

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG Md CLAUDIA REGINA YAGO RODRIGUES DA SILVA

**MODERNIZAÇÃO DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO E DOS
MÉTODOS DE CONTROLE DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
MARINHA DO BRASIL-M**

**Rio de Janeiro
2009**

CMG Md CLAUDIA REGINA YAGO RODRIGUES DA SILVA

**MODERNIZAÇÃO DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO
E DOS MÉTODOS DE CONTROLE DAS UNIDADES DE SAÚDE
DA MARINHA DO BRASIL – MB**

**Monografia apresentada à Escola de Guerra
Naval como requisito para a conclusão do
Curso de Política e Estratégias Marítimas.**

**Orientador: CMG IM César Reis Abrantes
Filho**

**Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval
2009**

RESUMO

Procurando acompanhar os contornos positivos e as vicissitudes do setor saúde na atualidade brasileira, a autora analisou, nesta monografia, a introdução do processo de modernização na área de saúde da Marinha do Brasil, a partir do Projeto Netuno, que *interna corporis* procurou estruturar novo paradigma gerencial para a Força, discutindo o processo de acreditação hospitalar, em termos nacionais e internacionais, que, por sua vez, define a certificação de conformidade e melhoria de gestão e qualidade administrativas no setor. Tomando como caso de estudo o Hospital Naval de Salvador, que vem procurando se adequar aos padrões civis de qualidade e certificação adotados por entidades nacionais e internacionais, considerou a autora as dificuldades encontradas pelo setor saúde no orçamento da União, bem como os problemas de contingenciamento orçamentário da MB, mesmo após a criação, em 1999, do Ministério da Defesa, concluindo que existe necessidade imperiosa de aderir ao imperativo de qualidade e aos novos paradigmas administrativos, inseridos pelo processo de acreditação hospitalar, coordenados pela Organização Nacional de Acreditação, ao nível nacional, e pelo chamado “Modelo Canadense”, ao nível internacional, etapas que paulatinamente poderão ser adotadas e consideradas importantes e adequadas aos planos de modernização gerencial do setor saúde na MB, apesar dos óbices culturais remanescentes na tradicional instituição militar.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação Hospitalar – Acreditação Internacional – Modelo Canadense – Qualidade em Saúde – Modelos de Gestão em Saúde – Projeto Netuno – Novos Paradigmas em Saúde – Qualidade em Saúde na MB.

ABSTRACT

Looking for to follow the positive contours and the vicissitudes of the sector health in the Brazilian present time, the author analyzed, in this monograph, the introduction of the process of modernization in the area of health of the Navy of Brazil, from the Project Neptune, whom internal corporis she looked to structuralize new management paradigm for the Force, arguing the process of hospital accreditation, in national and international terms, that, in turn, define the certification of conformity and improvement of administrative management and quality in the sector. Taking as study case the Naval Hospital of Salvador, that comes looking for to adjust to the civil standards of quality and certification adopted by national and international entities, considered the author exactly the difficulties found for the sector health in the budget of the Union, as well as the problems of budgetary contingency of the MB, after the creation, in 1999, of the Ministry of the Defense, concluding that imperious necessity exists to adhere to the imperative of quality and the new administrative paradigms, inserted for process of hospital Accreditation, coordinate for the National Organization of Accreditation, the national level, and for the called "Model Canadian", to the international level, stages that gradually could be adopted and be considered important and be adjusted to the plans of management and modernization of the sector health in the MB, although the remaining cultural obstacles in the traditional military institution.

KEY WORDS: *Hospital Accreditation - International Accreditation - Canadian Model - Quality in Health - Models of Management in Health - Project Neptune - New Paradigms in Health - Quality in Health in the MB.*

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEMAT	–	Central de Esterilização de Materiais
CCHSA	–	Canadian Council on Health Services Accreditation
HNSa	–	Hospital Naval de Salvador
IAC	–	Instituições Acreditoras Credenciadas
IQG	–	Instituto Qualisa de Gestão
ISQua	–	International Society for Quality in Health Care
MB	–	Marinha do Brasil
MBA	–	Master of Business Administration
NBR ISO	–	Norma ISO Brasileira
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONA	–	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	–	Organização Pan-Americana da Saúde
PACs	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGAQS	–	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PQSP	–	Programa da Qualidade no Serviço Público
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SBA	–	Sistema Brasileiro de Acreditação
SBIS	–	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SSM	–	Sistema de Saúde da Marinha
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TQM	–	Gerência de Qualidade Total
UFBA	–	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO –

CAPÍTULO 1 –

FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SAÚDE EM GERAL E NA ÁREA HOSPITALAR. O PROGRAMA NETUNO

1.1- Ideologia administrativa nos anos 90: novos paradigmas

1.2- O impacto do neoliberalismo

1.3- Tecnologias administrativas e necessidades humanas

1.4- A crise hospitalar no Brasil e a criação do Ministério da Defesa

1.5- Projeto NETUNO: vantagens e desvantagens para o setor saúde na MB

CAPÍTULO 2 –

A “ACREDITAÇÃO HOSPITALAR” COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E A VIABILIDADE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL: VANTAGENS E DESVANTAGENS. A ACREDITAÇÃO CANADENSE.

2.1- Definições

2.2- Histórico e Processo de avaliação

2.3- Metodologia do Processo de Acreditação Hospitalar

2.3.1- Padrões de qualidade

2.3.2- Níveis de qualidade

2.3.3- Itens de verificação

2.3.4- Perfil dos avaliadores

2.3.5- Capacitação do avaliador

2.3.6- Avaliação e Visita

2.4- O Manual Brasileiro de Acreditação

2.5- Objetivos da ONA

2.6- A avaliação do IPASS

2.7- Números da Acreditação

2.8- Exemplos brasileiros de Acreditação

2.9 – Vantagens e Desvantagens da Acreditação

2.10- O Futuro da Acreditação Hospitalar

2.11- A Acreditação Internacional, o Modelo Canadense

2.12- Aplicação do Modelo Canadense ao mercado hospitalar brasileiro

**CAPÍTULO 3 –
EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE “ACREDITAÇÃO
HOSPITALAR” NO HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR E SEU ESTÁGIO
ATUAL**

**CAPÍTULO 4 –
FERRAMENTAS DE GESTÃO EFICIENTE NO SISTEMA DE SAÚDE DA
MARINHA DO BRASIL: DISCUSSÃO E SUGESTÕES**

4.1- Investimentos federais no setor saúde

4.2- Problemas orçamentários na MB

4.3- O processo de “condenação” à qualidade

4.4- Óbices culturais de hierarquia e controle: os times de liderança e gestão

4.5- Desconfianças sobre a orientação civil

**CAPÍTULO 5 –
CONCLUSÕES**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS**

INTRODUÇÃO –

A saúde, no Brasil, é um setor que vive em dilemas crônicos de gestão. Não basta desenvolver políticas públicas sobre problemas específicos da área, esquecendo-se, amadoristicamente, do enfoque gerencial que eles envolvem. É preciso ter-se em mente de que administrar não depende apenas de honestidade na gestão dos recursos públicos, mas em introduzir novas tecnologias de administração, que interliguem processos e não visem, somente, ao preenchimento de cargos e funções de acordo com as tarefas múltiplas a serem realizadas. Se persistirmos apenas em confirmar modelos antigos de gestão, teremos o resultado que sempre obtivemos: o estado de colapso e abandono em que permanecem muitos de nossos hospitais públicos.

Visando sanar as distorções do Sistema Hospitalar Brasileiro, procurou-se direcionar a gestão do SUS através de normas de descentralização que definiram, em primeiro lugar, as respectivas áreas de operacionalização e influência: à União caberia prover o suporte técnico, financeiro e de normas; aos Estados, competiria a coordenação e aos municípios, a realização do atendimento. Ocorre que no Brasil ainda não se esgotou a transição, de ordem epidemiológica, entre doenças de subdesenvolvimento e as do desenvolvimento, demonstrando continuar a ser um país de agudos contrastes. A máquina pública, representada pelo sistema INSS-INAMPS, com quase 100 mil funcionários, não consegue gerenciar e controlar um sistema de mais de 6.500 hospitais, com mais de 40 mil médicos conveniados. Esses números demonstram ser impossível manter a administração hospitalar entregue à gestão por indicação de políticos e amadores, que não são capazes de responder às demandas da população brasileira e previstas na Constituição Federal.

No entanto, a pretexto da municipalização em curso, não se deve descuidar da gerência propriamente dita dos hospitais públicos. Nesse sentido, é necessário que se modifique definitivamente a estrutura hierárquica de administração desses hospitais, colocando-se no mesmo nível de autoridade gerencial um diretor médico e um diretor de administração, para que juntos sejam capazes de desempenhar as tarefas específicas de cada um, coordenando as respectivas áreas, sem sobreposição ou falhas oriundas de despreparo ou descaso profissionais. Novos mecanismos de gestão poderão recuperar nossos hospitais, desde que sejam aceitos novos padrões de responsabilidade gerencial e

definição da missão das organizações hospitalares, bem como os processos específicos de organização dos serviços por elas oferecidos. Os projetos de melhoria contínua conduzem, pois, a processos de avaliação, revisão e crítica dos métodos administrativos.

Ocorre que na área de saúde os sistemas administrativos rígidos ou centralizados são geralmente inimigos da boa prestação de serviços, porque o profissional de saúde necessita de elevado grau de liberdade de atuação. O processo de mudança começa, por conseguinte, pelo consenso da alta administração na prestação de bons serviços, universalizando tais intenções por toda a organização. A alta administração dos hospitais deve ser convencida de que a qualidade pode gerar dinheiro, seja pela venda de serviços ou pela redução do desperdício. De acordo com CROSBY (1994), *“a qualidade não custa dinheiro, mas ninguém descobrirá isso se não houver um acordo sobre qualquer sistema de cálculo.”* Assim, a otimização dos serviços, manejando sistema atuarial próprio e transparente, deve ser objetivo concreto a alcançar, fazendo com que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na ponta de contato com os clientes possa ser motivo de orgulho.

Por outro lado, a alta complexidade dos serviços prestados e riscos de práticas inadequadas por parte das unidades prestadoras de serviços de saúde, quer no âmbito privado ou público, conduz tais instituições a ter de responder aos desafios de uma extensa malha legal de diversos órgãos e instituições públicos, que interferem direta ou indiretamente em seu funcionamento, como, por exemplo, o código de defesa do consumidor, leis trabalhistas, previdenciárias, tributárias, decretos e leis. Tais dispositivos amarram as administrações, paralisando processos de gestão.

Em tempos de globalização e de livre circulação de ideias e informação, em escala mundial, as organizações militares têm procurado a modernização, através de processos de aprendizagem e educação contínuas, visando a responder aos desafios contemporâneos da defesa nacional e da inserção do país no rol das nações independentes e desenvolvidas. Não sendo consideradas meros apêndices das atividades-fim, as instituições de saúde das Forças Armadas também estão passando por um processo de rediscussão de suas finalidades, no rumo da obtenção de qualidade, de modernização de processos e procedimentos, de otimização de recursos e eficiência.

É precisamente nesse sentido que oferecemos este trabalho monográfico, que tem por objetivo analisar, de maneira sucinta, as ferramentas atuais mais utilizadas para avaliação e normatização de serviços de saúde, que mais se enquadrem para aplicação nas Unidades de Saúde da Marinha do Brasil – MB, em face de suas características específicas e que estejam em consonância com os padrões nacionais e internacionais de desempenho e certificação. A monografia será desenvolvida em cinco capítulos, a saber:

- no capítulo 1, serão descritos os tipos de ferramentas de gestão mais comumente utilizadas, como, por exemplo, o “Projeto Netuno” e a “Acreditação Hospitalar”, bem como as suas bases conceituais;
- no capítulo 2, será focado o mecanismo de gestão “Acreditação Hospitalar”, analisando-lhe a viabilidade de sua implementação nas Unidades de Saúde da MB, bem como as suas vantagens e desvantagens;
- no capítulo 3, será observada a evolução da implementação do processo, descrito no capítulo anterior, no Hospital Naval de Salvador, cujo sistema de “Acreditação Hospitalar” foi iniciado em 2006 e, por conseguinte, tomado para tal fim como “*case of study*” e o status de sua fase atual, cumprindo notar que esse exame poderá se estender para possíveis ações e medidas aplicáveis ao aperfeiçoamento da gestão de saúde na MB;
- no capítulo 4, serão sugeridas as ferramentas de gestão específicas que possam ser utilizadas com eficácia no Sistema de Saúde da MB, e
- finalmente, no capítulo 5, será apresentada a conclusão, com pequeno resumo do caminho trilhado e a identificação de perspectivas futuras do setor saúde para a MB.

Não deixa de ser um prazer e uma honra para esta oficial-aluna participar das discussões de tão importante tema, que diz respeito ao aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão que interferem de maneira tão necessária no desempenho das instituições de saúde nacionais, sobretudo aquelas que, por tantos anos de labor e eficiência, têm dignificado nossas instituições militares.

CAPÍTULO 1 –

FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SAÚDE EM GERAL E NA ÁREA HOSPITALAR. O PROGRAMA NETUNO

Num mundo globalizado e com informações circulando de maneira mundial, prevalecem as inovações tecnológicas e o conhecimento como “pedras-de-toque” da sobrevivência das empresas e demais organizações. Muitas mudanças radicais foram introduzidas, no decorrer dos anos 90 do século passado, enfatizando o uso massivo de tecnologias de informação, capazes de revolucionar o cotidiano empresarial em direção a uma visão estratégica de serviço ao cliente.

Na verdade, surgiram parâmetros de *condenação à eficiência* como o caminho único a ser trilhado pelas organizações. Dado que os seus orçamentos eram, em última análise, obtidos numa atmosfera de risco e competição, sem que obtivessem a satisfação dos clientes na ponta, as entidades empresariais não conseguiriam auferir receitas capazes de garantir operações, pagar impostos e empregados, bem como manter as margens de lucro e reinvestimento.

1.1- Ideologia administrativa nos anos 90: novos paradigmas

Conforme o físico Thomas Kuhn (1989)¹, um paradigma seria um “modelo de pensamento”, uma explicação para diversos aspectos da realidade de acordo com um campo de conhecimento. A “mudança de paradigma” ocorre quando surge um modo de pensar diferente, interpretando de maneira diversa um conjunto de problemas ou contradições postos diante da sociedade, em determinado momento de tempo. Todavia, os adeptos das velhas ideias, encastelados em muitas organizações de cultura atrasada, naturalmente não aceitariam, de bom grado, tais transformações. A despeito disso, ao longo do tempo, o paradigma se afirma para as novas gerações, superando a descrença convencional resistente.

