

DIEGO LANZA DE OLIVEIRA

A busca pela excelência da qualidade em Hospitais: Um estudo do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (Pro-Hosp) sob a ótica da Acreditação

Belo Horizonte

Junho de 2008

DIEGO LANZA DE OLIVEIRA

A busca pela excelência da qualidade em Hospitais: Um estudo do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (Pro- Hosp) sob a ótica da Acreditação

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para aprovação no XIV Curso Superior de Administração Pública, desenvolvida na Superintendência de Atenção à Saúde SES/MG, sob orientação da professora Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci, professora da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro.

Belo Horizonte

junho de 2008

Dedico esta monografia a todos que em algum momento estiveram presentes para me auxiliar e apoiar na árdua jornada de construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a ajuda e paciência empreendida por minha orientadora Telma Menicucci durante um curto espaço de tempo para construção da monografia.

Agradeço à minha família, por estar presente em todos os momentos conturbados de minha vida, e por sempre me dar apoio incondicional.

Agradeço à minha supervisora de estágio, Marilene Fabri, pela oportunidade de aprendizado dentro da Secretaria e pelas dicas que nortearam a construção dessa monografia. Ao Tiago, ao Bruno ao Allisson, pelas diversas conversas, sempre tirando minhas dúvidas e me dando toques para melhorar a monografia. Agradeço, à Marisa, Juliana, Marilac por todo apoio e paciência de ensinar. E Agradeço à Lismar. Sem todo material fornecido, bem como todas as conversas que tivemos essa monografia não teria sido concluída.

Agradeço a Renatinha por todas as noites e dias de estudo despendido e pela ajudas na maioria das provas.Sua amizade durante todo o curso foi uma das coisas que me auxiliaram a terminar essa graduação.

Ao Cris, Papai, por todo apoio e auxilio na formatação deste trabalho.

Aos Carcarás, amigos de verdade, que durante todo curso forneceram momentos de divertimento indescritíveis, inclusive durante o período da monografia

Agradeço à Maria Isabel, pela amizade e por toda lição de profissionalismo transmitido.

Agradeço, também, a mim.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro” Fernando Sabino

Árbitro e soberano artífice de mim mesmo.
(Pico della Mirandola)

“Eu sou é eu mesmo. Divêrjo de todo mundo. Eu quase que nada sei, mas desconfio de muita coisa” João Guimarães Rosa.

RESUMO

A gestão da qualidade em saúde, vem ao longo do tempo se mostrando um importante instrumento para otimização dos processos dentro de organizações hospitalares. Seguindo pela mesma ótica, a acreditação objetiva fornecer uma certificação aos estabelecimentos de saúde, considerando critérios previamente definidos como aceitáveis. Assim, o presente trabalho buscou utilizar os preceitos abordados pela Acreditação para analisar o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais (Pro-Hosp). Assim, após uma abordagem de todos os conceitos necessários para análise, correlacionou-se as metas e compromissos pactuados no instrumento de avaliação do Programa com os três níveis de acreditação abordados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), de modo a analisar a evolução do Plano de Ajustes e Metas.

Palavras-chaves: Gestão da Qualidade, Acreditação, Pro-Hosp, Organização Nacional de Acreditação, Plano de Ajustes e Metas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIM	Accreditation Information Manual
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CCHCA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
ESP/MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
GRS	Gerência Regional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JCACHO	Joint Commission on Accreditation of hospital organizations
MS	Ministério da Saúde
PAM	Plano de Ajustes e Metas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PPI	Programação Pactuada Integrada
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TOC	Termos de Obrigações a Cumprir

DIEGO LANZA DE OLIVEIRA

A BUSCA PELA EXCELÊNCIA DA QUALIDADE EM HOSPITAIS: UM ESTUDO DO
PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS
HOSPITAIS – PRO HOSP – SOB A ÓTICA DA ACREDITAÇÃO

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para aprovação no XIV Curso Superior de Administração Pública, desenvolvida na Superintendência de Atenção à Saúde SES/MG, sob orientação da professora Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci, professora da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro..

Banca Examinadora:

Telma Maria Gonçalves Menicucci

Fátima Fortes

Marilene Fabri Lima

Belo Horizonte, 12 de junho de 2008

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E A ACREDITAÇÃO	13
2.1 Gestão da qualidade em saúde.....	13
2.2 O processo de acreditação.....	16
2.2.1 Conceito	16
2.2.2 Experiências internacionais	18
2.2.2.1 estados unidos – <i>joint commision on accreditation of hospital organizations</i> –jchao (comissão conjunta para acreditação de organizações hospitalares)	18
2.2.2.2 Canadá – Canadian Council on Health Services Accreditation- CCHSA.....	21
2.2.3 Processo de acreditação brasileira.....	23
2.2.3.1 Antecedentes da acreditação	23
3. PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS – PRO-HOSP	30
3.1 Caracterização do programa	30
3.2 A evolução do instrumento de avaliação do Pro-Hosp e sua correlação com os níveis de acreditação da ona.....	39
3.2.1 O instrumento de avaliação e as os mecanismos de qualidade do programa.....	39
3.2.2 A condução atual do pro-hosp	48
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1 INTRODUÇÃO

É notório que a rede hospitalar de Minas Gerais, assim como as de outros estados, enfrenta graves críticas com relação à assistência prestada. Profissionais mal remunerados, ou até mesmo com salários atrasados, a existência de “erros médicos”, morosidade dos processos, inexistência de uma gestão profissionalizada, podem ser considerados como alguns dos problemas apresentados pelos hospitais.

É diante deste contexto que a busca contínua pela qualidade dos serviços prestados torna-se um elemento preponderante e diferenciador tanto no processo de assistência ao usuário quanto de otimização da própria gestão do hospital. Desse modo, quando a teoria da gestão da qualidade é internalizada na instituição, busca-se uma melhor alocação de recursos, criação de sistemas de informação confiáveis, criação de indicadores de resultado e desempenho, e profissionalização constante do seu corpo funcional.

No Brasil, observa-se que a partir da década de 90 surgem movimentos que visam a utilização de sistemas de gestão da qualidade e a partir desses surge, em 1995, o Programa Brasileiro de Acreditação. Criado pelo Ministério da Saúde, este buscava avaliar a qualidade da estrutura física, a gestão, e a qualidade da assistência prestada. Como continuidade desse programa é criada, no ano de 2002, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que visa uma avaliação externa das instituições de saúde, baseada em instrumentos de avaliação específicos para a área hospitalar.

É necessário destacar que se preconiza, pois, uma avaliação externa do hospital em detrimento da interna. A avaliação interna deve ser utilizada como uma forma de aprendizagem para os profissionais, de modo que estes venham a apresentar as oportunidades de melhoria para instituição. Cria-se, portanto, uma cultura que visa uma melhoria contínua.

Contudo como apresentado por RODRIGUES (apud Kotaka 1997, p.17), a avaliação interna possui certa importância, mas deve-se considerar que, em esta é uma mensuração de opiniões diante de situações, expectativas e valores culturais diversos.

Assim, a utilização de uma avaliação realizada por uma entidade externa e voluntária se mostra mais eficiente, uma vez que inexistem interesses nos resultados da avaliação por parte

do avaliador e há uma padronização dos critérios estabelecidos. Estes critérios encontram-se definidos no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA e pautam-se em procedimentos rigorosos para coleta de dados, a fim de se obter um resultado ético, imparcial e padronizado.

No âmbito Regional de Minas Gerais, observa-se a criação, pelo atual governo, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais, o qual pretende, dentre outras medidas, melhorar a assistência ao usuário da Rede SUS. Assim, são definidos os hospitais de referência dos municípios pólos macro e microrregionais e busca-se uma melhoria da qualidade destes, por meio de ações em quatro áreas: segurança/assistência, processos, resultados e gestão.

Ressalta-se que apesar de ser um programa voltado para melhoria da qualidade, em sua criação não foi proposto como meta a adoção dos padrões preconizados pela ONA, nem que os hospitais viessem a ser acreditados. Contudo, na sua evolução, pode-se perceber uma aproximação gradual aos princípios da acreditação.

Assim, o objetivo geral do presente trabalho é analisar a evolução do programa, de modo a verificar se as metas e seus instrumentos de avaliação podem ser contrapostos ao modelo de acreditação adotado pela Organização Nacional de Acreditação. Para tanto se buscou: analisar o desenho do Plano de Ajustes e Metas (PAM) - instrumento de avaliação do Pro Hosp- de modo a verificar se este evolui para uma abordagem direcionada à qualidade e à acreditação; verificar o quantitativo de hospitais que já pactuam a busca pela acreditação; e as medidas adotadas pelo que condizem com um gestão voltada para acreditação. Em suma, busca-se uma comprovação de que o Pro Hosp pode ser considerado como um indutor inicial para um processo de acreditação.

Como unidade de análise foi definidos os hospitais participantes do Pro Hosp, referentes ao pólo macrorregional. Analisou-se, pois, todos os PAMs desde a primeira competência do Pro-Hosp (2003), de forma a analisar a evolução das metas do programa. Já as fontes de pesquisas utilizadas para concretização do projeto foram uma revisão bibliográfica e documental, análise dos Planos de Ajustes e Metas do módulo macro, e entrevistas com toda a equipe do Pro Hosp. Ressalta-se que não foi utilizado um roteiro de entrevista padrão, mas sim, conversas em tom informal, de modo a obter melhores informações acerca do modelo conduzido pelo Pro Hosp, desde sua criação. Tais “entrevistas” possuíram um caráter amplamente informativo, uma vez que alguns documentos referentes à primeira competência

do Pro Hosp não foram encontrados. Fato este que pode ser considerado como uma dificuldade para o pesquisador.

Esta monografia foi dividida em quatro capítulos, incluindo esta introdução. No segundo possui como foco a apresentação da Teoria da Gestão da Qualidade, além de dissertar sobre a acreditação, relatando as experiências internacionais, o modelo adotado no Brasil e contextualizando a Organização Nacional de Acreditação. No terceiro capítulo é feita uma caracterização do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais, e no fim deste capítulo é realizado uma análise do Programa perante a ótica da Acreditação. Por fim, os quinto capítulo descreve as considerações finais obtidas pelo pesquisador, apresentando os resultados apreciados.

