

## Processo e metodologia no Prêmio Célio de Castro: uma análise pontual da política de gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais

**Bruno Reis de Oliveira**

bruno.reis@saude.mg.gov.br

**Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro**

helen.cristiny@saude.mg.gov.br

**Débora Marques Tavares**

assessoria.grs@saude.mg.gov.br

**José Ferreira Neto**

jose.ferreira@saude.mg.gov.br

**RESUMO:** A gestão da qualidade em saúde tem sido um tema amplamente discutido na contemporaneidade, entre as diversas áreas e setores. Isso se deve a uma gama de fatores observados que perpassa desde questões legais – com a crescente judicialização da saúde –, até questões econômicas ou relacionadas à necessidade de garantir níveis satisfatórios de segurança na prestação dos serviços em saúde. Esse último fator é o cerne da acreditação, que pressupõe o estabelecimento de padrões garantidores da qualidade da assistência. A partir desse contexto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) identificou a necessidade de avaliar as melhores práticas de gestão dos hospitais participantes do Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais – Pro-Hosp e lançou, em 2008, o Prêmio Célio de Castro. Nesse sentido, este trabalho objetiva descrever e analisar o processo de criação e desenvolvimento do Prêmio Célio de Castro, bem como interpretar criticamente seus procedimentos e metodologia à luz da gestão da qualidade hospitalar, buscando trazer contribuições para a melhoria do seu desenho como política pública estratégica no contexto do atual Governo estadual em Minas Gerais. Enfim, como orientação metodológica, parte-se da estratégia da pesquisa-ação para a realização do presente trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão da qualidade; acreditação; gestão hospitalar.

### 1. INTRODUÇÃO

Há uma tendência, na atualidade, em se discutir a temática da qualidade. Observa-se que toda essa discussão, tanto nos setores produtivos de mercado como nos setores de prestação de serviço é consequência de uma série de fatores, determinada, antes de tudo, pelas constantes transformações no panorama nacional e internacional contemporâneo.

O cenário econômico que se apresenta às organizações hospitalares, por exemplo, impõe a essas instituições a necessidade de realizar uma gestão mais criteriosa e regulada, com planejamento estratégico e gerência eficiente de custo, o que determina importantes alterações nas práticas de gestão adotadas. Campos (2008) descreve que, no caso dos prestadores do SUS, a defasagem da tabela de remuneração dos procedimentos é algo recorrente e, na saúde suplementar, não se consegue acompanhar a inflação do setor – que é a mais alta do mercado. Diante disso, as alternativas em programas de qualidade, visando à otimização do uso dos recursos e à melhoria da gestão como alternativa à sobrevivência tem se mostrado uma prática quase imprescindível.

Outra mudança de cenário observada é o aumento da conscientização da população sobre os direitos do paciente. Esse movimento acontece tanto para os usuários do sistema de saúde público, quanto para os do sistema privado, e se torna possível graças à facilidade de acesso às informações, com

a disseminação da *internet* e dos meios de comunicação de massa. Isso determina uma mudança de paradigma na relação “paciente *versus* profissional da saúde”, ao lado do avanço tecnológico e da chamada judicialização da saúde. A co-responsabilidade das organizações hospitalares em relação à assistência prestada aos pacientes faz com que elas busquem, segundo Campos (2008), por meio da gestão da qualidade, o gerenciamento dos riscos e a organização dos seus processos, visando a reduzir as ocorrências não desejadas.

Diante dessas exigências, historicamente acompanhadas de toda uma evolução dos conceitos e ferramentas da gestão da qualidade no mercado, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) lançou, em 2008, seu chamado Plano de Gestão da Qualidade em Saúde, que envolveu um conjunto de ações coordenadas e complementares, concebidas com o intuito de provocar a disseminação da cultura da gestão pela qualidade na área de saúde no Estado. Uma das principais ações desse Plano foi a instituição do Prêmio Célio de Castro, que representou uma oportunidade de reconhecimento das melhores práticas de gestão da qualidade incorporadas pelos hospitais participantes do Pro-Hosp, um Programa criado em 2003 direcionado ao fortalecimento das principais unidades hospitalares de Minas Gerais.

## 2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar o processo de criação e desenvolvimento do Prêmio Célio de Castro, bem como interpretar seus procedimentos e sua metodologia à luz da gestão da qualidade hospitalar e das experiências já existentes, buscando trazer contribuições para a melhoria do seu desenho como política pública estratégica no contexto do atual Governo estadual de Minas Gerais.

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 A gestão da qualidade em saúde

A aplicação das ferramentas, modelos e metodologias de gestão da qualidade desenvolvidas ao longo do tempo tem reflexo significativo na construção de práticas de gestão da qualidade nas instituições de saúde. Entretanto, as características peculiares apresentadas pelas organizações de saúde, principalmente as de âmbito hospitalar, devem ser consideradas a fim de tornar replicáveis nessas organizações o que já é adotado pelas empresas.

Mintzberg (1995), por exemplo, propõe uma classificação diferenciada para as diversas organizações. De acordo com o autor, uma das cinco configurações de organizações existentes é a do tipo “burocracia profissional”, caracterizada pela padronização de habilidades na qual o núcleo operacional<sup>1</sup> torna-se o componente-chave. As instituições de saúde – e, por conseguinte, os hospitais – são, por assim dizer, exemplos desse tipo de organização, visto que elas apresentam características do tipo profissional calcadas em conhecimento, o que é coerente com o perfil da “burocracia profissional” segundo essa classificação de Mintzberg (1995).

A esse perfil de organizações – cujo novo paradigma é a gestão do conhecimento – soma-se, ainda, a sua complexidade, conforme se expressa no Informe Técnico nº 122 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse documento, o hospital é caracterizado como

*[...] parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisa biossocial (OMS, 1957 apud PEDROSA, 2004, p. 20).*

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

Diante dessa realidade particular, o tema da gestão da qualidade ganha relevância. Mendes (2007), partindo do estudo de evidências internacionais, conclui que a qualidade dos serviços de saúde é observada quando esses serviços utilizam tecnologias efetivas, apresentam segurança para profissionais e usuários, são ofertados a partir das necessidades efetivas e de forma eficiente, em busca da equidade, realizam-se de forma humanizada e satisfazem as expectativas dos usuários.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> O núcleo operacional está na base da organização e seus operadores são aquelas pessoas que executam o trabalho básico de fabricar produtos ou prestar serviços (MINTZBERG, 1995).



