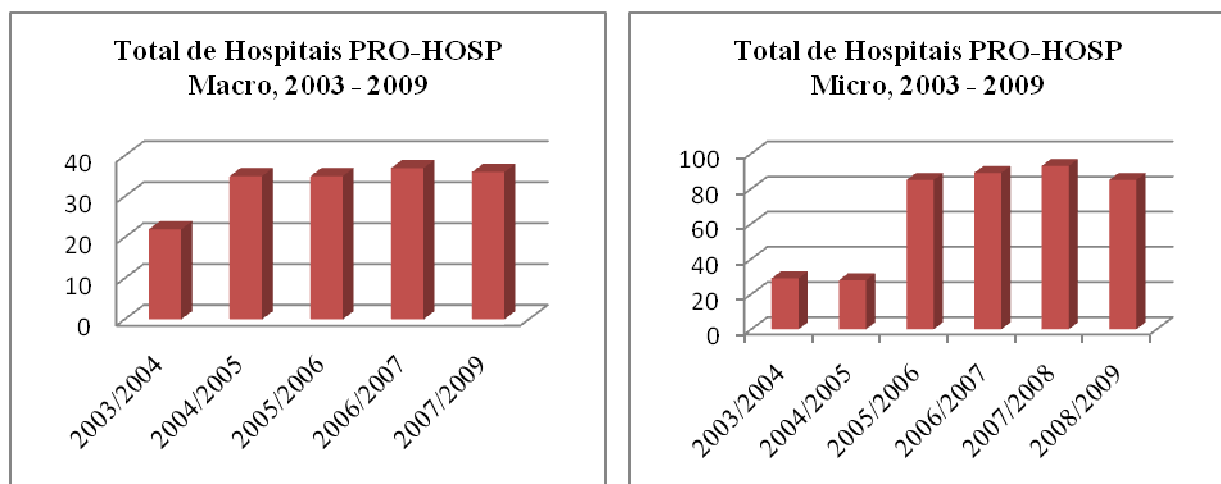
Tabela 4 – Avaliação dos hospitais no PRO-HOSP (nº e total de recursos)

Módulo	Ano	Nº Município	Nº Hospitais	Total de Recursos (R\$)
Macrorregional	2003/2004	11	22	17.036.355,64
	2004/2005	18	35	43.766.416,45
	2005/2006	18	35	60.074.285,82
	2006/2007	18	37	60.683.589,43
	2007/2009	19	36	93.305.563,88
Total Repasse Macro				274.866.211,22
Microrregional	2003/2004	24	29	11.999.978,91
	2004/2005	28	28	11.893.260,96
	2005/2006	85	85	28.091.241,31
	2006/2007	85	89	43.976.606,20
	2007/2008	90	93	37.778.163,50
	2008/2009	83	85	38.607.076,41
Total Repasse Micro				172.346.327,29
Total Repasse Geral				447.212.538,51

Fonte – Relatório de Auditoria nº 1320.0265.09 - AUGÉ 2009

Viabilizando a estratégia educacional, como forma de desenvolvimento de recursos humanos para o processo de mudança cultural necessária a implementação de práticas de gestão, foram capacitados, com especialistas em gestão hospitalar, 301 profissionais dos hospitais participantes do programa. Como trabalho de conclusão de curso esses profissionais elaboraram, com a participação do Grupo Gestor de cada hospital, o Plano Diretor desta organização.

Gráfico 3 – Total de Hospitais PRO-HOSP por competência, 2003 – 2007



Fonte – PRO-HOSP/SAS/SUBPAS/SES, 2010

A implantação do PRO-HOSP apresenta-se como a principal ação do PDR e da construção das redes de atenção, posto que contempla, preferencialmente, os hospitais de referência dos municípios pólos macro e microrregionais e implementa as ações de qualificação hospitalar e garantia de oferta regionalizada dos serviços secundários e terciários. É um programa inovador que modifica a lógica da relação entre estado e seus prestadores através de celebração de contratos. Estes contratos vinculam o repasse de recursos financeiros ao cumprimento de metas pré-estabelecidas e formalizadas em consonância às políticas da SES/MG (NAVES, 2008).

2.4.4. O PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE

O Plano de Gestão da Qualidade em Saúde surgiu como uma proposta de se avaliar, a partir dos critérios da ONA e ANVISA, o grau de incorporação das práticas de gestão da segurança, gestão por processos e gestão por resultados do conjunto dos hospitais. O Programa surgiu, enfim, de uma efetiva necessidade de medir os primeiros impactos do PRO-HOSP nessas instituições, no que diz respeito à gestão da qualidade (OLIVEIRA, 2009).

A SES/MG escolheu como parâmetro o processo de Acreditação segundo critérios da ONA, por ser um método específico para avaliação dos serviços de saúde e por ter sido desenvolvido considerando a realidade brasileira.

O início do processo ocorreu com a criação, no âmbito da SES/MG, do chamado Núcleo de Gestão da Qualidade, que teria como objetivos desenvolver e acompanhar os processos de avaliação e de premiação dos hospitais do PRO-HOSP em gestão da qualidade. (OLIVEIRA *et al*, 2009). Posteriormente, é substituído pela Assessoria da Melhoria da Qualidade (AMQ), diretriz dada pelo Gabinete da SES/MG de manter a sua operacionalização, saindo, em 2009, de dentro da estrutura (do ponto de vista funcional-legal) da Coordenação do PRO-HOSP, ligada diretamente a Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (CAMPOS *et al*, 2009).

O Plano de Gestão da Qualidade em Saúde foi formatado tomando como base três macroações: o desenvolvimento de recursos humanos, o reconhecimento dos esforços e do desempenho, com a criação do Prêmio de Qualidade, e a realização de diagnósticos organizacionais nos hospitais por instituição acreditadora (LIMA *et al.*, 2009).

A capacitação dos diversos agentes realizada pela AMQ acaba sendo uma forma indireta de monitoramento das ações de qualidade, uma vez que o desenvolvimento de habilidades e a apropriação de conhecimento são o ponto de partida para que esses agentes (tanto dos hospitais, quanto da SES/MG) atuem no acompanhamento das ações de melhoria dos problemas detectados nas diversas frentes (CAMPOS *et al.*, 2009).

O Prêmio de Qualidade, denominado Prêmio Célio de Castro, avalia os requisitos de segurança, processos e resultados, coincidindo com a proposta da ONA (OLIVEIRA, 2009). Optou-se pela avaliação baseada nos padrões do Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de serviços hospitalares (MBA-OPSH), uma vez que esse foi concebido considerando-se as particularidades da realidade brasileira, tornando-o a melhor referência que responde à proposta do Prêmio Célio de Castro.

Para o processo de avaliação dos hospitais é realizada a aplicação do chamado “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais PRO-HOSP / Política de Acreditação – ONA”. Esse roteiro contém itens de avaliação dos requisitos de qualidade dos hospitais PRO-HOSP e está dividido em 4 módulos (dados gerais; organização e atenção ao paciente; apoio técnico e administrativo e apoio diagnóstico e terapia) e três níveis de complexidade (estrutura, processos e resultados).

O Instrumento é aplicado pelas GRS (um representante da Coordenadoria de Atenção à Saúde – CAS – e outro da Coordenaria de Vigilância Sanitária – VISA), em conjunto com os hospitais. O objetivo desta avaliação é selecionar os hospitais com o maior atendimento aos requisitos de qualidade para receberem da SES o Diagnóstico Organizacional - ONA, realizado por instituição acreditadora e participarem do Prêmio Célio de Castro (OLIVEIRA *et al.*, 2009, LIMA *et al.*, 2009).

A etapa seguinte do Prêmio Célio de Castro consiste de visita presencial aos hospitais selecionados e que aderiram ao processo voluntário de participação no mesmo. Nessa etapa, são avaliadas as práticas relacionadas à segurança, seguidas das práticas de gestão por processos e de gestão por resultados. Convoca-se, então, a Comissão Julgadora, composta por profissionais de saúde com experiência reconhecida em saúde, em gestão da qualidade ou em gestão hospitalar, a qual tem por finalidade validar o resultado final (OLIVEIRA *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2009).

A avaliação dos requisitos de segurança, processos e resultados coincide com a proposta da ONA (OLIVEIRA *et al*, 2009). Segundo Campos (2008), o MBA-OPSH, instrumento que orienta a avaliação ONA das instituições hospitalares, considera esses três níveis crescentes de complexidade, e para obter o reconhecimento externo e formal da qualidade da assistência que presta aos clientes, a organização deve atender plenamente aos padrões de cada nível. Além disso, a sua forma de avaliação demonstra-se adequada, visto que o MBA-OPSH foi concebido considerando-se as particularidades da realidade brasileira – o que torna essa referência a que melhor responde à proposta do Prêmio Célio de Castro. Essa forma de avaliação é coerente, também, com os conceitos desenvolvidos por Donabedian (1990), o qual definiu como as três dimensões para a avaliação das organizações em relação à gestão da qualidade a estrutura, os processos e os resultados.

