

Hospital das Clínicas de Niterói: Escolha da Acreditação

Autoria: Nikiforos Joannis Philyppis Junior, Kleber Fossati Figueiredo

1. Resumo

O presente caso de ensino tem como objetivo discutir as iniciativas de gestão de qualidade colocadas em prática pelo Hospital das Clínicas de Niterói (HCN) desde 2003 até o momento em que a direção do hospital decide dar um passo mais arrojado: a acreditação hospitalar. O HCN é um hospital geral com 122 leitos comuns e 62 de UTI, atendendo todos os níveis de complexidade médica e patologias de alta complexidade que presta serviços aos residentes da região do leste Fluminense do estado do Rio de Janeiro desde sua fundação em 1994. Em meados de 2003 os dirigentes do hospital começaram a profissionalização da gestão através da implantação de uma série de práticas relacionadas com a melhoria da qualidade. Durante seis anos, em um processo que a direção do hospital considerou lento mas necessário, dadas as características de seus profissionais de enfermagem e principalmente do corpo médico aberto, foram colocados em prática programas como 5S, Ciclo PDCA e Círculos de Qualidade, além de fazer *benchmarking* junto a outros hospitais. Tendo adquirido a capacidade de executar vários procedimentos de ponta, a direção do hospital percebeu a necessidade de formalizar o processo de melhoria contínua através de uma acreditação hospitalar que tivesse como foco a segurança e o cuidado do paciente. Com três diferentes modelos para escolher (o modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o da *Joint Comission International* e a Acreditação Canadense), a direção deve decidir que agência credenciadora melhor se adéqua à sua realidade. Não somente devem ser levados em conta os recursos estruturais e humanos, mas também as características da equipe, sua interação e a filosofia do hospital. Para fundamentar a decisão da direção, o caso proporciona as principais características de cada uma das três propostas, permitindo que os alunos confrontem as expectativas do HCN no que se refere ao desejo de passar por um programa de qualidade mais estruturado, com o conteúdo de cada alternativa. Nas notas de ensino, o professor interessado em programar o caso em uma disciplina que envolva questões relacionadas com programas de qualidade, certificação ou auditorias externas de qualidade, encontrará os objetivos didáticos do caso, questões para discussão plenária e uma breve fundamentação teórica sobre avaliação da qualidade em serviços médicos, acreditação hospitalar e critérios de escolha de uma entidade acreditadora. Os autores apresentam, também, uma sugestão de análise do caso, recomendam uma abordagem de ensino e concluem contando o que aconteceu e apresentando as metas de qualidade para um futuro próximo. No final, são apresentadas as referências bibliográficas que o professor pode sugerir aos alunos como leitura de apoio.

Introdução

Em um dia no início do mês de novembro de 2009, no sétimo andar do Hospital das Clínicas de Niterói (HCN), a Dra. Ilza Boeira Fellows, diretora do hospital, iniciava sua rotina diária. Após avaliar as diversas atividades do dia e receber alguns gestores de áreas para discutir suas necessidades, ela reviu suas atribuições para o restante da semana. Sabia que o que mais deveria tomar seu tempo seria a reunião que manteria, em breves momentos, com a pessoa responsável pela área de qualidade do hospital. O tema da reunião seria a escolha do Programa de Acreditação a ser implantado no HCN.

Desde 2003, com a implantação de uma série de medidas sugeridas pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), o hospital vinha caminhando na definição de uma política de qualidade mais formalizada. Tal formalismo seria consolidado através de um Programa de Qualidade. A Dra. Ilza havia estudado algumas opções desde concorrer a um prêmio de qualidade até uma possível acreditação. As alternativas analisadas envolviam uma amplitude diferente de escopo bem como vantagens e desvantagens. No caso da acreditação, ela sabia que para escolher a instituição acreditadora deveria alinhar muito bem a filosofia do hospital com os princípios específicos da acreditação. Após estudar as características de cada opção, junto com a gestora da qualidade, queria tomar a decisão sobre o Programa de Qualidade a implantar e traçar um plano para colocar em prática as primeiras ações.

O Hospital das Clínicas de Niterói – história, estrutura e serviços oferecidos

O HCN foi inaugurado em 1991, no município de Niterói, e, já há algum tempo, é considerado o maior centro de excelência hospitalar na região do Leste Fluminense, estado do Rio de Janeiro, sendo uma referência no tratamento de politraumatizados. O HCN é um hospital geral com 122 leitos comuns e 62 de UTI (para adultos, crianças e recém-nascidos), atendendo todos os níveis de complexidade médica e patologias de alta complexidade (acidentes de trânsito, etc.), atendimento este que cobre as classes de A a D. O corpo clínico do hospital é aberto, ou seja, os médicos não fazem parte de seu quadro fixo. No final de 2009, o HCN empregava mais de 500 funcionários entre enfermeiros e técnicos em suas operações, a maioria com formação técnica e baixo nível sociocultural. O hospital atendia a maioria dos grandes planos e seguros-saúde além dos funcionários de várias empresas conveniadas.

O HCN presta diversos serviços em um ambiente moderno e esteticamente agradável. Tais serviços e suas características estão resumidos na tabela abaixo:

Serviço	Detalhes e destaques
Emergência	10 mil atendimentos/mês; heliporto; equipe multidisciplinar com obstetrícia, neurologia e cardiologia.
Unidade de tratamento intensivo	Única UTI Neurointensiva do Leste Fluminense com Humanização na UTI Pediátrica e Neonatal (Programas especiais para crianças e mães).
Centro cirúrgico	800 cirurgias/mês; 8 leitos, 2 com fluxo laminar de ar; 5 leitos pré-operatórios; 5 leitos de recuperação pós-anestésica e 2 de <i>Day clinic</i> ¹ .
Hemodinâmica	Cineangiocoronariografia; exames e intervenções cerebrais; eletrofisiologia cardíaca; ultrassonografia coronariana.
Diagnóstico por imagem e laboratorial	24 horas/dia; Exclusividade no Leste Fluminense: raios X telecomandados; exames pediátricos com anestesia e radiologia digital; Parceria com o laboratório Sérgio Franco para exames laboratoriais.
Transplante de órgãos	Único hospital da cidade apto para transplantes renais, cardíacos e de medula óssea em adultos, crianças e recém-nascidos. Credenciamento

	em curso para transplantes pulmonares.
Maternidade	UTI neonatal e pediátrica; reprodução humana; congelamento de células-tronco; Ações de humanização; berçário virtual
Centro de atendimento a família (CAF)	Coordenação de uma psicóloga; seis ambientes para os familiares: área de informática, guarda-volumes, espaço de convivência e TV, sala ecumênica e local para reuniões
Centro de estudos (Cest)	Eventos científico-acadêmicos; Estágios, residências e cursos de especialização e aperfeiçoamento profissional; eventos gratuitos são desenvolvidos para população.