A segurança do paciente – principal objetivo das organizações que trabalham sob uma perspectiva de qualidade – é notadamente um ponto crítico dentro das instituições de saúde. Lazarou *et al.* (1998, *apud* CARVALHO e VIEIRA, 2002) concluem, por meio da análise de dados dos hospitais americanos que “a reação adversa às drogas causada por erros médicos é recentemente considerada a quarta principal causa de morte nos EUA”.

No Brasil, a infecção hospitalar representa um grande problema na assistência à saúde. Conforme Silva (2003, p. 110),

*A infecção hospitalar (IH) representa um dos principais problemas da qualidade da assistência médica, um problema econômico devido à importante incidência e letalidade significativa, assim como os custos diretos, além dos custos indiretos, como aqueles representados pela impossibilidade de retorno ao mercado de trabalho e os custos inatingíveis ou difíceis de se avaliar economicamente, como os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento experimentado pelo paciente.*

A partir dessas constatações, o gerenciamento de risco justifica-se como ferramenta e prática extremamente necessária nas instituições de saúde, sob a perspectiva da gestão da qualidade. Campos (2008, p. 49) corrobora esse postulado ao afirmar que “a assistência à saúde é, por princípio, uma atividade de risco; por isso, as organizações hospitalares, ao fazerem a gestão da segurança do ambiente hospitalar, estão aprimorando e ampliando a qualidade de seus serviços”.

Segundo a OMS (1997) o gerenciamento de risco é um processo utilizado na tomada de decisão e consiste em avaliar os riscos relacionados a um perigo potencial com o propósito de elaborar, analisar e comparar ações de controle possibilitando a escolha da melhor ação que garanta a segurança frente ao perigo. Esse processo, afirma a OMS (1997) envolve basicamente três etapas: avaliar os riscos, controlar as emissões e exposições e monitorar os riscos.

Risco representa um perigo do ponto de vista assistencial. De acordo com Nunes (2007, *apud* CAMPOS, RIBEIRO e SANTOS, 2008, p. 6), risco “é definido como a possibilidade de ocorrência de agravos ou perdas, podendo estar associado a pessoas (pacientes, visitantes, funcionários), prédios, patrimônio e sistemas”. Segundo o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), risco é “possibilidade de ocorrer algo que terá um impacto nos objetivos” (IQG, 2007, p. 47).

Enquanto o risco representa uma potencialidade, possibilidade de ocorrência, o erro é a realização efetiva de um ato. Define-se erro, segundo Ferreira (1987), como desacerto, incorreção, engano, falta, desvio do bom caminho. É um “desvio em relação ao que é direito ou correto, em relação a uma norma” (IQG, 2007, p. 47).

Observa-se que o erro é um conceito importante no que tange à gestão da qualidade. Além de poder gerar conseqüências de magnitudes incertas ao paciente/cliente, o erro deve ser o primeiro a ser gerenciado na instituição, com vistas à sua minimização, por meio da adoção de protocolos e da educação continuada dos profissionais, uma vez que os padrões pré-estabelecidos desejáveis já são conhecidos.

Há um terceiro conceito a ser explorado no âmbito da segurança da assistência: o de evento adverso, que não se difere de erro e de risco. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002), o evento adverso é classificado de três formas:

*I. Evento Adverso (EA) é qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação causal com o tratamento. Um EA pode ser qualquer sintoma ou sinal, desfavorável e não intencional, ou doença temporalmente associada ao tratamento, incluindo achados laboratoriais anormais.*

<sup>2</sup> Destaca-se que a literatura do constitucionalismo brasileiro e, por conseguinte, aquela relativa ao Sistema Único de Saúde (SUS), adota o conceito de “usuário” na definição do sujeito de direito que usufrui dos serviços de saúde; de outro lado, a literatura da gestão da qualidade adota a terminologia “cliente externo” – ou, simplesmente, “cliente” –, concebendo o usuário a partir de sua perspectiva de consumidor ou comprador do serviço de saúde. Neste trabalho optou-se pelo uso do termo “cliente” – visto que o embasamento teórico precípuo é o relativo à gestão da qualidade –, sem prejuízo, entretanto, de que esse termo seja entendido como sinônimo de “usuário” no âmbito do SUS.

*II. Evento Adverso Inesperado (EAI) é um evento adverso cuja natureza ou severidade não é consistente com as informações aplicáveis ou conhecidas do produto, e não está descrito na bula ou monografia do produto, brochura do pesquisador ou no protocolo do estudo.*

*III. Evento Adverso Sério (EAS) é qualquer ocorrência médica desfavorável que resulta em: a) morte; b) ameaça ou risco de vida; c) hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, excetuando-se as cirurgias eletivas e as internações previstas no protocolo; d) incapacidade persistente ou significativa; e) anomalia congênita ou defeito de nascimento; e f) ocorrência médica significativa.*

Há, ainda, a definição de evento sentinela, que, segundo a definição do IQG, corresponde à definição dada ao evento adverso sério da Anvisa. Evento sentinela é, portanto, “uma ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, lesão física ou psicológica sérias, ou o risco dos mesmos” (IQG, 2007, p. 48).

Ainda segundo IQG (2007, p. 49), dados do *Council for Safety and Quality in Healthcare* da Austrália apontam para que 65% dos eventos adversos e dos eventos sentinela ocorrem por falta de comunicação. A fim de manter o controle sobre esses eventos, o trabalho da gestão da qualidade em saúde exige padronização das normas, as quais são definidas pelas equipes profissionais de forma multi e interdisciplinar. Além dessa padronização, para Mendes (2005), o desafio está em instituir uma gestão que possibilite relativa autonomia aos profissionais, que devem sentir-se responsáveis pelos serviços, planejar as ações e se comprometer com os resultados.

O novo modelo de gestão, que garanta segurança e minimização dos riscos e eventos indesejados, de acordo com Mendes (2005), deve ser baseado em evidência científica,<sup>3</sup> avaliação tecnológica e econômica. Deve-se executar uma gestão dos fins, e não dos meios, utilizando-se da gestão da clínica e dos seus protocolos, bem como da gestão de patologias, sistema de informação gerencial, uma diferenciada gestão de pessoas e dos sistemas integrados de saúde.<sup>4</sup>

Além de uma mudança no modelo de gestão, deve-se mudar também a postura em relação aos desvios. Para isso, deve-se passar para uma atitude mais proativa, com a investigação dos eventos ocorridos, possibilitada pela incorporação anterior de uma rotina de notificação.

