

**ESCOLA DE COMANDO E ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO  
ESCOLA MARECHAL CASTELLO BRANCO**

**Cel Inf RICARDO TEIXEIRA CORDEIRO**

**A IMPLANTAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DA  
ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO**



Rio de Janeiro

2018

Cel Inf Ricardo Teixeira **Cordeiro** A IMPLANTAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DA ACREDITAÇÃO EM  
HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO

2018

**Cel Inf RICARDO TEIXEIRA CORDEIRO**

**A IMPLANTAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DA  
ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Política, Estratégia e Alta Administração Militar.

Orientador: Cel Inf Carlos Eduardo De Franciscis Ramos

Rio de Janeiro

2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

C794i Cordeiro, Ricardo Teixeira

A implantação da cultura organizacional da acreditação nas organizações militares de saúde do Exército./Ricardo Teixeira Cordeiro – 2018.

62 f. : il ; 30cm.

Orientação: Carlos Eduardo De Franciscis Ramos  
Trabalho de Conclusão de Curso( Especialização em Política Estratégia e Alta Administração Militar – Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2018.

Bibliografia: f. 62.

1. Hospitais. 2. Militares. 3. Organização Nacional de Acreditação. 4. Joint Comission. 5. Programa Certificação da Qualidade Hospitalar. 6. Acreditação Canadense. 7. Qualidade e Acreditação. I. Título.

**Cel Inf RICARDO TEIXEIRA CORDEIRO**

## **A IMPLANTAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DA ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Política, Estratégia e Alta Administração Militar.

Aprovado em 07 de novembro de 2018.

### COMISSÃO AVALIADORA

---

Carlos Eduardo **De Franciscis** Ramos - **Cel Inf** - Presidente  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

---

Carlos Eduardo **Franco Azevedo** – **Cel Eng** - Membro  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

---

Alexandre Santana **Moreira** – **Ten Cel Com** - Membro  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

À minha esposa Renata e aos meus filhos Felipe, Marina e Thaís. O meu reconhecimento pelo carinho e compreensão demonstrados durante a realização deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Coronel De Franciscis, não só pela orientação firme e segura, mas também pela confiança evidenciada em várias oportunidades. Sua serenidade e profissionalismo se revestiram de capital importância para que eu pudesse realizar o trabalho com a tranquilidade desejável.

Aos meus pais, Alfredo e Neuza, *in memoriam*, pelo exemplo, dedicação e pela educação que me proporcionaram durante toda a minha vida e que contribuíram para a realização deste trabalho.

“Lutai contra o conservantismo, tornando-vos permeáveis às ideias novas, a fim de que possais escapar à cristalização, ao formalismo e à rotina.”  
(Marechal Castello Branco)



## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo apresentar relevância da Implantação de um Processo de Acreditação Hospitalar nos Hospitais Militares do Exército Brasileiro. Durante o estudo foram consideradas as peculiaridades dos processos de certificação e acreditação da Organização Nacional de Acreditação, da Joint Commission Internacional, da Acreditação Canadense e do Programa Certificação da Qualidade Hospitalar. Foram abordados os principais conceitos necessários ao estudo do tema, o histórico da gestão da qualidade em saúde, a dimensão dos problemas quando não são priorizadas a qualidade e a segurança, os custos relacionados à falta de qualidade e segurança assistenciais e aspectos importantes inerentes à avaliação e acreditação das Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde. Por fim ressalta-se que Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde acreditadas ou certificadas pelo programa CQH proporcionam maior satisfação aos usuários e às referidas Organizações ampliam a segurança para usuários e profissionais da área, promovem a redução de custos e contribuem para o reconhecimento no mercado de Saúde

Palavras-chave: Hospitais, Militares, Organização Nacional de Acreditação, Joint Commission, Programa Certificação da Qualidade Hospitalar, Acreditação Canadense, Qualidade e Acreditação.

## RESEÑA

Este trabajo de Conclusión de Curso tiene por objetivo presentar relevancia de la implantación de un proceso de acreditación hospitalaria en los hospitales militares del Ejército Brasileño. Durante el estudio se consideraron las peculiaridades de los procesos de certificación y acreditación de la Organización Nacional de Acreditación, la Joint Comission Internacional, la Acreditación Canadiense y el Programa Certificación de Calidad Hospitalaria. Se abordaron los principales conceptos necesarios para el estudio del tema, el histórico de la gestión de la calidad en salud, la dimensión de los problemas cuando no se prioriza la calidad y la seguridad, los costos relacionados con la falta de calidad y seguridad asistenciales y aspectos importantes inherentes a la evaluación y la acreditación de las Organizaciones Prestadoras de Servicio de Salud. Por último se resalta que Organizaciones Prestadoras de los Servicios de Salud acreditadas o certificadas por el Programa Certificación de Calidad Hospitalaria, brindan mayor satisfacción a los usuarios ya las referidas Organizaciones, amplían la seguridad para usuarios y profesionales del área, reducción de costos, contribuyen al reconocimiento en el mercado de Salud.