Tabela 1: Serviços e destaques do HCN

Fonte: Adaptado de informações disponíveis no site do HCN em setembro de 2010

Desde março de 2008, a Dra. Ilza Boeira Fellows tem gerido o hospital em busca de constante aprimoramento de suas atividades. Tendo passado por diversos cargos de gestão hospitalar não só em outros hospitais, mas também em cargos gerenciais dentro de uma grande operadora de planos de saúde, esta não era a primeira vez que a experiente médica trabalhava com programas de qualidade. Uma enfermeira, pós-graduada em gestão hospitalar foi contratada para trabalhar como responsável da área de qualidade do hospital e tem gerenciado o projeto de qualidade desde seu início em 2003.

O HCN e a preocupação com a Qualidade

Em meados de 2003, a gestão anterior do hospital começou a sentir o peso dos custos hospitalares e a necessidade de se criar padrões de qualidade mais elaborados através de controle eficiente e eficaz. Com esta meta, os gestores do hospital preocuparam-se em desenvolver uma filosofia para o HCN:

“conciliar, de forma harmoniosa, uma medicina de ponta com diversos recursos e terapêuticas de alta tecnologia, serviços de hotelaria primorosos, projetos de humanização do ambiente hospitalar, treinamento e reciclagem permanente de seus recursos humanos. Tudo isso objetivando o aperfeiçoamento e a garantia constantes na qualidade dos serviços oferecidos à população de Niterói e arredores.”ⁱⁱ

A alta gestão à época sentiu a necessidade de implementar um programa que gerasse uma visão mais “profissional” no hospital. O pessoal médico e os chefes de setores tinham a clássica visão “assistencialista” do hospital, mas lhes faltava uma visão de gestão. A FNQ foi a opção selecionada para criar um padrão na instituição. Nas palavras da Dra. Ilza:

“O hospital tinha uma visão assistencialista, inerente de seu objetivo institucional. Precisávamos que os chefes de setores tivessem uma visão de negócios e um “linguajar” de gerenciamento. Neste ponto, decidimos pela implantação das diretrizes da FNQ como uma referência para nosso primeiro programa de qualidade. Outras normas, como as ISO, eram mais focadas em eficiência de processo operacional do que em gestão e, por isso, eram muito mais difíceis de adequar ao hospital. A FNQ tinha um olhar mais administrativo não só com indicadores de processos, mas também indicadores de custos, financeiros, etc.”

Entre 2003 e 2009, o HCN implementou programas como 5S, Ciclo PDCA e Círculos de Qualidade além de fazer *benchmarking* junto a outros hospitais. A implantação dessas

medidas de qualidade envolveu médicos, equipe de enfermagem e de serviços auxiliares. Comentando sobre o tempo aparentemente longo para colocar em prática os programas, a gestora de qualidade era incisiva:

“O pessoal de gestão entende que os programas são necessários, mas a equipe de enfermagem deve ser motivada com alguma constância, pois um processo destes é desgastante e é importante ter “*pit stops*” para comemorar cada etapa vencida. Os enfermeiros compram a idéia, mas processos muito longos, para quem já tem uma carga pesada de gestão operacional diária, são desmotivadores e é bom parar para respirar.”

Outro fator complicador e que demandava tempo para as mudanças era o comportamento dos médicos. De acordo com a responsável pela qualidade, o corpo médico também precisava ser convencido da importância da execução correta e detalhada dos processos operacionais. A equipe médica do HCN, por ser aberta, era, ao mesmo tempo, cliente, prestadora de serviços e quem indicava, a seus pacientes, em que hospitais deveriam fazer seus tratamentos ou procedimentos cirúrgicos. Em contrapartida, a infraestrutura do hospital deveria ser convidativa tanto em nível técnico quanto em nível relacional para que o médico voltasse a usar os serviços do hospital. Embora gostem do *status* de trabalhar em hospitais acreditados, a maioria dos médicos não entende a importância de se comprometer com os procedimentos que são demandados para que se obtenha esta acreditação.

Um exemplo corriqueiro é a grande variabilidade introduzida pelos médicos. Com o objetivo de otimizar seu tempo e evitar esperas, ele costumam mandar os pacientes comparecerem no hospital até 4 ou 6 horas antes do procedimento mas não fazem a marcação antecipada do paciente (literalmente, marcar no corpo do paciente o local da cirurgia com uma caneta, enquanto este aguarda na preparação). Deixam de cumprir com exigências como informar ao paciente todas as etapas de uma cirurgia, relegando este processo para quando o paciente já está na sala de cirurgia (obrigatoriamente, por lei, isto deve ser feito antes). É normal, por exemplo, que os médicos anestesistas façam a *anamnese*ⁱⁱⁱ do paciente já na sala de cirurgia e não anteriormente como manda a regra.

Dra. Ilza comentava sobre a complexidade que é lidar com os médicos:

“Médico de corpo clínico aberto não é 'pau-mandado' do hospital. Deve ser convencido de que as normas e processos agregam valor e trazem benefícios. Tentar pressionar um médico é arriscar perdê-lo, pois ele não volta. Com jeitinho começamos a convencê-los, mas não é fácil. Por exemplo, vários médicos se recusam a preencher completamente os relatórios legais. Além disso, alguns não fazem a *anamnese* corretamente. Nestes casos, as situações são demandas legais do Ministério da Saúde e da Anvisa e não simplesmente uma regra imposta pelo programa de qualidade da casa.”

Apesar das dificuldades, em 2009 o HCN já contabilizava vários êxitos. Os programas implantados ao longo do tempo conseguiram fazer com que o hospital tivesse todos os seus processos documentados, o leiaute das áreas onde transitam pacientes e acompanhantes havia melhorado substancialmente, foram desenvolvidas várias ferramentas de sinalização interna e o espaço, como um todo, estava humanizado mediante um projeto arquitetônico e decorativo mais agradável e em conformidade com as demandas dos órgãos legais.

O próximo passo seria consolidar todas as iniciativas de qualidade no âmbito de um Programa de Qualidade mais formal. Concorrer a um prêmio, lograr uma certificação ou até mesmo a acreditação hospitalar através de uma entidade nacional ou internacional foram

possibilidades estudadas e, por fim a direção optou pelo processo acreditatório. De acordo com a diretora do HCN:

“Fizemos uma escolha que nos ajudará a manter o trem no trilho... as ferramentas da FNQ deram muito suporte até este ponto, mas precisamos de um modelo que se ajuste à visão assistencialista do hospital, coerente com nossa filosofia. Os processos do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) da FNQ muito contribuíram para ajustar a gestão financeira do hospital. Os primeiros passos foram acertados, pois um processo de acreditação não necessariamente olha o lado de sobrevivência do negócio. Conheço muitos hospitais que se acreditaram antes de 'limpar a casa' e hoje estão quebrados. Este trabalho de preparação já foi feito. Vamos partir para algo mais arrojado”.