2 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E A ACREDITAÇÃO

Este capítulo busca realizar uma abordagem acerca da gestão da qualidade, para então ser tratado à questão da acreditação. Fez-se, portanto, uma conceituação da acreditação particularidades, além de uma rápida contextualização de como o tema vem sendo aplicado no Brasil. Pretende-se, pois, utilizar tal abordagem, como suporte teórico para parte analítica do trabalho, no qual se pretende verificar uma correspondência entre a acreditação e o formato atual do instrumento de avaliação do Pro Hosp.

2.1 Gestão da qualidade em saúde

Antes de explicitarmos todos as questões relacionadas à acreditação, é importante proceder um estudo acerca da política da gestão da qualidade, que pode ser vista como a teoria precursora deste conceito. Assim, esta seção busca elucidar a política de gestão da Qualidade, bem como explicitar a relação que esta vem a possuir como Sistema de acreditação.

O conceito de qualidade para Donabedian(1980, p.97) 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". Além disso, este autor preconiza que para que haja uma avaliação da qualidade, esta deverá ser pautada no tripé: estrutura, processo e resultado, conforme descrito a seguir:

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 (DONABEDIAN,1980).

Cabe enfatizar que todo o estudo deste autor foi pautado em reflexões acerca do cuidado da saúde prestado de forma individual e inserido em um contexto de busca incessante pela

qualidade. Era, portanto, necessário um monitoramento clínico, para somente então realizar um avaliação da qualidade.

No ano de 1990, é importante mencionar que Donabedian, amplia seu conceito da qualidade, evoluindo para o então chamado, sete pilares da qualidade. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

EFICÁCIA: capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais

da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQÜIDADE – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.(DONABEDIAN,1994)

Além disso, segundo PALMER, DONNABEDIAN e POVAR (1991) todos os esforços que visem a identificação e a resolução de problemas estão relacionados à garantia da qualidade. Assim, o modelo de gestão da qualidade está fundado numa modificação de comportamento dos profissionais e de processos de modo a torná-los cada vez apropriados e aceitáveis para o usuário e com redução de custos para instituição.

Outros conceitos também devem ser ressaltados, como o apresentado por Taublib :

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 (2000, p.100)

Segundo Campos a questão de gestão da qualidade:

É um sistema gerencial que parte do reconhecimento das necessidades das pessoas e estabelece padrões para o atendimento dessas necessidades, mantém os padrões que atendem as necessidades das pessoas de forma a realizar uma melhora contínua a partir da visão estratégica e abordagem humanística. (2000, p.87)

Ressalta-se que quando o conceito de qualidade está relacionado ao âmbito da saúde, o cliente (usuário) estará diretamente relacionado no processo de produção e virá a interferir diretamente na qualidade do resultado. Este pode ser tido como uma consonância entre a individualidade do paciente e a sabedoria do profissional.

Ademais, é importante colocar que uma das principais razões para que haja um processo de acreditação é o fornecimento de dados sobre o status da qualidade. Estes dados serão responsáveis pela tomada de decisão por gerentes, médicos, usuários, quando for necessária a implementação de uma política pública

Assim, tanto a acreditação, quanto o próprio processo de construção de uma política de Gestão da Qualidade, tem como foco o cliente, mas com uma preocupação que transcende a satisfação destes. Busca-se acima de tudo, a garantia de qualidade de processos e resultados, atrelados aos princípios de segurança. Portanto, uma maximização da qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, segundo Fortes (2007, p.31), “localmente, a acreditação poderia ser o lado prático da questão global da qualidade, conferindo às unidades de saúde a possibilidade do incremento de performance e a transformação dos sistemas de saúde nos contextos nacionais”.

Ainda segundo Fortes (2007, p.31), a metodologia passa a ser um desdobramento do movimento que busca a qualidade. Assim, quando tratamos do conceito de acreditação, estamos abordando simultaneamente, a gestão da qualidade a qual condicionou ao longo dos anos a definição de padrões e diretrizes como adequados.

2.2 O Processo de Acreditação

2.2.1 Conceito

Para definir o conceito de acreditação, é necessário, inicialmente diferenciá-lo de outras duas definições: Licenciamento e certificação.

Segundo Anne L . Rooney:

Certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados. Apesar de os termos acreditação e certificação serem comumente usados como sinônimos, a acreditação normalmente se aplica a instituições, enquanto que a certificação se aplica a profissionais individuais e a instituições. Quando conferida a profissionais individuais, a certificação normalmente implica que esse profissional recebeu instrução e treinamento adicionais e demonstrou competência em uma especialidade além dos requisitos mínimos para licenciamento. Um exemplo de processo de certificação é um médico que recebe a certificação para a prática de obstetrícia de um conselho profissional especializado. Quando aplicada a uma instituição, ou setor de uma instituição, como um laboratório, a certificação normalmente implica que a instituição dispõe de serviços adicionais, tecnologia ou capacidade além daquelas encontradas em instituições semelhantes. (1999, p.31):

Já licenciamento é definido como:

Um processo pelo qual uma autoridade governamental dá permissão a um profissional individual ou instituição de saúde para operar ou para se dedicar a uma ocupação ou profissão. As normas para o licenciamento são geralmente estabelecidas de forma a garantir que uma instituição ou indivíduo atendam a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população. O licenciamento de profissionais individuais é normalmente conferido após algum tipo de exame ou comprovação de formação e pode ser renovado periodicamente pagando-se uma taxa e/ou comprovando-se algum tipo de educação continuada ou competência profissional. O licenciamento a instituições é conferido após uma inspeção in loco para determinar se um mínimo de padrões de saúde e segurança foi atendido. A manutenção do

licenciamento é uma exigência permanente para que a instituição de saúde continue a funcionar e a cuidar de pacientes.(ROONEY,1999, p.31):

Por último ressalta-se, o diversos conceitos que tratam da acreditação:

Acreditação é definido como um sistema externo de avaliação no qual os serviços de saúde são submetidos, com vistas a verificar a adesão destes a um conjunto de padrões pré-estabelecidos. Está relacionado à qualidade da assistência prestada, uma vez que se fundamenta no princípio de que o hospital deve ser um ambiente seguro tanto para os profissionais quanto para os pacientes (Scrivens, 1995). Tal processo é em sua maioria voluntário, e não decorre de imposição legal ou regulamentar (Rooney e Van Ostemberg, 1999).

Vale a pena ressaltar também, o conceito definido pela Portaria 356, de 22 de fevereiro de 2002 – Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul.

“Acreditação, é um procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, voluntário, periódica e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência integral, por meio de padrões previamente aceitos. Acreditação pressupõe avaliação da estrutura, de processos e resultados, e o estabelecimento será acreditado quando a disposição e organização dos recursos e atividades conformem um processo cujo resultado final é uma assistência à saúde de qualidade.”

O conceito de acreditação para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) é de que esta é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por intermédio de padrões previamente aceitos (Novaes &Paganini, 1992).

Já o Ministério da Saúde define acreditação como “o método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais,expressando-se pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos”

No presente trabalho, adotar-se-á a definição de acreditação considerada pela Organização Nacional de Acreditação. Segundo, a ONA o processo de acreditação deverá ser um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços

hospitalares, sem deixar de lado a educação permanente dos profissionais, assegurando um enfoque sistêmico e a avaliação global da instituição.(Manual Brasileiro de Acreditação (2001)

2.2.2 Experiências internacionais

2.2.2.1 Estados Unidos – *Joint Commision on Accreditation of hospital organizations* – JCHAO (Comissão Conjunta para Acreditação de Organizações Hospitalares)¹

A experiência norte americana visando uma busca pela qualidade da assistência em hospitais remonta ao ano de 1910, quando foi proposto o “sistema do resultado final para padronização Hospitalar” pelo, cirurgião Ernest Codman. Por meio de tal sistema o médico deveria acompanhar seu paciente, após a alta desse, por um período pré-determinado com vistas a descobrir a efetividade do tratamento. Assim, os casos identificados como não efetivos, deveriam ter suas causas determinadas, para que tais problemas pudessem ser previstos em tratamentos futuros.

Já em 1912, durante o 3º Congresso Clínico de Cirurgiões da America do Norte, o tema padronização foi colocado em questão e ficou definido, por meio deste congresso, que deveria ser desenvolvido um sistema de organização de equipamentos e de processos hospitalares para que as organizações melhor desenvolvidas viessem a ser reconhecidas e para que as demais tivessem um estímulo para se enquadrar em tais critérios. É criado, então , em 1913, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual passou a ter como meta precípua o sistema de resultado final. Assim, o CAC elaborou padrões mínimos para realização de procedimentos pelos hospitais parceiros da instituição. Ressalta-se que esses padrões mínimos formaram a base do Programa de Padronização hospitalar, lançado em 1918.

Tal sistema foi utilizado até o ano de 1952, quando foi fundado a *Joint Comission* (Comissão Conjunta), formado pela junção do CAC, da Associação Americana de Medicina e da

¹ As fontes utilizadas para elaboração desta seção foram: Rodrigues (2004), Fortes (2007) e Pedrosa (2004).

Associação Americana de Hospitais. Tal entidade, a qual não possui fins lucrativos, objetivava o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde por meio da acreditação de hospitais norte-americanos.

Tal sistema passa, então, a ganhar maior notoriedade quando o governo americano passa a homologá-lo. Em 1963, foi exigido das organizações prestadoras de *home care* e dos centros de cirurgia ambulatorial, o certificado de acreditação.

No ano de 1965 o Congresso americano aprovou a acreditação como um pré-requisito para que os hospitais viessem a participar dos programas sociais – Medicare e Medicaid -, que tinham como público alvo os idosos e os cidadãos de baixa renda, respectivamente. (Schiesari,1999).

Em 1969 foi publicado o primeiro manual de acreditação, no qual não eram mais definidos os critérios mínimos e essenciais, mas sim, os padrões ótimos alcançáveis. Tem-se, portanto, uma mudança no foco. Prioriza-se a melhoria contínua da qualidade do atendimento e da gerência administrativa em detrimento de um enfoque de estrutura e processo como fins em si mesmo.

Diante das mudanças ocorridas, em 1987 a JCAH muda seu nome para *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations* (JCHAO) e lança a Agenda para Mudança. Nesta foram previstas diversas etapas consideradas importantes para a melhoria do processo acreditatório e que deveria ser implementado plurianualmente. Esta agenda também vislumbra a incorporação de indicadores de desempenho, além de valorizar os aspectos clínicos/gerenciais e os resultados da assistência.