Palabras clave: Hospitales, Militares, Organización Nacional de Acreditación, Joint Comission Internacional, el Programa Certificación de Calidad Hospitalaria, Acreditación Canadiense, Calidad y Acreditación.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diretriz para a Avaliação da AC.....	45
Figura 2 – Representação gráfica do modelo de gestão do CQH.....	48
Figura 3 – Rede de Saúde do Exército.....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de mortos por ano devido a EA.....	26
Tabela 2 – Custos e permanência adicionais, por paciente, em decorrência de efeitos adversos de medicamentos em pacientes hospitalizados.....	30

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

AC – Accreditation Canada

ACC - Colégio Americano de Cirurgiões

APM - Associação Paulista de Medicina

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPEAEx - Curso de Política, Estratégia e Alta Administração do Exército

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CQH – Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar

IACs – Instituições Acreditadoras

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

JCI – Joint Commission International

MBA-OPSH - Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

MBA-OPSS - Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organization

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PACQS – Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde

PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

PGAQS – Programa de Garantia e Aprimoramento de Qualidade em Saúde

SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Problema.....	15
1.2	Objetivos.....	16
1.3	Metodologia.....	16
2	HISTÓRICO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1	Referencial conceitual.....	25
3.2	A relevância dos problemas inerentes à falta de qualidade e de segurança.....	28
3.3	O impacto financeiro relacionado à falta de qualidade e segurança	31
3.4	Iniciativas para a melhoria da qualidade e da segurança assistenciais.....	34
3.5	Avaliação e acreditação de serviços de saúde.....	36
4	MODELOS DE ACREDITAÇÃO MAIS UTILIZADOS NO BRASIL...	38
4.1	Organização Nacional de Acreditação (ONA).....	38
4.2	Joint Commission Internacional (JCI).....	41
4.3	Acreditação Canadense (AC).....	44
5	PROGRAMA CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR (CQH).....	47
5.1	Hospital de Força Aérea de São Paulo.....	50
6	Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.....	52
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS	61

## 1. INTRODUÇÃO

Accreditação é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Accreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. O termo accreditation não é encontrado em nosso dicionário e o verbo acreditar, que vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder à accreditation, significa, segundo o dicionário Aurélio, crer, dar crédito a, conceder reputação a, conferir poderes a, etc (Ferreira,1987)

A Accreditação hospitalar é um sistema de verificação externo para determinar conformidade com um conjunto de padrões, previamente estabelecidos e refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo-se da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde(Lima,2010).

A Sociedade Internacional de Qualidade Na Saúde (ISQua)<sup>1</sup> em por missão inspirar, promover e apoiar a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo e atua por meio de uma rede que se estende por cem países e cinco continentes.

O Programa de Accreditação Internacional da ISQua (IAP) <sup>2</sup> é o principal programa de avaliação externa internacional e certifica Organizações Acreditoras, Metodologias de Accreditação (Padrões) e Programas de treinamento de avaliadores. Os processos de accreditation da Organização Nacional de Accreditação (ONA), da Joint Commission Internacional (JCI) e da *Accreditation Canada* (AC), são métodos desenvolvidos para diagnosticar a assistência médico-hospitalar prestada e sistematizar os processos, visando à melhoria da qualidade na prestação de serviços e são reconhecidos pela ISQua, no Brasil.

Em 2018, apenas 397 selos de accreditation<sup>3</sup> estavam distribuídos entre os 6.317 hospitais gerais e especializados cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>4</sup> sendo que alguns detêm mais do que uma

---

<sup>1</sup> Disponível em <https://www.isqua.org/>, consultado em 10 de julho de 2018.

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Disponível em <https://www.ona.org.br/>, consultado em 10 de julho de 2018.

<sup>4</sup> O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

acreditação de uma das três instituições acreditadoras, mais relevantes, presentes no país (ONA, JCI e AC).

O grande desafio para obtenção do sucesso em qualquer modelo de acreditação hospitalar é a implantação da cultura organizacional necessária.

O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED)<sup>5</sup> atende cerca de 750 mil beneficiários em todo o território nacional, por intermédio de uma rede formada por 29 hospitais militares, 4 policlínicas e 28 postos médicos.

Atualmente nenhuma Organização Militar de Saúde (OMS), do Exército Brasileiro, possui certificação de acreditação emitida pela ONA, JCI ou AC<sup>6</sup>.