A viabilização de diagnósticos organizacionais para os hospitais PRO-HOSP, outra macroação do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde, pauta-se no critério de que o diagnóstico ONA é o instrumento mais eficaz na orientação das ações do hospital que o adequarão à lógica da gestão da qualidade. Ele direciona as ações do hospital a fim de que responda aos requisitos de segurança, processo e resultado, favorecendo o percurso rumo à acreditação (LIMA *et al*, 2009).

Os diagnósticos fazem parte de um conjunto de compromissos assumidos pelo governo estadual com o Banco Mundial, cuja contrapartida do estado é o alcance de resultados, expressos pela consecução das metas pactuadas com aquele órgão. Esse modelo rompe com a lógica do mero financiamento de fomento para outra, com orientação clara para resultados, imprimindo, na prática da política de saúde em Minas Gerais, o modelo da chamada “nova gestão pública” (LIMA *et al*, 2009).

A premiação, por sua vez, funciona como estímulo à manutenção de boas práticas de gestão nos hospitais – visto que atua como um incentivo positivo – e permite identificar os serviços que apresentam as melhores práticas de gestão e assistência de qualidade. A premiação gera reconhecimento público, agregando valor à imagem dos estabelecimentos de saúde, promove uma concorrência saudável entre as instituições que passam a ter interesse em desenvolver a qualidade em seus setores e contempla as instituições vencedoras com recurso financeiro para investimento na melhoria da atenção ao usuário, funcionando como um círculo virtuoso de

melhoria contínua (CAMPOS *et al*, 2009). Para que os participantes de um programa de acreditação se sintam estimulados a aderir voluntariamente à idéia, o processo prevê a garantia da confidencialidade dos dados.

Na primeira edição do Prêmio (2008), foram respondidos 120 dos 127 instrumentos encaminhados. Dos hospitais que responderam, 56 manifestaram interesse em concorrer ao Premio, enviando o Termo de Adesão. Foram selecionados 20 hospitais para a 2ª etapa, que consiste em visita de avaliação, com pontuações que variaram de 100% a 46,36% dos pontos possíveis. (LIMA, 2009). Após a visita foram selecionados os 10 primeiros hospitais que receberiam o diagnóstico organizacional por uma IAC's selecionada pela AHMG, pelo convênio anteriormente citado. Na segunda edição do Prêmio em 2009, após avaliação de 127 hospitais, foram selecionados os próximos 35 hospitais do PRO-HOSP a receberem o diagnóstico organizacional segundo o padrão da Acreditação ONA.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Segundo Andrade (2004, p 129), a “Metodologia é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento”.

O presente capítulo tem como objetivo, apresentar a metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho, ou seja, descrição dos métodos, os passos que foram seguidos, as técnicas utilizadas para coleta de dados e a obtenção de informações.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Quanto aos fins, à pesquisa realizada, segundo Silva (2001), é aquela que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais.

É exploratória, pois é realizada numa área onde há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, na avaliação da qualidade dos hospitais públicos e/ou filantrópicos.

É explicativa, pois tem como objetivo tornar algo inteligível, visando esclarecer quais são os fatores que contribuem de alguma forma, para a melhoria da gestão nos hospitais PRO-HOSP.

Quanto aos meios, foi realizada uma pesquisa de campo, que segundo Severino (2007), é aquela onde o objeto é abordado em seu ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim são diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador.

O estudo de campo previsto para este trabalho foi realizado junto aos hospitais participantes do PRO-HOSP, com o objetivo de buscar aprofundamento das questões relativas à Acreditação neste universo.

3.2. DESENHO DA PESQUISA

O trabalho apresenta características de pesquisa descritiva. A amostra definida foi de 45 hospitais, selecionados na 1ª e 2ª edição do Prêmio Célio de Castro. Essa premiação permitiu uma análise inicial dos 127 hospitais do PRO-HOSP e a seleção dos primeiros melhores avaliados para receberem o diagnóstico organizacional pela IAC's contratada pela AHMG.

3.3. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados os resultados dos diagnósticos organizacionais, com a aplicação dos padrões preconizados no MBA (versão 2006) segundo os critérios da ONA, junto a 45 hospitais do PRO-HOSP, realizada pela equipe da IAC's, validada pela ONA.

O instrumento utilizado para o diagnóstico foi o MBA-OPSH, versão 2006 (ONA MBA). O MBA-OPSH define e descreve os padrões de qualidade para os diversos setores ou áreas de um hospital. Os padrões foram elaborados com base na existência de três níveis crescentes de complexidade, contemplando 8 seções e 59 subseções apresentadas no MBA. Para cada uma das subseções é analisado a aplicação como Obrigatória (O) ou Obrigatória Conforme o Perfil (OCP) nas Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Assim, tem-se 31 subseções como obrigatórias (O) e 28 subseções OCP que, portanto dependem das características e do perfil da organização avaliada (Anexo 2).

O MBA utiliza como guia de referência para avaliação padrões e itens de orientação para os Níveis 1, 2 e 3, que são apresentados a seguir:

Nível 1:

Padrão: 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.

Itens de orientação:

- Responsabilidade técnica conforme legislação;
- Corpo funcional habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades dos serviços;
- Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno ou externo);
- Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

Nível 2:

Padrão: 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.

Itens de orientação:

- Identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- Estabelecimento dos procedimentos;
- Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- Definição de indicadores para os processos identificados;
- Medição e avaliação dos resultados de processos;
- Programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

Nível 3:

Padrão: 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 os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. Requisitos do nível aplicado na seção como um todo (no conjunto de setores, unidades ou serviços de cada seção).

Para cada subseção avaliada é aferido um *status*, que pode ser:

- NA: Não Acreditado
- N1: Acreditado Nível 1
- N2: Acreditado Nível 2
- N3: Acreditado Nível 3

Quando os fatos e dados obtidos da avaliação da OPSS que não estão de acordo com os padrões, normas e diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação são caracterizadas Não Conformidades.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DE DADOS

4.1. UNIVERSO E AMOSTRA

Como universo foi definido os 127 hospitais participantes no PRO-HOSP em 2008, apresentados no Anexo 3, de acordo com suas características de referência macro ou microrregional. Entretanto dois hospitais, embora estivessem publicados na Resolução do PRO-HOSP não receberam os incentivos daquela competência.

Como amostra foi delimitada 45 hospitais, representando 36% dos 125 hospitais integrantes do PRO-HOSP (ano 2008) de melhor avaliação pelo Plano da Melhoria de Qualidade da SES/MG.

Os dados foram coletados por meio de:

- Revisão bibliográfica sobre a temática da gestão da qualidade, com foco na gestão da qualidade hospitalar, a fim de que se pudessem analisar os resultados alcançados à luz desse referencial teórico. Utilizaram-se como fontes de pesquisa a literatura clássica sobre o tema (tomando como referência autores de destaque na matéria, como Donabedian e Mendes), bem como artigos científicos e demais trabalhos acadêmicos e técnicos, principalmente aqueles elaborados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).
- Avaliação da pesquisa de campo realizada, por meio de métodos exploratórios de inquérito pessoal que envolveu visita in loco dos hospitais selecionados por uma equipe externa de avaliadores do processo da Acreditação, validados pela ONA.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES ESTUDADAS NA AMOSTRA

Quanto ao porte, dos 45 hospitais avaliados, 56% eram de médio porte, 33% de grande porte, 9% de pequeno porte e 2% considerados especiais (com mais de 500 leitos), como apresentado na Tabela 5. Todos os hospitais de pequeno porte são de referência micro regional (Lagoa Santa, Unaí, João Pinheiro e Monte Azul). Considerando a prevalência do acesso em relação à escala, pode-se afirmar que os hospitais de Unaí, João pinheiro e Monte Azul foram definidos pela dificuldade de acesso nessas regiões. O hospital de Lagoa Santa, apesar de ser de pequeno porte, foi escolhido como opção local a dificuldades na gestão

municipal daquela região e por estar localizado cerca de dez minutos do aeroporto industrial, devendo responder com um aumento do número de leitos à demanda esperada.