Não obstante, a gestão da qualidade também pressupõe a mensuração da qualidade da assistência prestada nas organizações. Donabedian, considerado o mais importante autor em relação à garantia da qualidade no âmbito dos serviços de saúde, corrobora essa observação ao afirmar que “a qualidade da assistência é uma propriedade complexa, mas passível de análise sistemática” (DONABEDIAN, 1992 *apud* PEDROSA, 2004, p. 8).

Além disso, Donabedian (1990) considera que os componentes da qualidade podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais. O primeiro atributo, a eficácia, aponta para a promoção de melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos. A efetividade traz a percepção da melhoria gerada pelo sistema oferecido em relação à melhoria esperada pelo sistema ideal. Já a eficiência, terceiro pilar da qualidade, é considerada como a melhoria gerada pelo sistema oferecido em relação ao custo econômico do sistema. A otimização propõe alternativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis. A aceitabilidade é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes. A legitimidade, sexto pilar, indica a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Por fim, a equidade determina a adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para toda a comunidade (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian definiu três dimensões para a avaliação das organizações. Essas dimensões seriam estrutura, processo e resultado. Sumariamente, Pedrosa (2004, p. 8) afirma que

*estrutura é o conjunto dos recursos que estão à disposição para se oferecer no serviço, tais como habilitação e capacitação do corpo funcional, materiais e recursos organizacionais. Processo é a designação das atividades desenvolvidas para a prestação da assistência de acordo com os padrões estabelecidos. Resultado é a consequência avaliada do atendimento atribuível aos cuidados recebidos.*

<sup>3</sup> É a prática centrada em processos decisórios que incorporam a melhor evidência em relação a grupos de população – ou a populações – e que se desdobram em políticas de saúde baseadas nessas evidências (MENDES, 2005).

<sup>4</sup> Compreendidos, segundo Mendes (2007, p. 108), como “reforma microeconômica dos sistemas de saúde, realizada por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que prestam uma atenção contínua e coordenada a determinada população – no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa –, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população”.

Um bom nível de qualidade em uma instituição de saúde só é possível se essas três dimensões forem analisadas conjuntamente, porque cada uma é consequência da outra. Portanto, “uma boa estrutura física aumenta a chance da realização de um adequado processo de assistência e, por sua vez, um bom processo aumenta a chance de se alcançar um bom resultado” (DONABEDIAN, 1992 *apud* PEDROSA, 2004, p. 8).

Esses conceitos “donabedianos” são o ponto de partida de várias iniciativas de avaliação, premiação e certificação das organizações de saúde, conforme será explorado na próxima subseção.

### 3.2 Experiências de certificação e premiação em gestão da qualidade

Antes de tratar das modalidades e experiências de certificação e premiação das melhores práticas de gestão da qualidade, faz-se importante realizar a definição de alguns conceitos essenciais para o entendimento da discussão, tais como acreditação, certificação e avaliação para premiação.



O termo “acreditação” não é dicionarizado. As palavras mais próximas desse termo, encontradas no dicionário, são “acreditado”, cujo significado é aquele “que tem crédito, que merece ou inspira confiança” (FERREIRA, 1987, p. 30), e “acreditar” que, para Ferreira (1987, p. 30), significa “dar crédito a [...], conceder reputação a [...]”.

A acreditação, de acordo com Scrivens (1995 *apud* FORTES, 2007), é um sistema externo de avaliação que analisa as conformidades de acordo com padrões pré-estabelecido. Fortes (2007, p. 33) afirma que a grande preocupação da acreditação é de que a prestação do cuidado seja realizada com qualidade e que os hospitais sejam lugares seguros para os profissionais e para os pacientes, o que é possível por meio de atitudes eficientes e padrões definidos.

A acreditação, em suma, avalia e certifica o hospital a partir de uma abordagem sistêmica. Se apenas um dos setores da organização não estiver em consonância com os critérios pré-estabelecidos, o hospital todo é penalizado por causa deste setor específico, ou seja, a organização não recebe o certificado de acreditação.

A certificação, por outro lado, não possui essa abordagem sistêmica e universal. Segundo Pinheiro e Escosteguy (2002, p. 367), a certificação “pode ser aplicada a um profissional individual, equipamento ou a uma instituição, sendo um processo através do qual um órgão autorizado, governamental ou não-governamental, confere ao atendimento a certos requisitos predeterminados”. Seu reconhecimento dos atributos de qualidade é, portanto, mais focado e especializado.

Por fim, cabe definir o termo avaliação, como requisito para alguma atividade de premiação. Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994 *apud* UCHIMURA e BOSI, 2002), avaliação significa atribuir valor a algo. Para Ferreira (1986 *apud* UCHIMURA e BOSI, 2002), o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa. É nesse sentido, portanto, que se utilizará o termo avaliação no presente trabalho.

Após essa delimitação conceitual, cabe expor de forma mais específica as principais experiências relativas à gestão da qualidade.

#### 3.2.1 *International Organization for Standardization (ISO)*

A *International Organization for Standardization* (ISO) foi criada no Reino Unido a partir de 1947. De acordo com Fortes (2007, p. 47), a ISO é considerada a maior instituição do mundo que trata das “questões de desenvolvimento de padrões voltados à área técnica”, e afirma ainda que “a utilidade dos padrões se estende aos ambientes de produção, tanto privados quanto públicos, tornando-os mais seguros, eficientes e transparentes”. Tais padrões podem ser utilizados “como base técnica para as

questões legais que envolvam a saúde, o ambiente e a segurança” (FORTES, 2007, p. 47). A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) foi o órgão nacional responsável por produzir traduções referentes a essas normas. Até dezembro de 2005, haviam sido conferidas 776.608 certificações ISO 9001 em todo o mundo (FNQ, 2006).

### 3.2.2 Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP)

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) surgiu em 1990 “com o objetivo de estabelecer um conjunto ordenado de ações indutoras da modernização industrial e tecnológica, contribuindo para a retomada do desenvolvimento econômico e social” (FNQ, 2006, p. 16). De acordo com FNQ (2006), uma estratégia fundamental desse Programa foi o envolvimento social, sendo que participaram da sua elaboração técnicos dos Governos Federal e Estaduais, empresas, consultores e a comunidade acadêmica.