Segundo RODRIGUES (*apud* Roberts *et al* 1990) “A agenda para mudança teve como finalidade promover um processo mais moderno de avaliação, baseado na premissa de que quando a organização entende, claramente, os aspectos clínicos e gerenciais voltados para a qualidade do cuidado, o resultado do assistência passa a ser resultante da combinação de esforços de toda equipe profissional do hospital”.

Ainda de acordo com RODRIGUES (*apud* Roberts *et al* 1990), essa agenda modificou os programas de educação e informação, o conceito de importância da qualidade do cuidado prestado e do bem estar do paciente. Assim, busca-se um fortalecimento dos canais de comunicação entre paciente/governo e reguladores dos serviços de saúde.

Conforme já mencionado, a nova fase da JCHAO buscou a incorporação de indicadores de desempenho. Tal mecanismo foi denominado como sistema ORYX². Busca-se, pois, estimular a melhoria contínua nas instituições de saúde no atendimento ao paciente, além de aumentar sua capacidade de avaliação, tornando a acreditação um processo permanente.

Atualmente, conforme divulgado pela própria instituição, o ORYX, é baseado na produção de um conjunto de medidas desenvolvidas com base em evidências científicas. Tais medidas, que são tomadas como “medidas centrais” são agrupadas em cinco condições de saúde: Infarto do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Pneumonia, Gravidez procedimentos cirúrgicos e suas complicações. Cada uma dessas condições possui um grupo de indicadores com os quais é possível mensurar o desempenho dos hospitais em cada uma dessas áreas.

Outra mudança atual dessa organização é a adoção do conceito de evento sentinela. Segundo Roberts, este objetiva o monitoramento desses eventos em organizações acreditadas, as quais seriam obrigadas a realizar uma série históricas destes.

Evento Sentinela é definido com algo inesperado ocorrido na organização que envolverá um resultado negativo e não esperado – normalmente está relacionado à morte de um paciente ou lesão grave. A ocorrência deste sinalizará a existência de problemas na organização e poderá auxiliar na definição de suas causas, evitando, assim, que esses se repitam.

Em 1998 é formado a *Joint Commission Internacional*, com fim de avaliar os serviços de saúde fora dos EUA, além de prestar consultorias a organizações internacionais. É esta organização que acredita em 2000, o Hospital Israelita Albert Einstein- que além de ser o primeiro hospital brasileiro acreditado, foi também o primeiro hospital acreditado por esta organização.

² Segundo a Joint Commission, ORYX, é o nome do sistema introduzido em fevereiro de 1997 e que se propunha integrar a mensuração da base de dados relacionados à performance dos hospitais ao processo de acreditação. A mensuração dos dados por meio do sistema ORYX pretende fornecer um suporte à Joint Commision quanto a melhoria da qualidade dos resultados (Joint Commision,2008)

2.2.2.2 Canadá – Canadian Council on Health Services Accreditation- CCHSA³

Inicialmente criado em 1959 pela junção da Associação Médica Canadense, Associação de Hospitais Canadenses, Colégio de Físicos e Cirurgiões e da Associação de Medicina de Língua Francesa do Canadá, o CCHSA foi anteriormente denominado de *Canadian Commission on Hospital Accreditation*.

Esta organização realiza um sistema nacional de avaliação da qualidade, o qual é realizado voluntariamente e com total apoio governamental. De acordo com RODRIGUES (*apud* Sketris(1988)), a CCHSA é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, a qual busca a acreditação de instituições de saúde do Canadá e do mundo, proporcionando, à instituição, a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

De acordo com a CCHSA(2008), sua missão é a de promover a excelência da atenção à saúde e o uso eficaz dos recursos, melhorando, assim, a prestação dos serviços de saúde. Dessa forma, a CCHSA utiliza seu programa de acreditação como uma ferramenta de melhoria para organizações, pautado em padrões e na troca de conhecimento (*benchmarking*)⁴. Consegue-se, desse modo, uma notória melhoria da qualidade. Apenas no Canadá a organização certificou, até o ano de 1990, mais de 1300 hospitais.

No ano de 1995, a CCHSA revisou seus padrões e agregou o enfoque dos resultados, além dos de estrutura e processo. Percebe-se, uma semelhança com as mudanças ocorridas na JCHAO, uma vez que a instituição também passa a adotar o uso de indicadores de desempenho, através do programa – Projecto Achieving Improved Measurement.

Ademais, essa organização reconhece que a acreditação deve ser tida como um ciclo contínuo e que é iniciado com a preparação da instituição, organização de documentos e formação do comitê interno para avaliação. Visa conscientizar as organizações de que elas devem fazer um pré-diagnóstico interno, para, então, serem submetidas à avaliação externa. Tal avaliação

³ As fontes utilizadas para elaboração desta seção foram: Rodrigues (2004), Fortes (2007) e Pedrosa (2004).

⁴ Segundo Adulis (2002, p.1) Benchmarking é definido como “uma metodologia utilizada por organizações para aperfeiçoar sua gestão mediante a realização sistemática de levantamentos e análises de práticas, processos, produtos e serviços prestados por outras organizações. O processo de benchmarking gera informações importantes para que as organizações conheçam diferentes formas de lidar com situações e problemas semelhantes e, desta forma, contribui para que as mesmas possam aperfeiçoar seus próprios processos de trabalho”

conta com a participação de um grupo formado por médicos, enfermeiros e administradores, sendo que a quantidade estará relacionada ao tamanho da organização a ser analisada.

O processo de acreditação é dividido nas fases de auto-avaliação e avaliação conjunta. Tal processo irá conduzir para a elaboração de relatórios com recomendações a serem atendidas para que haja uma certificação. Trabalha-se, acima de tudo a melhoria contínua da instituição, bem com a educação continuada.

Cita-se, como exemplo, algumas das características da acreditação canadense, extraídas do próprio site da instituição (apud RODRIGUES, 2004, p.42).

- Avaliação com ênfase nos processos e resultados;
- Escala de avaliação *Seven-point* que permite a organizações de saúde a se posicionar enquanto a sua avaliação
- Recomendações que consideram a priorização de risco e urgência, possibilitando à organização direcionar seus esforços para solucionar os pontos considerados como mais críticos;
- Desenvolvimento de Grupos de Foco que permitem o encontro entre avaliadores, equipe de funcionários, clientes, pacientes, representantes da comunidade, promovendo uma comunicação e colaboração, encontrando formas de se organizarem e validarem suas sugestões e ações.
- Participar do *AIM -Accreditation Information Manual-* (, onde o serviço poderá comparar seus resultados com os de outras organizações (*benchmarking*);
- Apropriar-se de benefícios e vantagens de tecnologias utilizadas e analisadas pela CCHSA;

2.2.3 Processo de Acreditação Brasileira

2.2.3.1 Antecedentes da acreditação⁵

O Processo acreditatório brasileiro pode ser remetido ao ano de 1941 quando o Ministério da Educação e Saúde criou a Divisão de Organização Hospitalar (DOH), a qual era vinculada ao Departamento Nacional de Saúde. Este tinha como objetivo, coordenar, cooperar e orientar, em todos os níveis, estudos e soluções de problemas relacionados à atenção aos doentes, deficientes físicos, e desamparados. O DOH, ainda, estabelecia normas e padrões para instalação, organização e funcionamento das instituições, assistenciais de saúde. No ano de 1952, foram estabelecidos os primeiros padrões de classificação de hospitais, os quais eram divididos em quatro classes decrescentes (A,B,C,D), .

No ano de 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS-, que aumentou o número de hospitais prestadores de serviços aos beneficiários. Isto resultou em uma nova classificação hospitalar no ano de 1968.

A evolução dessa classificação pode ser vislumbrada no ano de 1974, com a criação do Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR). Segundo Schiesari(1999 p.73), a avaliação era feita pela aplicação do RECLAR. Era por meio deste que eram realizados os pagamentos das internações hospitalares de acordo com a classe do hospital, utilizando com base os padrões definidos pelo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. O RECLAR era construído por tabelas representativas da composição dos hospitais nos setores de Planta Física, Equipamento, Utensílios, Instalações e Organização.

De acordo com Schiesari (1999,p.75), a avaliação proposta pelo RECLAR permitia ao hospital oferecer leitos ou serviços ao INAMPS e a classificação dentro da classificação de pagamentos. Ressalta-se que apesar de esta avaliação priorizar a qualidade, esta ainda era incipiente já que os hospitais apenas buscavam o credenciamento. Afinal, assim, garantir-se-ia o financiamento do hospital. Outros problemas a serem destacados eram a

⁵ As fontes utilizadas para elaboração desta seção foram: Rodrigues (2004), Fortes (2007) e Pedrosa (2004).

ausência da avaliação da capacidade gerencial e a pequena disseminação dos instrumentos de gestão.

A partir da década de 70, verificou-se uma rápida expansão da oferta de serviços privados da assistência hospitalar e da compra dos mesmos pelo Estado. É de fácil afirmação que o crescimento das organizações hospitalares se deu de forma acelerada e financiada pelo Estado, sem, contudo, ser desenvolvido pelo Estado a capacidade de compra.

No ano de 1988 é promulgada a Constituição Brasileira de 1988, na qual era definido em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

Além disso, o artigo 198 definiu que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Percebe-se, então um abandono do modelo de centro assistencial, focalizando-se, então, numa rede de serviços de saúde que possibilite a integralidade da assistência.

No ano de 1990 promulgou-se a Lei Orgânica 8080, a qual passou a regulamentar todas as ações no campo territorial, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS. Em seu artigo 6º, são especificados os campos de ação do SUS, entre eles a execução de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral e o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde. A partir desta data, o RECLAR é abandonado, ficando com o Ministério da Saúde a competência da elaboração de dispositivos para a avaliação hospitalar com objetivo de credenciamento para prestação de serviços ao SUS.

Contudo é apenas no ano de 1995, com a publicação da portaria GM/MS Nº 1.107 de 14 de junho de 1995, que é criado o Programa Brasileiro de Acreditação. Neste considerou-se

necessário o estabelecimento de medidas para contribuição da melhoria das condições de saúde da população, garantindo a qualidade e visando especificamente a rede prestadora do SUS.