Hoje, no século XXI, as fontes de energia e tecnologias convencionais, os artigos e controles padronizados, a pouca habilidade da mão-de-obra e as longas linhas de produção vêm dando lugar à eletrônica do “quantum”, à nucleônica, às ciências

¹ Citado por CREMA, Roberto, *Introdução à Visão Holística*, São Paulo, Summus, 1989.

espaciais, às biológicas nucleares e oceânicas, à indústria da informática e a uma autêntica e genuína preocupação ecológica².

De acordo com TOFFLER (1980), essa nova Era seria humanizada tecnologicamente por controle social e democrático, embora convivendo com instituições e os vagidos finais do industrialismo agonizante, principalmente nos países de Terceiro Mundo. Essa interpenetração ocorre sempre nas grandes transições da humanidade, em que valores se estilhaçam, vidas pessoais se despedaçam e a ordem social se fragmenta, como estamos assistindo...

Diante dos impasses e dilemas de gestão, surgidos em razão das transições oferecidas à administração das organizações nesse início do século XXI, vários “modismos” apareceram para ser testados no contexto das organizações e grandes corporações empresariais. Quem se lembra, hoje em dia, da “teoria Z”, do Orçamento Base Zero, da Administração por Resultados, da Reengenharia ou da Administração por neurolinguística? Todos foram modismos que aconselhavam modificações radicais e imediatistas, que se colocavam como obstáculo à democratização e implantação de gestão participativa nessas organizações, porque um tratamento radical, sem explicações, sempre contém o caráter intrínseco de autoritarismo.

Aliás, o avanço da ideologia neoliberal provocou um paradoxo: no afã de desregulamentação e de privatizar o que era estatal, surgiram diversos modismos na área administrativa, no sentido de enxugar pessoal (“downsizing”) em nome de discutível “qualidade total” (TQM), ressuscitando um velho “taylorismo” que foi responsável pelo fechamento de diversas empresas.

Nos anos 70 do século passado, um livro revolucionário sacudiu as premissas das teorias de administração científica, principalmente no que concerne à gestão dos recursos humanos. Surgia “*Up the organization*” de Robert Townsend³, que aconselhava uma completa reforma nas organizações hierárquicas, vigentes há mais de 200 anos, chamando-a de “Teoria Y” ou, como a conhecemos, “administração

² Cf. TOFFLER, Alvin. *A Terceira Onda, A Morte do Industrialismo e o Nascimento de uma Nova Civilização*, pp. 146-147, Rio de Janeiro, Record, 1980.

³ Cf. TOWNSEND, Robert. *Viva a Organização*, São Paulo, Melhoramentos, 1970.

participativa”. Townsend afirmava que numa empresa medíocre, todos os seus colaboradores são dóceis, entediados e lerdos, escravos das hierarquias e dos organogramas. Tais organizações antigas baseiam-se em três premissas:

- as pessoas odeiam trabalhar;
- elas têm que ser comandadas e ameaçadas com punições para trabalharem em prol dos objetivos da organização;
- anseiam por segurança, não têm ambições, querem que lhes seja dito o que fazer e não gostam de assumir responsabilidades.

São premissas obviamente falsas, em que se baseavam as organizações americanas, que consideravam os seus trabalhadores médios como verdadeiros ignorantes, dependentes de ordens superiores e que se submetiam a penas severas por desobediência, transformando os Estados Unidos numa “nação de contínuos”. A “administração participativa” consistiria, assim, em se tratar as pessoas, de todos os níveis, como adultos responsáveis e não como crianças ou marginais:

- As pessoas não odeiam trabalhar; trabalhar é tão natural quanto descansar ou divertir-se;
- Elas não têm que ser forçadas ou ameaçadas; se estiverem comprometidos com objetivos mútuos, elas se sairão melhor do que se forem comandadas;
- Elas se comprometerão na medida em que virem, através desses objetivos, meios de satisfazerem suas necessidades de valorização do ego e de desenvolvimento pessoal.⁴

Depois de ouvir os colaboradores e escutar as diversas reivindicações dos clientes-alvo, os administradores cerrariam fileiras com os empregados “vencedores”, despedindo os colaboradores que não se adaptassem à reestruturação de departamentos e processos, premiando o mérito e dando exemplos de conduta.

⁴ Ibid.

1.2- O impacto do neoliberalismo

A formulação dessas ideias coincidiu com o período de maior intensidade do “*welfare state*”, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa Ocidental, em que os perigos da Guerra Fria impulsionavam os governos capitalistas a concederem diversas políticas sociais compensatórias às suas respectivas populações. No entanto, com a queda do Muro de Berlim, em novembro de 1989, o mundo assiste ao término oficial da Guerra Fria, com o predomínio da ideologia neoliberal. Passaram a predominar ideias de desregulamentação da economia, redução de impostos e do “Estado assistencialista”, revisão dos monopólios públicos, privatizações de empresas e flutuação das taxas de juros internacionais. Em nome da estabilidade monetária e do estrito controle da inflação, a ideologia neoliberal construiu um “Estado mínimo” através de intenso programa de privatizações, facilitando a acumulação capitalista “pelos mais aptos”, tentando aumentar a produção das fábricas e a produtividade da economia, o que, em última análise, estimularia também o emprego.

Na prática, porém, deu-se o contrário: o capitalismo avançado desindustrializou os países periféricos, acelerando a crise nos estados-nação subdesenvolvidos. As ideias neoliberais provocaram desemprego estrutural nos países ricos e emergentes e a subordinação de suas economias a capitais financeiros voláteis, que não absorvem produção, mas vão saltando de país em país, em velocidade fulminante, graças às tecnologias de informação aplicadas na busca de juros mais compensadores. Não há dúvida de que essas transformações históricas e econômicas, tuteladas pela ideologia neoliberal, obrigaram a uma reengenharia do Estado, ao mesmo tempo em que se promovia uma reengenharia forçada das empresas privadas. No mundo em transição para o século XXI, os “clones” virtuais e robôs passaram a ser mais apreciados que as pessoas. Finalmente, substituir colaboradores ineficientes por máquinas, que não reivindicam direitos trabalhistas e manter dóceis os empregados remanescentes, sempre em pânico pela iminência de perder empregos, tornou-se a fórmula ideal para a sobrevivência das grandes organizações.

1.3- Tecnologias administrativas e necessidades humanas

As técnicas de fragmentação do trabalho humano, através das tecnologias de informação, degradam o trabalho diante do capital, depreciando o papel da mão-de-obra, a ponto de relacionar ganhos de competitividade com demissões e desemprego crônico. Neste século XXI, com crise sistêmica a partir de 2008, o desemprego grassa do mesmo modo, tanto no mundo desenvolvido quanto em países do Terceiro Mundo. Os governos dos países ricos lutam desesperadamente no sentido de tentar realocar empregados nas folhas de pagamento, aliviando a carga insuportável sobre os sistemas de assistência e seguridade social. É verdade que as tecnologias possibilitam mudanças revolucionárias na própria natureza do trabalho, reduzindo o esforço bruto exigido e a infinita e irracional repetição relacionada às antigas linhas de montagem. Infelizmente, a aplicação dessas tecnologias é seletiva, retirando vários segmentos de trabalhadores de seus respectivos empregos.

1.4- A crise hospitalar no Brasil e a criação do Ministério da Defesa

O atendimento hospitalar no Brasil foi afetado pela crise civilizacional, descrita anteriormente e que afetou diretamente o setor saúde, envolvido em definições típicas de sua filosofia imanente, em virtude dos critérios de desenlace das políticas neoliberais, exercidas entre 1994 e 2002 e, depois, com a tentativa de desembarcar de suas consequências, entre 2002 até nossos dias (2009). Na verdade, o que as autoridades brasileiras tencionavam fazer, na área de saúde hospitalar, seria a implementação de um Plano de Qualidade Total, que garantisse apoio, logística, recursos e liderança para o setor, obrigando a alcançar resultados que equiparassem nossos hospitais a padrões internacionais.

A lógica que predomina nas políticas de saúde, implementadas nos últimos anos, é a da redução dos gastos com a assistência, não importando as consequências. O Banco Mundial, em seu famoso relatório anual de 1993, consolidou doutrina cujo receituário tornou-se a fonte obrigatória de políticas para os gestores da saúde no mundo pobre. Em seu prefácio, o presidente do Banco resume as diretrizes para as políticas públicas nos países em desenvolvimento:

*“Orientar os gastos públicos em saúde para ajudar os mais pobres, aplicando-os em programas de baixo custo e alta eficácia, além de direcionar o financiamento governamental para a saúde pública e serviços clínicos essenciais, cuidando para que os demais serviços sejam cobertos por financiamento privado, em geral pelos seguros, privados ou sociais”.*⁵

A interpretação destes mandamentos traduziu-se na máxima *“medicina de segunda para gente de segunda”*. Boa parte dos nossos gestores não se cansa de implementar políticas marcadas pela redução de custos e qualidade duvidosa, atingindo cruelmente a população mais necessitada dos serviços de saúde. Para os que têm dinheiro, a assistência seria garantida pelos seguros privados. Com efeito, é nesse período que se verifica o boom dos planos de saúde, muito embora médicos e usuários reclamem constantemente dos abusos por eles praticados. Não se coaduna com o ideário neoliberal, obcecado em perseguir o lucro máximo, a existência de um ofício cuja corporação organizada luta por uma assistência de qualidade, além de propugnar por uma saúde digna para todo o povo.⁶

Por outro lado, a criação do Ministério da Defesa do Brasil, em 1999, pôde assinalar um progresso da sociedade brasileira, no sentido de tornar as nossas Forças Armadas mais unificadas e técnicas em torno do poder civil. Dissolvidos os ministérios militares em comandos, sob uma chefia única e civil, espelhando o que acontece na maioria das nações desenvolvidas, pudemos estruturar diversas melhorias no âmbito das três Forças Singulares, obedecendo diretrizes e planejamento único.

Criado o Ministério da Defesa, foram instadas as forças militares a reformar seus procedimentos administrativos no sentido de constante adequação aos paradigmas gerenciais contemporâneos. Nesse sentido, o novo organismo controlador das Forças Armadas começou a criticar a própria cultura interna das instituições militares sob seu comando, no sentido de adequá-las aos imperativos do século XXI e em direção aos altos objetivos de defesa nacional necessários ao Brasil. Esse novo paradigma envolve, plenamente, a administração pública, como comenta MIYAZAKI (2008):

⁵ Cf. BANCO MUNDIAL, Relatório Anual de 1993.

⁶ CARNEIRO, Mauro Brandão. *“A Esquerda Neoliberal na Medicina”*, disponível em <http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=5219>, publicado em 01/10/2004 e acessado em: 30 de agosto de 2009.

“O modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido quando, através da definição clara de objetivos para cada unidade da administração, da descentralização, da mudança de estruturas organizacionais e da adoção de valores e de comportamentos modernos no interior do Estado, se revelou mais capaz de promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público. A reforma do aparelho do Estado no Brasil significará, fundamentalmente, a introdução na administração pública da cultura e das técnicas gerenciais modernas.”

O autor assevera que naturalmente o novo paradigma encontrou resistência, principalmente porque propugnava por mudanças comportamentais, sendo necessária a conscientização dos diversos públicos envolvidos. Assim, desce aos pormenores:

“O paradigma gerencial contemporâneo (...) contrapõe-se à ideologia do formalismo e do rigor técnico da burocracia tradicional. À avaliação sistemática, à recompensa pelo desempenho, e à capacitação permanente, que já eram características da boa administração burocrática, acrescentam-se os princípios da orientação para o cidadão-cliente, do controle por resultados, e da competição administrada.”

Não há a menor dúvida, pois, que a criação do Ministério da Defesa, com tão grandes modificações trazidas para a cultura militar brasileira, foi capaz de constituir-se em plataforma de lançamento de diversos programas de modernização de nossas Forças Armadas que, além de estarem em curso, ensejaram a organização, na Marinha do Brasil, do Projeto NETUNO.

1.5- Projeto NETUNO: vantagens e desvantagens para o setor saúde na MB

A MB iniciou em 2007 a implantação do Programa NETUNO, uma gestão estratégica moderna e gerencial, quebrando paradigmas em busca de soluções ótimas para melhorar sua eficiência. O projeto NETUNO passou a ser a pedra-de-toque da MB no sentido de prover a sua modernização administrativo-gerencial. Tal como em programas anteriores, a cultura oficial era a de que, muito bonito no papel, fracassaria

em suas intenções práticas, dada a natural resistência obtida em grandes instituições burocratizadas e hierárquicas.

Na verdade, seria inútil a implementação de qualquer programa – enfatiza MIYAZAKI (2008) – sem o concurso da alta administração e o comprometimento das chefias (comandantes) intermediárias. Apontou, então, o autor para diversos paradigmas adversos à nova visão gerencial:

“Quantidade limitada de docentes que integram a rede de instrutores, consolidação do Programa NETUNO, quantidade limitada de pessoal destinada ao apoio, reduzido quantitativo de alunos indicados pelas OM para os cursos de capacitação, dúvidas sobre a operacionalização da capacitação nos DN, dúvidas sobre Auto-avaliação e Validação, realimentação deficiente relacionada às atividades de capacitação pelos DN, relacionamento extra-MB no trato dos assuntos afetos ao Programa NETUNO, repositório de conhecimentos e notícias.”

Em suma, o Projeto NETUNO enfatiza o descarte da influência da administração burocrática e da estrutura militar altamente hierarquizada. Alguns óbices, entretanto, à real implementação do Projeto também foram percebidos pelo autor, que muito se assemelham às dificuldades e empecilhos impostos pela cultura militar aos programas implantados nas diversas instituições militares por ele pesquisadas.

A MB, por ocasião da implantação desses instrumentos inovadores na área da qualidade e da gestão estratégica gerencial, na busca da excelência de seus processos, tem sistematicamente pecado, porém, na fase destinada à implementação. Não se concebe que, decorridos anos de experiências, em sua grande maioria malssucedidas, proponham-se ações que nada mais são do que meras repetições de procedimentos e atitudes camuflados do passado. É preciso, pois, realizar amplo programa de sensibilização que assegure o comprometimento das pessoas envolvidas.

Cabe observar, ainda, que há que se trabalhar tempestivamente em conformidade com a percepção organizacional e/ou setorial dos problemas e dificuldades que se

apresentem, relacionando-se os principais óbices (obstáculos) que afetam o Projeto NETUNO, na visão de MIYAZAKI (2008):

- Resistência às mudanças e descrédito gerado por Programas anteriores;
- Ausência de comprometimento das lideranças;
- Qualificação prévia deficiente do pessoal;
- Acúmulo de funções em razão da falta de pessoal;
- Alta rotatividade de pessoal.