Em outubro de 1991, fruto da fusão do PBQP com um outro grupo de estudos que discutiam, na Câmara Americana de Comércio (AMCHAM), em São Paulo, sobre a história da qualidade no Japão, nos Estados Unidos e na Europa, surgiu a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade denominada Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), que tinha o objetivo inicial de conduzir o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ).

### 3.2.3 Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ)

Em 1992, tomando como referência o prêmio norte-americano *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA), o japonês *Deming Prize* e outros existentes com a mesma finalidade, ocorreu o primeiro ciclo do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). No decorrer dos anos, observou-se que o PNQ foi se evoluindo, adquirindo influência de outros, como o *Quality European Prize* (QEP), o *Canada Award for Excellence* (CAE), e o *Premio Iberoamericano de la Calidad* (Espanha).

A FNQ adota o Modelo de Excelência da Gestão, cujos critérios se alicerçam em um conjunto de fundamentos reconhecidos internacionalmente, quais sejam: pensamento sistêmico; aprendizado organizacional; cultura de inovação; liderança e constância de propósitos; orientação por processos e informações; visão de futuro; geração de valor; valorização das pessoas; conhecimento sobre o cliente e o mercado; desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social.

A partir desses fundamentos, foram estipulados os oito critérios do Modelo de Excelência da Gestão, os quais se subdividiram em vinte e quatro itens de avaliação. Os critérios são: Liderança; Estratégias e Planos; Clientes; Sociedade; Informações e Conhecimentos; Pessoas; Processos; Resultados. A figura abaixo representa a concepção desses critérios no Modelo de Excelência da Gestão.

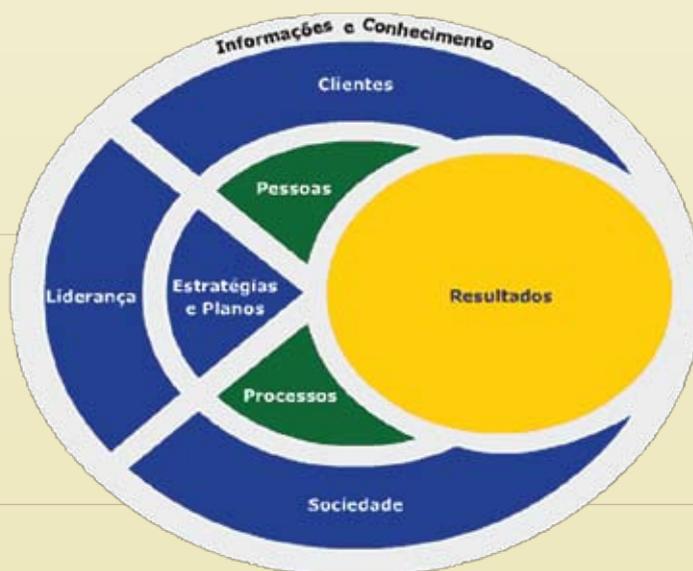


Figura 1 – Modelo de Excelência da Gestão

Fonte: FNQ, 2007.

### 3.2.4 Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS)

O Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS) foi concebido pelo Programa Compromisso pela Qualidade Hospitalar (CQH) com o objetivo de reconhecer as organizações de saúde que apresentam as melhores práticas de gestão e resultados. Assim, o PNGS acaba representando uma oportunidade para que essas organizações avaliem e busquem melhorias contínuas de seus sistemas de gestão. Atualmente, são quatro as categorias de premiação existentes (hospitais, laboratórios de patologia clínica, clínicas de especialidades médicas e atendimento domiciliar). O PNGS utiliza os mesmos critérios do Modelo de Excelência da Gestão da FNQ.

### 3.2.5 Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)

O Programa CQH foi criado no Estado de São Paulo e se baseou nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), dos EUA. Este Programa representa um processo de adesão voluntária, que objetiva a promoção da melhoria contínua da qualidade hospitalar. Metodologicamente, é incentivada a auto-avaliação, o que acarreta um processo educacional de mudança de atitudes e de comportamentos.

Na prática, confere-se um selo aos hospitais que aderem a esse Programa e apresentam uma evolução nos itens avaliados. Atualmente, cerca de 170 hospitais participam do CQH – alguns destes localizados fora de São Paulo. Além da certificação, outra importante iniciativa do CQH é reconhecer as instituições que se destacam nas práticas de gestão e apresentam resultados superiores de desempenho, por meio do já apresentado PNGS.

### 3.2.6 Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) / Joint Commission International (JCI)

Nos anos de 1913 e 1918, Ernest Codman, um cirurgião norte-americano, publicou alguns trabalhos sobre a importância da qualidade nos resultados, tanto da assistência médica, como das ações finais da saúde. Segundo Neto e Gastal (1997 *apud* FORTES, 2007, p. 35) com Codman surgiu “o incentivo à utilização do taylorismo no modo de agir, administrar e classificar os hospitais, bem como de avaliar e controlar a prestação dos serviços e os resultados da atenção”.

Cresceu-se, então, a discussão sobre a necessidade de padronização nos hospitais. Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) iniciou o Programa de Padronização Hospitalar que, de acordo com Fortes (2007, p. 35), visava “avaliar a conformidade dos procedimentos realizados pelos cirurgiões em relação a um conjunto de padrões”, os quais ficaram definidos como “padrões mínimos” do que se deveria esperar no cuidado prestado nas organizações hospitalares.

O Programa de Padronização Hospitalar proporcionou avaliar 692 hospitais. Desses, apenas 89 apresentaram conformidade com os “padrões mínimos” estabelecidos (FORTES, 2007). Em 1951, o CAC uniu-se ao Colégio Americano de Médicos, à Associação Americana de Hospitais, à Associação Médica Americana e à Associação Médica Canadense, criando a chamada *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que tinha como objetivo promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde de forma contínua, tomando como base o “padrão mínimo”, considerado o precursor da acreditação hospitalar nos EUA.

A Associação Médica Canadense, em 1959, desagregou-se da JCAHO e criou a *Canadian Council on Hospital Accreditation* (CCHSA), cujo propósito era “estabelecer padrões para os hospitais canadenses e avaliar suas conformidades com os mesmos. Nesse país, o número de hospitais acreditados passou de menos de 350, em 1960, para praticamente 1.300 em 1988” (FORTES, 2007, p. 36). De acordo com Scrivens (1995 *apud* FORTES, 2007, p. 36), a desagregação canadense foi uma atitude de independência que objetivou estabelecer uma metodologia de acreditação hospitalar que atendesse “as necessidades do sistema nacional de saúde daquele país com base nos seus serviços hospitalares, fatores culturais e mudanças econômicas”.