Por meio de tal programa foi criado o Manual Brasileiro de Acreditação, o qual foi desenvolvido com base no Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, editado pela OPAS, no qual eram descritas boas-práticas. Foi formado também sob a coordenação do Departamento de Avaliação de saúde de Políticas de saúde, um grupo com objetivo de implantar o programa de acreditação. Este buscou aplicar um projeto piloto em 17 instituições, dispersas nas cinco regiões brasileiras. Tal experiência não alcançou os objetivos esperados e foi por esta razão, que foi sugerida a criação da Organização Nacional de Acreditação. Esta foi formalmente constituída em agosto de 1999. Inicia-se, então, o credenciamento de instituições acreditadoras e a capacitação de avaliadores.

2.2.3.2 A Organização Nacional de Acreditação.

No ano de 2001 é instituído o Programa de Acreditação hospitalar, através da Portaria 538 de 17 de abril de 2001, que objetiva implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros, através do estabelecimento de metas e da mobilização de profissionais da área de saúde.

Tal portaria também estabelece em seu artigo 1º “Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.”. Ressalta-se, ainda que de acordo com o parágrafo única deste mesmo artigo:

O reconhecimento de que trata este Artigo está vinculado ao Convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Nacional de Acreditação – ONA, que estabelece os critérios, compromissos, deveres e obrigações a serem cumpridos pela partes envolvidas, de maneira a garantir que o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar ocorra sob a ótica de política pública

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, sediada em Brasília, e com atuação nacional. Possui como entidades fundadoras e associadas: Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada por Empresas (ABRASPE); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS); Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED DO BRASIL); Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Essas instituições fazem parte do Conselho de Administração da ONA que conta também com a participação do Ministério da Saúde, através de representante formalmente designado.

A ONA não trabalha apenas com acreditação de hospitais, mas sim de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), as quais são definidas como Entidades jurídicas e legalmente constituídas, nas quais são prestados 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.

Para a realização da acreditação, a ONA conta com Instituições Acreditoras – IACs – entidades de direito privado que buscam o desenvolvimento do processo de avaliação para as OPSS, garantindo que essas sejam acreditadas de acordo com os padrões pré-estabelecidos pela Manual da ONA. Cabe enfatizar que é vedado a essas instituições a participação ativa no desenvolvimento do sistema de assistência, gestão ou qualidade, com caráter de assessoria ou consultoria.

A ONA conta com seis organizações acreditadoras, que também realizam processos de capacitação, treinamento, diagnóstico organizacional e avaliação para a acreditação. São elas: Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) localizado no Paraná; Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e, Germanischer Lloyd Certification South América (GLCSA) localizados em São Paulo; Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS) no estado do Rio Grande do Sul; e Det Norske Veritas (DNV) com sede no Rio de Janeiro. Foram credenciadas pela ONA, quando de sua criação, o Consórcio de Qualidade Hospitalar (CQH) no estado de São Paulo e o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) sediado no Rio de Janeiro, que não renovaram seu credenciamento.

O instrumento reconhecido pela Organização é o “Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares”, o qual encontra-se na sua quarta edição, e é de domínio público nos sites da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da ONA. Ressalta-se que o próprio manual é resultado da parceria entre essas duas instituições, as quais desde 2001 realizam um trabalho cooperativo. Além disso, as instituições atuam também na formação de agentes multiplicadores como é o caso do programa para Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação (TALSA).

Por meio deste manual, é realizada dentro das organizações, uma avaliação sistêmica, pautada em três diferentes níveis: estruturas, processo e resultado. Assim, não serão avaliados setores isolados da organização, mas sim ela como um todo. Além disso, caso a instituição não atenda todos os requisitos determinados, em um dado nível, ela será acreditado no menor nível alcançado. Vale destacar que esta particularidade da ONA é considerada um critério que a diferencia de demais metodologias de certificação

O quadro a seguir, descreve a diferença entre os três níveis de acreditação.

Quadro 1 – Os três níveis de acreditação adotados pelo modelo da ONA

Padrão	Atributo Geral	Princípios Orientadores
Nível 1	Segurança (estrutura)	<input type="checkbox"/> Habilitação do corpo funcional; <input type="checkbox"/> Segurança para o paciente, atenção aos requisitos normativos e de estrutura para a organização segura da assistência; <input type="checkbox"/> Estrutura básica (recursos) configurados, existentes e orientados em conformidade com uma execução consistente com a sua finalidade, complexidade ou missão.
Nível 2	Segurança (estrutura) + Organização (processos)	Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, disponíveis e atualizados; <input type="checkbox"/> Evidências de introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nos procedimentos médicos e assistenciais; <input type="checkbox"/> Evidências de modelo organizacional e de processos orientados para a satisfação do cliente (paciente).
Nível 3	Segurança (estrutura) + Organização (processos) + Práticas de gestão e qualidade (resultados)	Evidências de ciclos de melhoria em todas as áreas, com impacto sistêmico na organização; <input type="checkbox"/> Sistema de informação institucional, baseado em indicadores operacionais, econômicos e de qualidade, com comparações com referenciais externos e evidências estatísticas de melhoria nos resultados institucionais; <input type="checkbox"/> Sistema de verificação da satisfação dos clientes (internos e externos), evidências objetivas do impacto do programa institucional de qualidade e produtividade.

Fonte: (Organização Nacional de Acreditação Apud, RODRIGUES,2004, p.56)

Após ser verificada por uma das IACs, a organização receberá a sua qualificação de acordo com a sua concordância ao descrito pelo Manual de Acreditação, recebendo um dos três diferentes tipos de qualificação: Acreditada, Acreditado em Nível Pleno e Acreditada em nível de excelência. O quadro a seguir menciona a correspondência entre essa denominação e o nível enquadrado, bem como a duração desse certificado.

Quadro 2- Tipos de qualificação preconizados pela ONA e validade do certificado

Qualificação	Nível	Validade do Certificado
Não Acreditado	Não atende aos padrões de acreditação. A não conformidade maior ou menor é especificada por determinados padrões.	Não recebe
Acreditada	Atende aos padrões do nível 1.	02 anos da data de homologação pela ONA.
Acreditada Plena	Atende aos padrões do nível 2.	02 anos da data de homologação pela ONA.
Acreditada com Excelência	Atende aos padrões do nível 3.	03 anos da data de homologação pela ONA.

Fonte: (Organização Nacional de Acreditação Apud, RODRIGUES,2004, p.56)

3. PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS – PRO-HOSP

Após explanação acerca do tema acreditação, bem como suas peculiaridades, o presente capítulo se propõe a realizar uma inicial descrição do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais. Em seguida será realizada uma correlação entre as metas e compromissos deste programa frente os três níveis de acreditação da ONA

3.1 Caracterização do Programa

O Programa de Melhoria e Fortalecimento da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais foi moldado seguindo-se as diretrizes do Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003/2006⁶, no qual se objetivava uma mudança na política hospitalar do Estado e foi inserido no rol dos projetos estruturadores do Governo do Estado de Minas Gerais, no âmbito da Regionalização da Assistência a Saúde.

Além do Pro-Hosp, estão incluídos nesse âmbito, mais três programas prioritários – Viva Vida, Saúde em Casa e Farmácia de Minas -, os quais objetivam uma melhor alocação da oferta de serviços. Assim, esses programas são instituídos nas regiões assistenciais definidas pelo PDR, de modo que a assistência ao usuário seja facilitada, garantindo, conseqüentemente, um melhor atendimento ao cidadão.

⁶ “O PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias. . O objetivo de todo esse plano é garantir o acesso dos cidadãos, a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme seja o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade”. (Gerência de Regionalização e Informações em Saúde,2007)

Assim, por meio da Resolução SES nº 0082 de 16 de maio de 2003 foi criado o Pro Hosp, que tem como objetivo a consolidação da oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais. A concepção do programa é baseada numa ótica contratual, que visa o repasse financeiro aos hospitais condicionado ao cumprimento de um “contrato”. Para tanto, utilizou-se um termo de compromisso firmado entre os hospitais e a SES/MG, no qual são estabelecidas metas e compromissos a serem cumpridos, tendo como condicionante para o repasse financeiro o cumprimento destes.

Assim, os hospitais buscam uma melhoria da qualidade da assistência e todas as ações e indicadores serão discriminados no Plano de Ajustes e Metas (PAM). Tal instrumento é anualmente submetido à avaliação da coordenação do Pro Hosp e ajustado anualmente. Desta forma, as ações do programa buscam a concretização de um rede hospitalar de qualidade capaz de:

- a) operar com eficiência;
- b) prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população;
- c) preencher vazios assistenciais;
- d) inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2007).

Com isso, o Programa tem como estratégias:

- a) assistencial: conformação de um sistema de saúde que integre três níveis territoriais: o municipal, com auto-suficiência em atenção básica ampliada; o microrregional, com auto-suficiência em atenção de média complexidade; e o macrorregional, com auto-suficiência em atenção de alta complexidade;
- b) econômica: incentivo financeiro;
- c) redistributiva: fator de alocação segundo necessidades;
- d) gerencial: lógica contratual, assinatura de termo de compromissos recíprocos;
- e) educacional: curso de gestão hospitalar;
- f) parceria com os gestores locais;
- g) cooperação técnica horizontal (MINAS GERAIS, 2007).

Como pode ser percebido, o Pro-Hosp atua segundo uma lógica contratual, adotada em diversos outros programas e órgãos do Estado de Minas Gerais. Tal lógica está imbuída de

certos princípios como colocado pelo Manual do Pro-Hosp: o relacionamento de um principal e um agente, a perspectiva estratégica da missão das instituições e a gestão orientada à obtenção de resultados. Nesta lógica, devem ser destacados alguns requisitos que devem ser atendidos por parte do contratante:

- a) estabelecer os objetivos estratégicos;
- b) identificar as medidas de melhoria na gestão;
- c) definir os indicadores de desempenho;
- d) conhecer previamente as condições dos contratados com relação aos objetivos estratégicos;
- e) determinar metas concretas e verificáveis;
- f) vincular o montante de recursos às metas;
- g) definir e aplicar incentivos e sanções relacionadas ao cumprimento de metas;
- h) definir o fluxo de informação, no sentido de garantir sua confiabilidade e a obtenção em tempo oportuno;
- i) realizar o monitoramento contínuo dos compromissos;
- j) realizar avaliação periódica da gestão;
- k) utilizar a informação do monitoramento e da avaliação para decisões gerenciais: introduzir ajustes, rever formatos de compromissos;
- l) ter real interesse e condições para aplicar tanto as sanções estabelecidas como os incentivos ao desempenho (MINAS GERAIS, 2007).