As consequências para o setor saúde da MB da implementação do Programa são palpáveis. Não há dúvida de que, mesmo em instituições burocratizadas, pesadas e hierarquizadas, como uma organização militar, a área de saúde representa um setor dinâmico, absorvedor de novas tecnologias e inovações no campo gerencial.

Constantemente, processos novos são experimentados, na medida em que são adjudicados equipamentos sofisticados à geometria hospitalar e bem sabemos que novas tecnologias, bem com a sua natural operacionalização, solicitam soluções diferentes em termos de inteligência, pessoal e decisões que escapam à mera delimitação hierárquica de cargos e funções. Por outro lado, a medicina, quanto mais se torna complexa, gera expectativas no público-cliente, os usuários-pacientes, que espera muito mais dos profissionais, em termos de adestramento e plasticidade. Nesse sentido, o Programa NETUNO, ao introduzir critérios de alta gerência, equivalentes aos cursos de MBA do mundo civil, aperfeiçoam um grau de acatamento às iniciativas no setor saúde por parte dos responsáveis e executores.

No entanto, o próprio Programa não previu certa evolução do mundo rumo à certificação das atividades especializadas, de acordo com normas internacionais. Tal é o caso do processo de “acreditação hospitalar”, de certificação das instituições hospitalares segundo padrões de excelência, praticado há mais de uma década em instituições congêneres do mundo civil e que podem ser adjudicados, em breve, a título de modernização às instituições de saúde na MB. Um pequeno estudo sobre tal novo processo e sua implementação na Força é assunto dos próximos capítulos...

CAPÍTULO 2 –

A “ACREDITAÇÃO HOSPITALAR” COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E A VIABILIDADE DE SUA IMPLEMENTAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL: VANTAGENS E DESVANTAGENS. A ACREDITAÇÃO CANADENSE

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos na década de 50 e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países, inclusive o Brasil; ela surge como uma possibilidade de assegurar aos usuários, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde. Na década de 70, como já acontecia na indústria, o segmento de serviços – especialmente o setor saúde – passa a dar maior atenção à qualidade no atendimento à clientela e à gestão dos processos na organização.

2.1- Definições

O processo de acreditação está relacionado com a origem do termo “acreditar”, dar crédito, merecer confiança e credibilidade. A Acreditação Hospitalar é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntários, periódicos e reservados, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

A Acreditação Hospitalar constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização. É uma das formas de assegurar aos usuários, profissionais e público em geral a segurança obrigatória aos serviços de saúde, uma certificação similar ao NBR ISO, aplicável somente na área hospitalar. É um método de avaliação voluntário, periódico e reservado dos recursos institucionais da área hospitalar para assegurar a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Através dela, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos.

2.2- Histórico e Processo de avaliação

Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditadoras Credenciadas pela

ONA. A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA é uma organização não governamental, criada em 1999, localizada em Brasília e caracterizada como: “*pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo*”, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde. Essa atividade é desempenhada pela equipe de avaliadores das Instituições Acreditoras Credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA específico. Com a Constituição de 1988 definindo a saúde como direito social universal, passou-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Ao chegar a década de 90 surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. O assunto acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde, em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS).

Este conjunto de atividades fez com que fosse encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), aonde definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais, identificado como Acreditação Hospitalar. A partir do Manual, editado pela OPAS e das experiências estaduais, buscou-se então estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Surge então, em 1998, o "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar".

Com as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação (Normas Técnicas) e com o Manual Brasileiro de Acreditação (instrumento de avaliação), o Processo de Acreditação ficou bastante nítido. Organizado em seções e subseções, o Sistema de Avaliação e Documentação da ONA possui uma linguagem clara e objetiva. As Normas são identificadas por siglas (de acordo com a seção ou subseção) e disponibilizadas via Internet. Utilizando-se da melhor ferramenta de propagação da informação da

atualidade, a ONA busca garantir precisão, objetividade e atualização eficiente das Normas que norteiam o Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA.⁷

2.3- Metodologia do Processo de Acreditação Hospitalar⁸

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do hospital para a Acreditação Hospitalar.

2.3.1- Padrões de qualidade

Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de verificação que permitem a identificação precisa do que se busca avaliar e a concordância com o padrão estabelecido. As exigências são indivisíveis quando se referem a mais de um padrão de qualidade e, se uma dessas exigências não estiver satisfeita, considerar-se-á apenas o nível imediatamente anterior como atendido.

2.3.2- Níveis de qualidade

- Nível 1 – As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.
- Nível 2 – Evidências de adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna.

⁷ Cf. http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1713, acessado em 30 de agosto de 2009 e http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/acreditacao_07.asp, acessado em 30 de agosto de 2009.

⁸ Cf. http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/acreditacao_07.asp, acessado em 30 de agosto de 2009.

- Nível 3 – Evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos medicossanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca de excelência.

2.3.3- Itens de verificação

Os itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre com um determinado padrão e em que nível. Estas fontes podem ser: qualquer documento do hospital, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros.⁹

2.3.4- Perfil dos avaliadores

O avaliador do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar deve reunir algumas características pessoais e profissionais essenciais para o sucesso da sua função, tais como: competência técnica, experiência profissional, experiência administrativa, capacidade de integrar equipes e compromisso de sigilo (confiabilidade).

2.3.5- Capacitação do avaliador

O treinamento e a capacitação dos avaliadores será desenvolvido pelas Instituições Acreditadoras de acordo com o modelo proposto pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar. Os cursos terão uma duração mínima de 30 horas e abordarão tópicos relacionados à gestão, qualidade em saúde, acreditação hospitalar, técnicas e processos de avaliação e auditoria, uso do Manual de Acreditação, discussão de casos práticos e visitas a hospitais de referência (já acreditados) para treinamento prático.

⁹ Cf. www.ona.com.br, acessado em 30 de agosto de 2009.

2.3.6- Avaliação e Visita

A etapa de avaliação e visita é composta por duas grandes etapas: a pré-visita e a visita propriamente dita. A primeira está relacionada com a preparação da instituição para o processo de acreditação, na qual o hospital toma conhecimento deste processo e se prepara para solicitar a visita dos avaliadores. Este processo tem início com a divulgação e distribuição nacional do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Posteriormente, pode ser desenvolvido pelas Instituições Acreditoras e associativas, um programa de capacitação de avaliadores internos e gerentes que liderarão, nos hospitais, as atividades de preparação para a visita e auditoria. A visita somente ocorrerá após a solicitação voluntária do hospital à Instituição Acreditora. O instrumento básico utilizado para o processo de visita é o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em vigor na data da visita. A duração da visita será variável em função do porte e da complexidade do hospital. Como referência, podem-se utilizar os seguintes elementos: hospital até 150 leitos – de 2 a 4 dias úteis; hospital até 350 leitos – de 4 a 8 dias úteis e hospital com mais de 350 leitos – de 8 a 10 dias úteis.

Na visita de avaliação, todos os setores e unidades serão observados dentro de uma programação definida, junto aos responsáveis pelo hospital. O encerramento será realizado em reunião conjunta com a equipe de avaliadores e membros do hospital (facultativo), em uma sessão de perguntas e respostas, comentários e devolução do processo da visita, sem qualquer anúncio sobre os resultados. Relatório de Visita e Resultados da Avaliação¹⁰. Quanto aos resultados, os hospitais poderão apresentar-se como:

- Não acreditado – não atendimento aos padrões e níveis mínimos exigidos;
- Acreditado – acreditação no nível 1;
- Acreditado pleno – acreditação no nível 2;
- Acreditado com excelência – acreditação no nível 3.

Se o Relatório de Visita resultar em “não acreditado”, o Hospital poderá solicitar reavaliação dos padrões e níveis não atendidos para a mesma Instituição Acreditora

¹⁰ Ibid.

dentro de seis meses a um ano, se a sua alta direção achar em condições de atender neste prazo, aos níveis e padrões exigidos. Já as certificações de “Acreditado” e “Acreditado pleno” têm prazos de validade de dois anos, quando o Hospital deverá submeter-se a um novo processo de avaliação. A certificação de “Acreditado com Excelência” tem prazo de validade de três anos, devendo em seguida o Hospital submeter-se a um novo processo de avaliação. Durante a vigência do prazo de validade do Certificado, o Hospital não poderá solicitar outra avaliação, com o objetivo de alcançar acreditação em nível acima do obtido. Ao solicitar a inscrição para um novo ciclo de acreditação, o Hospital que decidir pela troca da Instituição Acreditadora, deverá apresentar a esta nova Instituição escolhida, o relatório de visita, anterior para servir de base para a reavaliação.¹¹

2.4- O Manual Brasileiro de Acreditação¹²

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, apresenta os requisitos a serem avaliados divididos em sete seções: liderança e administração; serviços profissionais e organização da assistência; serviços de atenção ao paciente/cliente; serviços de apoio ao diagnóstico; serviços de apoio técnico e abastecimento; serviços de apoio administrativo e infra-estrutura; e ensino e pesquisa. Os padrões para acreditação foram elaborados com base na existência de três níveis, do mais simples para o mais complexo, tendo presente o princípio do tudo ou nada, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido para ser considerado satisfatório. Na lógica desse processo não se avalia um serviço isoladamente. Mesmo que um serviço esteja montado com excepcional qualidade e tenha alcançado um grau de complexidade compatível com o nível 3, por exemplo, a instituição será acreditada no nível 1 se os outros serviços não conseguirem alcançar níveis superiores a este.

2.5- Objetivos da ONA¹³

A Acreditação Hospitalar é uma certificação semelhante ao ISO, mas exclusiva para instituições de Saúde. Trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e

¹¹ Ibid.

¹² Cf. <http://www.hospitalluizcamargo.com/acreditacao.html>, acessado em 30 de agosto de 2009.

¹³ Cf. www.ona.com.br, acessado em 30 de agosto de 2009.

reservado dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Não é uma forma de fiscalização mas um programa de educação continuada. Quem certifica é a Organização Nacional de Acreditação (ONA). O objetivo dessa Organização é, juntamente ao Ministério da Saúde, promover a melhoria da qualidade da saúde e sua assistência em todo o país.

A conquista do título de hospital acreditado pode demorar entre 6 meses e 1 ano, dependendo do porte da unidade e da adesão da equipe. O Manual Internacional de Padrões contém 11 funções das atividades essenciais para o desenvolvimento assistencial, de gestão e operacional em uma instituição de saúde hospitalar. Além da avaliação dentro dos padrões da ISO, a Acreditação acrescenta ainda uma avaliação global dos recursos institucionais. É um processo que tende a garantir a qualidade da assistência, através de padrões previamente aceitos, conforme a OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, OMS – Organização Mundial de Saúde e ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além da legislação vigente no país.

Na ISO, a avaliação do processo é feita por técnicos especializados na área administrativa. Já na Acreditação, a comissão avaliadora é composta por médicos, enfermeiros e administradores hospitalares, entre outros, numa equipe multidisciplinar que permite a avaliação global. Um bom indício de que a busca pelo certificado deve se ampliar veio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Em outubro de 2002, a instituição publicou a norma 636/2002, que trata da criação de uma linha de crédito atraente e específica para os hospitais participantes do processo de acreditação. O objetivo é facilitar a implantação das adequações, que podem significar desde a realização de obras civis caras ou a compra de novos equipamentos.

2.6- A avaliação do IPASS¹⁴

Em busca de uma instrumentalização mais democrática por se tratar de uma Sociedade Civil com maior flexibilidade operacional e da necessidade de aumento de seu espectro de abrangência, ou seja, com um número maior de integrantes, acarretando

¹⁴ Cf. <http://www.joinville.unimedsc.com.br/acreditacao/acreditacao.htm>, acessado em 30 de agosto de 2009.

maior representatividade nasceu a idéia do IPASS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa. O Paraná, um estado sempre à frente e, atento aos movimentos de modernização é também um dos pioneiros na área da qualidade na saúde, o que se comprova com a fundação do IPASS em 16 de dezembro de 1996.

Sendo a primeira Instituição Acreditada reconhecida pela ONA, em fevereiro de 1999, pela vasta experiência em avaliação de serviços de saúde no âmbito estadual, a equipe de avaliadores do IPASS, altamente capacitada, durante seus sete anos de existência fez 14 certificações e mais de 30 diagnósticos institucionais de saúde no país. Realizou vários Cursos de Facilitadores, Encontros de Acreditação e Cursos Técnicos de áreas específicas, como: Farmácia Hospitalar, Riscos em Saúde, Administração Hospitalar, Auditoria Interna, Indicadores de Qualidade, etc. Também foram realizadas mais de 50 palestras em Eventos e Congressos em todo Território Nacional.

2.7- Números da Acreditação¹⁵

O Sistema Brasileiro de Acreditação, com seus 66 hospitais acreditados, representa hoje aproximadamente 12.000 leitos do parque hospitalar nacional. Desde 2000 foram avaliados 149 hospitais e concedidos 125 certificados. Dos atuais hospitais acreditados (66), aproximadamente 39% são Acreditados (nível 1), 46% são Acreditados Pleno e 15% são Acreditados com Excelência.

2.8- Exemplos brasileiros de Acreditação¹⁶

Em 2006, O Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, seguindo a proposta de ser um modelo de gestão inovador, obteve êxito em dar continuidade ao processo de acreditação hospitalar e passou a ser o primeiro hospital público do Norte/Nordeste a obter o certificado de Acreditação Hospitalar – Nível 2. Estes quatro anos de funcionamento desta Unidade Hospitalar e as conquistas do Nível 1 (2005) e Nível 2 (2006) mostram a competência do corpo funcional, referência no atendimento aos

¹⁵ Cf. <http://www.grupofatima.com.br/saude/hospital/acreditacao.asp>, acessado em 30 de agosto de 2009.

¹⁶ Cf. <http://www.hospitalluizcamargo.com/acreditacao.html>, acessado em 30 de agosto de 2009 e http://www.wareline.com.br/novo/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=44, acessado em 30 de agosto de 2009.

clientes internos e externos e um compromisso contínuo com a qualidade dos serviços prestados à sociedade cearense.¹⁷

O Hospital Estadual Sumaré (HES-Unicamp) manteve a certificação da Acreditação com Excelência após dois dias de auditoria da Qualisa, empresa credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Dentro do processo de recertificação, o Ambulatório Cirúrgico de Santa Bárbara D'Oeste também integrou a auditoria e é o primeiro AME do Governo do Estado de São Paulo a deter a Acreditação Nível 3. Esta é a mais alta no padrão da Acreditação Hospitalar da ONA e assegura aos usuários a excelência na qualidade da assistência à saúde, segurança e a excelência na gestão administrativa. O hospital é o primeiro no país, entre os 36 com a Acreditação Plena, a assegurar a recertificação.¹⁸

2.9 – Vantagens e Desvantagens da Acreditação

Em seus princípios teve caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado. Quais, porém, as principais vantagens da acreditação? Podemos enumerar a segurança para os pacientes e profissionais; a qualidade da assistência; a construção de equipe e melhoria contínua; o útil instrumento de gerenciamento e o caminho para a melhoria contínua. E quem são os principais interessados pelo processo de Acreditação? Responderemos, prontamente, que são os líderes administradores, os profissionais de saúde, as organizações de saúde, os sistemas compradores, governos e cidadãos. Através da Acreditação Hospitalar, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ações capazes de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes.