Tabela 5: Caracterização das unidades estudadas por Porte

Porte	Numero de leitos	2008	
Pequeno porte	Até 50 leitos	4	9%
Médio porte	Entre 50 a 150 leitos	25	56%
Grande porte	Entre 151 e 500 leitos	15	33%
Especiais	Acima de 500 leitos	1	2%
TOTAL		45	100%

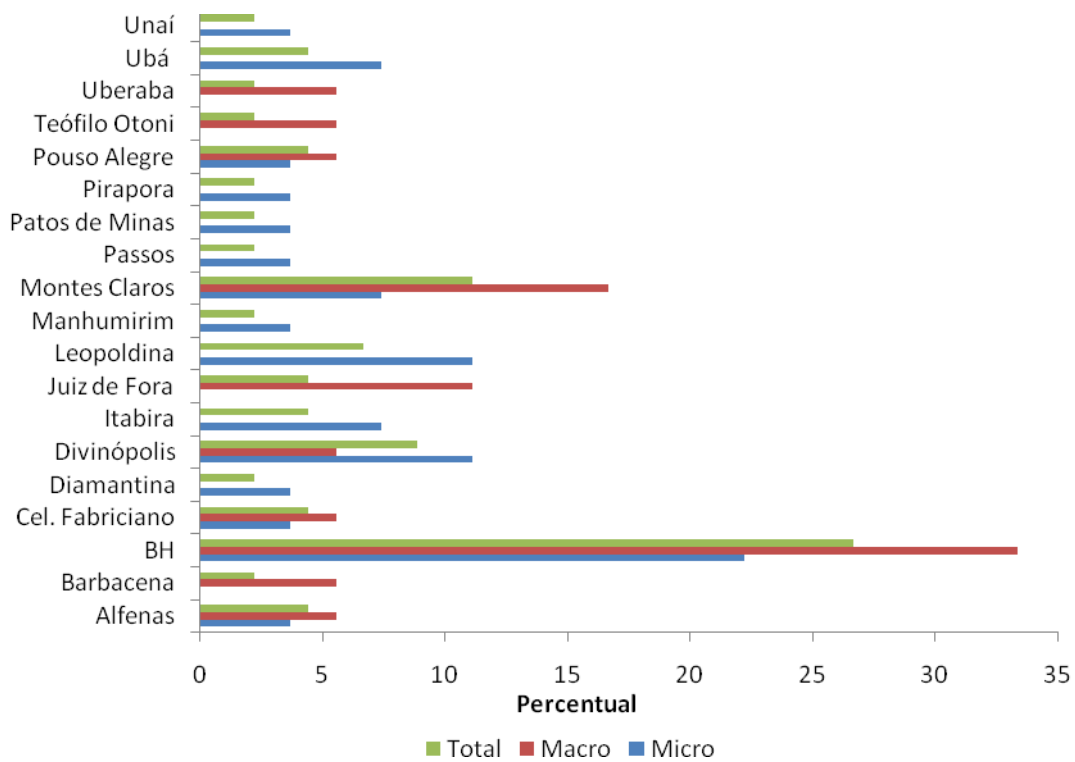
Fonte: Elaborado pela autora

Os 45 hospitais apresentam número mediano de leitos de 139, com valor mínimo de 43 e máximo de 901. Nos hospitais Micro a mediana do número médio de leitos é de 100 e nos hospitais Macro 201. O hospital com menor número de leitos é de referência Micro e o com maior número, Macro. A variabilidade no número de leitos é grande, porém menor que a do número de funcionários. A mediana do número médio de leitos dos hospitais Macro é duas vezes maior que a dos hospitais Micro.

Em relação à referência, 27 (60%) hospitais são Micro e 18 (40%) hospitais Macro, e estão localizados principalmente nas GRS's de BH, Montes Claros e Divinópolis (26,7%, 11,1% e 8,9%, respectivamente). (Gráfico 4).

A maior parte dos hospitais Micro estão localizados nas GRS's de Belo Horizonte, Divinópolis e Leopoldina, com respectivamente, 22,2%, 11,1% e 11,1%. Já os hospitais Macro estão localizados predominantemente nas GRS's de BH (33,3%), Montes Claros (16,7%) e Juiz de Fora (11,1%).

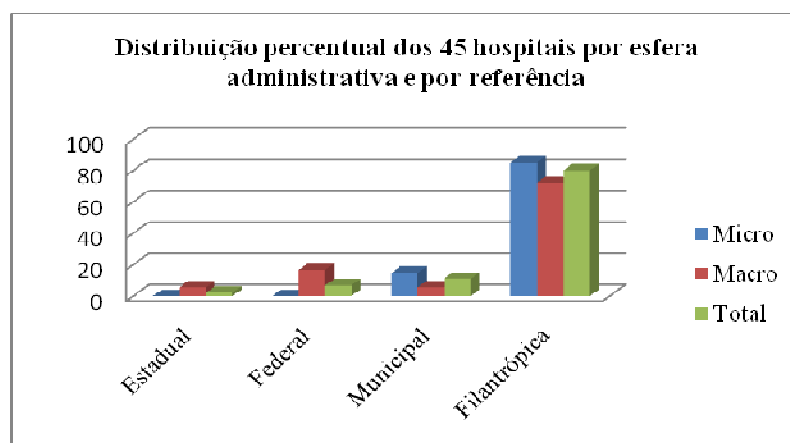
Gráfico 4: Distribuição percentual dos hospitais por GRS e por referência



Fonte: Elaborado pela autora

Com relação à esfera administrativa, 80% (36/45) dos hospitais estudados são privados filantrópicos (85,2% para hospitais Micro e 72,2% para hospitais Macro), como apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Distribuição % dos hospitais por esfera administrativa e por referência.



Fonte: Elaborado pela autora

A mediana do número de funcionários para os hospitais estudados é de 405 sendo o valor mínimo 70 e o máximo 3.697. Para os hospitais Micro, a mediana é 253 e para os hospitais Macro é 760. Observa-se grande variabilidade no número de funcionários, sendo que o hospital com menor número de funcionários (70) é de referência Micro e o com maior número de funcionários (3.697) é de referência Macro. A mediana do número de funcionários dos hospitais Macro é aproximadamente três vezes maior do que o dos hospitais Micro.

A mediana da relação de número de funcionários/leito é de 2,9 (hospitais Macro 3,5 e nos hospitais Micro 2,5), mostrando uma relação baixa quando comparado os indicadores dos hospitais gerais participantes do CQH (1º trimestre 2009), que tem mediana de 5,26.⁹

4.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A base para tratamento e análise dos dados foram os Relatórios de Visitas de Diagnóstico - Metodologia ONA - apresentados pela Instituição Acreditadora responsável pela aplicação do instrumento, como apresentado no Anexo 4. O Relatório contempla informações do ano de 2009 referentes aos cadastros e aos resultados do diagnóstico de avaliação via metodologia ONA dos 45 hospitais PRO-HOSP selecionados.

Foram analisadas as 8 seções com 62 subseções. Como descrito anteriormente, o MBA apresenta 59 subseções, sendo 31 Obrigatórias e 28 Obrigatórias Conforme o Perfil. Entretanto, caso a OPSH possua setores que não estão incluídos no Instrumento de Avaliação, a equipe de avaliadores realizará a visita/avaliação desses setores, levando em consideração os princípios orientadores dos padrões de cada Nível (ONA, 2006).

Assim, cinco novas subseções foram avaliadas, que não estavam incluídas no instrumento de avaliação: Litrotripsia, Internação Domiciliar, Clínica de Olhos, Banco de Leite, e Esterilização por Óxido de Etileno.

A subseção MA3/9 – Neonatologia aparece desmembrada em três subseções: Neonatologia, UTI Neonatal e UTI Pediátrica. A subseção MA3/10 – Tratamento Intensivo é apresentada em outras duas subseções: UTI Adulto e UTI Cardiológica.

⁹ <http://www.cqh.org.br/?q=node/322>, acesso 06/06/2010.

As subseções MA4/1(Processos Pré-Analíticos), MA4/2 (Processos Analíticos), MA4/3 (Processos Pós-Analíticos) e MA5/6 (Processos de Apoio Laboratorial) estão contemplados no item Laboratório Clínico.

Não aparece relacionado no instrumento de avaliação dados referentes à subseção MA6/5: armazenamento e transporte: processo que assegura a manutenção das condições ótimas de estocagem e transporte para preservar o sangue e os hemo-componentes. Como essa subseção se refere a subseções MA 3/12 e MA 3/13, ambas apresentadas 100% como NSA, entende-se que essa subseção também foi analisada como NSA. Entretanto, para fins de estudo, não foi computada a análise desta subseção.