Da JCAHO, essa organização não governamental americana que realiza acreditação desde 1953 adotando uma metodologia específica para a realidade dos Estados Unidos, desdobrou-se a *Joint Commission International* (JCI), responsável pela acreditação de organizações fora dos Estados Unidos (versão internacional).

Sediada nos Estados Unidos – embora atue em mais de 40 países –, representa a mais importante agência mundial para acreditação dos padrões assistenciais de qualidade dos serviços de saúde. Os seus critérios englobam um leque de itens como a infra-estrutura do ambiente assistencial, direitos do paciente, prontuário do paciente, manutenção dos equipamentos, treinamento dos recursos humanos e controle de infecção hospitalar. Nos Estados EUA, a JCI já avaliou mais de 6.000 hospitais, 2.600 laboratórios, 5.000 serviços de assistência domiciliar (home care) e outras organizações de saúde. No mundo todo, já foram receberem acreditação pela JCI mais de 70 instituições provenientes de países como Alemanha, Áustria, Brasil, China, Dinamarca, Emirados Árabes, Espanha, Filipinas, Índia, Irlanda, Itália e Turquia (MADUREIRA, 2007).

A metodologia internacional da JCI contém 355 requisitos com mais de mil elementos de medição, sendo que, destes, 171 requisitos são obrigatórios para obter a acreditação (core standards). Os padrões são centrados no paciente e na organização e, como resultados da avaliação obtêm-se *Accredited ou Accreditation Denied* (MADUREIRA, 2007).

No Brasil, a organização responsável por aplicar a metodologia da JCI é o *Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde* (CBA).

### 3.2.7 Programa do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA)

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), em conjunto com outras instituições, organizou o “Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade”, o qual resultou na criação do Programa de Avaliação e Certificação em Saúde (PACQS). Juntamente com a Fundação Cesgranrio, as instituições organizadoras do PACQS organizaram, em 1997, a oficina de trabalho “A acreditação hospitalar no contexto da qualidade em saúde”, que teve como objetivo propor um método para avaliar os hospitais brasileiros, tomando como referência a experiência internacional. Essa oficina contou com a participação da JCAHO.

A partir dessa oficina, foi criado em 1998 o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), que utiliza como referência para avaliação e concessão do certificado de instituição acreditada o instrumento para acreditação internacional da JCI: o Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (CBA/JCI). Nesse Manual, constam os seguintes itens de avaliação: 1) Acesso e Continuidade do Cuidado; 2) Direitos do Paciente e Familiares; 3) Avaliação do Paciente; 4) Cuidados ao Paciente; 5) Educação dos Pacientes e Familiares; 6) Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente; 7) Prevenção e Controle de Infecções; 8) Governo, Liderança e Direção; 9) Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança; 10) Educação e Qualificação de Profissionais; 11) Gerenciamento da Informação (MADUREIRA, 2007).

De acordo com Fortes (2007, p. 40), o processo de acreditação é iniciado quando a instituição – que pretende adotar a metodologia – preenche um formulário de inscrição e firma um contrato que estabelece os termos do relacionamento entre essa instituição e o CBA. Após a elaboração conjunta de um cronograma, começa-se um programa de educação, que visa “disseminar o método através de um grupo facilitador, composto por profissionais de várias áreas da instituição de saúde, que estuda o manual para divulgá-lo internamente” (FORTES 2007, p. 40).

Quando é realizada a avaliação final, geralmente há a presença de um avaliador da JCI dos EUA. A equipe de avaliadores é formada por um médico, um enfermeiro e um administrador, que produzem um relatório ao final da avaliação. O método para desenvolver as avaliações, de acordo com Fortes (2007, p. 40), é pelo “cruzamento das informações obtidas ao longo das diferentes fases do levantamento, que serão analisadas sob os três enfoques profissionais”, sendo utilizados como técnicas entrevistas, observações e revisão de documentos, inclusive prontuários.



Assim, a instituição acreditada terá uma pontuação que reflete o nível de conformidade com os padrões pré-estabelecidos. Receberá um relatório final emitido pela equipe e um certificado com validade de três anos, “durante os quais a instituição deverá manter-se atuando de acordo com os padrões e, ao final dos quais, deverá ser reavaliada” (FORTES, 2007, p. 40).

Enfim, de acordo com Pedrosa (2004, p. 92), o CBA “desenvolve a metodologia da acreditação hospitalar, adequando para a realidade brasileira a tecnologia desenvolvida pela JCAHO, com assessoria contínua de sua subsidiária, a *Joint Commission Internaciona* - JCI”. Hoje, existem apenas 17 instituições acreditadas no Brasil pela metodologia do CBA.

### **3.2.8 Acreditação Internacional Canadense - *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA)**

Criado no Canadá a partir do modelo inicial da JCAHO, o *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) é reconhecido pela Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde (ISQua), o que garante a seus programas de acreditação o reconhecimento e prestígio internacionais.

O CCHSA é considerado como um dos melhores certificados de qualidade hospitalar que existem, sendo adotado como modelo de gestão em saúde por muitos países. É famoso pelo rigor com que constitui os seus critérios de avaliação. Entre os indicadores trabalhados pelo CCHSA, incluem-se elementos como atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão.

### **3.2.9 Acreditação das Organizações de Serviços de Saúde da Organização Nacional de Acreditação (ONA)**

Em 1995, a acreditação começou a ser abordada de forma intensa no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, por meio da criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), o qual originou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade. Essa Comissão se incumbiu de discutir e definir estratégias para implementar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados. Posteriormente, foi encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que continha metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar.

A partir do Manual editado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e das experiências estaduais, buscou-se, então, estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões únicos de avaliação. Surge então, em 1998, o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”.

Diante da necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, é constituída em 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se, a partir daí, a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras (aquelas que poderiam conferir às organizações a acreditação), código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores.

A Acreditação das Organizações de Serviços de Saúde da ONA constitui-se em um processo voluntário de avaliação e certificação da qualidade das instituições de saúde, que visa à melhoria contínua da gestão. O processo de avaliação para a acreditação se realiza por meio de alguma instituição credenciada pela ONA, são as instituições acreditadoras (IAC) – instituições de direito privado, com ou sem fins lucrativos.