Ressalta-se ainda que o monitoramento freqüente da realização dos compromissos, seja através de indicadores ou de visitas técnicas, atua como fator preponderante para que esse sistema contratual seja eficaz e efetivo.

Ademais, o programa, conforme já supracitado, foi dividido em dois módulos, o micro e o macrorregional. Ressalta-se que em relação aos hospitais de pequeno porte, o módulo ainda encontra-se em processo de estruturação. O módulo macrorregional foi o primeiro a ser implantado e vislumbrou inicialmente 22 hospitais, em 2003. Atualmente, contempla 37 hospitais. Já o módulo dois foi implantado em duas fases, a primeira durou de 2003 a 2005 e contou com a participação de 30 hospitais; a fase 2 lançado no ano de 2005 inclui mais 55 hospitais dos municípios pólo microrregionais.

Assim, durante entre os anos de 2003 e 2006, foram contemplados 124 hospitais, divididos entre as 75 microrregiões e 13 macrorregiões do Estado. Ressalta-se que foi abrangido 100% do PDR.

Quadro 3 - Número de municípios e Hospitais beneficiários e total de recursos repassados nos Módulos Macro e Microrregionais 2003-2007

Módulo	Ano	Número de municípios	Número de Hospitais	Total de Recurso
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
Microrregional	2003/2004	24	29	11.99.978,91
	2004/2005	28	28	11.893.260,96
	2005/2006	85	85	28.091.241,31
	2006/2007	85	88	43.976.606,20

Fonte: Manual do Pro Hosp (2007)

Para serem habilitados ao programa, os hospitais devem cumprir e requisitos, e serem aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Macro ou Microrregional. São estes:

- Módulo Macrorregional: ser público, universitário ou privado sem fins lucrativos ou filantrópicos, localizado nos municípios-pólo das macrorregiões definidas pelo PDR, ter 200 ou mais leitos ativos e todos ofertados ao Sistema Único de Saúde e regulados pela Central Estadual de Regulação; ser referencia macrorregional na Atenção Terciária, de acordo com a tipologia nível III, do PDR 2003-2006, possuir atuação e resolutividade de âmbito macrorregional com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS. Caso não haja hospitais que se adéquem a todos os critérios, será escolhido o que atender maior números destes. (Resolução 1056 SES MG de 10 de novembro de 2006)

- Módulo Microrregional: o hospital deve ser público, universitário ou privado sem fins lucrativos ou filantrópicos; ter 100 ou mais leitos ativos ou ser o hospital de maior complexidade e porte, caso não inexistir um hospital desse porte na sede da Microrregião; ser referência regional nas Clínicas Básicas (médica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica/obstétrica) - Média Complexidade; atender no mínimo 25% de pacientes referenciados de sua região de abrangência, respeitada a Programação Pactuada e Integrada (PPI); e ter o perfil e a atuação de âmbito microrregional estabelecidos com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS (Resolução SES 580, de 22 de outubro de 2004).

Caso o hospital seja aprovado, este será adicionado ao programa, e em seqüência é realizada a pactuação. Assim, os recursos financeiros passaram a ser repassados em parcelas iguais mensais, com condicionante a entrega de relatórios e documentos. Atualmente, o programa obriga os hospitais participantes a destinar um mínimo de 50% em investimentos, mínimo de 10% em melhoria da gestão e os 40% restantes não são vinculados. Os hospitais possuem autonomia para aplicá-los em qualquer área, incluindo pagamento de dívidas ou de pessoal. Ressalta-se que todas as aplicações propostas pelo hospital estão discriminadas no PAM e são submetidas a avaliação da coordenação do Pro Hosp.

Um ponto a ser ressaltado é o envolvimento de diversos atores no programa, os quais em conjunto com o governo do estado, estão envolvidos nas fases de execução. Segundo Lima (2007, p.17), o primeiro ator é a Comissão Estadual de Avaliação do Pro Hosp, a qual é composta por representantes da SES/MG e do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS). Esta comissão objetiva, uma avaliação, no nível central, do cumprimento dos requisitos do programa.

O segundo ator identificado são os Comitês de Avaliação Macrorregional e Microrregional do Pro Hosp. Estes serão responsáveis pela emissão de pareceres sobre assuntos do Pro Hosp, de modo que possam subsidiar as decisões das CIBs. Os comitês são compostos por dois representantes da GRS (Gerente e Coordenador da CAS), um representante da SMS de cada município sede da Microrregião e um representante da categoria dos secretários municipais de saúde da Microrregião indicado pelo Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

O terceiro ator envolvido são as Gerências Regionais de Saúde (GRS). Estas podem ser definidas como unidades administrativas do nível estadual de governo, responsáveis pela reprodução de políticas no âmbito regional.

Competem às GRS: (a) instituir os Comitês de Avaliação Macrorregionais e Microrregionais do Pro-Hosp; (b) coordenar os trabalhos realizados pelos Comitês; (c) facilitar a comunicação entre os Comitês, a Coordenação Estadual, as Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais e os hospitais; (c) organizar e executar o Seminário Anual do Pro-Hosp; (d) organizar e disponibilizar informações

sobre o perfil epidemiológico da população regional, a demanda por serviços, a oferta da rede vinculada ao SUS e a sua capacidade de produção.’(Lima,2007. P.17)

O quarto ator identificado são os próprios hospitais integrantes do SUS e que se comprometem a cumprir as metas do Pro Hosp, de modo que haja uma melhoria da assistência prestada.

O quinto ator são as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Estas, quando de municípios pólo, serão signatárias, juntamente com o Hospital, do Termo de Compromisso, devendo atuar diretamente no monitoramento dos compromissos pactuados. As SMS dos demais municípios, também devem estar atentas ao cumprimento, bem como realizar o levantamento das necessidades de cada região de modo que as metas conduzam a uma atenção hospitalar com qualidade, segurança e condizente com a necessidade local.

A comissão Intergestores Bipartite, compõe o sexto ator. Esta é responsável pela definição dos hospitais participantes do programa e a alocação de recursos financeiros, com base nos relatórios dos Comitês. Outra função é a de apreciação dos relatórios enviados pelos hospitais, de modo a aprová-los ou não.

O sétimo e último ator identificado são os Conselhos de Saúde. – comitê macro ou microrregional. A esse compete o acompanhamento da implementação do programa em cada município, bem como sua participação durante o seminário de avaliação do Pro Hosp.

Assim, durante toda a execução do programa, a qual possui duração de 12 meses (está duração é dividida em fases: Pro-Hosp macro e Pro-Hosp micro) todos estes atores estarão diretamente envolvidos, nas quatro fases do programa (pactuação, execução, monitoramento e avaliação). Na primeira fase são definidos os hospitais participantes, o valor do recurso repassado, além de ser construído o PAM de cada um. Durante a execução e o monitoramento, deverá ser entregue à coordenação do Pro Hosp relatórios trimestrais relatando o cumprimento das metas; serão realizadas visitas pelas GRSs aos hospitais, para que então seja liberado o recurso financeiro. Finalmente, a fase de avaliação corresponde ao período no qual serão realizados os seminários de avaliação. Será durante tais seminários que os hospitais apresentarão os resultados consolidados do ano e a coordenação do programa apresentará os relatórios de monitoramento. Assim, tais documentos servirão como base para realização de uma pesquisa avaliativa de impacto do programa

Atualmente, quando abordado dentro de uma visão de médio prazo, de acordo com a revisão do Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2008-2011, o Pro Hosp integra o Projeto Estruturador Regionalização – Urgência e Emergência, incluído na Área de Resultado Vida Saudável. Assim, o objetivo desse Projeto é “adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde” (PPAG 2008-2011).

Ressalta-se que quando observado o escopo do projeto, uma das metas é o fortalecimento da rede hospitalar regional, por meio das ações do Pro-Hosp. O quadro a seguir demonstra as diretrizes e metas que conduzirão e servirão como guia para a execução do programa nos próximos anos.

Quadro 04 – Objetivos, diretrizes e metas do Pro-Hosp – 2008/2011

Objetivos	Diretrizes	Metas
1) Fortalecer a rede hospitalar de referência regional do Estado de Minas Gerais em serviços de média/alta complexidade, de acordo com a tipologia assistencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Regionalização (PDR) - Equidade - Economia de escala e de escopo - Redes de atenção à saúde - Integralidade - Universalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dos hospitais de referência macro e microrregional, conforme definição das CIBs Macro e Microrregionais, contemplados pelo Pro-Hosp, a cada nova competência (anual). - Ampliar o Programa para todos os hospitais considerados socialmente necessários até 2010, considerando-se a viabilidade de ampliação dos recursos financeiros e de aplicação da metodologia da alocação equitativa desses.
2) Fortalecer a urgência e emergência dos hospitais de referência regional do Estado de Minas Gerais.	<ul style="list-style-type: none"> - Regionalização (PDR) - Equidade - Economia de escala e de escopo - Redes de atenção à saúde - Integralidade - Universalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar a proposta do Pro-Hosp Urgência/Emergência até abril/2008. - Incorporar 100% dos hospitais considerados pontos de atenção da rede de Urgência/Emergência no projeto até dezembro/2008. - Estruturar completamente as redes de Urgência/Emergência das Macrorregiões Centro e Norte de Minas até 2009.
3) Promover a qualificação	- Educação continuada	- Formar 4 turmas no Curso de