Quanto às desvantagens, a medicina moderna não pode estar dissociada do conceito de qualidade que estabelece os caminhos de promoção e aprimoramento de ações na área da saúde. A compreensão desse conceito, todavia, não é universal e

¹⁷ Cf. <http://www.isgh.org.br/acreditacao.htm>, acessado em 30 de agosto de 2009.

¹⁸ Cf. <http://www.unicamp.br/unicamp/divulgacao/2009/07/03/hospital-estadual-sumare-e-recertificado-na-acreditacao-hospitalar-nivel-3>, acessado em 30 de agosto de 2009..

muitos consideram-no impreciso e de difícil definição; argumentam que quando há competência e expertise a qualidade sobrevêm naturalmente, dispensando-se de conceituação. Alegam, também, que há diversidade do entendimento humano sobre cada ação específica, de modo ser impossível qualquer tentativa de uniformização.

No Brasil, a sistematização dos programas de acreditação inicia-se na década de 90, mais precisamente em 1994, quando o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde. Importante salientar que este programa não tinha relação alguma com quaisquer instituições de auditoria, cujos objetivos eram controlar fraudes e observar o cumprimento de exigências legais. Seu objetivo era, tão-somente, criar um ambiente propício às ações de melhoria hospitalar. Desse modo, o país não estava articulado aos padrões internacionais de conformidade em saúde e custou muito para se adaptar aos “níveis de acreditação”. Alguns especialistas, nesse sentido, argumentam que a luta constante por certificados de conformidade “estressa” a instituição, que passa até em esquecer seu objetivo estrito, que é cuidar dos pacientes, em nome da reformulação constante de mecanismos de gestão e processos.

O total de instituições de saúde, acreditadas nos Estados Unidos, está em torno de 26.000, enquanto no Brasil são pouco mais de 50 unidades. Naquele país, a instituição certificada após o processo de acreditação adquire privilégios junto aos convênios e instituições de fomento. No Brasil essa prática ainda é incipiente, mas algum progresso já pode ser constatado na diferenciação da instituição junto a fontes financiadoras, fornecedores, etc. Além disso, no caso das instituições de saúde militares, como o processo de obtenção da conformidade é eminentemente civil, a cultura vigente pressupõe que podem surgir fricções de relacionamento em virtude do temor natural dos militares de ingerência direta em suas instituições, protegidas por normas precisas de comportamento, muito difíceis de serem reformuladas de fora para dentro.

2.10- O Futuro da Acreditação Hospitalar¹⁹

Uma Organização Hospitalar tem sido levada a quebrar velhos paradigmas, em que qualquer tipo de demanda financeira se traduz em custo e deve ser evitada a

¹⁹ Cf. <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=53869>, acessado em 30 de agosto de 2009.

qualquer preço. No futuro, será provável que a certificação hospitalar deixe de ser vista como instrumento de diferenciação, como é hoje, e passe a ser exigência imposta pelo mercado para utilização dos serviços prestados, forçando os hospitais a se especializarem, visto que a certificação proporciona diversos benefícios para os pacientes, funcionários e até mesmo para a própria instituição.²⁰

2.11- A Acreditação Internacional, o Modelo Canadense

Criado em 1958 no Canadá, o programa é considerado pelos profissionais do mercado hospitalar como um dos melhores e mais rigorosos certificados de qualidade para hospitais em todo o mundo.

Após conquistar a Acreditação com Excelência da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia iniciou junto ao Instituto Qualisa de Gestão (IQG) o processo para obtenção do *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), o selo de Acreditação canadense. O *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) é o instituto líder em promover e elevar o nível da qualidade em saúde. Sua presença no cenário internacional data de meados dos anos 50 como um dos fundadores da Acreditação. Cerca de um terço de todos os padrões e programas de Acreditação desenvolvidos atualmente no mundo são inspirados no modelo canadense.

O CCHSA é um processo em que as organizações utilizam para avaliar e implementar a Gestão da Qualidade nos serviços prestados. Envolve a verificação diária de atividades e serviços em relação a padrões pré-estabelecidos e utiliza como norte princípios de excelência alinhados à segurança do paciente, com base na criação de protocolos e fluxos de atendimento assistencial. De acordo com o IQG – órgão que representa o CCHSA no Brasil – , além de ser a única Acreditação internacional validada pela ISQua (*International Society for Quality in Health Care*), o modelo canadense é o único manual internacional adaptado às características e necessidades do mercado brasileiro. Para conquistar a Acreditação internacional, o hospital terá que formar times de trabalho, com a missão de criar uma padronização para protocolos e

²⁰ Cf. http://www.administradores.com.br/home/vanusa25/blog/acreditacao_hospitalar/1254/, acessado em 30 de agosto de 2009.

fluxos de trabalho, de acordo as exigências do programa canadense. Ao final das adequações, o hospital será submetido a uma avaliação pelo IQG e, por fim, receberá a visita de uma equipe de auditores canadenses do CCHSA.

Um diferencial do sistema de Acreditação é o respeito à cultura do país e das instituições: todos os pré-requisitos do programa de Acreditação canadense foram aculturados pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG) para melhor implantação nas instituições brasileiras de saúde.

2.12- Aplicação do Modelo Canadense ao mercado hospitalar brasileiro

O Hospital VITA Curitiba, na capital paranaense, recebeu, em 27 de novembro de 2008, a visita de auditoria do Instituto Qualisa de Gestão, para manutenção do Certificado de Acreditação Canadense. Em fevereiro de 2008, depois de um projeto de oito meses, o hospital conquistou a acreditação, conferida pelo Canadian Council on Health Services (CCHSA). O VITA Curitiba faz parte do seleto grupo de quatro hospitais brasileiros que têm a acreditação internacional canadense. A avaliação do serviço de saúde é feita externamente e periodicamente o que mostra a responsabilidade do hospital com a qualidade da assistência prestada.

Em fevereiro de 2008 o Hospital 9 de Julho também obteve a Acreditação Nível 3 da ONA. Esta pode parecer uma informação extremamente técnica ou apenas um parâmetro administrativo, mas ela é bastante útil aos pacientes. Ao obter esta certificação, o hospital, ou qualquer outra instituição que o tenha, atesta que todos os seus procedimentos estão de acordo com os princípios de excelência do Manual Brasileiro de Acreditação no que diz respeito à estrutura, aos processos e aos resultados obtidos.²¹

O gerenciamento da operação no Nove de Julho, por sua vez, tem como objetivo envolver as pessoas na melhoria dos processos com o exercício de desdobrar os objetivos estratégicos no nível operacional. Fazer com que cada colaborador saiba o

²¹Cf. <http://www.paranaonline.com.br/editoria/cidades/news/284223/?noticia=HOSPITAL+DE+CURITIBA+E+O+IO+DO+BRASIL+A+CONQUISTAR+RECONHECIMENTO+CANADENSE>, acessado em 30 de agosto de 2009.

impacto do seu trabalho. O Hospital 9 de Julho está se preparando para receber a visita do CCHSA (Conselho Canadense para Acreditação dos Serviços de Saúde), em novembro de 2009, na certeza de que irá sempre trabalhar para a segurança do paciente e melhoria dos processos institucionais.

Todo esse processo de certificação começou em 2003, quando o hospital recebeu a Acreditação Nível 2 da ONA. Apesar de bastante satisfeitos, mas decididos a um aprimoramento contínuo, a administração decidiu, em 2007, fazer uma revisão na missão e nos objetivos estratégicos da instituição, realizando mudanças no modelo de gestão, envolvendo toda a equipe. Motivados pela busca da excelência e pela melhoria contínua em seus processos, logo após a conquista do Nível 3, em 2008, o Hospital 9 de Julho deu início a um novo desafio: conquistar a Acreditação Internacional – Modelo Canadense.

Já o Hospital de Olhos, Dr. Ricardo Guimarães, recebeu, em fevereiro de 2009, a visita da diretora executiva do Instituto Qualisa de Gestão (IQG) para uma palestra ao corpo clínico da instituição sobre a Acreditação Canadense. O projeto para a obtenção da certificação, iniciado há seis meses, já está em processo e é objetivo do hospital entrar para o seleto grupo das quatro instituições de saúde no Brasil que possuem o certificado.

No próximo capítulo, iremos examinar o longo e exitoso processo de evolução e implementação do processo de “acreditação hospitalar” no Hospital Naval de Salvador, que tem servido de modelo para outras ações de modernização do setor saúde na MB.

CAPÍTULO 3 –

EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE “ACREDITAÇÃO HOSPITALAR” NO HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR E SEU ESTÁGIO ATUAL

O Hospital Naval de Salvador, desde 2006, começou um projeto próprio de melhoria em busca da qualidade. Em 2007, o projeto tornou-se realidade, com o esforço de todos os seus colaboradores, militares e civis, componentes de sua equipe, que, com empenho e esforços dedicados ao Hospital, possibilitaram extensa gama de realizações no período, fruto de trabalho árduo e coletivo. Tal esforço provou que, para enfrentar dificuldades financeiras e de pessoal, são imprescindíveis: comprometimento, espírito de corpo, confiança e criatividade, além de certa dose de coragem para enfrentar riscos.

A implantação do Processo de Acreditação Hospitalar buscou, então, equiparar a Instituição aos mais modernos hospitais do país, especialmente no gerenciamento dos riscos inerentes à atividade, dando ao usuário do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) maior segurança e confiabilidade nos procedimentos executados. Esta ferramenta de qualidade, entre outros benefícios, orientou a recuperação estrutural do HNSa, direcionando as obras de forma a atender às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), possibilitando uma revitalização normatizada.

Foram recuperadas, inicialmente, as estruturas básicas para funcionamento, tais como:

- Recuperação do quadro elétrico e ampliação parcial da rede para suportar novos equipamentos;
- Recuperação do Sistema de Ar Comprimido principal;
- Instalação de Sistema de Ar Comprimido Independente, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 02 compressores novos;
- Desobstrução e Limpeza do Sistema de Tratamento de Esgotos;
- Revisão e pequenos reparos no Sistema de Refrigeração "Self-Container" do prédio dos Ambulatórios;
- Revisão/recuperação das Caldeiras nº 1 e 2 (esta última encontrava-se inoperante);

- Recuperação da rede de vapor (tubulações) entre o Sistema de Caldeiras e Lavanderia;
- Recuperação da calandra da lavanderia;
- Instalação de Filtro Biológico na rede de Aguada e substituição da bancada de filtros do Centro Cirúrgico;
- Prontificação/Recuperação das ambulâncias UTI móveis Iveco e Renault Traffic (esta última encontrava-se inoperante);
- Reestruturação da rede lógica e elétrica para informatização dos prontuários, e Construção de Abrigo de Resíduos Recicláveis.

Adequou-se a estrutura antiga às normas atuais da ANVISA, adotando-se os princípios das Boas Práticas em Saúde:

- Reforma, reestruturação e adequação total da Cozinha e Frigoríficas;
- Criação do Leito de Isolamento na UTI;
- Separação do Serviço de Atendimento de Emergências (SAE), com entrada exclusiva;
- Substituição das Divisórias do SAE (07 leitos) e UTI (04 leitos);
- Substituição dos boxes antigos por cortinas descartáveis nos banheiros dos apartamentos;
- Adequação e recuperação parcial do Complexo Cirúrgico (03 salas cirúrgicas), e Reativação do Centro Obstétrico com salas de pré-parto e parto;
- Investiu-se em novos equipamentos médicos e de apoio, com a aquisição de:
- Monitores cardíacos multiparamétricos de primeira linha (marca Dixtal) (04 unidades);
- Equipamento de Raios X médico (marca Siemens);
- Módulos para pressão arterial invasiva e débito cardíaco;
- Transdutor para ecocardiograma;
- Ventiladores microprocessados;
- Fluxômetros, balanças pediátricas e válvulas de respiradores;
- Mobiliário específico;
- Consultórios odontológicos completos (03 unidades);
- Equipamentos odontológicos periféricos;

- Computadores para informatização geral do hospital, com ampliação do seu parque de informática (70 unidades novas);
- Mobiliário para os equipamentos de informática;
- 01 Centrífuga e 01 Coagulômetro para o Laboratório de Análises Clínicas (LAC);
- Cadeiras de coleta modernas (03 unidades) para a sala de coleta do LAC;
- Tens, Ultra som e equipamentos para exercícios de Fisioterapia;
- Foco e mesa cirúrgica para o Complexo Cirúrgico.

Solicitou-se também, e foram recebidos, equipamentos complementares novos, como:

- Ambulância UTI móvel completa (Fiat Ducato);
- Estufa para cultura bacteriológica (LAC), e
- Central Telefônica digital (a ser instalada até março/2008).

Investiu-se, ainda, no bem estar, nos serviços, na segurança física e técnica para o usuário com:

- Revitalização da Ala de Internação A com 28 leitos;
- Reativação da Ala Materno-Infantil e "Day Hospital", totalizando 14 leitos;
- Instalação de semáforo, faixa de pedestres, área para desembarque e pontos de transporte coletivo em frente ao HNSa;
- Recuperação parcial da Central de Esterilização de Materiais (CEMAT);
- Revitalização e ampliação do setor de Fisioterapia;
- Humanização das áreas comuns do Hospital, desde os jardins internos e externos até a pintura geral com cores mais claras e suaves;
- Recuperação do mobiliário das Salas de Espera e consultórios, com restauração geral dos estofados e macas;
- Criação de setor específico para Recepção de pacientes, Registro e Entrega de resultados do Laboratório de Análises Clínicas (LAC);

- Aumento da gama de exames realizados no LAC do HNSa, como: Espermograma completo, Hemoglobina Glicosilada, Frutosamina e Proteína Urinária;
- Implementação da Dose Individualizada na Farmácia (economia de recursos);
- Criação do Escritório da Qualidade (responsável pela coordenação e suporte ao Processo de Acreditação Hospitalar e Programa Netuno);
- Instalação de aparelhos de ar condicionado em todas as unidades de internamento;
- Revitalização do setor de Imagem do hospital;
- Credenciamento de Serviços externos (cerca de 35);
- Prontificação para uso de todos os sanitários do HNSa (109 unidades);
- Introdução do Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) e Programa de Coleta Seletiva de lixo (Resíduos Recicláveis), e
- Instalação de Portão eletrônico e concertinas sobre a murada do HNSa, para maior segurança orgânica do hospital.