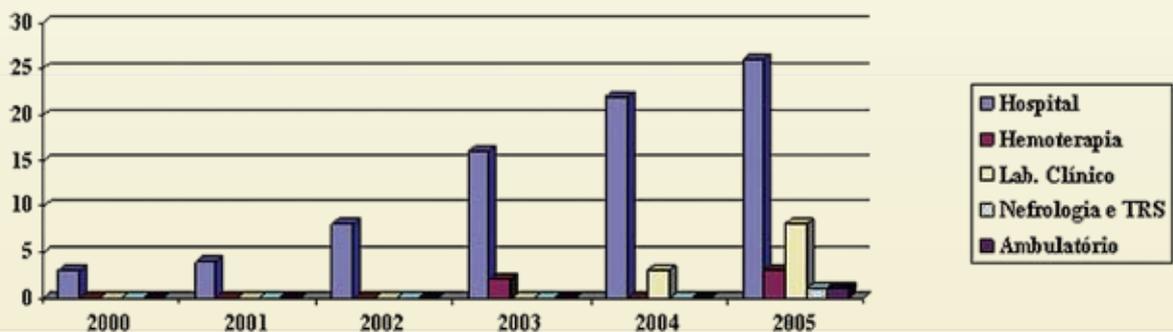
As IAC estabelecem uma equipe, composta de no mínimo três profissionais – geralmente um médico, um enfermeiro e um administrador – sendo que um deles avaliador-líder da equipe. Essa equipe utiliza como referência o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares da ONA e procura identificar in loco evidências de qualidade



nos serviços prestados do hospital em processo de avaliação. Após esse processo de avaliação o hospital pode se encaixar em quatro situações a saber: não acreditado, acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) ou acreditado com excelência (nível 3).

Segundo a Anvisa (2006, p.3), uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS), se enquadrada no nível 1 da acreditação quando cumpre os requisitos de segurança em todas as suas áreas, e o título é válido por dois anos. Uma OPSS é classificada no nível 2 quando além dos itens de segurança, apresenta processos organizados. E, por último, o nível 3 é alcançado quando as exigências dos níveis 1 e 2 e todos os requisitos relacionados à excelência – bom desempenho, gestão e qualidade dos serviços – são alcançados pela OPSS, sendo que esse certificado vale três anos. Nas organizações acreditadas em qualquer dos níveis é realizada uma auditoria anual, com possibilidade de perda do título se forem detectadas não-conformidades.

Na tabela a seguir é apresentada a quantidade de serviços acreditados entre 2000 e 2005, embora não esteja mencionando o nível de acreditação – nível 1, 2 ou 3 –, bem como não descreva as OPSS que não renovaram sua certificação no mesmo período. Esse gráfico aponta para uma tendência de crescimento anual no número de certificações e da variedade de serviços acreditados.



**Gráfico 1** – Serviços de saúde acreditados entre 2000 e 2005, por tipo de serviço  
Fonte: Anvisa (2006).

Segundo a Anvisa (2006, p. 8) no ano de 2005 havia 97 serviços de saúde acreditados, sendo 79 deles hospitais. Apenas nos dois últimos anos analisados acima, 2004 e 2005, foram certificados 66% do total de serviços certificados desde 2000 (64 entre 97) e 61% do total de hospitais (48 entre 79).

Em 2001, a Portaria GM nº 1970 incorpora o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar como parte do Manual da ONA e, em 2006, é publicada a quinta edição do Manual. Este, de acordo com Campos (2008, p. 45), “passa a considerar o nível três por seção e não mais inserido em cada sub-seção, reforçando a lógica sistêmica e de causa e efeito entre as áreas”. Assim, o instrumento utilizado para o Programa de Acreditação em hospitais é o Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - MBA-OPSH.

O MBA-OPSH organiza-se em seção e subseção. Campos (2008, p. 47) afirma que nas seções estão reunidos “os serviços, setores ou unidades com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. O princípio adotado é o da lógica sistêmica, com a existência de interação entre as seções”. Assim sendo, após a avaliação a OPSS é “acreditada no nível correspondente aos requisitos máximos atendidos pelo conjunto das áreas que a compõem”. Vale ressaltar que os serviços terceirizados são também avaliados.

#### 4. METODOLOGIA

O êxito do trabalho dependeu, em grande parte, da opção por uma metodologia de pesquisa coerente com as peculiaridades dos objetivos perseguidos pelo mesmo. Essa preocupação é aprofundada ainda mais pela necessidade de se propor uma intervenção em uma realidade dada, buscando melhorias nos processos e

resultados desse ambiente de interação social, o que aumenta o grau de responsabilidade dos pesquisadores. Por isso mesmo, dada a natureza do objeto de pesquisa – qual seja, o Prêmio Célio de Castro – e o intuito de trazer alguma implicação prática efetiva de ação na realidade social, proporcionando melhorias, optou-se, como estratégia precípua dessa pesquisa, o método da pesquisa-ação.

De acordo com Thiollent (1985, p. 11), a pesquisa-ação é uma “estratégia de conhecimento voltada para a resolução de problemas do mundo real”. A necessidade de propor uma avaliação do Prêmio Célio de Castro e apontar soluções para os pontos críticos identificados é, portanto, bastante coerente com aquilo a que se propõe a pesquisa-ação.

Para isso, além da revisão da literatura acerca da temática da gestão da qualidade, buscaram-se os dados em fontes secundárias, como documentos produzidos pelos envolvidos no Prêmio e a Resolução que o instituiu. Os pesquisadores, como avaliadores dos hospitais, atuaram também, em contribuição com esse trabalho, como observadores participantes, o que os habilitou a contribuir com o refinamento das informações e com a análise mais apropriada dos pontos críticos.

## 5. RESULTADOS

Antes de proceder com a discussão dos resultados, cabe uma breve explanação acerca do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde e da configuração proposta do Prêmio Célio de Castro.

Inicialmente, esse Plano surgiu como uma proposta de se avaliar, a partir dos critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o grau de incorporação das práticas de gestão de segurança, gestão por processos e gestão por resultados do conjunto dos hospitais do Pro-Hosp, um Programa da SES/MG que visa a fortalecer os hospitais de referência das macro e microrregiões do Estado, contribuindo para consolidar a regionalização da assistência – os quais já vinham recebendo recursos estaduais desde 2003. O Plano surgiu, enfim, de uma efetiva necessidade de medir os primeiros impactos do Programa nessas instituições, no que diz respeito à gestão da qualidade.