### 1.1 Problema de pesquisa

A carreira militar possui como uma de suas características a presença nacional. Para tal faz-se necessário que seus quadros, constituídos por oficiais e praças, sejam movimentados, de norte a sul, leste a oeste, ao longo da carreira, dificultando o desenvolvimento e a manutenção da cultura organizacional da acreditação nas organizações militares de saúde.

As Instruções Reguladoras para o Sistema de Valorização do Mérito dos Oficiais de Carreira do Quadro de Engenheiros Militares, Quadro Complementar de Oficiais, Serviço de Saúde e Serviço de Assistência Religiosa do Exército (EB30-IR-60.005)<sup>7</sup>, 1ª Edição, 2017 consideram relevantes, que oficiais e praças busquem servir em diferentes organizações militares, para que possam obter a vivência regional e nacional, atribuindo pontuação na ficha de valorização do mérito dos seus quadros, com consequências nos processos de promoção por merecimento, movimentação, seleção para cursos, missões no exterior, nomeação de comandantes, nomeação de instrutores e monitores e concessão de medalhas.

Sendo relevante para o Exército a vivência regional e nacional que implica em movimentações constantes, dos seus quadros, para as diversas organizações militares, surge o nosso problema; “ Como implantar uma cultura organizacional uniforme, nas Organizações Militares de Saúde, do Exército

---

<sup>5</sup> Disponível em <http://www.eb.mil.br/web/interno/fusex>, acessado em 10 de julho de 2018.

<sup>6</sup> Disponível em <https://www.ona.org.br/>, consultado em 10 de julho de 2018.

<sup>7</sup> Disponível em: <http://daprom.dgp.eb.mil.br/phocadownload/Lesgislacao/EB30-IR-60.005.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2018.



Brasileiro, que seja perene e focada na segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado”?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

Apresentar a relevância da certificação de acreditação hospitalar como ferramenta moderna de gestão hospitalar que visa à segurança do paciente, a qualidade do serviço prestado e a redução dos custos operacionais da instituição.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a relevância da implantação de um processo de Acreditação Hospitalar como ferramenta para o desenvolvimento da cultura organizacional focada na segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado.

## 1.3 Metodologia

O presente trabalho tem por objetivo estudar os processos de acreditação hospitalar disponíveis no mercado brasileiro de forma a caracterizar a relevância da implantação de um Processo de Acreditação Hospitalar nas OMS do Exército Brasileiro. Seguirá ainda os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Santos (2015, p. 46), “é desenvolvida através de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”.

Diante disso, a proposta de Santos (2015) foi dividida nas seguintes etapas:

#### 1ª Etapa – Fontes:

A seguir estão descritas as fontes que subsidiaram elementos para solucionar o problema proposto pelo estudo:

Foram utilizados livros, artigos científicos e sites de internet, que abordam o tema acreditação hospitalar.

#### 2ª Etapa – Coleta de Dados

A Coleta de dados seguiu os seguintes preceitos, conforme Santos (2015):

a) Leitura Exploratória de todo o material selecionado (leitura dinâmica que objetiva verificar se a obra consultada será relevante para o desenvolvimento da pesquisa);

b) Leitura Seletiva (leitura mais aprofundada das partes que realmente possuem relevância para o desenvolvimento da temática abordada);

c) Registro das informações extraídas das fontes em elemento específico (autores, ano, método, resultados e conclusões).

### 3ª Etapa – Análise e Interpretação dos Resultados

Nesta etapa será realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma a caracterizar a relevância da implantação de um processo de Acreditação Hospitalar nas Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro.

## 2. Histórico da Acreditação Hospitalar

A Acreditação Hospitalar é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação.

Segundo Hassen's (2011)<sup>8</sup>, acreditação é uma ferramenta de gestão objetiva, proativa e contínua que proporciona mudança estratégica e de gestão do risco, análise transparente e rigorosa da prestação de serviço, aborda as necessidades atuais e futuras dos pacientes de forma independente e com foco na melhoria contínua.

A preocupação com a qualidade da assistência e dos serviços de saúde teve início bem antes da existência das primeiras instituições acreditadoras.

Durante a Guerra da Crimeia<sup>9</sup>, em 1854, Florence Nightingale<sup>10</sup> inseriu algumas medidas inovadoras, tais como ventilação e uso de desinfetantes, melhorando o ambiente de cuidados aos doentes nos campos de batalha e reduzindo de maneira drástica a taxa de mortalidade nos hospitais.