Houve, também, melhoria nas condições de trabalho e conforto da guarnição com:

- Aquisição de software específico de administração hospitalar e implantação do prontuário eletrônico;
- Recuperação, limpeza e higienização do Ar Condicionado Central;
- Recuperação e renovação de mobiliário em geral;
- Renovação dos Salões de Recreio de SO/SG e CB/MN, e
- Reforma geral dos refeitórios.

Foi criado, ainda, um Projeto Piloto (com unidades-modelo que servirão como referência para a futura reforma/construção de setores, atendendo integralmente as normas estabelecidas pela ANVISA) nos seguintes locais:

- Sala de Coleta do Laboratório de Análises Clínicas;
- 03 Consultórios Odontológicos clínicos;
- Consultório de Odontopediatria;
- Consultório de Pediatria (ambulatório);

- Apartamento de internação de Pediatria, e
- 01 Apartamento de internação da Ala A.

Investiu-se, também e maciçamente, na Capacitação do Pessoal com:

- Realização de Palestras e Cursos por professores altamente qualificados;
- Apresentação de palestras técnicas internas;
- Inscrição de profissionais do HNSa em Cursos externos;
- Autorização para realização de trabalhos científicos nesta Organização Militar; e
- Convênio de cooperação técnico-científica com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), e Convênio com instituições de formação profissionalizante (SENAI e SENAC) para aperfeiçoamento do nosso pessoal (em fase de finalização).

Já em 2008, após a realização do curso do Instituto Qualisa de Gestão para 60 militares e após a palestra com o Dr. Hugo (Diretor do Hospital Universitário da UFBA), o escritório de qualidade realizou um diagnóstico (ver anexo) da situação em que o Hospital Naval de Salvador se encontrava para obtenção do nível I em Acreditação Hospitalar.

Após a análise das não conformidades estabelecidas, ficaram definidas as principais prioridades na obtenção da Acreditação, dentre as principais está o estabelecimento por parte da alta administração de um plano de ação para aquisição do certificado de acreditação nível I, onde constem as metas a serem atingidas (resultados a serem alcançados, prazos, função de cada setor e/ou indivíduo, custos e prioridade de aplicação dos custos e fluxograma de ações) baseados no Planejamento Estratégico da OM. Ainda no ano 2009, em virtude das exigências da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), algumas obras estão sendo realizadas, assim como a elaboração projetos arquitetônicos para reestruturação de setores como a Odontologia, Laboratório e Emergência, além do setor de Radiologia que passará por reformas e calibração de equipamentos para que possa funcionar dentro dos padrões estabelecidos pelo órgão de vigilância sanitária. E após um ano da visita do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), que resultou em 267 não conformidades (discrepâncias estruturais, técnicas e administrativas), as quais foram e são periodicamente analisadas por relatórios mensais

de auto-avaliação (auditorias internas), onde são constatados cada passo das resoluções das não conformidades de cada setor para que a possível certificação do Hospital Naval de Salvador no Nível I de Acreditação Hospitalar possa ocorrer com maior brevidade.

Essa certificação, em se tratando de organização eminentemente militar, serve como paradigma exemplar de modernização para as instituições congêneres da MB, bem como das demais Forças Singulares, envolvidas diretamente em processos de modernização administrativa. após a constituição, em 1999, do Ministério da Defesa.

Cumpre-nos notar, ainda, que a atividade-fim dos hospitais militares, a de cuidar e curar pacientes submetidos à sua influência, lhes confere uma capilaridade profunda com o ambiente civil onde estão inseridos, sendo citados comumente como instituições de apoio complementar às populações civis, que povoam as regiões circunvizinhas, geralmente carentes de atendimento especializado.

Os procedimentos e processos adotados pela alta administração do Hospital Naval de Salvador formulam, pois, um paradigma a ser copiado pelas demais instituições militares envolvidas na certificação de qualidade, permitindo que o setor saúde das Forças ingresse no século XXI, cujo imperativo reflete a melhoria de qualidade e aperfeiçoamento de atendimento em diversos setores da sociedade como um todo.

No entanto, o que caracteriza fundamentalmente o processo de Acreditação no Hospital Naval de Salvador é o envolvimento de seu corpo funcional nos ciclos de melhoria e aprendizagem continuada que envolvem os novos processos. Há um concerto de vontades rumo ao objetivo comum de concluir o processo de certificação para que a instituição possa almejar, a posteriori, buscar a Acreditação ao nível internacional, de acordo com o modelo Canadense, integrando o seletivo grupo de instituições nacionais congêneres que já obtiveram tal certificado (ver anexo).

O Capítulo 4 analisará as principais ferramentas de gestão associadas à Certificação de Qualidade Hospitalar e suas imbricações na modernização do complexo sistema de saúde oferecido pela MB.

CAPÍTULO 4 –

FERRAMENTAS DE GESTÃO EFICIENTE NO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA DO BRASIL: DISCUSSÃO E SUGESTÕES

Os recursos públicos federais para área de Saúde caíram, no período de 1995 a 2004, de 85 para 62 dólares per capita. Enquanto isso, nos Estados e municípios os recursos subiram de 44 para 62 dólares per capita, em média, alcançando os investimentos federais. Tal queda nos investimentos nacionais é coerente com uma política de Estado que permeou todos os governos desde o início dos anos 90, e que visa dismantlar políticas públicas que poderiam servir à melhoria do setor. A média de investimento público em saúde é 11 vezes maior na Europa Ocidental e América do Norte. A Argentina, por seu turno, investe três vezes mais que o Brasil e o Uruguai, mais que o dobro²².

4.1- Investimentos federais no setor saúde

Também entre os dados que envolvem gastos sociais, o setor de saúde mostra-se em decadência. Descontados os efeitos da inflação, a pasta da saúde partiu de 1,79% do PIB em 1995 para 1,59 % do PIB, em 2005. Embora os investimentos do governo federal saiam da marca de R\$ 28,7 bilhões, em 1995, atingindo R\$ 35,9 bilhões em 2005, durante os anos estudados, constata-se que a participação da Saúde nos gastos sociais federais reduziu-se de 16% para 11%²³.

Enquanto a Previdência e a Assistência Social aumentaram de forma considerável as suas abrangências, outros setores reduziram as suas importâncias relativas. Os benefícios aos servidores públicos diminuíram a participação de 22% para 17% nos gastos sociais; a Saúde encolheu cinco pontos percentuais (de 16% para 11%)

²² Cf. SANTOS, Néelson Rodrigues dos. “Investimento federal em saúde despencou nos últimos 9 anos, diz representante do ministério”, in <http://reportersocial.com.br/investimento-federal-em-saude-despencou-nos-ultimos-9-anos-diz-representante-do-ministerio>, acessado em 30/08/2009.

²³ Cf. Saúde Business Web, 10/03/2008, “Estudo de gastos sociais federais confirma a falta de recursos para saúde”, <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=46125>, acessado em 30/08/2009.

e a Educação, dois pontos percentuais (de 8% para 6%), apesar do crescimento nominal dos investimentos²⁴.

4.2- Problemas orçamentários na MB

Por outro lado, o cenário de contingenciamento orçamentário que vem atingindo as Forças Armadas, como um todo, desde 1995, e a MB, em particular, com 21 navios desativados, por falta de recursos, e nove embarcações e nove aeronaves tendo virado sucata entre 2003 e 2004²⁵ – vem compondo os contornos da difícil missão de recomposição do Poder Naval Brasileiro, que abrange as privações que afetam 50 mil praças e oficiais da Corporação. Basta recordar que, em função das restrições orçamentárias impostas, é possível que, até 2025, sejam retirados 90% dos navios hoje em funcionamento²⁶.

Por conseguinte, a contenção dos gastos militares, impostas desde 1995, interfere nas operações navais e ameaça a segurança dos militares. Consciente das demandas socioeconômicas do país, a partir de 2003, a MB foi obrigada a cortar despesas além das suas possibilidades e, no ano de 2005, chegou ao limite de retração de gastos. Além disso, a MB custeia praticamente sozinha o programa nuclear, esforçando-se muito, ainda, na tentativa de manter a capacidade operacional, não havendo degradação no nível de segurança, mas redução do número de aeronaves prontas²⁷.

Nesse sentido, a Marinha moderna terá também que privilegiar a qualidade em detrimento da quantidade, empregando navios com até 20 anos em atividade, com emprego simultâneo de navios, equipamentos e tropas tanto no mar quanto nas chamadas águas interiores. Neste quadro, a construção de nada menos que 27 navios-patrolha de 500 toneladas (mais que o dobro do número atual) e cinco supernavios de patrulha de 1.500 a 1.800 toneladas, visando especialmente o patrulhamento dos

²⁴ Cf. GARSCHAGEN, Sérgio. “A trajetória dos gastos governamentais”, 14/12/2007, in Desafios do Desenvolvimento – IPEA, disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=3256, acessado em 30/08/2009.

²⁵ Cf. BARROS, Maria Luisa. “Marinha à mingua, Alto comando adverte para condições precárias e admite que 21 navios foram aposentados desde 1999”, in Defesanet 29 Maio 2005, disponível em: <http://www.defesanet.com.br/marinha/odia28mai05.htm>, acessado em 30/08/2005

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

campos do pré-sal, junto com a construção de um novo submarino de maior porte que os cinco atuais, que serão modernizados ao longo de seis anos, se insere de modo claro como sinal da presença brasileira no mar, enquanto especialmente o submarino nuclear não começa a ser construído²⁸. Não há dúvida de que a MB, caso receba os recursos derivados dos royalties do petróleo, contingenciados pelo Executivo, que remontam a R\$ 3,15 bilhões, verá financiada todo o seu programa de reaparelhamento, cujos recursos estão previstos em cerca de R\$ 9 bilhões, ao longo de sete anos²⁹.

4.3- O processo de “condenação” à qualidade

Do descrito acima, temos que, tanto no âmbito civil quanto no militar, há limitações marcantes nas provisões orçamentárias destinadas ao setor saúde em nosso país. Dessa realidade inarredável, que no caso particular da MB deriva do crônico contingenciamento orçamentário que feriu a Força como um todo – a área de saúde militar passa por curioso paradoxo: por força da crônica falta de recursos, resta condenar-se a uma nova política de modernização e “condenação” à qualidade.

Para se desenvolver uma gestão eficaz da qualidade, algumas mudanças devem acontecer, tais como: mudança de mentalidade, mudança de paradigma, adaptações da nova realidade e equilíbrio da equipe. Agora, nada disso poderá acontecer se os profissionais de saúde, gestores, profissionais técnicos e administrativos, prestadores de serviços e até mesmo os usuários do sistema não tiverem os pilares que irão sustentar todo o processo da qualidade no setor Saúde. E esses pilares são: comprometimento, participação e visão Macro do Sistema. Sem esta sustentação fica impossível fazer Saúde Pública com Qualidade.

Por outro lado, não devemos perder de vista os conselhos de MARSHALL (2008) sobre Gestão de Qualidade:

“É inquestionável o fato de que são múltiplos os métodos e ferramentas que auxiliam na gestão da qualidade nas empresas e que não existe hierarquia entre

²⁸ Cf. HOLLANDA, Eduardo. “Os rumos da Marinha, segundo Moura Neto”, 14/09/2009, disponível em: <http://www.revistabrasileiros.com.br/edicoes/14/textos/285/>, acessado em 30/08/2009.

²⁹ Ibid.

eles, mas, sim, aqueles que melhor se adaptam às necessidades específicas e pontuais de cada organização. (...) O importante é considerar realmente todos os pontos primordiais citados e escolher aquele caminho que melhor se adapte ao negócio e à cultura da empresa. (...) Nessas condições, é inegável a importância do papel que os executivos e colaboradores desempenham, pois são eles que irão desenvolver e implementar as estratégias organizacionais que conduzirão à excelência do desempenho organizacional.”³⁰

Nesse sentido, a qualidade no setor Saúde é entendida como sistematização de todos os seus processos, em todas as áreas e esferas de gestão, na busca da ética e da técnica. Os elementos chaves da qualidade são: total satisfação do cliente; priorização da qualidade; melhoria contínua; participação e comprometimento de todos e comunicação e capacitação.

O Ministério da Saúde definiu qualidade nos serviços de saúde em cinco eixos prioritários: alto nível de excelência profissional; uso eficiente de recursos; mínimo de risco para o cliente; alto grau de satisfação para o cliente e impacto final na saúde. Eles avaliam aspectos da estrutura, processo e resultado na gestão da qualidade dos serviços. Alguns exemplos de indicadores de saúde são: Taxa de Mortalidade; Taxa de Infecção Hospitalar; Taxa de Ocupação Hospitalar e Taxa de Permanência. Revelou-se necessário melhorar a qualidade e evitar os efeitos negativos para os doentes nos seguintes setores: qualidade dos medicamentos, normas de segurança e de desempenho da tecnologia médica e formação normalizada dos profissionais de saúde.

4.4- Óbices culturais de hierarquia e controle: os times de liderança e gestão

Historicamente, as hierarquias, como comumente encontramos em instituições como a MB, têm sido boas para agregar esforços e coordenar atividades de muitas pessoas com funções amplamente diferentes. Mas elas não são completamente eficientes para mobilizar a capacidade humana: assim os “times de gestão” superam as burocracias em desempenho. E isso ocorre por várias razões.

³⁰ Cf. MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. *Gestão de Qualidade*, pp. 187 e segs., 9ª edição, Rio de Janeiro, Editora FGV, 2008.

Na burocracia, a base de troca é contratual – você é pago para fazer o que lhe é designado. Em um time, a troca é voluntária – você dá seu trabalho pela oportunidade de fazer a diferença ou exercitar seus talentos. Em uma burocracia você é um fator de produção. Em um time, é parceiro em uma causa. Na burocracia, “lealdade” é produto da dependência econômica. Nos times de gestão, dedicação e comprometimento baseiam-se em nossa afiliação às metas e aos objetivos do sistema.

Quando o assunto é supervisão e controle, as burocracias dependem de múltiplos níveis de gestão e de um conjunto de políticas e regras. Quanto mais apertadas as algemas das políticas e dos processos, menos apaixonadas as pessoas serão pelo seu talento. As contribuições individuais costumam ser aconselhadas na burocracia – o pessoal de marketing trabalha nos planos de marketing, o pessoal do financeiro calcula os resultados financeiros.