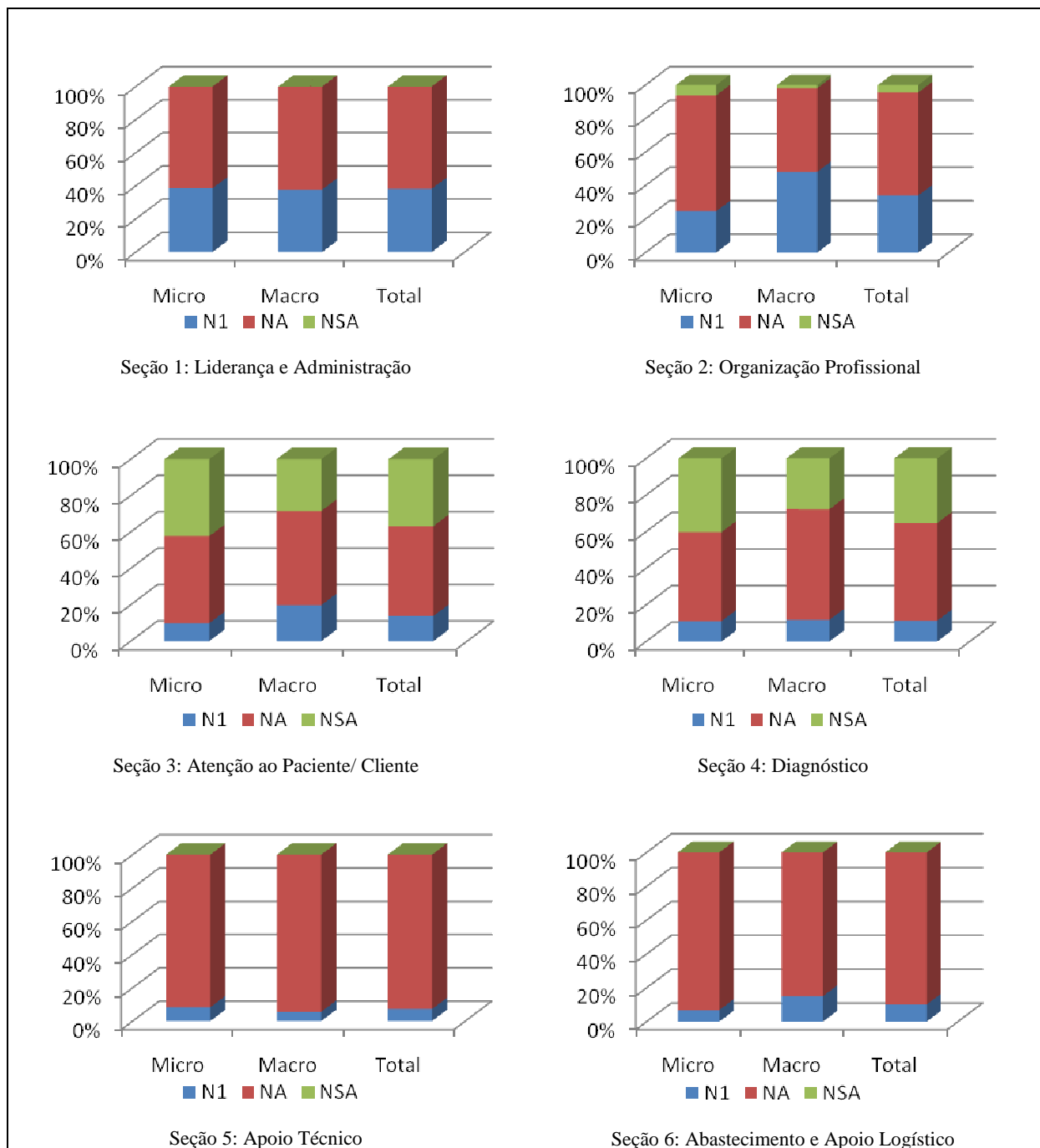
Na avaliação total das 62 subseções nos 45 hospitais (2.790 itens) apresentada pela IAC's responsável pela visita de diagnóstico, foram identificadas falhas (0,3%). Em seis itens da seção 2: Organização Profissional, a análise do MA2/3: Corpo Técnico-profissional, item Obrigatório, foi registrado como NSA. No hospital número 42 não foi descrito a avaliação da subseção MA3/8: Obstetrícia, sendo relatado como NSA, apesar da organização apresentar a subseção e do relatório da visita apresentar a subseção MA3/9: Neonatologia como NA. Parece ter havido esquecimento da equipe responsável pelo relatório na descrição do item.

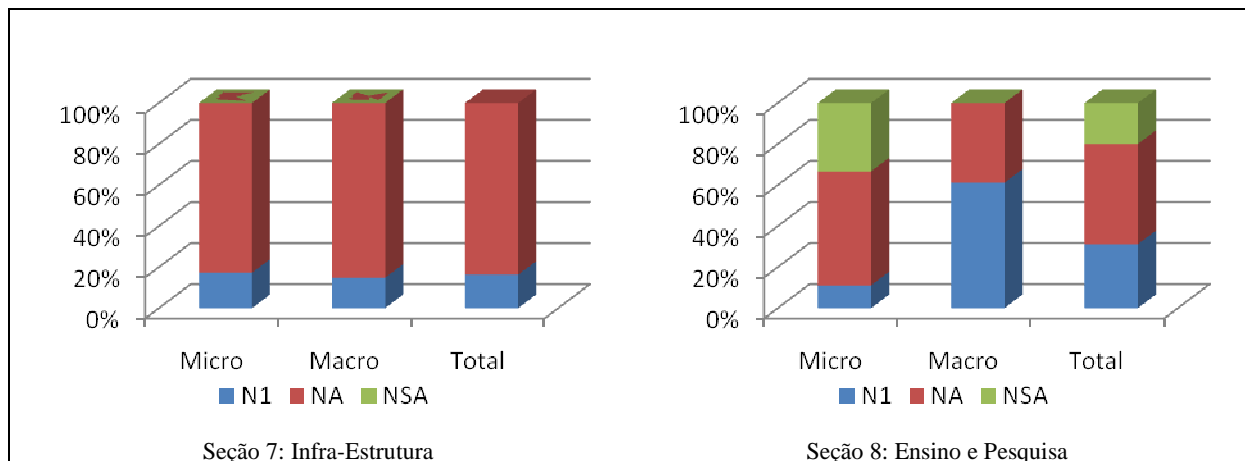
As subseções MA 8/2 Ensino e MA 8/3 Pesquisa foram unidas em uma única subseção – Ensino e Pesquisa.

Os anexos 5 e 6 apresentam as estatísticas descritivas das variáveis de cadastro dos hospitais segundo a referência e a distribuição das classificações segundo seções do Manual ONA e referências dos hospitais, respectivamente.

O Gráfico 6 mostram as distribuições percentuais das classificações nas oito seções do Manual, segundo referência dos hospitais.

Gráfico 6: Distribuição percentual das classificações segundo referências dos hospitais.





Fonte: Elaborado pela autora

Nos 45 hospitais estudados, cada subseção do Manual ONA foi avaliada e classificada como acreditada nível 1 (N1), não acreditada (NA) e não se aplica (NSA). A classificação NSA refere-se a uma subseção que deveria ser avaliada conforme o perfil da organização (OCP) e, portanto, está ausente numa determinada organização. As ausências são consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado, podendo ocorrer, segundo as normas da ONA (2006). Para análise desses dados, uma vez que o PRO-HOSP tem como missão contribuir com o desenvolvimento do parque hospitalar socialmente necessário e integrado às redes de saúde prioritárias do PMDI, foram analisadas de maneira específica a classificação NSA nas subseções Atendimento de Emergência, Obstetrícia, Neonatologia, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Adulto. Essas subseções são consideradas importantes para efetiva inserção desses hospitais às redes.

Através de uma avaliação geral, as seções com maiores percentuais de subseções acreditadas nível 1 (N1) foram as seções 1: Liderança, 2: Organização Profissional e 8: Ensino e Pesquisa, as quais para os hospitais de referência Macro, apresentaram percentuais de 37,8%, 48,1% e 61,1%, respectivamente.

As seções 3: Atenção ao Paciente/ Cliente, 4: Diagnóstico e 8: Ensino e Pesquisa apresentaram grandes percentuais de não se aplica (NSA) para os 3 casos, com exceção da seção 8 para hospitais Macro.

Os maiores percentuais de subseções não acreditadas (NA) são das seções 5: Apoio Técnico, 6: Abastecimento e Apoio Logístico e 7: Infra-Estrutura.

Na seção 1, Liderança e Administração, não houve nenhuma subseção em que não se aplicava a avaliação. Para os 3 casos avaliados (hospitais Micro, Macro e todos os hospitais), os percentuais de subseções acreditadas nível 1 foram, respectivamente, de 38,5%, 37,8% e 38,2%.