Os próximos passos

As opções de acreditação eram razoavelmente conhecidas no universo médico-hospitalar nacional. Uma era a acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA, nacional; anexo 1), a outra era a acreditação da *Joint Commission of Healthcare Accreditation Organization* (JC, de origem norte-americana; anexo 2) e por último a *Accreditation Canada* (AC; anexo 3). O anexo 4 proporciona uma síntese comparativa das principais características das três alternativas em estudo. A gestora da qualidade, a respeito dos critérios de seleção, descrevia alguns pontos importantes de como uma acreditação deveria auxiliar o HCN:

“Todas as creditações tem foco na segurança do paciente. Elas foram criadas com diretrizes assistencialistas dentro de seus ambientes, logo não sanavam os problemas gerenciais que tínhamos. Agora podemos formalizar mais a situação da segurança de pacientes e colaboradores com uma escolha mais voltada ao modelo médico. Gerar um sistema seguro para o paciente é a condição primária de nossa escolha. Outro ponto é a busca de um modelo que nos auxilie cada vez mais a sermos eficientes. Isto vai resultar, em consequência, em uma maior competitividade em nosso mercado.”

A diretora do HCN via que os principais motivadores de um processo de acreditação podiam ser sintetizados em quatro grupos: melhoria dos processos, reconhecimento do hospital no mercado, criação de uma filosofia de avaliação e mensuração da qualidade e/ou pressões competitivas. Dentro do escopo competitivo, o hospital não vinha sofrendo pressões relevantes de seus acionistas. A ocupação dos leitos era quase total, com pouca ociosidade, e os médicos, em sua grande maioria, estavam satisfeitos com o HCN, sem tendência a mudar de hospital. Todavia, aumentar a satisfação dos funcionários e, conseqüentemente, dos pacientes, melhoraria a qualidade percebida, retendo funcionários e clientes e a acreditação, neste ponto, era uma estratégia perseguida por vários hospitais para negociar com os planos de saúde melhores condições de pagamento.

A melhoria de processos era um fator muito relevante na tentativa de acreditar um hospital. Rotinas bem gerenciadas e racionalizadoras de recursos reduzem os riscos legais com pacientes e fazem cumprir seus direitos de consumidor. Outro ponto que a acreditação pode gerar é, pelo lado do paciente, melhorar a humanização de maneira eficiente, implicando melhores resultados financeiros. Pelo lado dos funcionários, ela os educa e os motiva, melhorando a comunicação e o trabalho em equipe, criando uma cultura de qualidade. Até agosto de 2008 todos os processos do hospital já estavam mapeados e documentados, o Comitê de Qualidade foi criado em dezembro do mesmo ano e o Comitê de Gerenciamento de Risco e Segurança em janeiro de 2009. Faltava agora o passo de escolha da agência externa.

Embora a acreditação pudesse melhorar o nível de diálogo com os planos de saúde, já que poderia ser usada por estes como uma ação de propaganda, para o HCN este não era um critério tão relevante para o seu reconhecimento de mercado, mesmo pelos clientes, que raramente entendem seu teor técnico. Adicionalmente, o governo não considera a acreditação uma obrigatoriedade, já que supervisiona os hospitais através do Ministério da Saúde e da Anvisa. Embora o público internacional possa considerar que a acreditação internacional seja relevante para a escolha de um provedor de saúde fora do país de origem, este segmento até então não havia sido percebido como interessante.

A acreditação, na realidade, era vista como uma poderosa aliada no processo de avaliação da qualidade, gerando uma cultura interna com foco em critérios objetivos possibilitando aumento de negócios. Uma das diretrizes atuais do governo para que os hospitais privados possam atender pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) através de projetos licitados de gestão compartilhada é que estes tenham algum reconhecimento por uma agência acreditadora. Acreditações de reconhecimento internacional podem colocar estes hospitais na linha de mira de clientes estrangeiros, turistas e expatriados trabalhando no país para suas empresas além de empresas internacionais de planos de saúde.

A decisão

De posse dos dados que havia previamente coletado, a Dra. Ilza precisava decidir qual das três creditações pesquisadas o Hospital adotaria. Agora que o HCN possuía uma estrutura administrativa organizada e controles operacionais e financeiros coerentes, sua realidade era diferente da de vários hospitais cariocas que implantaram creditações, mas não conseguiram “sair do vermelho”. Além de revisitar sua filosofia, fazer uma reavaliação dos recursos estruturais e operacionais do hospital era necessário tomar a decisão final. Uma vez tomada, os esforços seriam direcionados para a execução do programa e agendamento da visita da instituição acreditadora escolhida.

O aporte de capital para acreditar pela JC ou pela AC era maior do que o necessário pela ONA. Embora os custos das creditações internacionais possam suplantarem a casa dos R\$100.000,00, os acionistas do hospital não pressionariam por retornos rápidos. Além disso, o investimento necessário para as adequações do HCN às demandas dos órgãos internacionais poderia ser obtido através de financiamento externo. Na realidade, a direção considerava que as demandas referentes aos processos e envolvimento de empregados eram mais desafiadoras que as de cunho financeiro.

Tendo se tornado uma referência na região leste do estado do Rio de Janeiro, o HCN deve dar continuidade ao seu processo de melhoria contínua em conformidade com seus objetivos. A sua atuação como uma organização capaz de executar vários tipos de transplantes o torna um hospital com um alto grau de diferenciação, mesmo quando comparado com outros hospitais de ponta do estado e, mais especificamente, do município do Rio de Janeiro. Ao se voltar aos seus documentos, o telefone toca mais uma vez e a Dra. Ilza sente a pressão do trabalho subir. Dá graças a Deus por não ser a sua pressão arterial, atende ao telefone com a esperança de resolver o que quer que seja para voltar ao processo decisório em que estava envolvida.

Anexo 1 – Organização Nacional de Acreditação

A Organização Nacional de Saúde (ONA) é uma instituição privada sem fins lucrativos criada em 1999 como uma solução para desenvolver um Sistema Brasileiro de Acreditação. O Programa de Acreditação Hospitalar brasileiro que criou o Manual Brasileiro de Acreditação, reconheceu a ONA como instituição privada prestadora deste serviço de caráter público. A ONA opera por Instituições Acreditoras (IAC) que são credenciadas e podem executar os serviços de avaliação das organizações de saúde não podendo prestar assessoria ou consultoria.