Criou-se, no âmbito da SES/MG, o chamado Núcleo de Gestão da Qualidade, que teria como objetivo precípua o acompanhamento do processo de premiação dos hospitais do Pro-Hosp em gestão da qualidade a partir dos critérios da ONA.

A primeira atividade conduzida pelo Núcleo foi a realização dos módulos de capacitação em gestão da qualidade, os quais foram direcionados aos membros do Núcleo, a alguns outros servidores e a hospitais do Pro-Hosp que já desenvolviam ações de qualidade. Em seguida, foi realizada uma etapa de consolidação das informações referentes aos hospitais no que diz respeito às práticas de gestão da qualidade em cada setor, retiradas a partir da aplicação do chamado “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA”. Esse Instrumento foi aplicado pelos hospitais em conjunto com as GRS (um representante da Coordenadoria de Atenção à Saúde – CAS – e outro da Coordenaria de Vigilância Sanitária – VISA), e utilizava como parâmetros os critérios da ONA e da Anvisa. Enfim, coube ao Núcleo a condução do processo de elaboração e avaliação dos hospitais para o Prêmio Célio de Castro.

A primeira etapa de avaliação do Prêmio consiste na aplicação do Instrumento acima referido, com sua respectiva apuração e classificação dos hospitais em ordem decrescente de pontos. Nessa etapa, os pontos podem variar de 0 a 100, sendo contabilizados considerando-se critérios de peso. As práticas relacionadas à segurança têm maior peso (70%), seguidas das práticas de gestão por processos (20%) e de gestão por resultado (10%).

Destaca-se que os hospitais já acreditados têm pontuação diferenciada (200, 150 ou 100 pontos), dependendo do nível de acreditação, e estão dispensados de avaliação pela equipe do Prêmio, uma vez que já dispõem de certificado expedido por instituição externa e reconhecida. Entretanto, se é premiado, o hospital acreditado somente pode concorrer novamente nos ciclos seguintes se melhorar o seu nível de acreditação.

Em seguida, os 20 primeiros colocados – que aderem formalmente à segunda etapa de avaliação – são convocados, a qual consiste na visitação das instituições, a fim de validar as práticas de gestão da qualidade aferidas pelo Instrumento de Avaliação Inicial. Essa avaliação é realizada por, no mínimo, quatro pessoas, sendo uma delas o avaliador-líder, e propõe a identificação das práticas de gestão a partir de uma visão sistêmica, e não mais tão detalhada e “departamentalizada”, como ocorre na primeira etapa.

Em seguida à visitação das instituições, são atribuídas notas de 0 a 100 a cada uma delas, sendo que as acreditadas mantêm a pontuação adquirida na primeira etapa. Convoca-se, então, a Comissão

Julgadora, composta por profissionais de saúde com experiência reconhecida em saúde, em gestão da qualidade ou em gestão hospitalar, a qual tem por finalidade validar o resultado final.

Após essa explicação inicial, podem ser discutidos os resultados alcançados referentes à reflexão sobre a concepção e a execução do Prêmio, procurando destacar os seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria, a partir da ação dos pesquisadores como avaliadores – agentes desse processo de premiação e observadores em relação aos demais avaliadores –, bem como das abordagens elaboradas tomando como ponto de partida os referenciais teóricos levantados. Do ponto de vista de organização textual, optou-se por tratar separadamente as duas etapas de avaliação, conforme segue.

Destacam-se como pontos fortes da primeira etapa, principalmente, o alinhamento do Instrumento criado com os critérios elaborados por instituições reconhecidas como a ONA e a Anvisa, a participação da VISA nesse processo e a preocupação com a realização de um treinamento para os avaliadores.

A avaliação dos requisitos de segurança, processos e resultados coincide com a proposta da ONA. Segundo Campos (2008, p. 47), o Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (MBA-OPSH), instrumento que orienta a avaliação ONA

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

Não obstante, o treinamento de alinhamento conceitual com os atores responsáveis pela avaliação e com aqueles que seriam avaliados, realizado por meio dos módulos de capacitação, coincidem, de certa forma, com a proposta do programa de educação continuada empregado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – *Joint Commission International* (CBA-JCI), utilizado há muitos anos e reconhecidamente importante no processo de criação de uma cultura de qualidade nos hospitais. Segundo a metodologia do CBA-JCI, uma das primeiras etapas rumo à acreditação está no desenvolvimento de um programa de educação, que, segundo Fortes (2007), visa disseminar esse método através de um chamado grupo facilitador, composto por profissionais de diversas áreas da instituição, o qual estuda o manual de acreditação e as práticas de qualidade para divulgá-los internamente.



Entre as oportunidades de melhoria dessa etapa, destaca-se, principalmente, a duração e o conteúdo da capacitação, do ponto de vista da preparação específica para os avaliadores. E o resultado alcançado nessa primeira etapa de avaliação – principalmente em relação ao preenchimento do Instrumento – mostra a necessidade de uma revisão nessa preparação mais específica. Isso porque os profissionais das CAS, embora recebessem a capacitação específica no início de 2008 e tivessem a prática de acompanhar os hospitais dentro da sistemática de monitoramento do Pro-Hosp, demonstraram-se com dificuldade para avaliar as práticas de gestão à luz metodológica da gestão da qualidade, que é estratégia essencial observada nas experiências de acreditação e premiação estudadas.

A segunda etapa também apresentou algumas dificuldades e outros pontos positivos. Destaca-se, entre as oportunidades de melhoria, a necessidade de ampliar o tempo de visita aos hospitais, a importância de toda a equipe de avaliadores participar da avaliação em todos os setores e a preparação mais específica para os avaliadores – como destacado em relação à primeira etapa –, a fim de reduzir as discrepâncias nos critérios de validação.

Observou-se, na prática, que um dia de visita torna a avaliação cansativa e, por vezes, inclusive menos criteriosa, visto que as validações devem acontecer de forma mais célere. Esse prazo exíguo também impede que toda a equipe participe da avaliação em todos os setores, o que representa uma perda para o processo, porque as diferentes qualificações profissionais dos avaliadores podem colaborar na execução de uma melhor avaliação. Destaca-se que as instituições avaliadoras pela metodologia da ONA utilizam, na média, cerca de 3 dias de visita de avaliação para elaboração do diagnóstico organizacional e que todos os participantes do processo visitam todos os setores do hospital.