Na seção 2, Organização Profissional, apenas na subseção Corpo Técnico-Profissional a avaliação foi NSA em 6 hospitais. Para os 3 casos avaliados (hospitais Micro, Macro e todos os hospitais), os percentuais de subseções acreditadas nível 1 foram, respectivamente, de 24,7%, 48,1% e 34,1%.

Na seção 3, Atenção ao Paciente/Cliente, houve muitas subseções em que não se aplicava a avaliação. Para os 3 casos, os percentuais foram 42,4%, 28,5% e 36,8%, respectivamente. Conseqüentemente, os percentuais de subseções acreditadas nível 1 foram menores.

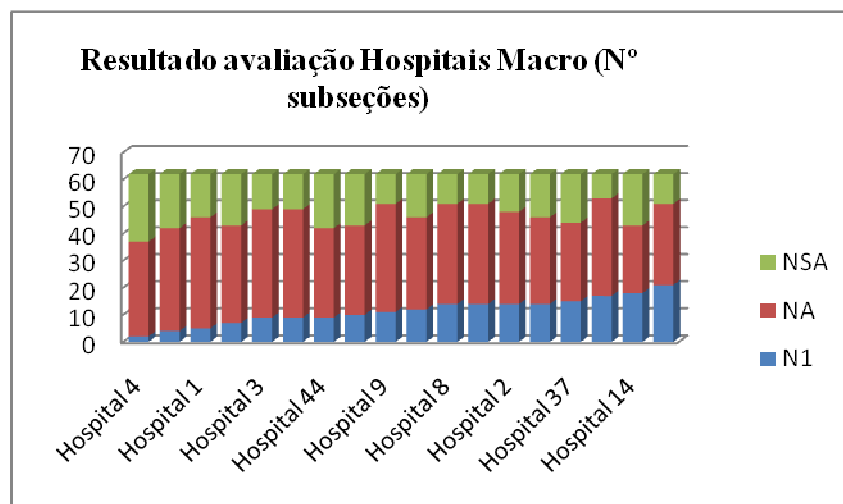
Para a seção 4, Diagnóstico, novamente houve muitas subseções em que não se aplicava a avaliação. Nos 3 casos, os percentuais de subseções acreditadas nível 1 foram aproximadamente 11%.

As seções 5: Apoio Técnico, 6: Abastecimento e Apoio Logístico e 7: Infra-Estrutura, não apresentaram subseções classificadas como NSA, porém tiveram altos percentuais de não acreditadas, superiores a 90% para os 3 casos na seção 5, e superiores a 80% nas seções 6 e 7.

Para seção 8: Ensino e Pesquisa, não houve não se aplica para nenhuma seção nos casos dos hospitais Macro, e houve alto percentual de acreditadas nível 1 para esse caso (61,1%). Para os hospitais Micro e total, houve não se aplica e predominaram as subseções não acreditadas.

Considerando-se a avaliação dos 18 hospitais de referência Macro tem-se uma variação do número de subseções Acreditadas Nível 1 (N1) de 2 a 21 subseções. A maior parte das subseções foi avaliada como Não Acreditado (NA). Tem-se também uma variação de subseções caracterizadas como NSA de 9 a 25 subseções. (Gráfico 7).

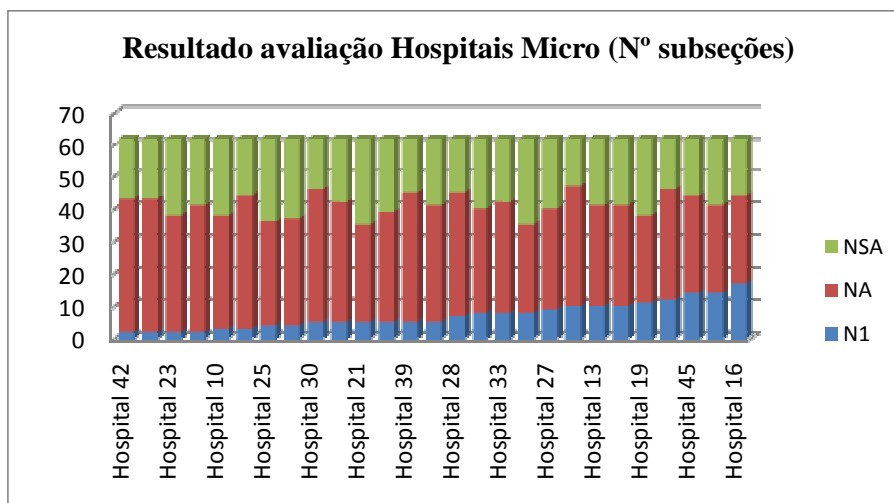
Gráfico 7: Resultado Avaliação dos Hospitais Macro



Fonte: Elaborado pela autora

Considerando-se a avaliação dos 27 hospitais de referência Micro tem-se uma variação do número de subseções Acreditadas Nível 1 (N1) de 2 a 17 subseções. A maior parte das subseções foi avaliada como Não Acreditado (NA). Tem-se também uma variação de subseções caracterizadas como NSA de 15 a 27 subseções. (Gráfico 8).

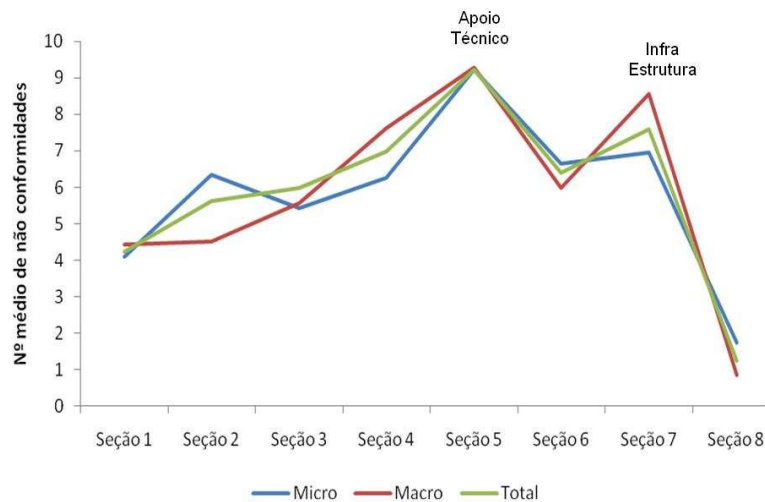
Gráfico 8: Resultado Avaliação dos Hospitais Micro



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao número médio de não conformidades por seção do manual ONA (Gráfico 9), verifica-se que as seções 5: Apoio Técnico e 7: Infra-Estrutura apresentaram maiores contagens médias de não conformidades, enquanto as seções 1: Liderança e Administração e 8: Ensino e Pesquisa apresentaram as menores contagens médias.

Gráfico 9: N° médio de não conformidades por seção e referência do Hospital.



Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 6 apresenta as subseções com maiores contagens médias de não conformidades, segundo referência do Hospital. Algumas subseções apareceram nos três casos (Total, Micro e Macro), como Unidades de Internação (Seção 3), Assistência Farmacêutica (Seção 3), Assistência Nutricional (Seção 3), Laboratório Clínico (Seção 4), Radiologia (Seção 4), CCIH (Seção 5) e SESMET (Seção 5).

Tabela 6: Avaliação do n° de Não Conformidades por subseção, segundo referência do Hospital

Tabela 4: Subseções com maiores contagens médias de não conformidades, segundo referência do Hospital.

Seção	Subseção	Total	Macro	Micro
Seção 4	Laboratório clínico	18,07	18,39	17,85
Seção 3	Assistência Nutricional	15,11	14,72	15,37
Seção 5	SESMET	12,53	12,17	12,78
Seção 3	Assistência Farmacêutica	11,89	11,00	12,48
Seção 5	CCIH	11,47	10,72	11,96
Seção 4	Radiologia	11,40	13,44	10,04
Seção 3	Unidades de internação	10,98	12,00	10,30
Seção 7	Gestão da Estrutura Física	10,73	12,33	9,67
Seção 7	Gestão da Manutenção Predial	10,38	11,44	9,67
Seção 6	Processamento de Materiais e Esterilização	10,07	7,72	11,63
Seção 2	Enfermagem	10,00	9,56	10,30
Seção 3	UTI Adulto	9,97	8,50	11,86
Seção 3	Atendimento em Emergência	9,24	7,88	10,08

Fonte: Elaborada pela autora

Ao analisarmos as subseções que, apesar de não obrigatórias, ou seja, devam ser avaliadas de acordo com o perfil da organização (OPC), são indispensáveis para a inserção do hospital nas redes prioritárias, observa-se nos Hospitais Macro: 44,4% dos hospitais avaliados não possuem Neonatologia, 44,4% não possuem leitos de UTI Pediátrica, 38,9% não possuem UTI Neonatal e 33,3% não atendem a obstetrícia, demonstrando uma fragilidade desses hospitais em contribuir com a formatação da rede de atendimento à criança e ao neonato. Quando analisamos os hospitais Micro 92,6% não possuem UTI Pediátrica, 88,9% não atendem a UTI Neonatal, 18,5% não atendem a Neonatologia e 11,10% não atendem a obstetrícia, interferindo da mesma forma na cobertura dos pontos de atenção terciária da Rede Viva Vida. Observa-se nos hospitais Micro que 28,9% não atendem a UTI Adulto (Tabela 7).