dos hospitais participantes do Pro-Hosp, estimulando a gestão da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade - Melhoria da gestão - Planejamento estratégico 	<p>Especialização em Gestão Hospitalar até 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar 3 turmas no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar até 2009. - Fazer a reformulação do Curso até 2009 para as turmas ingressantes a partir de 2010.
4) Estruturar o curso de atualização à distância em Gestão Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Educação continuada - Qualidade - Melhoria da gestão - Planejamento estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a proposta do Curso de Educação à Distância em parceria com a ESP/MG até 2010.
5) Implantar um programa de qualidade que leve os hospitais do Programa a atingir padrões de segurança e qualidade de acordo com o nível 1 da Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação-ONA.	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança assistencial - Gestão de processos - Excelência em gestão 	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturar o Prêmio de Qualidade “Selo Pro-Hosp” em 2008. - Proceder a avaliação anual dos hospitais para o Prêmio de Qualidade “Selo Pro-Hosp” a partir de 2008. - Proceder a avaliação de pelo menos 10 hospitais segundo a metodologia da ONA até dezembro/2008, dando continuidade ao processo de acreditação a partir de 2009. - Estruturar um Núcleo de Gestão da Qualidade Hospitalar na SES/MG até 2008. - Priorizar investimentos na resolução dos Termos de Obrigações a Cumprir emitidos pela VISA a cada nova competência do Programa (anual).
6) Estruturar a incorporação dos hospitais de pequeno porte (HPP) do Estado ao Pro-Hosp, caso sejam classificados no nível atenção secundária.	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de atenção à saúde - Integralidade - Resolubilidade - Universalidade - Economicidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar o módulo de HPP (se considerados nível de atenção secundária) do Pro-Hosp até 2010.
7) Superar “vazios assistenciais”, especialmente os relativos à atenção às mulheres, crianças, doenças do aparelho circulatório, diabetes, idosos e urgência/emergência.	<ul style="list-style-type: none"> - Regionalização (PDR) - Equidade - Economia de escala e de escopo - Redes de atenção à saúde - Integralidade - Universalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Quantificar e qualificar os avanços obtidos, a demanda e o potencial de cada região de saúde, em conjunto com a GISA, a partir do indicador “taxa de transferências externas” (com parâmetros mais robustos) e de outros estudos até 2011.

		- Manter 100% das internações hospitalares reguladas pelas Centrais Estaduais de Regulação.
--	--	---

Fonte: Coordenação do Pro Hosp (2008)

O Pro Hosp é um programa de governo que busca, em seu desenho, a melhoria da qualidade da assistência para os usuários da rede SUS. O conjunto de compromissos e metas pactuados nos PAMs seguem uma lógica de gestão da qualidade, de modo a fortalecer tais hospitais e garantir a estes resolutividade.

Ressalta-se, que ao longo destes cinco anos, o programa veio a sofrer diversas modificações, de modo a tornar mais precisa a avaliação e a condução do programa. Assim, a ótica da gestão da qualidade veio norteando os meios utilizados pelo programa, de modo que, como ressaltado pelo quadro acima, uma das novas metas é a implantação de um programa de qualidade que leve os hospitais a atingir padrões de segurança e qualidade de acordo com o nível 1 da Acreditação, de acordo com a ONA.

Assim, na próxima subseção, será analisada a evolução do desenho do programa, particularmente seu próprio instrumento de avaliação e as correspondências que estes possuem com os níveis de qualidade preconizados pela Organização Nacional de Acreditação.

3.2 A evolução do instrumento de avaliação do Pro-Hosp e sua correlação com os níveis de acreditação da ONA

A análise a ser descrita nesta parte do trabalho, objetiva verificar se houve uma evolução do instrumento de avaliação do Pro Hosp – Plano de Ajustes e Metas (PAM) -, de modo a verificar se as metas pactuadas convergiram com os critérios definidos por uma política de gestão da qualidade condizente com os princípios adotados pela ONA. Para tanto serão analisados os PAMs referentes ao módulo macrorregional do Programa.

3.2.1 O instrumento de avaliação e as os mecanismos de qualidade do programa

Conforme já mencionado, o instrumento de avaliação adotado pelo Pro Hosp é o Plano de Ajustes e Metas. Através deste são definidos pela instituição todos os compromissos que deverá cumprir, e será por meio do PAM que se fará a liberação de recursos para o hospital participante.

Partindo disso, o quadro abaixo busca explicitar as metas e indicadores que foram sendo definidos ao longo das competências do programa, o qual servirá de base para análise posterior.

Quadro 05 – Compromissos pactuados nos Planos de Ajustes e Metas do Pro-Hosp, 2003-2009

Item	Compromisso	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2009
1.1	Implantar e realizar o Censo Hospitalar Diário			X	X	X
1.2	Manter em pleno funcionamento as seguintes comissões:					
1.2.1	Comissão de prontuário;			X	X	X
1.2.2	Comissão de verificação de óbitos;			X	X	X

1.2.3	Comissão de ética médica;			X	X	X
1.2.4	Controle de eventos adversos;	X	X	X	X	X
1.2.5	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.	X	X	X	X	X
1.2.6	Comissão de Farmácia e Terapêutica;			X	X	X
1.2.7	Comissão Enteral e Parenteral;			X	X	X
1.2.8	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);			X	X	X
1.2.9	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante			X	X	X
1.3	Aderir e implementar os Programas da SES/MG, abaixo relacionados:					
1.3.1	A Política Nacional de Humanização (PNH)..	X	X	X	X	X
1.3.2	“Programa Viva Vida”, específico aos hospitais que possuem Obstetrícia e/ou Pediatria,	X	X	X	X	X
1.4	Gestão Profissionalizada					
1.4.1	Manter a participação dos Diretores Administrativos e do Diretor Técnico nos cursos de Especialização/Capacitação oferecidos pela SES/MG;	X	X	X	X	X
1.4.2	Compor o Grupo Gestor e mantê-lo em atividades,	X	X	X	X	X
1.4.4	Utilizar Banco de Preços;	X	X	X	X	X
1.4.5	Apropriação de Custos;	X	X	X	X	X
1.4.6	Gestão de Materiais e Suprimentos;			X	X	X
1.4.7	Dispensação de medicamentos;			X	X	X
1.4.8	Desenvolver e implantar no mínimo 10 protocolos clínicos para 10 procedimentos mais relevantes;	X	X	X	X	X
1.4.8.1	Implantar o Protocolo . A partir do ano de 2006, foi condicionado a pactuação do Protocolo do Programa Viva Vida				X	X
1.4.9	Implantar sistema informatizado em rede	X	X	X	X	X
1.4.10	Disponer de acesso à Internet.	X	X	X	X	X
1.5	Garantia da Qualidade					
1.5.1	Disponer do Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária. Caso o Alvará esteja condicionado a um Termo de Obrigações a Cumprir (TOC), os recursos				X	X

	do Pro-Hosp deverão ser direcionados, obrigatoriamente, para a resolução das pendências elencadas no TOC.					
1.5.2	Disponer de gerador de energia	X	X	X	X	X
1.5.3	Uso de hemocomponentes seguros	X	X	X	X	X
1.5.4	Realizar sistematicamente análise da água hospitalar		X	X	X	X
1.5.5	Elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSS) da instituição.			X	X	X
1.5.6	Manter em funcionamento a(s) equipe(s) de Auditoria Interna constituída(s) para acompanhar/avaliar:					
1.5.6.1	Contrato e Convênio SUS		X	X	X	X
1.5.6.2	Metas e compromissos do PRO-HOSP			X	X	X
1.5.6.3	Setores/serviços integrantes da estrutura da instituição			X	X	X
1.5.7	Garantir a notificação de 100% dos casos suspeitos de doenças de notificação compulsória, conforme legislação vigente, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por intermédio do Gestor Municipal.			X	X	X
1.5.8	Manter atualizado o cadastro do Hospital no CNES, junto ao Gestor Municipal			X	X	X
1.5.9	Emitir relatórios de Alta Hospitalar em 100% do paciente do SUS	X	X	X	X	X
1.5.10	Aderir ao Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (SINAIS)				X	X
1.6	Compromissos Assistenciais (observando as especificidades de cada microrregião e a referência estabelecida pela instituição)					
1.6.1	Implantar Unidade de Cirurgia Ambulatorial;	X	X	X	X	X
1.6.2	Implantar Unidade de Atenção Domiciliar Terapêutica junto ao município e o Programa de Saúde da Família.	X	X	X	X	X
1.6.3	Implantar Unidade de Hospital-Dia	X	X	X	X	X
1.6.4	Manter a urgência e emergência	X	X	X	X	X
1.7	Fluxo assistencial: ter 100% dos leitos que são ofertados ao SUS, pela instituição, regulados pela Central Estadual de Regulação.				X	X

1.8	Procedimentos pactuados: relacionar o quantitativo mensal dos procedimentos que foram caracterizados como pontos de estrangulamento, conforme avaliação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – CIB/SUS-MG, cuja oferta será ampliada.			X	X	X

Fonte: PAMs 2003-2009, elaboração pelo pesquisador (2008).

Quadro 06 – Metas pactuadas nos Planos de Ajustes e Metas do Pro-Hosp, 2007

Item	Compromisso	2003-2004	2004-2005	2006-2006	2006-2007	2007-2009
1.1	Taxa de Cesáreas (geral)	X	X	X	X	X
1.2	Tempo médio de permanência (geral)	X	X	X	X	X
1.3	Taxa de ocupação (geral)	X	X	X	X	X
1.4	Taxa de Mortalidade Hospitalar	X	X	X	X	X
1.4.1	Institucional	X	X	X	X	X
1.4.2	Materna	X	X	X	X	X
1.4.3	Infantil	X	X	X	X	X
1.5	Taxa de Infecção Hospitalar/Sepse				X	X
1.5.1	Cirúrgica em cirurgia limpa				X	X
1.5.2	Relacionada a cateter venoso em UTI adulto				X	X
1.5.3	Relacionada a cateter umbilical na UTI neonatal				X	X
1.5.4	Relacionada a Pneumonia em ventilação mecânica				X	X
1.5.5	Urinária associada a cateter visical				X	X
1.6	Taxa de transferência externa				X	X

Fonte: PAMs 2003-2009 e elaboração do pesquisador (2008).

Pautado em análise dos documentos correspondentes ao primeiro ano de adoção do Pro Hosp, verificou-se que o programa desde sua concepção, buscou construir uma política de qualidade para os hospitais participantes. Contudo, não era expressamente abordado um conceito de acreditação, nem as metas eram agrupadas segundo parâmetros definidos pela acreditação. Observou-se um estágio inicial no qual se pretendia pactuar melhorias e ao mesmo tempo realizar um levantamento situacional da rede hospitalar. É importante ressaltar que, conforme entrevistas realizadas com funcionários do setor, pode-se concluir que o primeiro PAM adotado é entendido como um modelo simplista, que buscava obter algumas informações do hospital e, de certa forma condicioná-lo a um novo contexto. Cita-se como exemplo a

experiência de pactuação de indicadores como taxas de infecção, mortalidade, dentre outras. Muitos dos hospitais não possuíam dados referentes a estes indicadores, num período anterior à criação do Pro-hosp, tornando impossível que houvesse uma pactuação precisa de metas a serem atingidas.