Os critérios da ONA seguem os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação do Ministério da Saúde e, em síntese, condensam as prerrogativas exigidas pelo mesmo e pela Anvisa no que se refere aos riscos que os pacientes correm (infecção, acidente, contaminação etc.). O processo de acreditação tem três níveis: a ONA 1 caracteriza o hospital como “acreditado” e leva em conta a estrutura hospitalar e seu impacto na segurança do paciente. O nível 2 (acreditado pleno) certifica, além da estrutura, a organização hospitalar e a padronização, a documentação e o controle dos processos. No ONA 3 (Acreditado com Excelência), além destes, são avaliados as práticas de gestão de qualidade e os resultados clínicos alcançados.

A ONA é um processo de acreditação global, ou seja, a acreditação é concedida ao hospital como um todo e não por áreas separadas. O foco da auditoria é processual, diferente da JC (Anexo 2) que trabalha em critérios departamentais, e busca averiguar em que nível está a instituição em cada atividade. O hospital, por exemplo, pode ter a maioria de seus processos em um nível mais avançado (como ONA 3) mas se houver algum destes em nível menor (ONA 2 ou mesmo 1) a instituição ganha o nível menor de acreditação.

A ONA confere um caráter de idoneidade em nível nacional junto às instituições médicas brasileiras embora não seja um programa de checagem periódica. A acreditação da ONA tem duração de 2 ou 3 anos (neste caso para as excelentes) mas pode ter que sofrer revisões baseadas nas mudanças demandadas pela legislação que são incorporadas no Manual de Acreditação do ano seguinte, embora não seja obrigatória. Desta maneira uma adição na legislação pode demandar alterações estruturais e/ou operacionais na instituição acreditada, pois esta pode correr o risco de ter seu nível de acreditação diminuído ou até cancelado.

O foco da ONA é na segurança dos pacientes e dos processos. Em seus critérios não há a preocupação com os resultados financeiros da instituição; somente no nível ONA 3, há preocupação com indicadores de satisfação do paciente e de comprometimento dos funcionários. Embora busque o correto preenchimento e cadastro das informações médicas dos pacientes, a ONA só avalia o uso de informações contínuas para gestão em nível 3. Um hospital que tenha todos os pré-requisitos legais em ordem pode demorar de seis (ONA 1) a 12 meses (ONA 2) para se adequar aos critérios da acreditação. Isto depende do grau de profissionalização da gestão em controles administrativos. Sendo uma acreditação nacional, todos os materiais necessários para sua implantação são em língua portuguesa e hoje a acreditação da ONA pode ser usada como um critério mínimo para que os hospitais nacionais possam participar de licitações do governo e de outras parcerias público-privadas.

Por ser desenvolvida em níveis, os custos de implantação da ONA variam muito. Uma visita da equipe para qualquer organização de saúde tem custo mínimo de R\$20 por leito (mínimo de R\$1.000 ou 50 leitos) podendo ir além, dependendo do nível de complexidade do hospital, número de leitos e diversidade de serviços. Somados aos custos de transporte e acomodação dos auditores, os custos podem chegar à R\$ 30.000,00 em um hospital de médio porte, com o mesmo risco de ter que pagar novamente para uma segunda visita, caso a organização de saúde não consiga a acreditação na primeira tentativa.

Anexo 2 – O programa da Joint Comission Norte-americana

A *Joint Comission of Hospital Accreditation Organization* (JC) tem seus primórdios na pioneira iniciativa do Colégio Americano de Cirurgiões em 1910 que iniciou um processo de padronização mínima de procedimentos médicos. O Programa de Padronização de Hospitais tornou-se muito grande para ser gerenciado pela instituição que passou à JCHAO, em 1952, a ação de acreditar hospitais. Em 1953 a JCHAO lança o primeiro manual de acreditação e, em 1988, é criada a JC International (JC) com a finalidade de prestar treinamento, serviços de consultoria e acreditar instituições de saúde fora dos Estados Unidos. As primeiras incursões no Brasil foram uma certificação “classe A” para o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1946 e, no modelo recente de acreditação, para o Hospital Israelita Albert Einstein (SP) no ano de 1999.

O foco da JC é na qualidade dos resultados e na segurança dos pacientes. Entretanto, há uma grande dose de controles internos de nível técnico médico, e a avaliação das instituições de fora dos EUA é conforme os padrões processuais e estruturais nativos. Hospitais sem nenhuma experiência em qualidade e gerenciamento de processos podem variar entre 18 e 24 meses para se adequar aos moldes da JC que trabalha serviços ambulatoriais, humanização, cuidados domiciliares, cuidados intensivos, serviços laboratoriais, padrões para doenças específicas além de critérios para as equipes em si. O hospital pode ser acreditado como um todo (*International Standards for Hospitals*), ou em programas separados como laboratórios clínicos, cuidados ambulatoriais, tratamentos contínuos, serviços de transporte médico ou para tratamentos específicos, ou seja, não trata especificamente de sistema global.

A JC é uma instituição de renome internacional e com critérios rígidos, comumente usada por sistemas de saúde de diversos países para aferir um padrão mínimo de qualidade para seus segurados (no caso de viagens de turismo, expatriados etc.). O programa é revisto a cada três anos, com foco não só na gestão da segurança e da saúde, mas também na satisfação dos pacientes e de seus resultados de saúde. A acreditação da JC não avalia lucros ou resultados financeiros, mas preconiza que a instituição possua um sistema de informações contínuas. Responsabilidade social também não é um fator coberto pela JC.

Há uma única etapa na visita dos auditores da JC, que podem ser estrangeiros ou oriundos de escritórios nacionais certificados. A auditoria para um hospital pode chegar ao topo de R\$ 100.000,00 sendo que a tarifa média por hospital é de US\$ 46.000,00 além dos custos de transporte e acomodação dos auditores. A auditoria pode demorar até uma semana, na qual todos os processos são revisados por amostragem pelos padrões e todas as instalações vistoriadas conforme as definições dos manuais da JC. Caso não haja conformidade total do hospital, a acreditação não é concedida e outra visita deve ser agendada com prazos de demora de seis a nove meses repetindo todos os custos anteriores. No Brasil, a JC é representada pelo CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação), uma empresa privada com um acordo de exclusividade de representar a JC no Brasil. A preparação para a JC pode levar de 18 a 24 meses, mas revisões de prazo tem sido comuns nas instituições. Embora haja uma consultoria nacional autorizada para acreditar hospitais para auxiliar no processo de preparação (o CBA), os materiais existentes (manuais) são todos em língua inglesa e divididos por áreas e procedimentos com mais de 20 manuais disponíveis no *site* da JC.