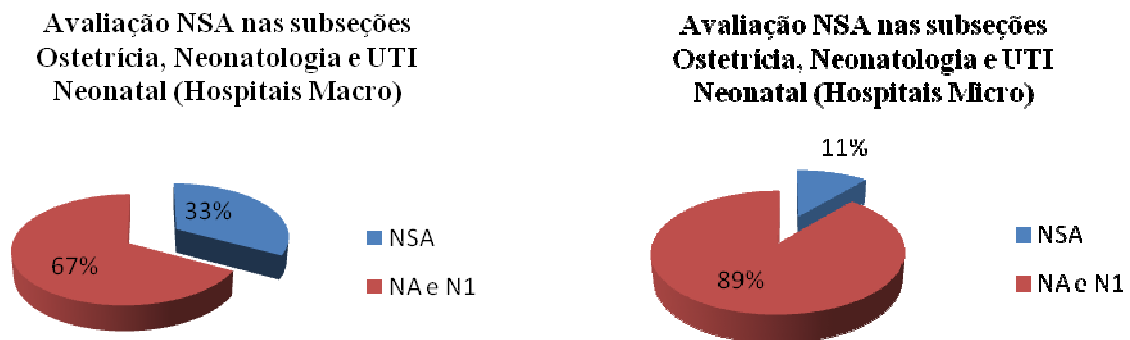
Tabela 7: Avaliação de NSA para subseções referentes às Redes Prioritárias

Contagens de NSA	Total	Micro	Macro
Atendimento em emergência	3 (6,7%)	1 (3,7%)	2 (11,1%)
Obstetrícia	9 (20,0%)	3 (11,1%)	6 (33,3%)
Neonatologia	13 (28,9%)	5 (18,5%)	8 (44,4%)
UTI Adulto	13 (28,9%)	13 (48,1%)	0 (0%)
UTI Neonatal	31 (68,9%)	24 (88,9%)	7 (38,9%)
UTI Pediátrica	33 (73,3%)	25 (92,6%)	8 (44,4%)

Fonte: Elaborado pela autora

Quando se avalia os hospitais que apresentam NSA nas seções Obstetrícia, Neonatologia e UTI Neonatal, simultaneamente, observa-se que 33% (6/18) dos hospitais macro e 11% (3/27) dos hospitais micro não apresentam as referidas seções, como apresentado no Gráfico 10. É necessário uma maior reflexão quanto ao papel de cada hospital na Rede, definindo perfil prioritário e gerando complementariedade entre os pontos de atenção.

Gráfico 10: Avaliação de NSA para subseções referentes às Redes Prioritárias



Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 8 apresenta os pontos fortes levantados nos hospitais avaliados. Merece destaque o comprometimento da Alta Administração e da equipe com a Gestão da Qualidade.

Tabela 8: Avaliação dos Pontos Fortes, por referência do Hospital.

Pontos Fortes elencados	Total	Micro	Macro
Envolvimento/Comprometimento da alta administração com a gestão da qualidade	23 (51%)	15 (56%)	8 (44%)
Programas de Humanização.	12 (27%)	6 (22%)	6 (33%)
Comprometimento da equipe para implantação do sistema de Gestão da Qualidade.	9 (20%)	6 (22%)	3 (17%)
Hospital Amigo da Criança.	9 (20%)	2 (7%)	7 (39%)
Implantação do Sistema Informatizado	6 (13%)	3 (11%)	3 (17%)
Informativo do hospital	5 (11%)	3 (11%)	2 (11%)

Fonte: Elaborado pela autora

Os pontos fortes e fracos apresentados nos relatórios referem-se à observação subjetiva dos avaliadores realizada durante a visita. Entende-se que o fato de não terem sido citados nos outros hospitais não quer dizer que não possuam. Reforça-se essa observação pela análise de um grande número de Não Conformidades na subseção Laboratório sem observação de pontos fracos nesse setor, apesar de terem sido levantados pontos sistêmicos relativos à assistência.

Como se pode observar na Tabela 9, a maioria dos pontos fracos identificados nos hospitais avaliados refere-se à Gestão do Risco, item obrigatório para a classificação do Hospital como Acreditado (Nível 1).

Tabela 9: Avaliação dos Pontos Fracos, por referência do Hospital.

Pontos fracos	Total	Micro	Macro
Ausência de política de Gerenciamento de Riscos contemplando ações preventivas e corretivas.	45 (100%)	27 (100%)	18 (100%)
Ausência de planejamento multiprofissional da assistência para a totalidade das clínicas relevantes, baseado em risco e gravidade.	37 (82%)	23 (85%)	14 (78%)
Ausência de Plano Seguro de Aplicação medicamentosa.	36 (80%)	21 (78%)	15 (83%)
Ausência de Programa de Manutenção Preventiva e Calibração de Equipamentos.	28 (62%)	15 (56%)	13 (72%)
Ausência de Programa Efetivo de Controle de Infecções e Eventos Adversos.	24 (53%)	16 (59%)	8 (44%)
Ausência de política de gestão de pessoas	12 (27%)	11 (41%)	1 (6%)
Segurança e Saúde Ocupacional.	9 (20%)	5 (19%)	4 (22%)
Ausência de programa efetivo para gerenciamento de leitos.	8 (18%)	0	8 (44%)
Gestão da Segurança	7 (16%)	6 (22%)	1 (6%)
Ausência de política segura de informações referentes ao paciente.	6 (13%)	2 (7%)	4 (22%)
Ausência de Política de Comunicação Institucional.	6 (13%)	3 (11%)	3 (17%)

Fonte: Elaborado pela autora

4.4. VALIDAÇÃO DA HIPÓTESE

A hipótese formulada “os hospitais do PRO-HOSP não apresentam os padrões necessários para Acreditação, segundo os padrões da ONA” foi validada, uma vez que 100% da amostra estudada apresentou *status* final “Não Acreditado”. É necessário esclarecer que dois hospitais dos 127 (1,6%) participantes do PRO-HOSP já apresentam o *status* de Acreditado no início deste estudo e, portanto não foram incluídos para o diagnóstico organizacional. O Hospital Márcio Cunha, localizado em Ipatinga, foi o primeiro hospital a ser Acreditado com Excelência no Brasil, no ano de 2003 e traz na sua história a cultura de qualidade da Usiminas. A Santa Casa de Passos, localizada no sul de Minas, foi a primeira Santa Casa do Brasil a ser acreditada, em dezembro de 2007, sendo reavaliada como Acreditada Plena em março de 2010.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Diante da análise dos resultados obtidos neste estudo podemos concluir que a ferramenta ONA é perfeitamente aplicável junto aos Hospitais PRO-HOSP, permitindo uma avaliação da qualidade da assistência prestada. Entretanto, no momento desta avaliação, os hospitais ainda não apresentam condições adequadas para a Acreditação.

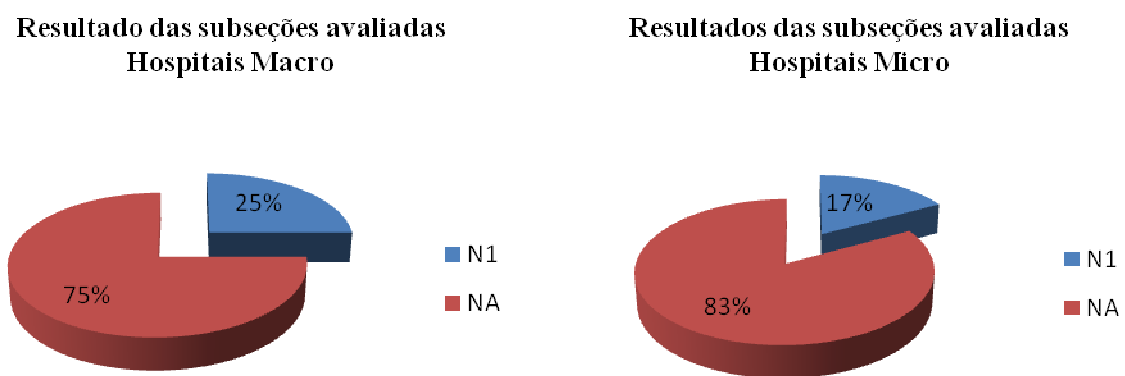
Dentre as seções com maiores percentuais de subseções acreditadas Nível 1 (N1) temos a seção 1: Liderança e a seção 8: Ensino e Pesquisa. Pode-se observar que, por meio da estratégia educacional do programa todos os hospitais participantes tiveram servidores que fizeram o curso de especialização em gestão hospitalar, realizado pela ESP/MG, cujo produto é a formatação de um Plano Diretor para o hospital. Além disso, o Plano de Gestão da Qualidade têm como uma de suas macro-ações o desenvolvimento de recursos humanos. Assim sendo, os requisitos solicitados nessas seções parecem ter sido mais bem atendidos.