Em 1910, nos Estados Unidos, o Doutor e Professor Ernest Amory Codman<sup>11</sup>, cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts, desenvolveu um trabalho denominado "*End Results Cards*"<sup>12</sup> (Sistema de Resultados Finais), no qual monitorava e avaliava os resultados dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, com objetivo de identificar intercorrências negativas nos processos.

---

<sup>8</sup> Phill Hassen's foi o Presidente da ISQua no ano de 2011 e foi considerado uma das maiores autoridades na área de gestão hospitalar.

<sup>9</sup> A **Guerra da Crimeia** (1853 a 1856) ocorreu na península da Crimeia, no mar Negro. Envolveu de um lado o Império Russo e, de outro, uma coligação integrada pelo Reino Unido, a França, o Reino da Sardenha como reação às pretensões expansionistas da Rússia.

<sup>10</sup> **Florence Nightingale** foi a pioneira no tratamento de feridos de guerra, durante a guerra da Crimeia, e na utilização de métodos de representação visual de informações, sendo considerada a mãe da governança clínica.

<sup>11</sup> **Ernest Codman** foi um defensor da reforma hospitalar. É conhecido como o fundador da gestão dos resultados nos cuidados do paciente.

<sup>12</sup> **The End Results Systems** foi a primeira proposta de padronização hospitalar, tendo sido formulada por Ernest Coldman, em 1913.

A partir dessa identificação, propor melhorias para garantir a qualidade da assistência prestada. De seus achados e ações de acompanhamento, também se desenvolveram as teorias do que hoje é chamado de *Outcomes Management* (Gerenciamento dos Resultados).

O Doutor Codman, comprometido com a qualidade da assistência, foi um dos líderes do movimento que culminou, em 1913, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual adota o “*End Result Cards*” como uma de suas premissas, visando à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos.

Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados de “*Minimum Standard for Hospitals*”<sup>13</sup> (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, associados a um programa de padronização hospitalar.

Em 1918, o CAC realizou as primeiras avaliações com base nos padrões mínimos, abrangendo 692 hospitais com cem leitos, dos quais apenas 89 atendiam aos requerimentos previstos nesses padrões. Oficializou-se, então, o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), conforme destaca (André, 2014).

Como consequência dessa avaliação considerada preocupante, o CAC consolidou a discussão sobre a questão da qualidade hospitalar e iniciou o desenvolvimento de novas estratégias para a criação e implantação de padrões de qualidade. Em 1926, foi lançado o primeiro manual de padrões.

O Colégio Americano de Cirurgiões passou a ter dificuldade em manter o PPH devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, e ao aumento do número de instituições.

Com o avanço do programa e a introdução de novos padrões, em 1950, mais de 3.200 hospitais já estavam participando do processo de avaliação, em caráter voluntário, por reconhecerem as melhorias advindas com a implantação dos padrões<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Os padrões mínimos foram definidos como sendo a organização do corpo clínico, as políticas, regras e graduação do corpo clínico, padronização de prontuários, padronização de identificação e história e disponibilização de equipamentos e laboratórios para diagnósticos. Disponível em [www.aaos.org/AAOSNow/2007/JanFeb/Research/Research1/](http://www.aaos.org/AAOSNow/2007/JanFeb/Research/Research1/), acesso em 11 de julho de 2018.

<sup>14</sup> Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <http://cbacred.org.br/institucional/historico>. acesso em: 11 de julho de 2018.

A partir daí o CAC iniciou parcerias com Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária.

Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional (Lima, 2017).

A missão dessa nova entidade era a provisão de acreditação, em caráter voluntário. E, em 1959, a Associação Médica Canadense se retira da JCAH para criar uma agência acreditadora no Canadá.

A “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

A JCAH, no decorrer dos anos, desenvolveu esse papel de avaliar e acreditar os hospitais americanos segundo os padrões de qualidade. Assim, a acreditação ficou conhecida como um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos, ou seja, uma entidade avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado.

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *JCAH* buscou então modificar o grau de exigência.

Em 1970, a *JCAH*, publicou o *Accreditation Manual for Hospital*<sup>15</sup> contendo padrões ótimos de qualidade. Essa mudança propiciou também o fortalecimento da cultura da melhoria contínua, uma vez que as instituições passaram a estabelecer

---

<sup>15</sup> Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <http://cbacred.org.br>. Acesso em: 11 de julho de 2018.

novos parâmetros de referência da excelência para os processos de cuidado desenvolvidos em seus serviços.

Em 1987, a JCAH mudou de nome para *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO)<sup>16</sup>, refletindo a expansão dos programas para diversos segmentos de serviços de saúde, incluindo também ambulatórios, laboratórios, saúde mental, rede de serviços, *home care*, entre outros.

No sistema de saúde brasileiro, as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde sempre pertenceram ao poder público.