Vale a pena ressaltar ainda que esse instrumento, num primeiro momento, serviu , de certa maneira, como uma apresentação aos hospitais de um modelo que estava sendo construído e adotado e, portanto, seria necessária uma adaptação à realidade do hospital.

Assim, diversas incoerências são notadas quando se analisou os PAMs referentes à primeira competência do Programa, uma vez que não havia uma padronização do processo de construção de indicadores ou, ainda, esses indicadores nem eram adotados pela instituição. Segundo equipe do programa, durante o primeiro ano de execução do Pro Hosp, muitos hospitais utilizaram os valores repassados, em sua maioria, para sanar dívidas.

.Assim, durante a primeira competência (2003-2004), notou-se a existência de uma gestão com pouca ou nenhuma profissionalização, com diversos problemas de estrutura física, endividamento por parte dos hospitais e uma não utilização da política de recursos humanos, o que dificultou a real consecução dos objetivos para os quais o Pro-Hosp foi proposto. Realidade constatada nos hospitais que ingressaram no programa durante a primeira competência.

Desse modo, este pode ser visto como um período de adaptação e construção de uma gestão de qualidade para um sistema de saúde deficitário e com baixa resolutividade.

Um outro problema que pode ser destacado durante o primeiro ano do Pro-Hosp foi a existência de uma estrutura frágil tanto no nível central (SES), quanto em relação às Regionais. Além disso, inexistia neste período um manual que padronizasse as metas e compromissos. Notou-se, por meio da análise dos primeiros PAMs, a existência de metas mal elaboradas e ambíguas, além de não ser definido um parâmetro de avaliação.

A análise do segundo modelo do PAM aponta que não foram realizadas grandes modificações em seu desenho estrutural, mantendo-se os mesmos padrões e pactuações que muitas vezes, não foram cumpridas e, portanto, repactuadas no PAM seguinte. Ainda neste período, observa-se pactuações incompletas e ausência de diversos documentos comprobatórios do cumprimento dos compromissos pactuados.

É no período da competência 2005-2006, que apesar de não terem sido realizadas mudanças consideráveis no PAM, são agrupadas as metas de modo similar ao adotado pelos padrões de acreditação. O PAM ficou, assim, em Gestão Profissionalizada, Garantia da Qualidade, Compromissos Assistenciais, Indicadores de Estrutura, Indicadores de Gestão, Indicadores de Processos e Resultados e o detalhamento dos investimentos a serem realizados da parte fixa (investimento em estrutura e melhoria da gestão) e da parte variável (investimentos, melhoria da gestão e custeio). Tal modelo permanece com as mesmas divisões até a atual competência.

Diante desse contexto de adequação do PAM, na competência 2006-2007 é que começamos a observar as diferenças mais notórias de um PAM estruturado e que visava o direcionamento do hospital para um modelo acreditatório, ainda que esse não fosse claramente divulgado.

A partir desse, o hospital era obrigado a pactuar a resolução de pendências da Vigilância Sanitária (VISA MG), as quais são descritos no Termo de Obrigações a cumprir (TOC). Tais pendências são referentes à questão de segurança/infra-estrutura, e são condizentes com os padrões adotados pela Organização Brasileira de Acreditação, no nível 1.

Outro ponto a ser destacado é que a partir desse ano, os hospitais passam a conceber internamente a necessidade da gestão profissionalizada, o que é comprovado pelo aumento da pactuação de cursos para qualificação dos profissionais. É notório que um dos compromissos assumidos pelo hospital é a exigência de dois alunos matriculados e freqüente no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, ofertado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP MG). Após a elaboração do primeiro plano diretor da instituição, é pactuado um aluno no mesmo curso. Assim, como meta de conclusão de curso, o representante da instituição, ficará responsável pela elaboração de um Plano Diretor, o qual deverá ser implantado no hospital. De acordo com o Manual do Pro Hosp, este deverá conter todas as ações relativas ao planejamento estratégico, melhoria da política institucional e a organização sistemática da gestão. Contudo, observou-se que a partir desse anos, os hospitais passaram a realizar a contratação de cursos para seus funcionários condizentes com um política de qualidade.

Comparando-se os compromissos e metas definidos no PAM com os padrões de acreditação da ONA, podemos tirar algumas conclusões.

Uma primeira leitura que pode ser feita dos quadros 5 e 6 é a de que o desenho do PAM atual está pautado em quatro enfoques: melhoria da infra-estrutura, dos processos, dos resultados e fortalecimento da Gestão. Tais âmbitos de atuação correspondem aos mesmos preconizados pela ONA, os quais estão distribuídos respectivamente nos níveis 1, 2 e 3. Vale destacar que esta definição das áreas de enfoque é resultado de incorporação da metodologia de monitoramento expresso no Manual do Pro-Hosp.

O nível 1 do processo de acreditação, está relacionado à estrutura/segurança, de modo a contemplar os requisitos básicos da qualidade da assistência prestada, bem como a qualificação adequada dos profissionais (habilitação).

Dessa forma, a análise dos documentos do programa nos permite auferir que, atualmente, o Pro-Hosp, em parceria com a VISA, está condicionando os investimentos da área de estrutura à resolução das pendências encontradas no TOC. Busca-se assim, garantir a melhoria da infra-estrutura do hospital e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade da assistência e diminuição de riscos ao usuário.

Além disso, ao pactuar a melhoria da gestão, o programa permite que sejam realizados cursos de qualificação para os profissionais da área. Assim, obtém-se um quadro de funcionários cada vez mais habilitados, fato este, que condiz com primeiro nível de acreditação da ONA.

Outro ponto abordado por este nível é a utilização de processos de compras adequados. Garante-se, assim, a qualidade do produto adquirido e a segurança do usuário. Desse modo, destacam-se as metas de criação de banco de preços, apropriação de custos e gestão de matérias e suprimentos, como exemplo de pactuações que atendem as exigências da ONA.

O nível 2 possui exigências que contemplam evidências de planejamento de organização da assistências, enquadrando documentação, controle (auditorias internas) e processos.

Quando comparado ao nível 2 proposto pela ONA, o plano de ajuste e Metas também se mostra bastante condizente, uma vez que também pauta sua estruturação na melhoria de processos. Os hospitais pactuantes devem apresentar diversos protocolos clínicos implantados, promover a criação de comissões e a manutenção destas. Cita-se, por exemplo, Comissão de Verificação de Óbitos, de Controle de infecção Hospitalar e Eventos Adversos

Outra exigência do Pro-Hosp é a manutenção das equipes de auditoria interna, que visam acompanhar os contratos e convênios com o SUS, as metas pactuadas e os setores e serviços

integrantes da estrutura da instituição. Assim, desses conjuntos de ações, os hospitais tenderão a realizar um gerenciamento de sua rotina de modo a torná-la, mais rápida, segura e eficiente para o usuário. Ressalta-se, pois, certa convergência entre as metas do Pro Hosp e os padrões adotados por este nível da acreditação.

Já o nível 3, no tocante aos indicadores, destacam-se os principais indicadores de resultado adotados pelo programa, pertinentes ao modelo da acreditação: taxa de mortalidade, tempo média de permanência e taxa de infecção hospitalar. De acordo com o Manual do Pro Hosp (2007), estes visam uma mensuração da qualidade da assistência, de modo a verificar o quanto as medidas adotadas pela instituição contribuíram para atingir o objetivo esperado. Assim, ressalta-se, que esta é mais uma das ações que estão pertinentes com o terceiro nível da política de acreditação da ONA. Além desses indicadores, o Pro Hosp aborda outro como demonstrado pelos itens 1.1 a 1.6 do quadro 6.

Esse indicadores estão sendo melhor construídos no período após 2007. Foi neste ano que houve a criação de um trabalho realizado pela SES/MG em parceria com a Fundação João Pinheiro – o Manual do Pro Hosp. Neste é descritos a metodologia de cálculo para todos os indicadores que são pactuados, de modo a padronizá-los e auxiliar os hospitais no correto preenchimento e pactuação destes.

Outra medida do Pro Hosp que está condizente com o nível 3 da acreditação é a busca pelo aprimoramento da gestão. Conforme já mencionado anteriormente, o nível 3, além de preconizar os indicadores de resultado, busca também uma melhoria contínua na própria gestão da instituição. Diante disso, temos como uma das metas do programa a manutenção de, ao menos, um aluno no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar fornecido pela ESP. A busca pela excelência em gestão, é, pois, um dos focos do programa, garantindo que haja um corpo diretivo estruturado, um planejamento estratégico, além de se focar na liderança. O instrumento utilizado para abordar todos esses parâmetros é o Plano Diretor da instituição.

Atualmente, dentro do módulo macrorregional, existem 37 planos diretores já implementados e 8 em processo de revisão, ou seja 21.62% dos hospitais, estão em processo de melhoria, uma vez que estão realizando a revisão de seus Planos Diretores (PAMs 2007-2009).

Outro aspecto a ser considerado refere-se às perspectivas dos hospitais em relação a uma futura acreditação. O interesse dos hospitais pode ser avaliado pela pactuação de contratação de consultorias, ou até mesmo a capacitação dos próprios funcionários para que estes estejam

preparados para aplicar o modelo de gestão da qualidade na instituição. Assim, tomando como base os PAMs da competência macro 2007-2009, verificamos que dos 37 hospitais que compõem este módulo, apenas 7, ou seja 18.91% hospitais estão pactuando medidas que buscam num futuro próximo a acreditação. Vale destacar, que 2 dos hospitais do programa já possuem a acreditação, sendo um deles no nível 3 e o outro no nível 1.