As Instituições dispostas a trabalhar o modelo inovador de gestão proposto pelo modelo Canadense de Acreditação terão que criar através de Times de Liderança, num programa de inovação para gestão que deverá trabalhar a cultura para implantação de:

- aumentar o âmbito da liberdade dos colaboradores com menos gestão, sem sacrificar o objetivo, a disciplina e a ordem;
- construir uma organização em que o espírito de time, e não a máquina burocrática, una as pessoas;
- ampliar o sentido de missão percebido pelos colaboradores em toda empresa, de maneira que justifique uma contribuição extraordinária.

Numa organização tão grande quanto a MB, sentimos que existem algumas resistências quanto à inspiração original e civil verificadas no exercício da Acreditação Hospitalar, em seus três níveis nacionais, bem como na adaptação às exigências de Acreditação Internacional, refletidas no Modelo Canadense. Isso talvez decorra que a implementação dos programas esteja subordinada a uma ONG internacional, cujas normas e desempenho estejam ligadas a processos de gestão organizacional eminentemente civis.

4.5- Desconfianças sobre a orientação civil

No entanto, a implementação de nova mentalidade, a partir da constituição do Ministério da Defesa, desde 1999, que ressaltou a ênfase do controle civil e constitucional sobre as organizações militares, reformulou, pela raiz, a cultura militar subjacente na MB, que procurou em menos de um decênio adaptar-se aos novos tempos. É claro que essa adaptação é um processo, vivido no tempo, com todos os seus percalços, óbices e desconfiâncias, mas diversas etapas têm sido vencidas, sobretudo no caso do Hospital Naval de Salvador, que tem queimado várias etapas em direção ao processo de Acreditação Hospitalar.

E não importa que um processo novo de gestão administrativa seja civil, o que importa é que funcione! Este pode parecer um método extremamente técnico ou apenas um parâmetro administrativo, mas ela é bastante útil aos pacientes. Ao obter esta certificação, o hospital, ou qualquer outra instituição que o tenha, atesta que todos os seus procedimentos estão de acordo com os princípios de excelência do Manual Brasileiro de Acreditação no que diz respeito à estrutura, aos processos e aos resultados obtidos.

A qualidade orientada para o paciente deve passar, entretanto, por melhoria da estrutura, dos processos e dos resultados. São dois, por conseguinte, os fundamentos da qualidade em saúde: o desenvolvimento tecno-científico, e a aplicação correta desse conhecimento, progressivamente adquirido, orientado para o paciente.

No entanto, conforme aduzem COUTO e PEDROSA (2007), existe no Brasil o perigo de se confundir o processo de Acreditação Hospitalar, em que se introduzem os princípios das normas ISO-9001 2000 e 2004, com exigências típicas do ramo industrial pretensamente incompatíveis ao setor saúde:

“A utilização do instrumento ONA integrado à ISO-9001:2000 serve de base para a implementação dos princípios orientadores da ONA, facilitando o desenvolvimento de estratégias que garantam o pleno atendimento às especificações do setor hospitalar. A utilização desse instrumento pode ser base para o desenvolvimento de uma norma de gestão totalmente voltada para o

*setor hospitalar nos moldes do QS-9000 da área automotiva, agregando as especificações do setor aos requisitos de um modelo de gestão de qualidade baseado em processo.*³¹

Há, com certeza, na discussão da implementação dos novos critérios de Acreditação Hospitalar, um vezo imanente da participação estatal no controle da filosofia a ser adotada no setor saúde. Conforme as escolhas forem assentadas, os preconceitos relativos à matéria poderão ser abandonados no rumo do futuro e da pós-modernidade, condições temporais a que, sem dúvida, pode se adaptar facilmente e com méritos a própria MB.

³¹ Cf. *HOSPITAL: Acreditação e gestão em saúde*, Renato Camargo Couto e Tânia Moreira Grillo Pedrosa [Editores], 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 365.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES

Definiu-se, neste trabalho, a Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado, operando de acordo com padrões internacionais de qualidade no atendimento médico e hospitalar.

Para obter-se o certificado de Hospital Acreditado, o hospital deve demonstrar conformidade significativa com um manual de padrões desenvolvido por especialistas em saúde dos cinco continentes e criado por profissionais que atuem especificamente no setor saúde. Tal manual, testado em todas as regiões do mundo e aplicável de forma individual nas organizações de saúde, desenha o suporte continuado para as ações de melhoria da qualidade. Tais ações são criadas para promover a redução de riscos para pacientes e profissionais, adaptáveis ao contexto das crenças, valores, cultura e legislação das diferentes regiões e países do mundo e voltados para a garantia da segurança do paciente.

É facultada à Organização de Saúde a solicitação de um diagnóstico organizacional, antes de solicitar a visita para a certificação. Esse processo também é realizado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA.

Com a Acreditação Internacional, as instituições têm acesso a uma variedade de recursos e serviços típicos de uma Rede Internacional, incluindo:

- um sistema internacional de avaliação de qualidade baseado no benchmarking entre as instituições participantes do programa;
- estratégias para redução de riscos e táticas para prevenir eventos adversos;
- acesso a uma fonte de dados sobre boas praticas;
- um informativo internacional editado pela JCI;
- eventos promovidos pela JCI e seus parceiros nas principais regiões do mundo.

Para implementar-se, por conseguinte, um programa de garantia da qualidade, o hospital deve estar permanentemente sob análise gerencial, redistribuindo recursos

segundo prioridades contingenciais dos serviços e mantendo equilíbrio constante entre objetivos a curto e a longo prazo.

O conceito de qualidade na gestão administrativa em instituições hospitalares evoluiu para a visão de satisfação do cliente/paciente. A eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiverem a serviço de uma melhor e mais humanizada atenção aos pacientes. Esta melhoria tenciona alcançar a humanização do atendimento e a adoção de medidas que visem atender as crescentes exigências e necessidades da população, objetivos estes que todos perseguem.

Atualmente convivem, no Brasil, dois modelos principais de acreditação hospitalar com atuação nacional: o ONA e o CBA/JCI. A característica do método ONA é o estabelecimento de níveis de acreditação após processo de avaliação. No momento são oito as instituições credenciadas para realizarem acreditação com esse modelo.

O método CBA/JCI baseia-se na conformidade da instituição aos padrões estabelecidos para cada função do manual. O modelo de acreditação CBA/JCI compreende um percurso a ser realizado pela instituição até o momento da certificação. É uma atividade muitas vezes prolongada e que requer importante mobilização de toda a instituição. A instituição, em sua preparação para a avaliação, deverá rever suas políticas e seus processos de modo a estarem conformes com aqueles padrões do manual. O CBA/JCI estimula a implantação de um projeto de educação para acreditação que envolve colaboradores e o governo da instituição.

O modelo canadense de acreditação de serviços de saúde, reconhecido como um dos melhores do mundo, oferece, por sua vez, uma gama de soluções de qualidade, já testadas, possibilitando sua eventual adoção no Brasil com alterações ou adaptações mínimas. O Canadian Council for Health Services Accreditation tem mais de 50 anos de experiência no Canadá e já auxiliou vários países na criação ou aprimoramento dos próprios sistemas de acreditação dos serviços de saúde.

O grande diferencial do modelo canadense é que ele não se preocupa apenas com o gerenciamento de riscos, mas trabalha a prevenção e a segurança do paciente de forma pró-ativa. Nesse sentido, a Acreditação Internacional avalia a excelência em

gestão e, principalmente, a assistência segura ao paciente. Atualmente, um terço de todos os padrões e programas de Acreditação desenvolvidos no mundo se inspiram no modelo canadense. O CCHSA é acreditado pela Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde (ISQua), o que garante a seus programas de Acreditação o reconhecimento e prestígio internacionais.

As instituições “acreditadoras” devem ser, preferencialmente, não-governamentais e distintas das instituições de saúde. Os resultados emitidos por estas instituições “acreditadoras” devem ser, por sua vez, revisadas e validadas por outras instituições externas. O reconhecimento da excelência de uma instituição de saúde sinaliza, à comunidade, seu compromisso com a qualidade.

O CCHSA desenvolveu um modelo para as instituições hospitalares que desejem ter o certificado de Acreditação Internacional. O Instituto Qualisa de Gestão (IQG) implantará, com exclusividade, no Brasil, o modelo canadense de acreditação de serviços de saúde desenvolvido pelo CCHSA para todas as instituições de saúde que desejam obter uma acreditação internacional, possibilitando uma troca de indicadores e aporte tecnológico de assistência com o Canadá e outros países.

O sistema de acreditação será utilizado localmente por hospitais e outros serviços de saúde na obtenção de um selo de qualidade diferenciado e de reconhecimento internacional. Este modelo é uma ferramenta importante de gestão institucional, proporcionando às Instituições de Saúde melhorias contínuas e a procura da excelência em gestão.

A MB, a partir dos conceitos de gestão contemporânea introduzidos pelo PROJETO NETUNO, procurou sintonizar-se com as novas perspectivas de um modelo gerencial que contemplasse novos processos de gestão no seu setor de saúde, diversificado em diversas unidades hospitalares e ambulatoriais.

Focalizamos a unidade do Hospital Naval de Salvador – HNAs, na tentativa de exemplificar a certificação de conformidade dentro do modelo de Acreditação Hospitalar descrito exaustivamente aqui. Ocorre que, sendo um processo paulatino, a sua implantação depende de diversas variáveis, que começam com a predisposição de

times de gestão de realmente efetivar as mudanças. Se não for balizado tal objetivo, o tempo naturalmente se encarregará de dissolver as boas intenções, ficando o processo de acreditação sepultado como manobra teórica em desacordo com a realidade institucional em que deveria ser aplicada. Mais importante que a definição de acreditação, é saber o que este processo pode trazer de benefícios para as instituições que, voluntariamente, optam por realizá-lo e, sem dúvida, o maior benefício da instituição é o entendimento e a aplicabilidade prática da “cultura da qualidade”.

A despeito de indicadores estatísticos, como foi visto, terem demonstrado dificuldades de gestão no setor saúde civil nacional, bem como problemas de sucateamento e contingenciamento orçamentário nas Forças Armadas – é muito provável que as tentativas de implementação de modernização gerencial no setor saúde da MB possam construir novos paradigmas de gestão para as demais Forças Singulares, principalmente se, ao haver a superação de desconfiças funcionais quanto às contribuições do mundo civil, possamos instaurar nova mentalidade gerencial no setor saúde da MB, capaz de refletir e incorporar os caminhos de excelência de que precisamos para encarar as velozes transformações da mundialização das informações, do globalismo político-econômico e dos novos imperativos de defesa, que comprometem a MB com a pós-modernidade, o meio ambiente (a Amazônia azul) e com a necessidade de darmos novas contribuições de presença e participação junto à sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, Vicente Falconi. *Gerenciamento pelas Diretrizes*, Nova Lima [MG], INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CREMA, Roberto, *Introdução à Visão Holística*, São Paulo, Summus, 1989.

CROSBY, Philip B. *Qualidade é Investimento, A Arte de Garantir a Qualidade*, tradução de Áurea Weisenberg, 6ª edição, Rio de Janeiro, José Olympio, 1994, p. 131.

FRANÇA, Susete Barbosa, “*A hegemonia do SUS e a relação público/privado na assistência hospitalar*”, Brasília, ENAP, 2002.

GIL, Antonio de Loureiro. *Auditoria operacional e de gestão: qualidade da auditoria*, 5ª edição, São Paulo, Atlas, 2000.

HOSPITAL: *Acreditação e gestão em saúde*, Renato Camargo Couto e Tânia Moreira Grillo Pedrosa [Editores], 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 365.

KARDEC, Allan et al. *Gestão Estratégica e indicadores de desempenho*, Rio de Janeiro, Qualitymark: ABRAMAN, 2002.

MARSHALL Junior, Isnard et al. *Gestão de Qualidade*, 9ª edição, Rio de Janeiro, Editora FGV, 2008, pp. 187 e segs.

MIYAZAKI, Cyro Yoshiro Malafaia (CMG). “*Um Novo Desafio Para As Nossas Lideranças: Programa Netuno, Um Compromisso De Todos Nós, Marinheiros*”, Monografia, Rio de Janeiro, Escola de Guerra Naval, 2008.

TOFFLER, Alvin. *A Terceira Onda, A Morte do Industrialismo e o Nascimento de uma Nova Civilização*, Rio de Janeiro, Record, 1980, , pp. 146-147.

TOWNSEND, Robert. *Viva a Organização*, São Paulo, Melhoramentos, 1970.

ANEXOS

1. HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR - HNAS INDICADORES DE QUALIDADE

INDICADOR	SETOR RESPONSÁVEL
Pesquisa de satisfação do cliente	SAME
Índice de absenteísmo dos funcionários	DP
Índice de absenteísmo dos pacientes	SAME
Índice de frequência de acidentes de trabalho	EMERGÊNCIA
Índice de horas de treinamento de funcionários	DP
Índice de tempo médio de permanência geral	ENFERMAGEM
Índice de tempo médio de permanência obstétrica	ENFERMAGEM
Índice de tempo médio de permanência pediátrica	ENFERMAGEM
Taxa de mortalidade geral	ENFERMAGEM
Taxa de mortalidade pediátrica	ENFERMAGEM
Taxa mensal de cesarianas	CENTRO CIRÚRGICO
Índice de infecção hospitalar em cirurgias limpas	CCIH
Taxa de ocupação de leitos	ENFERMAGEM
Margem líquida	INTENDÊNCIA/ OMPS-H
Tempo médio de permanência hospitalar	ENFERMAGEM
Tempo médio de permanência por clínica	ENFERMAGEM
Índice de renovação	ENFERMAGEM
Taxa de mortalidade institucional	ENFERMAGEM
Taxa de mortalidade operatória	CENTRO CIRÚRGICO
Taxa de cirurgias suspensas	CENTRO CIRÚRGICO
Taxa de reinternação não programada	EMERGÊNCIA
Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação	UTI
Índice de exames laboratoriais por paciente	LABORATÓRIO
Índice de exames diagnósticos por imagem por paciente/dia	RADIOLOGIA
*CRIAR TAMBÉM PARA EXAMES EXTERNOS (EMISSÃO DE GUIAS P/AUDITORIA)	
Taxa APGAR	PEDIATRIA
Taxa de infecção hospitalar	CCIH
Taxa de infecção hospitalar por clínicas	CCIH
Agentes microbianos identificados na infecção hospitalar	CCIH
% de médicos c/título de especialista	DP
Relação enfermeiro/leito	ENFERMAGEM
Relação enfermagem/leito	ENFERMAGEM
Relação pessoal/leito	ENFERMAGEM

2.