Anexo 3 – A Acreditação Canadense

A *Accreditation Canada* (AC) foi criada depois que o *Canadian Hospital Association* desfez uma parceria com o Colégio Americano de Cirurgiões em 1959. Este instituto foi criado pelas instituições de saúde canadenses com apoio do governo e o número de hospitais acreditados pulou de 350 hospitais em 1960 para 1300 em 1990. Em 1990 o programa passou também a analisar os resultados clínicos além dos focos já existentes de avaliação da estrutura hospitalar e dos processos clínicos e gerenciais. O projeto *Achieving Improved Measurement (AIM)* é lançado em 1999 buscando, além da acreditação, o controle contínuo da qualidade do hospital através de indicadores de desempenho centrados no cliente.

As equipes de visita são formadas por médicos, enfermeiros e especialistas e trabalham em duas etapas: a autoavaliação (feita pela equipe do próprio hospital) e a avaliação conjunta destes com os examinadores, tornando a acreditação um processo de melhoria contínua. Outros pontos relevantes neste processo é a criação destes “grupos assistenciais” que se envolvem com o aprendizado e melhoria contínua da qualidade, escalas de avaliação de pontos para o melhor posicionamento da instituição quanto a sua avaliação, recomendações de risco e urgência em pontos prioritários e a participação no projeto *AIM* se apropriando dos benefícios e tecnologias do órgão canadense. A humanização e o aprendizado contínuo é, em síntese, o foco da AC para a saúde.

A AC é uma acreditação de sistema global, ou seja, com foco na gestão integrada do hospital e não se aplica a áreas ou setores específicos. É um critério de renome internacional com checagem periódica (ano-a-ano) com uma visão de assistência à instituição, em conjunto com seus times assistenciais. Além da saúde e satisfação do paciente a AC é fortemente centrada na participação e comprometimento dos funcionários, na gestão através de informações contínuas a fim de gerar melhorias na saúde dos pacientes. Como as demais acreditações, a AC não dá importância à lucros e resultados financeiros, e também não há políticas específicas de responsabilidade social. Assim como a JC, a acreditação internacional é aceita pelos órgãos públicos embora não seja especificamente recomendada, já que se trata de um padrão internacional, com literatura (manuais) em língua inglesa. A duração também pode demorar entre 18 a 36 meses devido à complexidade da padronização dos critérios de qualidade em times assistenciais.

No Brasil, a AC atua através do IQG (Instituto Qualisa de Gestão), uma empresa privada com exclusividade de representação do órgão no Brasil. Uma das condições para ser acreditada pela AC é que a instituição hospitalar já tenha algum nível de acreditação anterior como a ONA ou a JC. Isto ocorre porque as medidas de humanização e aprendizado são conceitos mais avançados, que não podem ser desenvolvidos sem uma base já existente. Os custos da AC e o tempo de preparação dependem do nível de conhecimento e implantação de qualidade do hospital mas, em média, são similares aos custos monetários e investimento de tempo da JC, e o esforço contínuo em aprender e melhorar demandam uma excelente interação do corpo médico-hospitalar junto aos gestores e demais servidores do hospital.

Anexo 4 – Tabela comparativa dos programas de avaliação da qualidade no Brasil

Características	ONA	JC	AC
<i>Nacionalidade</i>	Brasileira	Norte-americana (EUA)	Canadense
<i>Inauguração e tempo de existência no Brasil</i>	1991	1952 e presente desde 1999 no Brasil	1959 e presente desde 1995 no Brasil
<i>Categorias de certificação</i>	ONA 1 – Acreditado: estrutura e segurança; ONA 2 – Acreditado pleno: padronização, organização e controles; ONA 3 – Acreditado com excelência: Gestão da qualidade e dos resultados	Hospital; Cuidados ambulatoriais; Cuidados contínuos; Laboratório clínico; Transporte médico; Cuidados primários; Certificação do programa de cuidados clínicos	Acreditação é dada ao hospital como um sistema único, com foco em gestão de equipes de trabalho integradas entre as áreas
<i>Duração</i>	De 2 anos (ONA 1 e 2) a 3 anos (ONA 3) mas com revisões quando demandado pelo Ministério da Saúde	3 anos, com revisão marcada 6 meses antes do término do período para re-acreditação	Revisão anual e acompanhamento da AC através de um processo consultivo com os times de trabalho
<i>Tempo de preparação</i>	Pode variar entre 6 a 18 meses, dependendo do nível buscado	Pode variar de 18 a 24 meses, tempo sugerido como realístico pela JC	Pode variar de 18 a 36 meses
<i>Taxas</i>	Mínimo de R\$1000 (R\$ 20/leito)	Média de US\$ 46000	Não divulgado; média estimada similar a JC
<i>Custos com auditores</i>	Por conta da empresa, auditores nacionais de outras UFs (previsão: R\$5000 a R\$10000)	Por conta da empresa, auditores internacionais (previsão: R\$20000 a R\$30000)	Por conta da empresa, auditores internacionais (previsão: R\$20000 a R\$30000)
<i>Certificados no Brasil</i>	141 hospitais – 41 em ONA 1, 50 em ONA 2 e 50 em ONA 3.	15 hospitais	7 hospitais

Tabela 2: Quadro comparativo dos programas de avaliação da qualidade no Brasil.

Fonte: elaborado pelos autores

Hospital das Clínicas de Niterói: Escolha da Acreditação

Notas de ensino

1. Resumo

O Hospital das Clínicas de Niterói (HCN) é uma organização de saúde de alta complexidade que atende a região do leste Fluminense do estado do Rio de Janeiro desde sua fundação em 1994. Em meados de 2003 os dirigentes do hospital começaram a profissionalização da gestão através da implantação de uma série de iniciativas relacionadas com a melhoria da qualidade. Tendo adquirido a capacidade de executar vários procedimentos de ponta, havia a necessidade de formalizar o processo de melhoria contínua através de uma acreditação hospitalar com foco na segurança e cuidado do paciente. Com três diferentes modelos para escolher, a direção deve decidir que agência credenciadora melhor se adéqua à sua realidade. Não somente devem ser levados em conta os recursos estruturais e humanos, mas também as características da equipe, sua interação e a filosofia do hospital.