Segundo a avaliação do Programa PRO-HOSP realizado pela Auditoria Geral do Estado (AUGE, 2009), os hospitais visitados priorizaram o investimento em obras de ampliação, reforma aquisição de equipamentos e mobiliário. Esta análise também é confirmada pela coordenação do Programa. Entretanto os maiores percentuais de subseções não acreditadas (NA) são das seções 5: Apoio Técnico, 6: Abastecimento e Apoio Logístico e 7: Infra-Estrutura, áreas de concentração dos investimentos. É necessário provocar uma discussão junto a Vigilância Sanitária para analisar se os critérios de aprovação dos projetos de investimentos em obras e ampliações estejam permitindo a contemplação das alterações de fluxos que garantam segurança da assistência. Também é necessário acompanhar no monitoramento dos contratos o impacto dos investimentos realizados pelo hospital, principalmente em infra-estrutura, uma vez que essa foi uma das subseções avaliadas com maior número de NA.

Os hospitais de referência Macro apresentam um melhor resultado na avaliação, quando comparados aos hospitais de referência Micro, demonstrando melhor desempenho. Considerando os hospitais Macro, 25% das subseções avaliadas encontravam-se no Nível 1 (N1) e 75% das subseções avaliadas foram caracterizadas como Não Acreditadas (NA). Para

essa análise foram excluídos os resultados de NSA, uma vez que se referem aos itens não obrigatórios (OCP) do MBA e devem ser analisados conforme o perfil da organização. Nos hospitais Micro, 17% das subseções avaliadas encontravam-se no Nível 1 (N1) e 83% das subseções avaliadas foram caracterizadas como Não Acreditada (NA), como apresentado no Gráfico 11. Vale reafirmar que para essa análise foram excluídos os resultados de NSA, uma vez que se referem aos itens não obrigatórios (OCP) do MBA e devem ser analisados conforme o perfil da organização.

Gráfico 11: Distribuição percentual das classificações segundo referências dos hospitais.



Fonte: Elaborado pela autora

O incentivo feito pelo PRO-HOSP por meio da introdução do Prêmio Célio de Castro pode ser considerado um fator motivador para que os hospitais continuem no caminho da melhoria, mantendo o comprometimento do corpo funcional até o atingimento da Acreditação. A proposta é que a discriminação positiva da organização ganhadora do Prêmio incentive também as outras organizações a melhoria da qualidade da gestão. Propõe-se a discussão de uma política de reconhecimento aos hospitais que melhorarem seu desempenho na avaliação da Acreditação por meio da criação de um incentivo diferenciado. Observa-se que, dentre os hospitais privados, o diferencial competitivo em relação à concorrência pelo atingimento do *status* de Acreditado parece contribuir para a busca pela melhoria contínua. Assim, entre os hospitais do PRO-HOSP, a criação deste incentivo exerceria uma motivação à adesão ao processo de Acreditação.

A identificação das não conformidades e oportunidades de melhorias, além de serem trabalhadas pela assessoria da melhoria da qualidade como capacitação das equipes, permite a identificação de melhores práticas e a implementação de visitas de *benchmarking* entre os hospitais.

Como contribuição deste estudo fica evidente a necessidade de trabalhar melhorias nas áreas de Assistência Farmacêutica, Manutenção Preventiva e Gestão de Pessoas. Esses são os maiores pontos críticos a serem enfrentados pelos hospitais na busca da certificação. Entende-se aqui como pontos críticos, os fatores potenciais de risco ou perigo que devam ser monitorados para a segurança da organização e a prevenção de danos.

Um dos pontos de maior risco na assistência refere-se à assistência farmacêutica. Sugere-se o desenvolvimento de Plano Seguro de Aplicação Medicamentosa, por meio da implantação de protocolos de aplicação de medicamentos para prevenir danos aos pacientes, colaboradores da área de saúde e comunidade.

Para mitigar os efeitos de riscos não clínicos decorrentes da inadequada utilização e/ou manutenção de equipamentos, propõe-se o fortalecimento de ações de Manutenção Preventiva e Calibração de Equipamentos.

Ainda, entendendo a importância do comprometimento do corpo funcional como diferencial observa-se a necessidade de analisar as políticas atualmente aplicadas para gestão de pessoas nestes hospitais. Entendemos que adoção de práticas de reconhecimento e valorização destes profissionais durante a implantação do processo de Acreditação poderia ser útil. Profissionais motivados e valorizados certamente gerariam melhor resultado.

As subseções referentes à obstetrícia, neonatologia, UTI e emergência devem ser avaliadas criticamente uma vez que auxiliam a inserção destes hospitais nas Redes Prioritárias do Estado.

Considerando-se a fragilidade apresentada pelos hospitais quanto aos requisitos de segurança, é necessária a implantação de uma política de Gerenciamento de Riscos com o objetivo de prevenir eventos adversos, buscando garantir a segurança do paciente, do profissional e do ambiente, por meio de ações preventivas e corretivas.

Da mesma forma, a definição de um planejamento multiprofissional da assistência para a totalidade das clínicas relevantes, baseado em risco e gravidade, e ações implantadas de efetivo de Controle de Infecções e Eventos Adversos, contribuiria para a melhoria da segurança.

O resultado do diagnóstico realizado na organização deve ser transformado num plano de ações definidos para cada subseção e com um cronograma de realização previamente acordado. É importante o aprimoramento destas ações assim como a implementação de práticas de monitoramento que levem os hospitais ao processo da Acreditação.

5.2. CONFRONTO DOS DADOS COM AS CORRENTES TEÓRICAS ESTUDADAS

Segundo La Forgia (2009), poucos são os hospitais Acreditados no Brasil. Quando avaliamos o total de hospitais PRO-HOSP 1,6% destes hospitais em dezembro 2009 têm o *status* de Acreditado, semelhante ao total de hospitais Acreditados no Brasil (1,8%). Entretanto, quando comparamos em relação aos hospitais de Minas Acreditados (2,6%) identificamos um desempenho menor entre os hospitais PRO-HOSP.

O modelo sistêmico proposto por Donabedian (1990), estrutura/processo/resultado é incentivado pelo PRO-HOSP, na medida em que os investimentos iniciais foram destinados a investimento, principalmente em melhoria de estruturas. Entretanto, quando se avalia os resultados deste estudo observa-se que ainda não foram suficientes para a melhoria dos processos que garantissem a segurança.

Identificamos uma crescente preocupação dos hospitais com a implantação de práticas da gestão da qualidade. Segundo Covello (IQG, 2010), qualquer empresa pode melhorar substancialmente sua posição e desempenho. Para melhorar é preciso avaliar a situação atual. O diagnóstico organizacional dos hospitais PRO-HOSP permite a identificação do *status* atual e o planejamento de ações de melhorias.

O processo da Acreditação apesar de ser voluntário, diferencia os hospitais pela melhoria da imagem institucional, pela melhoria dos processos organizacionais e pela melhoria nas relações comerciais.

Durante este estudo, a Santa Casa de Montes Claros, identificada no grupo dos hospitais de referência Macro, apresentou no diagnóstico um resultado mediano em relação ao grupo de hospitais diagnosticados. Foi solicitado à direção desta organização, o consentimento para divulgação desta informação de que a Santa Casa foi Acreditada durante o período de análise dos dados da pesquisa (Anexo 7), e o depoimento dos fatores pelos quais conseguiram, antes dos demais, o *status* de Acreditado. Segundo a direção a organização já havia optado pelo processo de Acreditação, mas a realização da avaliação do processo do Prêmio Célio de Castro e o diagnóstico organizacional, fez com que a liderança decidisse por persistir a certificação. Foi elaborado um plano de ação que foi acompanhado por todo corpo diretivo até que em fevereiro de 2010 a organização recebeu o *status* de Acreditado (nível 1). Identifica-se aqui fatores motivadores para que a organização buscasse a melhoria de processos, de imagem e de relação com a SES/MG.