24 e 25 DE SETEMBRO DE 2007

RELATÓRIO DO INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO – IQG

HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR

LISTA DE PONTOS FORTES E

NÃO CONFORMIDADES CONSTATADAS

PONTOS FORTES – 8 itens

- **Entendimento que a Gestão da Qualidade é diferencial estratégico e administrativo.**
- **Programa de Cooperação Técnica com a Universidade Federal da Bahia.**
- **Brigada de Incêndio.**
- **Programa rastreabilidade dos prontuários do paciente.**
- **Estrutura Física da Sala de Parada cardiorrespiratória.**
- **Programa de Servidor Civil e Militar Padrão.**
- **Programa de atendimento ambulatorial nutricional.**
- **Estrutura Físico Funcional do Grupo Gerador.**

NÃO CONFORMIDADES – 267 itens

- **Reforçar política e cultura institucional de assistência segura e gerenciamento de riscos.**
- **Reforçar a capacitação dos gerentes operacionais focando a gestão dos setores específicos e a liderança praticada.**
- **Definir Programa Institucional de Política de Recursos Humanos, visando valorizar e envolver o corpo de colaboradores com a estratégia da Instituição.**
- **Documentar formalmente todos os processos institucionais, para que se programe metodologia de registros que evidencie a memória e o processo de tomada de decisões Institucionais.**
- **Descrever Plano de Contingência Institucional.**
- **Reforçar a ação dos grupos de trabalho para melhorias dos Processos de Gestão e de Qualidade Institucional.**
- **Ausência de PCMSO e PPRA Institucional.**
- **Reforçar a Política Institucional de Recursos Humanos focando o envolvimento dos colaboradores com a missão da instituição.**
- **Reforçar o programa de educação continuada institucional focando as não conformidades identificadas.**
- **Definir por Comissão multiprofissional de padronização de materiais e medicamentos.**
- **Evidenciamos fragilidade no processo de guarda, controle e dispensação de material e medicamentos.**
- **Reforçar a atuação da Comissão de Revisão de Prontuário.**
- **Evidenciamos prontuários com ausência de anotações e identificação médica.**

- Definir por revisar cem por cento dos óbitos da Instituição e utilizar esta ferramenta para atualização do Corpo Clínico.
- Implementar Programa Institucional de discussão de casos clínicos das diversas especialidades.
- Definir por implantar a Comissão de Hemoterapia e discutir com a mesma o fluxo seguro para recebimento, infusão e descarte de hemoterápicos.
- Definir por Protocolos Clínicos das patologias de maior prevalência.
- Definir por implantar Programa de Consentimento Informado específico para todos os procedimentos de risco.
- Descrever protocolo de sedação institucional.
- Descrever protocolo de transporte intra e extra hospitalar.
- Revisar as Ordens Internas do setor.
- Descrever e implantar todos os procedimentos de risco da assistência.
- Reforçar identificação dos profissionais nas evoluções e checagem dos medicamentos.
- Ausência de método definido para estruturação da alta dos pacientes (Plano de Alta).
- Não evidenciamos o controle formal dos carros de emergência e dos testes dos desfibriladores.
- Definir programa de acompanhamento das não conformidades assistenciais.
- Analisar criticamente a cobertura exclusiva do profissional enfermeiro nas unidades críticas durante as 24 horas.
- Analisar criticamente a implantação de escore de grau de dependência.
- Difundir cultura institucional focando a conceituação de assistência segura e gerenciamento de riscos.
- Descrever plano de aplicação medicamentosa.
- Atualizar as ordens internas dos setores afins.
- Descrever fluxo de atendimento de emergência nas unidades de internação.
- Definir procedimento de melhoria de controle dos materiais e medicamentos estocados nas unidades de internação.
- Implantar controle de temperatura das geladeiras de uso exclusivo de guarda das medicações.
- Definir cronograma para melhoria de posicionamento de barras de apoio nos banheiros.
- Evidenciamos presença de caixa de perfuro cortantes sobre o piso e bancadas.
- Evidenciamos presença de materiais estéril sob sifão de pias.
- Evidenciamos presença de ventiladores em áreas técnicas.
- Evidenciamos mobiliários de madeira, o que dificulta a higienização dos mesmos.
- Ausência de sistema seguro para troca e identificação das almotolias.
- Descrever procedimento de acompanhamento assistencial do RN em alojamento conjunto.
- Definir programa de treinamento específico dos colaboradores com foco no cliente.
- Ausência de Programa de Manutenção Preventiva dos equipamentos.

- Definir por guarda no Serviço de Arquivo de Prontuário do Paciente dos prontuários.
- Descrever e analisar criticamente todos os procedimentos de esterilização dos materiais.
- Evidenciamos cruzamento de área suja e limpa na CME.
- Evidenciamos presença de materiais estocados sob sifão de pias.
- Evidenciamos soluções de desinfecção sem controle de prazo de validade.
- Evidenciamos resíduos da bomba de vácuo descartado a céu aberto.
- Ausência de controle de integradores químicos nos materiais.
- Ausência de controle microbiológico das autoclaves.
- Definir programa específico de manutenção preventiva das auto claves.
- Ausência de padronização do uso de anti-sépticos e desinfectantes utilizados e validados pela CCIH.
- Ausência de programa de manutenção preventiva do mobiliário.
- Evidenciamos distribuição de medicamentos não rastreados (amostras-grátis).
- Evidenciamos presença de material estéril sem identificação da data de validade.
- Evidenciamos soluções em almotolias sem identificação, data de envase e validade.
- Reforçar o processo de supervisão e acompanhamento de enfermagem para os procedimentos realizados.
- Definir local e procedimento validado pela CCIH para limpeza e desinfecção dos instrumentais e materiais a serem reprocessados.
- Descrever e implantar procedimento de limpeza dos transdutores invasivos.
- Implantar protocolos específicos do setor, visando à segurança do atendimento.
- Descrever os protocolos e critérios clínicos de interrupção dos exames.
- Ausência de protocolo de atendimento de urgências/emergências.
- Ausência de programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Ausência de programa de manutenção preventiva de mobiliário.
- Descrever e implantar os protocolos de atendimento das urgências/emergências e das patologias de maior prevalência.
- Não evidenciamos treinamento dos colaboradores para atendimento de suporte básico à vida.
- Ausência de protocolo de atendimento das patologias de maior prevalência.
- Formalizar a checagem diária dos cilindros de oxigênio e desfibrilador.
- Ausência de controle dos medicamentos e materiais na sala de urgência.
- Ausência de programa de manutenção preventiva de equipamentos de risco e suporte à vida.
- Ausência de programa de manutenção preventiva do mobiliário.
- Ausência de barras de apoio nos banheiros destinados à observação dos pacientes.
- Evidenciamos guarda compartilhada de material estéril com outros materiais.
- Ausência de protocolo para atendimento de pacientes psiquiátricos.
- Analisar criticamente o fluxo de encaminhamento dos pacientes às salas de atendimento.

- Descrever o procedimento padrão de desinfecção de alto nível para os endoscópios e valida-lo pela CCIH.
- Definir local específico para a desinfecção de alto nível dos endoscópios.
- Definir critérios seguros de preparo e administração dos medicamentos utilizados.
- Evidenciamos psicotrópicos sem controle e diluído para utilização no dia posterior.
- Definir por registro formal de identificação das amostras a serem encaminhadas para biópsia.
- Não evidenciamos o acompanhamento da temperatura das geladeiras.
- Descrever o procedimento de acompanhamento pós exames.
- Descrever o procedimento de atendimento de urgência / emergências.
- Evidenciamos quantidade excessiva de materiais e medicamentos estocados na sala de exame.
- Ausência dos protocolos clínicos descritos para as patologias de maior prevalência.
- Definir metodologia para score de gravidade dos pacientes.
- Ausência de programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Identificar pia exclusiva para lavagem das mãos.
- Padronizar procedimento de controle e conferência do material de urgência e testes do cardioversor.
- Evidenciamos guarda de material estéril sob o sifão de pia.
- Reforçar a sistematização de enfermagem implantada.
- Implantar programa de educação continuada para os colaboradores para atendimento de emergência.
- Evidenciamos sala de isolamento em adequação.
- Analisar criticamente o estoque satélite do setor.
- Descrever procedimento de posicionamento de pacientes para cirurgias de maior prevalência.
- Descrever procedimentos de cuidados com a placa de bisturi elétrico.
- Descrever fluxo de atendimento de emergência.
- Não evidenciamos formal dos materiais, medicamentos e equipamentos de suporte à vida.
- Não evidenciamos programa de manutenção de equipamentos.
- Reforçar a regulagem mecânica das portas das salas cirúrgicas.
- Evidenciamos guarda compartilhada de materiais estéreis e equipamentos.
- Reforçar os procedimentos de controle de guarda de materiais estéreis e equipamentos.
- Evidenciamos presença de embalagens primárias em área técnica.
- Evidenciamos guarda de termolábeis sem controle de temperatura ambiente.
- Evidenciamos bate maca de madeira.
- Evidenciamos cilindros de gases sem sistema de segurança.
- Reforçar programa de visita pré-anestésica.
- Não evidenciamos programa de manutenção preventiva dos carros de anestesia.
- Ausência de inspeção formal dos carros anestésicos (troca do filtro interno e protocolo de troca da cal soldada).

- Não evidenciamos estatística básica das ocorrências dos procedimentos anestésicos.
- Descrever os protocolos dos procedimentos anestésicos.
- Descrever a totalidade dos procedimentos referentes ao transporte, acondicionamento e infusão dos hemoterápicos específicos para o setor.
- Implementar as ações do Comitê de Hemoterapia.
- Ausência de programa de treinamento da enfermagem visando o diagnóstico das reações transfusionais.
- Reforçar os procedimentos de segurança para o descarte das bolsas.
- Analisar criticamente o a forração do teto do setor.
- Reforçar a identificação dos pacientes nos tubos de coleta.
- Ausência de Programa de Calibração e Manutenção Preventiva dos Equipamentos.
- Evidenciamos geladeira de reagentes com guarda compartilhada com materiais biológicos.
- Ausência da descrição da totalidade dos procedimentos específicos realizados na Instituição.
- Ausência de critérios de rejeição das amostras.
- Ausência de programa de calibração das pipetas volumétricas.
- Ausência de controle da água reagente.
- Ausência de tela ou travamento das janelas das áreas técnicas.
- Definir chaves de segurança no sistema informatizado visando homônimos e cadastramento de novos pacientes.
- Ausência de padronização de tempo e movimento das coletas e exames realizados.
- Ausência de Manual de Biossegurança.
- Ausência de controle de temperatura e limpeza das geladeiras.
- Não evidenciamos os testes de validação da autoclave do setor.
- Evidenciamos botijão de gás no setor de microbiologia.
- Analisar criticamente os procedimentos de lavagem das vidrarias e validá-lo pela CCIH.
- Ausência de consentimento informado para procedimentos de risco.
- Não evidenciamos protocolos descritos das reações adversas e parada cardiorrespiratória.
- Ausência de programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Não evidenciamos plano de radioproteção.
- Não evidenciamos o controle de dosimetria dos colaboradores.
- Ausência de Programa formal institucional de capacitação e reciclagem dos técnicos do setor.
- Definir protocolo para prescrição médica e aplicação de contraste.
- Evidenciamos químicos em contato direto com o piso na Câmara Escura.
- Evidenciamos armazenamento de materiais e objetos de uso pessoal na Câmara Escura.
- Descrever procedimento de atendimento as urgências/emergências.
- Evidenciamos prontuários sem identificação dos profissionais que interagem com o paciente (médicos, enfermeiros, nutricionistas, ...).
- Evidenciamos prontuários com espaços em branco e vários campos rasurados.

- **Reforçar a atuação da Comissão de Prontuário visando melhorar a qualidade das anotações, identificação dos profissionais, espaços em branco e campos rasurados.**
- **Reforçar o sistema de controle a incêndios na sala de guarda do arquivo inativo.**
- **Reforçar o método de controle para os prontuários em movimentação.**
- **Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar conforme a portaria 2616/98.**
- **Aplicar em sua totalidade a RDC 48 – Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.**
- **Elaborar, implantar e definir os relatórios do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.**
- **Estabelecer política e padronização de procedimentos relacionados a redução das infecções hospitalares.**
- **Implantar padronização de insumos e produtos para proteção do colaborador.**
- **Definir junto ao Serviço de Farmácia política de utilização de antibiomicróbios, germicidas e outros materiais.**
- **Implantar medidas de prevenção de acidentes ocupacionais e condutas pós-acidentes.**
- **Definir programa de capacitação de prevenção e controle de infecções.**
- **Descrever e implantar medidas de precaução padrão em isolamento.**
- **Investigar e controlar surtos e eventos adversos.**
- **Implantar cronograma de visita técnica aos serviços de: higienização, processamento de roupas, nutrição, CME e unidades críticas.**
- **Validar todos os procedimentos de risco da Instituição.**
- **Validar os manuais de biossegurança dos serviços: laboratório, higienização e resíduos, e CME.**
- **Validar o PGRSS Institucional e supervisionar sua implantação.**
- **Reforçar procedimento seguro e formal que garanta a rastreabilidade dos medicamentos dispensados e estocados nos diversos estoques satélites.**
- **Ausência de metodologia formal de análise das interações medicamentosas.**
- **Definir programa para análise técnica das prescrições (iniciar pelos setores fechados).**
- **Definir programa formal de Farmacovigilância.**
- **Definir por registros de monitoramento formal da temperatura das geladeiras exclusivas para guarda de medicamentos.**
- **Reforçar a lógica de guarda e controle dos psicotrópicos nos estoques satélites e na farmácia.**
- **Ausência de programa inspeção de recebimento de produtos.**
- **Ausência de plano de preparo e aplicação medicamentosa.**
- **Evidenciamos dispensação de medicações em embalagens primárias para os setores.**
- **Evidenciamos medicamentos não rastreados (amostras-grátis) em circulação na Instituição.**
- **Implantar metodologia que garanta segurança no controle do lote e validade dos medicamentos estocados nos carros de emergência.**