O primeiro estudo registrado no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais foi o de Odair Pedroso em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto<sup>17</sup>.

Em 1951, com o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, realizado em São Paulo foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para Centro Cirúrgico e estudados tanto os aspectos de planta física como a organização desta unidade hospitalar<sup>18</sup>.

Neste Congresso, foram ainda estabelecidos os componentes do prontuário médico, bem como algumas normas gerais para a organização do hospital, indispensáveis ao bom funcionamento do setor.

No âmbito federal, o Decreto 25.465, de 1956, propõe Padrões Gerais, segundo os quais os distintos estabelecimentos de saúde podem ser classificados<sup>19</sup>.

Em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários já possuía padrões para credenciamento dos serviços hospitalares. Tais critérios abrangiam: planta física (23 itens - 300 pontos), equipamento (10 itens - 220 pontos) e organização (10 itens - 480 pontos), especificando itens para a área “estrutura” como é classificada ainda hoje.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <http://cbacred.org.br/> Acesso em: 11 de julho de 2018.

<sup>17</sup> CARVALHO apud FELDMAN, Histórico da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões a acreditação, 2005, p 215.

<sup>18</sup> Idem.

<sup>19</sup> Idem

<sup>20</sup> Idem

O Instituto estabeleceu também o Relatório de Classificação Hospitalar - Reclar, que possuía três áreas: planta física, equipamento e organização, num total de 333 itens.

No Brasil, a primeira entidade a estimular os hospitais a desenvolverem programa de qualidade foi a Associação Paulista de Medicina.

Assim, em 1989, foi criado o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que se inspirou nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), dos Estados Unidos, e resultou de ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, catalisada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. (BURMESTER, 2012)<sup>21</sup>.

Em 1991, o CQH iniciou suas atividades com o encaminhamento de comunicação a todos os hospitais do Estado de São Paulo (aproximadamente 800 na época), informando sobre os objetivos do Programa, sua metodologia e convidando-os a se filiarem, mediante o preenchimento de um Termo de Adesão<sup>22</sup>.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover esta cultura. Estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde - CNQPS que desempenhou importante papel na elaboração das diretrizes do programa e na sua disseminação, inclusive em outras esferas do governo<sup>23</sup>.

Ainda em março de 1994, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizaram o Simpósio “Acreditação de Hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde” do qual participaram, entre outros os representantes da *Joint Commission* e do *Canadian Council on Health Services Accreditation* e entidades nacionais<sup>24</sup>.

Como fruto desse Simpósio, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), com o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às

---

<sup>21</sup> Burnmester, Haino. Manual de Gestão Hospitalar / Haino Burnmester. RJ. Editora FGV, 2012.

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> FELDMAN, Histórico da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões a acreditação, 2005, p 216.

instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade<sup>25</sup>.

Em junho de 1995, o Ministério da Saúde criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Com a implantação desse programa, foi também criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, da qual faziam parte, além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde (André e col, 2014).

A Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições de saúde, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa. O grupo técnico do Programa iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior, como nos Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra e outros, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil<sup>26</sup>.

Esse conjunto de atividades fez com que fosse encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar. A partir do manual editado pela Organização Pan-Americana da Saúde (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.<sup>27</sup>

Dada a necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com o sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, foi constituída em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições de avaliação da conformidade acreditadora, código de ética e qualificação de avaliadores (André, 2014)

---

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: [www.ona.org.br/Pagina/23/Historico](http://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico). Acesso em: 12 de julho de 2018.

<sup>27</sup> Idem



Os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar estão distribuídos dentro de três níveis que abordam três conceitos: estrutura, processos e resultados. Cada um dos três níveis também expressa os fundamentos da qualidade: visão sistêmica, liderança e estratégias, orientação por processos, desenvolvimento das pessoas, foco no cliente, foco na prevenção, foco na segurança, responsabilidade socioambiental, cultura da inovação, melhoria contínua e orientação para resultados.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: //www.ona.org.br/Pagina/23/Historico. Acesso em: 12 de julho de 2018.

### **3. Revisão de literatura**

#### 3.1 Referencial Conceitual

##### 3.1.1 Acreditação

A Sociedade Internacional Para a Qualidade no Cuidado de Saúde (ISQua), define acreditação como uma auto avaliação e um processo de avaliação por pares externos, que as organizações de cuidados de saúde utilizam para avaliar com precisão o seu nível de desempenho em relação aos padrões estabelecidos e implementar formas de melhorar continuamente o sistema de cuidados de saúde.

Para a Organização Nacional de Acreditação (ONA), acreditação é um método de avaliação, periódico, voluntário e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais uma forma de fiscalização.