Segundo Mendes (2007) a qualidade dos serviços é observada quando os serviços apresentam segurança para os profissionais e usuários. Constata-se no estudo uma fragilidade do requisito gestão da segurança na maioria das subseções. É necessário reforçar junto aos hospitais a importância de utilização de práticas de gestão que busquem uma assistência segura.

Mendes também afirma que para restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS deveremos implantar as redes de atenção à saúde. O estudo mostra que é preciso discutir o papel destes hospitais nas Redes Prioritárias definidas para o Estado e assim redefinir os investimentos realizados por estes hospitais.

La Forgia (2009) mostra em seu estudo que no Brasil a adoção do sistema de Acreditação tem sido frustrante, com um número ainda reduzido de hospitais participantes no processo. Este estudo mostra que o PRO-HOSP contribui, de maneira inovadora, com a inserção da metodologia da Acreditação aos hospitais públicos e/ou filantrópicos de Minas Gerais.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. CONCLUSÃO

O Objetivo geral deste estudo foi analisar os resultados da avaliação dos hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) utilizando a metodologia da Acreditação ONA. O PRO-HOSP visa o desenvolvimento de um parque hospitalar no Estado capaz de operar com eficiência, por meio da alocação de recursos, como forma de incentivar, mobilizar as práticas de gestão e arranjos organizacionais no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade da assistência.

A Acreditação é uma avaliação periódica e voluntária que estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência. Esta abordagem permite que as áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas de forma a se estabelecer um plano de ação para melhoria desses pontos críticos e, conseqüentemente, um caminho para a busca da Acreditação.

Para atingir o objetivo, foram utilizados referenciais teórico-conceituais que fornecessem subsídio para que esta análise fosse feita. Partiu-se, portanto, de uma breve explanação dos conceitos de gestão hospitalar e da gestão da qualidade, caracterizando o processo da Acreditação no Brasil segundo metodologia da Organização Nacional da Acreditação(ONA). Foi analisada a situação atual dos hospitais acreditados e apresentado os requisitos considerados pelo Manual Brasileiro de Acreditação. Procedeu-se também a uma explanação da política hospitalar utilizada no Estado de Minas Gerais, destacando-se o processo de regionalização avançado, o Choque de Gestão adotado pelo governo atual, o modelo de atenção utilizado baseado na organização de Redes de Atenção à Saúde, sendo, enfim, caracterizado o Programa desde seu contexto de surgimento até a situação atual da implementação de um Plano de Gestão da Qualidade. Em um segundo momento, na parte da avaliação do diagnóstico dos hospitais segundo metodologia ONA, foi utilizado os resultados da avaliação de 45 hospitais. A finalidade foi identificar o *status* atual, a situação das subseções relativas às redes prioritárias, as maiores não conformidades identificadas, assim como os maiores pontos críticos a serem enfrentados pelos hospitais na busca pela certificação.

Com a finalização deste trabalho pode-se chegar à conclusão de que a metodologia da Acreditação ONA é aplicável aos hospitais PRO-HOSP. Entretanto, nenhum hospital da amostra apresenta o *status* de Acreditado. Parece haver uma lacuna entre o diagnóstico organizacional e o momento adequado para a Acreditação destes hospitais. A utilização da discriminação positiva dos hospitais, por meio do processo de premiação – Prêmio Célio de Castro – e pagamento diferenciado do incentivo, por exemplo, com per capita maior, pode ser uma forma de manter a motivação necessária da equipe para a continuidade do processo de melhoria contínua e, conseqüentemente, uma maneira de levar os hospitais ao *status* de Acreditado.

Evidencia-se uma necessidade de reavaliação do processo de análise realizado pela vigilância sanitária, permitindo que os investimentos feitos pelos hospitais estejam alinhados aos padrões exigidos pela Acreditação, gerando a maior segurança dos processos realizados. O estudo apresenta os altos índices de subseções Não Acreditadas nas áreas de abastecimento e apoio logístico e na área de infra-estrutura, apesar dos maiores investimentos realizados pelos hospitais terem sido direcionados para ampliação e reformas em áreas físicas de estruturas de apoio.

O estudo também contribuiu para uma análise das subseções referentes às redes prioritárias do Estado, evidenciando a necessidade de uma maior reflexão do papel de cada hospital, exercendo papel de complementaridade e não de concorrência. Considerando-se a transição epidemiológica singular que se manifesta em Minas, com uma situação de tripla carga de doenças e com predomínio relativo das condições crônicas, observa-se que há necessidade dos hospitais se comunicarem adequadamente com os demais pontos de atenção à saúde, fortalecendo as redes prioritárias do Estado. No entanto, tentativas de indução de melhorias isoladas no hospital seja de eficiência, de efetividade ou de qualidade, não gerarão valor para os mineiros. É necessário alinhar o PRO-HOSP com o PMDI, concebendo-o como um programa de melhoria da atenção hospitalar nas redes de atenção à saúde e seus investimentos deverão ser realizados nas quatro redes prioritárias do governo estadual: Viva Vida, Urgência e Emergência, Hiperdia e Mais Vida. Assim sendo, torna-se necessário à avaliação de qualidade dos outros pontos de atenção das redes e a revisão da relação dos hospitais participantes no programa, inserindo aqueles considerados socialmente necessários e excluindo aqueles não socialmente necessários.

Observa-se que o PRO-HOSP é hoje reconhecido como um modelo de inovação na gestão de política hospitalar pública no Brasil, seja pela concepção de ruptura proposta pelo rompimento de uma relação convenial com os hospitais e a adoção de lógica de relações contratuais, seja pela inserção de um Plano de Gestão da Qualidade que o proporciona a avaliação da qualidade dos hospitais baseado numa metodologia já validada no nosso país. Contribui desta forma, para a consolidação da visão da SES/MG de ser modelo de inovação na gestão pública.

O grande desafio do PRO-HOSP, como política pública, será o de transformar-se, nos próximos anos, de uma política de governo, numa política de Estado. Para isso, deverá consolidar-se como uma política significativa para diferentes atores sociais da saúde: população, prestadores de serviços hospitalares, gestores municipais e estaduais, políticos etc.

Demonstra ainda a consolidação da visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de ser modelo de inovação da gestão pública, uma vez que esta experiência de avaliação de um parque hospitalar público é a primeira relatada no Brasil.

6.2. LIMITAÇÕES

Como limitações do estudo destacam-se o fato de que o diagnóstico organizacional, apesar de realizado por uma equipe de avaliadores validada pela ONA, apresenta subjetividade nas conclusões do relatório da visita, o que pode dificultar a comparação entre os hospitais.

Observa-se também que os hospitais PRO-HOSP são muito heterogêneos, considerando porte e carteira de serviço. É muito diferente um hospital de referência Macro da região Centro em relação a um hospital da região Nordeste, por exemplo. Talvez se possa considerar isso na realização de trabalhos futuros, criando grupos mais homogêneos por funções e/ou *case-mixes*.

6.3. RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A acreditação hospitalar e seu impacto no desempenho dos hospitais PRO-HOSP são pontos que induzem a investigações futuras e os resultados indicam a pertinência de estudos em diversas áreas. Assim, deixamos como possibilidades de investigações futuras:

- A avaliação poderá ser melhorada com a análise de todos os hospitais participantes no PRO-HOSP.
- Criação de grupos mais homogêneos de hospitais por funções e/ou *case-mixes*.
- Avaliar o impacto da Acreditação na gestão da qualidade dos hospitais, considerando fortalecimento da função regional.
- Realização de um estudo de caso da Santa Casa de Passos para analisar como se iniciou nesta instituição, quais as dificuldades enfrentadas para a ruptura cultural que permitiu o processo de Acreditação, uma vez que essa unidade foi a 1ª Santa Casa do Brasil a ser Acreditada. Avaliar a possível contribuição do PRO-HOSP nesse processo de Acreditação.
- Realização de estudo de caso na Santa Casa de Montes Claros, com o objetivo de identificar os fatores que influenciaram um hospital que não estava avaliado como um dos melhores atingir o *status* de Acreditado durante a realização desse estudo. Existem variáveis que possam ser reproduzidas para a melhoria do desempenho de outros hospitais?
- Avaliar a introdução de um PRO-HOSP VIVA-VIDA, que fortaleça ações de atendimento à mulher e a criança com a lógica de contratualização e monitoramento dos resultados, semelhantes ao atual PRO-HOSP.