Ademais, pode-se afirmar que o desenho do instrumento de avaliação do programa está condizente e conduzindo os hospitais, nesses últimos anos, para um processo de adaptação a um modelo de gestão de qualidade voltado para a acreditação. Assim, o cumprimento das metas auxiliará para que seja possível a acreditação dos hospitais, de acordo com os parâmetros da ONA

A seção a seguir busca descrever as atuais medidas adotadas pela coordenação do Pro-Hosp, mais especificamente no ano de 2008, que buscam auxiliar os hospitais para conseguirem a acreditação. É necessário colocar, no entanto, que tais medidas foram condicionadas pelo fato de que uma das metas do programa é ter até o final do ano de 2008, 10 hospitais diagnosticados pela ONA.

3.2.2 A condução atual do Pro-Hosp

Diante da necessidade do diagnóstico de 10 hospitais, micro ou macrorregionais, até o final do ano, a coordenação do Pro Hosp está atuando para que esta meta seja cumprida por meio de diversas medidas. Tal necessidade advém de acordo realizado entre a SES e o Banco Mundial, além de ter sido incluído no Acordo de Resultados da SES.

Uma delas, a qual busca o fortalecimento da gestão da qualidade e a condução para um processo acreditatório dos hospitais do Pro Hosp, é a criação do Selo Pro Hosp.

Tal medida a ser implantada ainda no ano de 2008 terá o nome de Prêmio Célio de Castro e objetiva a premiação dos hospitais que se destacarem em relação à gestão da qualidade, seguindo os critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, as melhores práticas de gestão, desenvolvidas pelos hospitais participantes tanto do módulo micro quanto macrorregional do Pro Hosp, serão premiadas com a concessão de um Selo de Qualidade, bem como com uma premiação financeira. As três mais bem sucedidas experiências serão divididas em três faixas, ouro, prata e bronze, com prêmios nos valores de trezentos mil reais, duzentos mil reais, e

cem mil, reais, respectivamente. Ressalta-se que a avaliação será baseada nos requisitos de estrutura, processo e resultado (conforme os critérios da ONA), relativos à política adotada pelo hospital no ano de 2008.

Ficarão impedidos de competir, aqueles hospitais que já possuem o certificado de acreditação em quaisquer dos níveis.

Assim, por meio de uma avaliação conjunta realizada entre a equipe que compõe o Núcleo de Qualidade – a qual foi responsável pela elaboração deste selo – juntamente com os alunos da ESP, será criado um banco de dados que será utilizado para a escolha dos vencedores.

Outro mecanismo de indução para a questão da qualidade é o fornecimento a tutores, diretores de GRS e membros da VISA e a membros da própria SES do Curso de Formação de Acreditadores, lecionado pelo Instituto Qualisa de Gestão. Tal curso, o qual está dividido em cinco módulos, com previsão de conclusão até julho deste ano, possui como foco a apresentação do modelo de acreditação, de modo a tornar possível que os alunos auxiliem os hospitais, no médio prazo, para a preparação para receber o certificado da ONA.

Dessa forma, apesar de ainda incipiente, a política de gestão da qualidade, que está em concomitância com os princípios da ONA, pode ser um importante instrumento para garantir resolutividade e melhor assistência do Hospital e que, se tornou um objetivo do Estado de Minas Gerais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho motivou-se pelo interesse de analisar a evolução do instrumento de avaliação do Pro-Hosp, frente à ótica da metodologia da Acreditação. É notório que o Pro-Hosp em sua concepção, não pretendia explicitamente a realização da acreditação dos hospitais participantes. Contudo, como o Programa pauta-se em metas que preconizam a qualidade e a melhoria da assistência, foi proposto a verificação de possíveis correlações dessas metas e compromissos pactuados e os níveis de acreditação adotados pela ONA.

Assim, com vista à consecução do objetivo proposto foram utilizados, inicialmente, referenciais conceituais, os quais objetivaram, explicar sobre essa metodologia de certificação, e explicitar as principais particularidades desta. Iniciou-se, assim, com a explicação da teoria da gestão da qualidade em saúde, a qual pode ser considerada com um conceito-base para o tema principal deste trabalho – a acreditação. Fez-se, em seguida, uma explanação acerca do modelo acreditatório, tanto no âmbito mundial quanto no contexto brasileiro, e descrição da Organização Nacional de Acreditação. A partir desse ponto, realizou-se uma caracterização do Pro Hosp, bem como uma contextualização acerca das metas e objetivos atuais do programa.

Definidos todos os conceitos necessários, iniciou-se uma análise do instrumento de avaliação do programa (PAM), sob a ótica dos princípios preconizados pela ONA. Assim, foram utilizados dados fornecidos pelos hospitais, documentos elaborados pela SES e informações obtidas por meio de entrevistas com a equipe do Pro Hosp.

Assim, após análise empreendida, conclui-se que a evolução do desenho do instrumento de avaliação possui correspondências dentro dos três níveis da acreditação, e está sim, nesses últimos anos, caso, as metas sejam cumpridas, melhorando a gestão dos hospitais de forma a possibilitar que esses possam ser acreditados. O Programa, desde sua concepção já possuía metas e compromissos relacionados à questão da qualidade. Ao longo das competências metas foram sendo acrescentadas e o PAM foi se delineando de acordo com uma abordagem mais próxima da metodologia da ONA.

Ressalta-se novamente, na sua criação não foi mencionado a palavra acreditação como um dos objetivos a serem alcançados. Tal questão é de fácil entendimento considerando que o programa foi concebido num contexto de uma rede hospitalar altamente deficitária, sem

gestão profissionalizada e que, principalmente, não utilizava os preceitos da teoria da gestão da qualidade.

Era, portanto, inviável obrigar que os hospitais, em um curtíssimo prazo, conseguissem atingir padrões considerados ótimos pela Organização Nacional de Acreditação e serem, então, acreditados.

Todavia, o modo como foi conduzido o programa demonstra que o cumprimento das metas e compromissos, pode sim, de forma gradual e segura instituir a política de gestão da qualidade, e em muitos hospitais obter êxito nos padrões considerados ótimos pela Acreditação. Tal fato é corroborado, uma vez que o Pro-Hosp já possui dois hospitais acreditados, sendo um deles no nível 3. Além disso, o posicionamento atual de gestão do Governo de Minas, o já considera possível um diagnóstico pela ONA dos hospitais, isso é tido como uma atual meta do programa.

A concepção do programa pode ser considerada como um marco indutor da política de acreditação. Diretamente, buscava-se uma conscientização dos hospitais e a busca contínua da melhoria destes, condicionado ao repasse financeiro. Indiretamente, foram sendo colocados, paulatinamente, requisitos que atendem aos padrões de uma acreditação.

A avaliação do PAM, permite auferir que seu desenho conduz para um modelo de pactuação adequado à metodologia de acreditação, e que impactara diretamente no êxito do Programa. Assim, apesar de ser um modelo adequado, apenas com o controle incessante para que essas metas sejam cumpridas, bem como o monitoramento tanto da coordenação do programa quando das gerências regionais de saúde, é que, será conseguido no médio prazo a acreditação dos hospitais participantes.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADULIS, Dalberto. Melhorando a Gestão Através do Benchmarking. Disponível em: http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmes_marco2002.cfm Acesso em: 15 de abril de 2008

CAMPOS, Vicente Falconi. TQC – Controle da qualidade total. 8ª edição. INDG. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 356, de 20 de fevereiro de 2002 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 36, p.54, 22 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 13a ed. Brasília. Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000. 372p.

BRASIL. Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.**Diário Oficial da República. Brasília, DF. 19 de setembro.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001 – Diário Oficial da União, seção 1, nº76-E, p.12, 19 de abril de 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 115, p.884, 19 de junho de 1995.

DONABEDIAN. A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment - Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I. , Health Administration Press, Ann Arbor, 1980

_____. tradução de Roberto Passos Nogueira. R. P. Nogueira. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. **Avaliação de programas: oportunidade para a institucionalidade social**. Seminário Internacional “Avaliação e administração pública: conexões entre conhecimento e ação”. Escola de Governo. Fundação João Pinheiro.2007.

FORTES, Maria Theresa R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. 2007. p.146. Tese de mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2007

Joint Commission on Accreditation of Healthcare: www.jcaho.com Acesso em: 30 de março de 2008.

LIMA, Marilene Fabri. **Reestruturando a rede hospitalar do SUS no Estado de Minas Gerais**: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp). Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o Pro-Hosp. Belo Horizonte.2007

MACHADO, Edite N. M. et al. **Estudo de avaliação externa do Programa de Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG: módulo macrorregional**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro. 2005.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde**. *Plano Diretor de Regionalização - PDR 2003/2006*. Belo Horizonte, [2003]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/AGE/novoPDR.pdf> Acesso em: 8 de maio de 2008

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG/Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte,2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 0082 de 16 de maio de 2003. Minas Gerais.2003

NETO, Antonio Quinto.GASTAL, Fábio Leite. *Acreditação Hospitalar. Proteção dos usuários dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre. Dacasa,1997.136p.

NOGUEIRA, Luiz Carlos L. *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte, MG: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.123p.

NOVAES H.M. & PAGANINI J.M. Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Federação Brasileira de Hospitais, série Silos, nº 13, 1992.

PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da Organização Nacional de Acreditação- ONA (20004) - e as normas da série NBR ISSO 900:2000**. Belo Horizonte, 2004. 136p.

Plano Diretor de Regionalização. PDR- MG. Disponível em: www.acispes.com.br/extras/file/PDR.doc Acesso em: 20 de maio de 2008

Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Pelotas: Educat, 2001. 200 p

Organização Nacional de Acreditação: www.ona.org.br Acesso em: 2 de abril de 2008

PALMER, R.H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G.J. Striving for Quality in Health Care: An Inquiry Into Policy and Practice. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1991.

RODRIGUES, Eloiza Andrade Almeida. **Uma revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e a Experiência Brasileira**. 2004. P.75. Monografia de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, MS 2004.

ROONEY, Anne L. **Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde**. Bethesda, MD. Abril de 1999

ROONEY, A.L. & van OSTEMBERG, P.R. Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to health care quality. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project, 1999.

SCRIVENS, E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham: Open University Press; 1995.

Schiesari, LMC. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: Evolução Histórica e Referências Externas**. São Paulo, 1999.

TAUBLIB, Davis. **Controle de Qualidade Total - Da Teoria À Prática em um Grande Hospital**. 2ª edição. São Paulo. Ed. Qualitymark. 2000. P.200