##### 3.1.2 Padrões

Segundo a standard for standards – Principles of standardization, 2011, padrões são documentos estabelecidos por consenso e aprovados por um organismo reconhecido, que fornece para uso comum e repetido, regras, diretrizes ou características para atividades ou resultados, visando à obtenção de um grau ótimo de ordem em um dado contexto.

##### 3.1.3 Instituições Acreditadoras (IACs)

Organizações de direito privado, com ou sem fins econômicos, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação, com a responsabilidade de proceder à avaliação e certificação da qualidade dos serviços, dentro do processo do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)/ONA em nível nacional.

As Instituições Acreditadoras, além de visitas para a certificação, podem efetuar atividades de divulgação (palestras de sensibilização), educativas (cursos de multiplicadores/facilitadores) e de avaliação do serviço, por meio da aplicação das técnicas e dos instrumentos de avaliação do processo de acreditação (diagnóstico organizacional).

##### 3.1.4 Avaliador

Profissional qualificado para efetuar as avaliações.

##### 3.1.5 Avaliador Líder

É o responsável perante a Instituição Acreditadora por todas as fases do processo de avaliação. Deve ter capacidade gerencial, experiência e deve lhe ser conferida autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvido.

#### 3.1.6 Equipe de Avaliadores

A equipe de avaliadores deve ser definida de acordo com o tipo de organização que será avaliada, conforme definido na Norma para o Processo de Avaliação correspondente. Cada equipe deve possuir um avaliador líder. Caso necessário, podem ser incluídos na equipe especialistas e com a ciência prévia do avaliado, avaliadores em treinamento (trainee) e observadores. O especialista, o trainee e o observador não substituem os membros da equipe de avaliadores.

#### 3.1.7 Evidência

Evidências são informações comprovadas com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, medição ou outros meios.

São as evidências que estabelecem a conformidade com os requisitos definidos no instrumento de avaliação específico.

#### 3.1.8 Não Conformidade

A Não Conformidade consiste em não atender ao princípio do padrão, comprometendo assim a coerência e o funcionamento do sistema, constatada durante a avaliação.

#### 3.1.9 Observação

Observação consiste em fato isolado que não afeta a integridade do princípio do padrão, mas que deve ser tratada para que não evolua para uma não conformidade.

#### 3.1.10 Consenso

Consenso é o processo construtivo de negociação compartilhando a tomada de decisão entre os integrantes da equipe de avaliadores. Todo o processo de avaliação para a acreditação é baseado no consenso.

#### 3.1.11 Diagnóstico Organizacional

Atividade de avaliação dos sistemas de processamento, gestão e qualidade dos serviços, por meio da aplicação da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação/ONA, o qual deve ser desenvolvido por avaliadores qualificados da Instituição Acreditadora Credenciada.

Esta é uma atividade facultativa, independente do processo de avaliação para a certificação. O processo de diagnóstico organizacional não possui finalidade de certificação. O processo resulta em um relatório detalhado da visita realizada contendo todas as não conformidades.

#### 3.1.12 Erro Médico

Erro médico pode ser definido como a falência de uma ação planejada para ser realizada como pretendido ou o uso de um plano errado para alcançar um objetivo (IOM, 2002).

#### 3.1.13 Evento Adverso

Incidente que resulta em danos à saúde (ANVISA, 2013)

#### 3.1.14 Qualidade em Saúde

Em 1990, o *Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare* do IOM (1990, p. 21,) definiu qualidade em saúde como:

*“A qualidade do atendimento é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.”*

O termo qualidade, quando aplicado à saúde, está intimamente relacionado ao conceito de segurança do paciente. O *Institute of Medicine* (IOM) refere *“que a segurança do paciente é indistinguível da prestação do cuidado com qualidade”* (IOM, 2004, p. 5).

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) define a qualidade da assistência médico-hospitalar como *“o grau segundo o qual os cuidados em saúde ao paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos adversos.* (JCI, 2010).

Neste estudo adotou-se a definição de qualidade do JCAHO, de maneira que qualidade está relacionada à obtenção dos melhores resultados aos pacientes e mitigação dos riscos à segurança assistencial, mensurados por meio de indicadores de resultados assistenciais e de eventos adversos que, por ventura, possam ocorrer.

### 3.2 A relevância dos problemas inerentes à falta de qualidade e de segurança

Em 1991, Brennan *et al.* publicaram estudo pioneiro realizado em hospitais do Estado de Nova Iorque, Estados Unidos da América (EUA), a partir de amostra de mais de 30.000 internações hospitalares randomizadas. Eles identificaram uma incidência de 3,7% de eventos adversos nestas internações, dos quais 27,6% foram em decorrência do que eles chamaram de “negligência” ou “*substandard care*” (cuidado abaixo do padrão considerado adequado), com uma taxa de óbitos de 13,6%.