2. Objetivos de ensino

O caso foi escrito com o objetivo de discutir os critérios de escolha de uma opção de programa de qualidade em saúde com foco específico em acreditação hospitalar. Como objetivos secundários estão a apresentação dos principais programas de acreditação no Brasil, e a tomada de decisão baseada não só nas capacidades e recursos estruturais mas também nas características humanas dos profissionais no ambiente de saúde. Disciplinas de gestão de qualidade, gestão de saúde e tomada de decisão podem se aproveitar deste caso. As duas primeiras podem usar diretamente os dados e conceitos envolvidos de qualidade enquanto a última pode trabalhar o processo decisório envolvendo tanto aspectos tangíveis (recursos) quanto intangíveis (cultura, motivação e barreiras pessoais e profissionais). Este caso pode ser usado em cursos de pós *lato sensu* ou *stricto sensu*, neste caso em complemento com leituras de artigos sobre qualidade, gestão da qualidade e tomada de decisão.

3. Questões de preparação

As questões abaixo servem para colocar em linha sequencial o raciocínio decisório a fim de se chegar às definições de escolha da agência acreditadora:

- 1) Quais são as razões pelas quais o HCN busca a acreditação?
- 2) Frente ao descrito no caso, em consonância com a sua filosofia, quais seriam os fatores demandantes de melhorias e quais já estariam “prontos” para uma ação acreditatória?
- 3) Considerando os objetivos e as características do HCN, quais são as vantagens e desvantagens de cada uma das agências acreditatórias selecionadas?
- 4) Defina uma escolha para o HCN e justifique o porquê de sua escolha. Quais seriam os itens a serem trabalhados no HCN a fim de estar mais preparado para a visita da instituição acreditadora?

4. Breve fundamentação teórica

4.1 Avaliação de qualidade em serviços médicos

A avaliação de qualidade em serviços médicos tem como artigo seminal o texto de Donabedian que ressalta que a qualidade não é somente medida em resultados, mas também em eficiência nos processos e no ambiente (DONABEDIAN, 1966). Dentro de qualquer escopo de avaliação de qualidade, é necessária a obtenção de informações que podem ser adquiridas pelos relatórios clínicos, o que torna relevante que os profissionais médico-hospitalares façam a correta e completa anotação de todas as informações concernentes ao estado anterior de saúde do paciente, o tratamento executado e posteriores melhorias ou

sintomas. Outros métodos de mensurar a qualidade seriam a observação direta do paciente, análise das opiniões e comportamentos dos agentes na relação clínica. (Donabedian, 1966; Reis *et al.*, 1990)

Há também a noção do impacto referente aos métodos de seleção e amostragem dos sujeitos ou objetos para averiguação da qualidade, do tipo de averiguação (empírica ou normativa), das escalas usadas na mensuração da qualidade (semânticas ou conceituais), e na consequente confiabilidade e viabilidade do uso destes critérios na mensuração. Em síntese, a avaliação da qualidade engloba três construtos: a estrutura operacional (equipamentos, pessoas, etc.), os processos (médicos e/ou administrativos) e os resultados clínicos obtidos. Malik & Schiesari (2002) sintetizam a qualidade descrita por Donabedian em seus sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1994 apud Malik & Schiesari, 2002).

4.2 Acreditação hospitalar

Segundo Feldman, Gatto e Cunha (2005), “Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementação.”

A literatura de qualidade em saúde assume que há uma relação direta entre a gestão da capacidade hospitalar e o desempenho de custo e qualidade (Li & Benton, 2003). O processo de acreditação entra como uma estratégia externa de avaliação de qualidade (suportada por agentes externos à organização). Segundo Novaes (2001), no Brasil há mais de 65% dos hospitais com até 70 leitos, e estes não suportariam uma avaliação de qualidade dadas as demandas financeiras e infraestruturais inerentes ao processo de acreditação. Neste escopo, os processos acreditam o hospital como um todo e não as atividades isoladamente visto que o hospital é tido como uma unidade integrada onde o desempenho ruim de uma instância interfere em todo o sistema (Novaes, 2001; p. 241-242).

Como pontos focais para se implementar de maneira bem sucedida um programa de acreditação, Donabedian (1996) declara a necessidade de se agregar fatores contextuais e operacionais. Os fatores contextuais são: 1) uma cultura de qualidade, desenvolvida através da liderança comprometida e 2) o patrocínio através de uma organização formal. Como fatores operacionais, são listados (1) a necessidade legítima e explícita de melhoria de desempenho, (2) a possibilidade de que algo seja realmente feito para suprir esta necessidade, (3) que o que seja feito seja a coisa certa feita da maneira certa e que (4) haja resultados úteis e demonstráveis livres de consequências danosas e imprevistas.

4.3 Critérios de escolha de uma instituição acreditadora

Os critérios de escolha de acreditação mais comuns foram consolidados por Sangüesa *et al.* (2007) e estão resumidos e explicados na tabela abaixo:

Critério	Explicação do critério de escolha
01. Implementação em área específica	A possibilidade de ser implementada por áreas separadamente.
02. Sistema global	A possibilidade de gerir o hospital como um sistema integrado.
03. Avaliação independente	A noção de que avaliações por terceiros é mais objetiva e

	idônea.
04. Checagem periódica do hospital	A possibilidade de haver uma avaliação contínua de qualidade.
05. Solucionar problemas de saúde	A busca pelo aprimoramento dos problemas de saúde (resultados).
06. Melhorar a satisfação do paciente	Melhorar a satisfação dos pacientes quanto ao tratamento.
07. Lograr o comprometimento dos funcionários	A possibilidade de gerar mais comprometimento dos funcionários.
08. Reconhecimento internacional	A acreditação permite reconhecimento de padrão internacional.
09. Resultados financeiros	Importância dada pela acreditação aos resultados financeiros.
10. Melhorar os resultados de saúde	Definição de critérios específicos para melhorias de desempenho.
11. Ter informações contínuas	Uso de análises contínuas, auditorias e autoavaliação.
12. Responsabilidade social	A articulação de critérios de responsabilidade social na instituição.
13. Lucros esperados	Importância da avaliação do retorno econômico da acreditação.
14. Duração da implementação	Tempo necessário para se implementar e aferir resultados.
15. Recomendações de órgãos públicos	A recomendação pública sobre um critério específico.
16. Língua e contexto específicos	Adequações ao linguajar dos profissionais de medicina.

Tabela 3: Critérios para escolha de processo de acreditação

Fonte: Adaptado, pelos autores do caso, a partir de Sangüesa et al. (2007; p. 615-619)

Sangüesa et al. (2007) desenvolveram pesquisa sobre os critérios acima em hospitais espanhóis. Dos 16 itens investigados, os quatro mais frequentes foram a gestão do sistema global, o comprometimento dos funcionários, a capacidade de gerar informação contínua e de melhorar os resultados dos tratamentos de saúde nesta ordem de importância. Os quatro menos citados foram os resultados financeiros, os lucros esperados, o critério de responsabilidade social e a duração da implantação, nesta ordem. Foram comparados três modelos de qualidade: a acreditação pela *Joint Commission*, o modelo de qualidade da EFQM (*European Foundation for Quality Development*) e as Normas ISO9000.