- **Descrever o manual de diluição, conservação e estabilidade de medicamentos.**
- **Evidenciamos paletes de madeira.**
- **Ausência de controle de temperatura no local de guarda de soros.**
- **Ausência de manual de boas práticas.**
- **Ausência de qualificação dos fornecedores.**
- **Ausência de procedimento de inspeção formal de recebimento de insumos.**
- **Analisar criticamente as condições de estocagem e o uso de embalagens primárias.**
- **Reforçar a identificação das dietas dos pacientes preparadas na copa.**
- **Definir controle de aceitação das dietas dos pacientes.**
- **Implantar sistema de controle de resto de engesta.**
- **Evidenciamos presença de resíduos recicláveis na área de recebimento dos gêneros alimentícios.**
- **Ausência de manual de dietas básicas.**
- **Ausência de controle de temperatura dos refrigeradores.**
- **Não evidenciamos metodologia formal de controle de validade dos produtos armazenados.**
- **Evidenciamos presença de utensílios de cozinha, paletes e recipientes para acondicionamento de gêneros alimentícios de madeira.**
- **Ausência de telas nas janelas.**
- **Evidenciamos presença de botijão de gás na copa.**
- **Monitorar a cadeia de temperatura de distribuição das dietas dos pacientes.**
- **Ausência de identificação das áreas do setor.**
- **Ausência de sistemática de guarda das amostras de 72 horas.**
- **Ausência de cronograma de limpeza do setor e dos equipamentos.**
- **Ausência da descrição das dietas básicas.**
- **Ausência de atuação da EMTN, conforme legislação.**
- **Descrever procedimentos do setor de manipulação e fracionamento as dietas enterais e fórmulas lácteas.**
- **Ausência de rotinas descritas e validadas pela CCIH.**
- **Ausência de programa de treinamentos específicos.**
- **Definir por padronização dos produtos utilizados e identificá-los.**
- **Não evidenciamos manual de biossegurança validado pela CCIH.**
- **Ausência de Programa de Manutenção Preventiva dos Equipamentos.**
- **Definir por carros de transporte fechados, identificados e de fácil higienização, que tenham local próprio para sua limpeza.**
- **Implantar cronograma limpeza terminal na área suja.**
- **Ausência de ralos escamoteáveis no setor.**
- **Delimitar e identificar área de separação das roupas sujas.**
- **Reforçar a identificação dos vasilhames utilizados para dosar os desinfetantes.**
- **Descrever os procedimentos de processamento das roupas (leve e pesada).**
- **Ausência do inventário do enxoval.**
- **Ausência de manual de biossegurança validado pela CCIH.**
- **Reforçar o procedimento de utilização de Epis específicas para cada procedimento.**

- Ausência de procedimentos descritos que garantam a rastreabilidade dos instrumentais.
- Ausência de validação para os diferentes invólucros utilizados para esterilização, e validados pela CCIH.
- Implantar controle de temperatura e umidade no arsenal de materiais estéreis.
- Descrever procedimento de utilização de glutaraldeído para desinfecção de alto nível validado pela CCIH.
- Evidenciamos soluções em uso sem identificação.
- Definir por estudo para centralização da higienização dos materiais.
- Definir pelo controle de materiais estéreis nos estoques satélites.
- Evidenciamos materiais estéreis sem identificação do prazo de validade.
- Ausência de procedimentos padronizados para higiene hospitalar.
- Ausência de validação da CCIH de todos os procedimentos técnicos utilizados pelo serviço.
- Ausência de manual de biossegurança validado pela CCIH.
- Reforçar a identificação e padronização dos produtos utilizados para limpeza.
- Ausência de identificação das soluções nos carros operacionais.
- Reforçar o procedimento de utilização de Epis específicas para cada procedimento.
- Definir cronograma de limpeza terminal das áreas críticas.
- Definir cronograma de limpeza dos carros e utensílios utilizados pelo setor.
- Padronizar a concentração das soluções desinfetantes.
- Evidenciamos soluções de uso doméstico.
- Evidenciamos utilização de ácido muriático.
- Evidenciamos distribuição de materiais em embalagens primárias.
- Descrever manual de boas práticas para armazenamento e distribuição de materiais.
- Reforçar a lógica para o armazenamento com definição do método de endereçamento das prateleiras.
- Definir como base a RDC 50 para as novas reformas e obras.
- Reforçar a sinalização de rota de fuga.
- Implantar sinalização interna/comunicação visual. E reforçar a identificação das salas destinadas a resíduos, expurgos e dml.
- Definir por identificação das pias exclusivas de lavagem das mãos.
- Definir por papeleiros e dispensador de sabão líquido nas pias exclusivas de lavagem das mãos.
- Evidenciamos embalagens primárias nos diversos setores técnicos.
- Evidenciamos em paredes internas exposição de documentos e informativos, o que dificulta o processo de higiene.
- Evidenciamos materiais estocados sob os sifões das pias.
- Evidenciamos armários com revestimento de madeira.
- Evidenciamos ventiladores de teto em áreas técnicas.
- Evidenciamos quadros de aviso de feltro em áreas técnicas.
- Evidenciamos cilindros de gases sem sistema de segurança.
- Evidenciamos uso de material doméstico em área técnica (esponja dupla face e escovas).

- Evidenciamos almotolias sem identificação, datas de envase e validade.
- Evidenciamos caixas de perfuro cortante não fixadas, sobre piso e bancadas.
- Evidenciamos presença de embalagens primárias em áreas técnicas.
- Evidenciamos presença de lixeiras sem tampa e acionamento pelos pés.
- Evidenciamos lixeiras em embalagens primárias.
- Definir junto a CCIH os locais de guarda e descartes dos produtos de limpeza e descartes dos resíduos.
- Ausência de programa estruturado de manutenção preventiva predial.
- Ausência de programa de manutenção preventiva dos mobiliários.
- Definir metodologia para controle das ordens de serviço.
- Validar pela CCIH os procedimentos de limpeza periódica das caixas de coleta do sistema de vácuo.
- Descrever os procedimentos de limpeza e controle microbiológicos dos reservatórios.
- Definir os pontos de coleta da água do sistema de abastecimento hidráulico para análise microbiológica.
- Não evidenciamos controle de qualidade (físico químico e microbiológico) da água da osmose reversa do laboratório.
- Analisar criticamente e implementar o PGRSS, para minimizar a produção dos resíduos e proporcionar o manejo seguro, de forma eficiente visando a proteção dos colaboradores, conforme legislação vigente.
- Reforçar a identificação dos vasilhames, containeres e abrigo dos resíduos de acordo com sua classificação.
- Definir procedimento de limpeza e periodicidade dos carros utilizados para transportes de resíduos.
- Definir programa de educação continuada dos colaboradores ao PGRSS a ser implementado.
- Ausência de um programa estruturado de manutenção preventiva dos equipamentos.
- Ausência de programa de capacitação dos usuários para utilização da tecnologia disponível.
- Não evidenciamos a divisão dos equipamentos por criticidade.
- Definir metodologia para melhoria nos processos de segurança social, predial, patrimonial, tecnológica e de movimentação dos clientes internos e externos.
- Descrever procedimentos de segurança para liberação de corpos.

O Escritório da Qualidade tem a função de normatizar os instrumentos formais para descrição dos processos, procedimentos e protocolos, interagir os processos com seus clientes e fornecedores para garantia dos ciclos de melhorias.

3.
MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR
ESCRITÓRIO DA QUALIDADE

Prezados Srs.,

Descrevemos abaixo algumas não-conformidades/oportunidades de melhoria que irão comprometer a obtenção do título da Acreditação Hospitalar se não forem solucionadas:

- **Direção / Vice-direção/ Departamento de Saúde/ Departamento de Administração**

Definir contratação/criação do setor de Engenharia Clínica.

Descrever Plano de Contingência Institucional.

Definir Programa Institucional de Política de Recursos Humanos, visando valorizar e envolver o corpo de colaboradores com a estratégia da Instituição.

Definir contratação de Engenheiro de Segurança do Trabalho para confecção e implementação do Programa Preventivo de Riscos Ambientais (PPRA).

- **Divisão de pessoal**

Ausência de descrição das atribuições e competências dos diversos cargos e funções da OM (verificar existência de ordem interna).

Ausência de programa de capacitação de militares e colaboradores (PGI/PGAD/Cursos).

- **Estrutura física**

Evidenciamos dimensionamento de área física fora dos padrões definidos pela legislação vigente.

Ausência de barras de proteção nos banheiros.

Definir e identificar pia exclusiva para lavagem das mãos.

Ausência de telas nas áreas técnicas.

- **Segurança do trabalho e meio ambiente**

Ausência de mapa de risco nas unidades.

Ausência de manual de biossegurança.

Implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Desocupação das baias de resíduos comuns e infectantes para depositar o lixo produzido pelo hospital.

Presença de botijão de gás em ambiente interno.

Ausência de laudo radiométrico.

Ausência de Programa Preventivo de Riscos Ambientais (PPRA).

- **JRS**

Ausência de Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO).

Implantar medidas de prevenção de acidentes ocupacionais e condutas pós-acidentes.

- **Orientação ao paciente**

Implantar termo de ciência e consentimento para os procedimentos obrigatórios.
Implantar programa de consentimento informado para todos procedimentos de risco.
Ausência de orientação formal aos familiares e acompanhantes.
Ausência de procedimentos de orientação pós-alta.

- **Manuseio e armazenamento de materiais**

Ausência de procedimento de inspeção formal de recebimento de materiais.
Reforçar o controle de validade dos materiais esterelizados.
Evidenciamos armazenamento de embalagens primárias nos setores.
Evidenciamos materiais estocados diretamente no piso.
Evidenciamos materiais guardados sob o sifão das pias.

- **Formalização e validação de rotinas e procedimentos**

Reforçar o procedimento de revisão dos manuais em utilização.
Ausência de protocolos descritos dos procedimentos de risco.
Ausência de protocolos descritos de atendimento de urgência e emergência.
Formalizar fluxo de atendimento à emergência.
Validar procedimentos específicos com a CCIH.
Ausência de procedimentos de limpeza validados pela CCIH.
Descrever protocolo de sedação institucional.
Definir por Protocolos Clínicos das patologias de maior prevalência.
Ausência de programa de treinamento de enfermagem visando o diagnóstico das reações transfusionais.

- **Criação e atuação da CCIH**

Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar conforme a portaria 2616/98.
Aplicar em sua totalidade a RDC 48.
Validar os manuais de biossegurança dos serviços: laboratório, higienização e resíduos, e CME.
Elaborar, implantar e definir os relatórios do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.
Definir programa de capacitação de prevenção e controle de infecções.
Implantar cronograma de visita técnica aos serviços de: higienização, processamento de roupas, nutrição, CME e unidades críticas.
Analisar criticamente os procedimentos de esterelização de materiais.
Validar protocolos e procedimentos descritos pelos setores.
Ausência de manual de biossegurança validado pela CCIH.
Ausência de procedimentos de limpeza validados pela CCIH.
Ausência de procedimentos específicos validados pela CCIH.
Validar o PGRSS Institucional e supervisionar sua implantação.

- **Temperatura e umidade**

Ausência de controle de temperatura no ambiente.
Ausência de mapa de controle de temperatura.
Ausência de termômetro nas geladeiras de guarda de medicamentos.
Implantar controle de temperatura nos locais de guarda de insumos e termolábeis.

- **Conservação, limpeza e organização**

Analisar criticamente e implementar o PGRSS, para minimizar a produção dos resíduos e proporcionar o manejo seguro, de forma eficiente visando à proteção dos colaboradores, conforme legislação vigente.

Reforçar a identificação dos vasilhames, containeres e abrigo dos resíduos de acordo com sua classificação.

Definir programa de educação continuada dos colaboradores ao PGRSS a ser implementado.

Elaborar, implantar e definir os relatórios do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.

Definir programa de capacitação de prevenção e controle de infecções.

Implantar cronograma de visita técnica aos serviços de: higienização, processamento de roupas, nutrição, CME e unidades críticas.

Reforçar os procedimentos de higienização do setor.

Ausência de procedimentos de limpeza da área e dos equipamentos validados pela CCIH.

Ausência de descrição das rotinas de limpeza e rotina de coleta de lixo nos diversos setores.

Reforçar a manutenção/conservação predial.

Implantar programa efetivo de manutenção predial e de mobiliário.

Reforçar a organização do setor/sala.

Validar pela CCIH a utilização de ventiladores em áreas técnicas.

Evidenciamos pertences de colaboradores e/ou militares em áreas técnicas.

Evidenciamos guarda de alimentos em geladeira de medicamentos.

Evidenciamos cilindros de gases soltos e em contato com o piso.

Evidenciamos embalagens para descarte de perfuro cortantes em contato direto com bancadas e pisos.

Evidenciamos caixas de papelão nos setores.

- **Soluções, fracionados e medicação de uso compartilhado**

Reforçar controle, envase, e identificação das almotolias.

Reforçar controle de validade das almotolias.

Reforçar a identificação dos soros e medicações em infusão.

Ausência de identificação segura dos reagentes em utilização.

- **Identificação de profissionais nos prontuários**

Reforçar a identificação dos profissionais nos prontuários.

Evidenciamos registros médicos em prontuário sem identificação profissional.

- **Carrinhos de emergência**

Analisar criticamente a metodologia de controle dos carrinhos de emergência.

Analisar criticamente a localização dos carrinhos de emergência.

Reforçar os procedimentos de checagem da totalidade dos carrinhos de emergência.

Reforçar o controle do número do lacre dos carrinhos de emergência.

- **Equipamentos**

Ausência de programa formal de calibração e manutenção preventiva dos equipamentos.

Definir pela formalização do teste de cardioversores.

Ausência de controle formal do funcionamento dos cardioversores.

Ausência de controle formal do funcionamento dos desfibriladores.

Ausência de certificados de calibração dos equipamentos.
Ausência de documentação de controle das manutenções preventivas dos equipamentos.

4.

PROCESSO DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS (20)

(Modelo Canadense)

INSTITUIÇÃO/ LOCALIZAÇÃO

- HOSPITAL BARRA D'OR Rio de Janeiro – RJ
- HOSPITAL QUINTA D'OR Rio de Janeiro – RJ
- HOSPITAL SANTA CATARINA São Paulo – SP
- HOSPITAL VITA CURITIBA
- CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ Rio de Janeiro – RJ
- HOSPITAL BANDEIRANTES São Paulo – SP
- HOSPITAL DE OLHOS DE MINAS GERAIS Belo Horizonte ?
MG
- HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO SANTANA São
Paulo – SP
- HOSPITAL MERIDIONAL Vitória – ES
- HOSPITAL NOVE DE JULHO São Paulo – SP
- HOSPITAL SANTA HELENA Santo André ? SP
- HOSPITAL SANTA PAULA São Paulo – SP
- HOSPITAL SÃO CAMILO POMPÉIA São Paulo – SP
- HOSPITAL SÃO CAMILO SANTANA São Paulo – SP
- HOSPITAL UNIMED SANTA HELENA São Paulo – SP
- HOSPITAL VILA DA SERRA Belo Horizonte ? MG
- HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA Volta Redonda – RJ
- INSTITUTO PAULISTA DE CANCEROLOGIA São Paulo – SP
- OSS HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA / UNIFESP São
Paulo – SP
- OSS HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA / UNIFESP São
Paulo – SP
- OSS HOSPITAL VILA ALPINA / SECONCI

FONTE –

<http://www.igg.com.br/acreditacao-cchsa.php>