Em outro estudo realizado em hospitais do Colorado e Utah, também nos EUA, a incidência de eventos adversos encontrada foi de 2,9% em uma amostra de 15.000 internações no ano de 1992, com uma mortalidade de 6,6% (THOMAS *et al.*, 2000).

Citando os dois estudos acima e extrapolando para o total de atendimentos hospitalares nos EUA realizados em 1997, estimou entre 44.000 e 98.000 mortes a cada ano em consequência de erros médicos (IOM, 2000).

Tabela 1 – Número de mortos por ano devido a EA

<b>Número de mortes por ano, nos EUA, devido a EA.</b>	
Institute of Medicine (IOM), 1999	Entre 44.000 e 98.000 pessoas (1)
HealthGrades, 2004	Cerca de 195.000 pessoas (2)

Obs.: (1) Um Boing por dia; (2) Dois Boings por dia.

Fonte: Porter, Michael E. , Repensando a Saúde, Edição Brasileira, 2008, pg 35 a 37.

Entretanto, estudo mais recente aponta que o número de mortes é ainda maior, da ordem entre 210.000 e 440.000 anualmente nos EUA, em decorrência de eventos adversos evitáveis (JAMES, 2013).

Desde a publicação do IOM (2000), vários estudos têm sido realizados com o intuito de mensurar a incidência e as consequências de tais eventos. Vários aspectos do cuidado ao paciente têm sido avaliados com relação ao potencial para ocorrência de erros na tentativa de identificar os fatores associados ou predisponentes para os mesmos.

Vries *et al.* (2008) em revisão sistemática sobre o assunto encontraram uma incidência média de 9,2% de eventos adversos em pacientes hospitalizados, sendo 43,5% deles preveníveis, e com letalidade de 7,4% dos casos. Tais eventos

ocorreram, principalmente, relacionados a cirurgias (39,6%), medicações (15,1%), erros diagnósticos (7,5%), procedimentos específicos como, por exemplo, endoscopia e cinecoronariografia (7,8%) e terapêutica inadequada (7,0%).

Shamiliyan e Kane (2014) utilizando dados do Medicare entre os anos 2000 e 2008 identificaram que 5,3% dos pacientes hospitalizados apresentaram algum evento adverso relacionado a medicações. Dentre as causas de eventos relacionados às medicações, os principais fatores encontrados por Kerr *et al.* (2013) que predispueram ao erro foram os atos inseguros (atitudes individuais como violações e desconhecimento dos protocolos, identificação errônea do paciente ou da medicação, cálculo inadequado de diluições), além de outras condições (logística de distribuição da medicação, protocolos e políticas inadequadas, mau funcionamento de equipamentos, falha de comunicação entre os membros da equipe de cuidado, condições pessoais como fadiga, distração e interrupções e excessiva carga de trabalho).

As infecções relacionadas ao cuidado em saúde (IACS, do inglês *healthcare-associated infections*, HAI) talvez sejam o principal evento adverso prevenível que ameaça a segurança do paciente, conforme relatório publicado em 2014 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão do *Department of Health and Human Services* dos EUA (MAGILL *et al.*, 2014).

Infecções relacionadas ao cuidado em saúde são infecções adquiridas pelos pacientes enquanto recebem tratamento médico em serviço de saúde, segundo definição do CDC.

Porém, a atenção ao tema ganhou maior notoriedade após o IOM publicar no ano 2000 o relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System*<sup>29</sup>.

De acordo com este relatório, em 183 hospitais estadunidenses com 11.282 indivíduos arrolados no estudo, 1 em cada 25 pacientes adquiriu alguma IACS (4%). Os tipos mais comuns foram pneumonia (21,8%), infecções de sítio cirúrgico (21,8%) e infecções do trato gastrointestinal (17,1%). As infecções relacionadas a dispositivos (cateteres, sonda, ventilação mecânica, entre outros) foram responsáveis por 25,6% das infecções. Ao extrapolar os resultados para o país

---

<sup>29</sup> O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* causou grande impacto pela transparência dos números revelados, porém apresentou uma série de recomendações para reverter o quadro. Disponível em <http://www.nationalacademies.org/>. Acesso em 20 de julho de 2018.

inteiro, estimaram que houve 648.000 pacientes com 721.800 infecções relacionadas ao cuidado em saúde em hospitais no ano de 2011.