5. Análise do caso

Uma forma de analisar o caso seria procurando discutir as questões de preparação apresentadas no item 3 destas Notas de Ensino.

1) Quais são as razões pelas quais o HCN busca a acreditação?

Vemos que o HCN buscou desde o início de suas ações de qualidade evitar aumentos de custos e manter elevados padrões de qualidade. (pag. 3). Sua filosofia alinha medicina de ponta, humanização do tratamento, alto nível de hotelaria e melhorias arquitetônicas e ambientais, todos baseados em funcionários constantemente treinados (pag. 3). A instituição reconhece que um dos empecilhos para a rápida disseminação de uma cultura de qualidade no

hospital é o corpo funcional misto (pag. 4), com diferentes demandas, e que deve ser gerenciado de maneira que possam contribuir uniformemente com a melhoria da qualidade.

Logo, uma das principais razões da busca pela acreditação é “manter o trem no trilho” (pag. 5), passando de uma melhoria de gestão (já executada) para uma melhoria de processos que levem à consecução da filosofia do hospital, envolvendo todos os agentes a fim de uniformizar a qualidade com um padrão que diminua a variabilidade existente nos procedimentos e, ao mesmo tempo, motive as equipes funcionais que gerenciam o dia-a-dia do hospital.

Em síntese, ao colocar em ordem os principais motivadores de um programa de qualidade (pag. 5), podemos colocar em primeiro lugar a criação de uma filosofia de avaliação e mensuração da qualidade, seguida pela melhoria dos processos. O reconhecimento do hospital no mercado e as pressões competitivas não são tão relevantes para o HCN, vendo a possibilidade de se tornar uma referência de qualidade em atendimento como razão mais relevante para a manutenção de sua filosofia e consecução de seus objetivos.

2) Frente ao descrito no caso, e em consonância com a sua filosofia, quais seriam os fatores demandantes de melhorias e quais já estariam “prontos” para uma ação acreditatória?

Conforme apresentado na página 3 do caso, a filosofia do HCN é “conciliar, de forma harmoniosa, uma medicina de ponta com diversos recursos e terapêuticas de alta tecnologia, serviços de hotelaria primorosos, projetos de humanização do ambiente hospitalar, treinamento e reciclagem permanente de seus recursos humanos. Tudo isso objetivando o aperfeiçoamento e a garantia constante na qualidade dos serviços oferecidos à população de Niterói e arredores.” Analisando tópico a tópico, o HCN alcançou praticamente todos os quesitos descritos em sua filosofia.

A execução de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade (transplantes) em ambientes com alta tecnologia (barreira de ar na sala de cirurgia, por exemplo) é comum no hospital. Sistemas de diagnóstico de ponta se harmonizam com ações de humanização para gestantes, crianças e familiares. Um centro de lazer e outro de treinamento existem para dar qualidade de trabalho aos funcionários médicos e gerar aprimoramento contínuo na equipe. (tabela 1, pag. 2 e 3) A opção de trabalhar com um sistema de controle de qualidade e planejamento estratégico conjunto (o PNQ) demonstra que o hospital tem experiência adquirida e prática de gestão de processos e foco em resultados.

A infraestrutura declarada mostra que, em casos de processos mais complexos de acreditação, o HCN poderia executar esta migração com certa facilidade (tabela 1, pag. 2), mesmo que esta demande algum tempo e dispêndio de capital (nos casos mais caros e complexos como a JC e a AC). O caso descreve mais desafios na gestão da equipe médica e de enfermagem (geração de comprometimento e criação de uma política de qualidade) do que na estruturação física e processual. Neste caso, a estrutura demonstra menos necessidade de adaptação do que os processos médicos (executados pelos médicos e enfermeiros) que, em consequência, geram impactos nos resultados clínicos e processuais.

3) Considerando os objetivos e as características do HCN, quais são as vantagens e desvantagens de cada uma das agências acreditatórias selecionadas?

Para avaliar esta questão, sugere-se ao professor a elaboração de uma tabela como a apresentada abaixo. Nas primeiras três colunas podem ser definidas a relevância do critério para o HCN (total, média, nenhuma) e nas outras três colunas, uma escala ordinal para cada acreditação, variando de 1 (menos adequado) a 3 (mais adequado). A idéia da tabela é gerar uma discussão e não há respostas certas para seu preenchimento, sendo os índices abaixo uma

simples sugestão, baseada nas informações do caso, e, principalmente nas características das três alternativas de acreditação apresentadas nos anexos do caso.

Crítérios para escolha da entidade acreditadora	Relevância total	Relevância média	Nenhuma relevância	ONA	Joint Comission	Accreditati on Canada
01. Implementação em área específica			X	1	3	1
02. Sistema global		X		1	2	3
03. Avaliação independente	X			3	3	3
04. Checagem periódica do hospital	X			2	2	3
05. Solucionar problemas de saúde	X			3	3	3
06. Melhorar a satisfação do paciente	X			2	2	3
07. Lograr o comprometimento dos funcionários	X			2	1	3
08. Reconhecimento internacional			X	1	3	2
09. Resultados financeiros		X		1	1	1
10. Melhorar os resultados de saúde	X			3	3	3
11. Ter informações contínuas		X		1	1	3
12. Responsabilidade social			X	1	1	1
13. Lucros esperados			X	1	1	1
14. Duração da implementação	X			3	2	1
15. Recomendações de órgãos públicos			X	1	1	1
16. Língua e contexto específicos	X			3	2	1

Avaliando os critérios mais relevantes sob a ótica do HCN (3, 4, 5, 6, 7, 10, 14 e 16, marcados em destaque), há uma leve preponderância da AC sobre a ONA. Todavia, este critério ordinal não dá noção da relevância comparativa entre os critérios. Nesta fase, busca-se que os alunos discutam a relevância entre os atributos, ou seja, quais dos critérios acima são mais relevantes entre os relevantes. A duração da implementação (pag. 4) e o contexto sociocultural dos funcionários, refletindo na dificuldade de entender manuais em inglês (pag. 2 e anexos 2 e 3) são base (critérios qualificadores) para o sucesso da implementação, ou seja, sem levar em conta estes fatores, há o risco de que uma tentativa de implantação seja mal sucedida.