Já os pontos fortes foram expressivos na segunda etapa. As reuniões de consensos realizadas ao longo da visita entre a equipe de avaliadores – os quais se encontravam com frequência para discutir as impressões – demonstrou-se metodologia muito eficiente no nivelamento das validações. Também a metodologia do CBA/JCI determina necessário esse cruzamento de informações obtidas ao longo das visitas. A formação diversa das equipes coloca em prática um modelo semelhante ao adotado pela ONA e pelo CBA/JCI, sendo essas compostas por, pelo menos, três profissionais, com formação voltada para a administração e para a assistência, principalmente enfermagem. A presença do avaliador-líder, observada no Prêmio, é utilizada também no modelo de avaliação da ONA.

A avaliação sistêmica é outro ponto forte da segunda etapa e alinha-se à metodologia empregada pela ONA. Os setores analisados são bastante coerentes com as subseções do MBA-OPSH, demonstrando mais uma confirmação da opção pelo modelo da ONA. Campos (2008) ainda destaca que o MBA-OPSH também adota o princípio da lógica sistêmica.

As técnicas de validação são mais um ponto forte, obedecendo aos mesmos modelos desenvolvidos pela ONA e pelo CBA/JCI: entrevistas, observações e revisão de documentos. Isso dá maior consistência aos resultados e permite realizar a análise sob uma ótica sistêmica. Visto que, segundo Campos (2008), a assistência à saúde é, eminentemente, uma atividade de risco, destaca-se que o método de avaliação utilizado contribui para a melhoria contínua das instituições, na medida em que as visitas têm caráter educativo, sendo apresentadas aos profissionais dos setores algumas oportunidades de melhoria detectadas pelos avaliadores. Isso, de certa forma, faz com que os profissionais sintam-se responsáveis pelo planejamento das ações a partir da avaliação externa, comprometendo-se com os resultados da organização, o que é coerente com a proposta de Mendes (2005): uma gestão realizada por profissionais relativamente autônomos e responsáveis.

A fase da validação do resultado final do Prêmio pela Comissão Julgadora é também adequada, visto que são convocados profissionais de renome em gestão da qualidade e saúde pública para verificar a sua adequação, bem como transparente, uma vez que a isonomia é resguardada, pois os relatórios sobre os hospitais não identificam a instituição sob análise.

Por fim, o fato de a instituição vencedora em um determinado ano não poder concorrer ao Prêmio caso não mude de Categoria, apresenta-se estímulo à melhoria contínua por parte dos hospitais, rumo à consolidação de níveis cada vez mais consistentes de qualidade em gestão – o que também está de acordo com os entendimentos de Pinheiro e Escosteguy (2002) acerca da acreditação e com os propósitos da SES/MG em desenvolver essa cultura da qualidade em saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No curso da história, as organizações de forma geral – e as organizações de saúde – têm enfrentado recorrentes e significativas mudanças de paradigmas – seja no âmbito cultural, econômico ou social. Para que essas organizações logrem êxito com as novas exigências impostas pelos ambientes externo e interno, impõe-se a elas, cada vez mais, a adoção de um modelo de gestão voltado para a qualidade, por meio de instrumentos que permitam realizar a análise e a medição organizacional, propiciando a sua melhoria contínua.

Assim, este trabalho procurou levantar pontos de destaque em relação à gestão da qualidade hospitalar, a fim de proporcionar uma primeira avaliação do Prêmio Célio de Castro e do seu ciclo em 2008, tomando como estratégia de pesquisa a chamada pesquisa-ação.

No contexto da qualidade, tal premiação representa um estímulo à melhoria das organizações hospitalares, rumo à consolidação de níveis cada vez mais consistentes nesse âmbito. Percebe-se que, ao partir da metodologia desenvolvida pela ONA – que avalia o grau de incorporação nas organizações das práticas de gestão da segurança, gestão de processos e gestão de resultados –, o Prêmio tornou possível analisar e medir os primeiros impactos relacionados à qualidade nos hospitais participantes do Pro-Hosp.

Na condução desse trabalho, pôde-se levantar a existência de diversos pontos fortes e oportunidades de melhoria, os quais, discutidos nessa pesquisa, apresentam-se como contribuição válida para os responsáveis pelo desenho do Prêmio nas edições subsequentes. Finalmente, destaca-se que esse trabalho representa uma primeira contribuição avaliativa em relação ao Prêmio Célio de Castro, abrindo aos interessados no tema a possibilidade a novas reflexões a partir das conclusões e das análises realizadas.



## 7. REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *2º Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação*. Brasília: ANVISA, 2006.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 5, de 14 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a notificação de eventos adversos sérios em estudos clínicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 2002.
- CAMPOS, Lismar Isis. *Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA*. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.
- CAMPOS, Lismar Isis; RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; SANTOS, Daniela. *Introdução à acreditação hospitalar: guia de estudos*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2008. Mimeo.
- CARVALHO, Manuel de; VIEIRA, Alan. Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 261-268. 2002.
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab. Med.*, [s.l.], v. 114, p. 1115-1118. 1990.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. *Crítérios de excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional*. São Paulo: FNQ, 2007.
- FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. *Classe Mundial: 15 anos*. São Paulo: FNQ, 2006. n. 7.
- FORTES, Maria Thereza Ribeiro. *A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas acreditações*. 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro.
- IQG. Instituto Qualisa de Gestão. *Manual de avaliador: gestão da qualidade*. São Paulo: IQG, 2007.
- MADUREIRA, Mario Cesar. *Gestão da qualidade*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2007.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. *Os novos desafios para os gestores dos sistemas de serviços de saúde no século XXI (apresentação)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.
- MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- PEDROSA, Tania Moreira Grillo. *Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da Organização Nacional de Acreditação – ONA (2004) – e as normas da série NBR ISO 9000:2000*. 2004. 136 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.
- OLIVEIRA, Bruno Reis de; RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; FERREIRA NETO, José. *A gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais: uma avaliação do Prêmio Célio de Castro*. 2009. 67f. Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Programa Internacional de Seguridad de Sustancias Químicas. *Seguridad química; principios básicos de toxicología aplicada: la naturaleza de los peligros químicos*. 2. ed. Lima: CEPIS, 1997.
- PINHEIRO, Rejane Sabino; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 361-369.
- SILVA, Ruvani Fernandes. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 108-114, jan/fev. 2003.
- THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1985.
- UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.