Em segundo lugar, podemos ressaltar que o envolvimento dos funcionários e a satisfação do paciente são critérios que tem consonância com a filosofia do HCN; logo podem ser entendidos como ganhadores de pedido. Embora seja controversa a aplicação de um “peso” aos atributos (uma nota em escala ordinal, por exemplo), este exercício pode ser feito

no quadro a fim de gerar um debate sobre os critérios possíveis de avaliação destes atributos e do “peso relativo” que cada um teria para o HCN. Ressaltamos, entretanto, que a elaboração da tabela acima não representa uma análise “científica” da informação disponibilizada no caso. Serve apenas para tornar um pouco mais esquemática a discussão do caso.

4) Defina uma escolha para o HCN e justifique o porquê de sua escolha. Quais seriam os itens a serem trabalhados no HCN a fim de estar mais preparado para a visita da instituição acreditadora?

A meta do HCN não é reconhecimento internacional, mas a criação de engajamento e trabalho conjunto dos colaboradores, o que é o ponto focal da AC. Uma escolha de ONA, melhorando nível por nível, é justificada pela necessidade declarada de gerar “*pit stops*” e motivar a equipe para uma vitória de cada vez. Em nenhum momento o caso trata da dificuldade financeira, embora o quesito tempo seja uma variável relevante. Outro ponto é que a ONA acompanha as demandas legais do Ministério e da Anvisa e, portanto, a sua escolha é justificável e de baixo custo. Dos três critérios de avaliação da qualidade a ONA é o mais barato. Embora seja complexo e mais arriscado, a AC trabalha as noções envolvendo os “trabalhos em equipe” e a interação. Utilizando as respostas retiradas da tabela na questão 3 os estudantes podem chegar à opções que devam validar e defender em sala de aula. Esta é uma ótima oportunidade para capacitar os estudantes em debate através da defesa dos pontos existentes no caso, durante a plenária.

6. Abordagem de ensino

O caso foi redigido para que os alunos, através dos dados do HCN e das características dos sistemas de acreditação colocados, cheguem a uma tomada de decisão, baseada não só em dados concretos como em uma análise crítica dos fatores subjetivos na gestão de pessoas em qualidade hospitalar. Uma leitura prévia do caso acompanhado de uma sessão de pequenos grupos (de duração não maior que 30 minutos) pode ser conduzida, mas o caso poderia ser colocado diretamente em uma sessão plenária, caso o tempo seja exíguo. A leitura prévia de textos sobre qualidade não é obrigatória, mas os artigos de Donabedian (1966) e Sangüesa *et al.* (2007) seriam leituras extraclasse recomendadas. Uma sequência sugerida de condução da aula, através de uma ordenação de um *board plan* poderia incluir:

a) Listar as características do HCN em uma coluna e, uma vez terminado este levantamento, pedir que os alunos, numa 2ª coluna classifiquem as características como Estruturais, Processuais ou de Gestão e Resultados.

b) Após esta listagem, colocar em outra coluna, as características dos sistemas de acreditação. Estas características podem ser listadas sem ordem, mas é importante que haja espaço suficiente entre as duas colunas para que se escreva mais entre elas;

c) Caso a leitura de Sangüessa *et al.* seja recomendada como leitura prévia, pode-se pedir que os alunos definam os critérios de escolha de uma opção de programa de qualidade em saúde com foco específico em acreditação hospitalar e listá-los no meio, entre as duas colunas anteriores. Outra opção é fornecer aos alunos o quadro da questão 3 não preenchido para que os alunos possam preenchê-lo nas discussões de pequeno grupo;

d) O professor pode fazer setas relacionais entre os fatores de escolha e as creditações e, depois, levar a uma discussão sobre quais sistemas tem mais relações com as características de escolha. Outra possível condução de quadro seria usar, de passo-a-passo, o quadro de escolha que consta na questão três e discuti-lo em sala de aula;

e) O caso deve fechar com a idéia de que há inúmeros *trade-offs* na escolha entre as alternativas. No final, a informação da decisão pode ser informada aos discentes. A direção do HCN escolheu por candidatar-se ao ONA 1, embora alguns de seus serviços já tivessem

padrão para ONA 2 (mesmo que não o obtivessem). De fato, os auditores descreveram sete setores do Hospital aptos para ONA 2. No novo plano de qualidade do HCN a decisão, tomada em setembro de 2009, gerou ações que culminaram na acreditação em nível 1 em abril de 2010. Os próximos passos definidos de seu plano foram alcançar o nível 2 em Abril de 2011, o nível 3 em Maio de 2012 e a AC em Setembro de 2012.

7. Referências bibliográficas e sites consultados

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

_____. The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*, v. 18, n. 2, p.213-9, 2005.

LI, L.; BENTON, W.C. Hospital capacity management decisions: emphasis on cost control and quality enhancement. *European Journal of Operational Research*, v. 146, n.3, p. 596-614, 2003.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Editora Petrópolis, 2002. 140 p.

NOVAES, H. Hospital accreditation in developing countries. In AL-ASSAF, A.F. *Health care quality: an international perspective*. WHO, 2001. p. 272

REIS, E.J.B.F. *et al.*. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

SANGUESA, M.; MATEO, R.; ILZARBE, L. How hospitals choose a quality management system: relevant criteria in large Spanish hospitals. *Total Quality Management*, v. 18, n. 6, p. 613-630, 2007.

Accreditation Canada – site: www.accreditation.ca acessado em 20 de setembro de 2010;

Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA acessado em dezembro de 2010 pela URL:

Instituto Qualisa de Gestão – IQG acessado em dezembro de 2010 pela URL: <http://www.iqg.com.br/index.php>.

Joint Commission International acessado em outubro de 2010 pela URL: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/>.

Organização Nacional de Acreditação – ONA, acessado em 20 de setembro de 2010 pela URL: <https://www.ona.org.br/Inicial>.

ⁱ *Day Clinic* é “um tipo de atendimento que envolve uma unidade especialmente preparada para repouso do paciente, administração de medicamentos de alta complexidade e realização de pequenos procedimentos, com a estrutura de um pequeno hospital, porém dispensando a internação, uma vez que a entrada e a alta ocorrem no mesmo dia”. (disponível em <http://www.oncomedoncologia.com.br/web/pacientes/dayclinic.html>).

ⁱⁱ Filosofia do HCN, fonte: www.hcniteroi.com.br, 05/10/2010

ⁱⁱⁱ Antecedentes clínicos, história clínica; informações sobre características, início e evolução das queixas (atuais) do doente que o médico questiona durante a entrevista. (disponível em www.myeloma-euronet.org/pt/multiple-myeloma/glossary.php)