Na Espanha, estudo nacional de eventos adversos (ENEAS) identificou que 525 de uma amostra de 5624 pacientes sofreram EAs diretamente relacionados com o cuidado assistencial durante suas hospitalizações, e que 17,7% sofreram mais do que um EA (total de 655 EAs). Cerca de 42,6% deles foram considerados preveníveis e relacionadas a um maior tempo médio de internação (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2009).

O estudo denominado IBEAS (Estudo Ibero-americano de Eventos Adversos, do inglês *Ibero-american study of adverse events*) identificou uma prevalência de 10,5% de EAs em hospitais da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Cerca de 28% deles causaram algum grau de incapacitação e 6% foram associados ao óbito do paciente. Os autores concluíram que 60% dos EAs eram preveníveis, e ocorreram mais frequentemente nos departamentos cirúrgicos que em outras especialidades. Cerca de 37,1% deles foram relacionados à IACS, 8,2% às medicações, 7,2% à úlceras por pressão, 6,4% por complicações cirúrgicas ou de procedimentos 21 (excetuando-se infecção) e 6,1% por erros de diagnóstico (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

Estudo patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que sete tipos de eventos adversos (tromboembolismo venoso, úlceras por pressão, infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, pneumonia nosocomial, quedas, eventos relacionados às medicações e infecção urinária relacionada a cateter) seriam responsáveis por aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos com 22,6 milhões de anos de vida perdidos ou vividos com alguma incapacidade (DALY - *Disability Adjusted Life of Years*)<sup>30</sup>, anualmente, no mundo. Dois terços deles estimam-se que ocorrem em países com baixo ou médio nível de renda (JHA *et al.*, 2013).

No Brasil, foram publicados poucos estudos com o objetivo de identificar a prevalência de eventos adversos em hospitais. Mendes *et al.* (2009) em estudo retrospectivo em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro a partir de uma amostra

---

<sup>30</sup> Disability-adjusted life-years (DALYs) correspondem à soma dos anos perdidos em decorrência de mortes prematuras ou anos vividos com alguma incapacidade.

randomizada de 1103 pacientes admitidos em 2003, identificou uma incidência de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados preveníveis.

Em estudo subsequente publicado com a mesma amostra de pacientes, os autores observaram que a taxa de mortalidade total do grupo estudado foi de 8,5%. Nos indivíduos que sofreram eventos adversos, porém, esta taxa foi de 38,1% e naqueles em que o evento foi considerado prevenível foi de 44,6% (MARTINS *et al.*, 2011). Desta amostra, IACS foram responsáveis por 24,6% dos eventos, complicações cirúrgicas ou anestésicas por 20%, danos decorrentes de atrasos ou falha no diagnóstico ou tratamento por 18,4%, úlceras por pressão por 18,4%, danos de complicações de punção venosa por 7,7%, danos devido a quedas por 6,2% e danos em decorrência a medicamentos 4,6% (MENDES *et al.*, 2013).

Anselmi *et al.* (2007) observaram uma variação de 2,4% a 9,3% na incidência de erros relacionados a medicações (dose errada, medicação errada, paciente errado ou omissão de dose) em três hospitais do Estado da Bahia. Porto *et al.* (2010), em estudo em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, identificaram que 6,3% (39) dos 22 pacientes analisados sofreram algum tipo de EA, e 64,1% (25) foram considerados evitáveis.

Assim sendo não há dúvidas da relevância das questões de qualidade e segurança na assistência à saúde, e que se trata de um problema de saúde pública global, com reflexos significativos para os usuários dos serviços de saúde e para os demais stakeholders, como os prestadores de serviços, fontes pagadoras, governos e sociedade.

### 3.3 O impacto financeiro relacionado à falta de qualidade e segurança

Os custos decorrentes de eventos evitáveis ocorridos durante a assistência à saúde podem estar diretamente relacionados ao tratamento e recuperação do dano causado (custos diretos) e aos custos indiretos por incapacidades, perda de produtividade e renda.

Devem ser considerados os custos de oportunidade, uma vez que os novos gastos com tratamento e exames repetidos em decorrência do evento adverso deixam de ser utilizados para outros propósitos. Além disso, há os custos intangíveis como a perda de confiança nos sistemas e serviços de saúde e diminuição da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde (IOM, 2000).



Vários estudos estimam os custos da assistência inadequada aos pacientes relacionados aos EA.

Tabela 2 – CUSTO E PERMANÊNCIA ADICIONAIS, por paciente, em decorrência de efeitos adversos de medicamentos em pacientes hospitalizado.

<b>CUSTO E PERMANÊNCIA ADICIONAIS, por paciente, em decorrência de efeitos adversos de medicamentos (ADE – <i>adverse drug event</i>) em pacientes hospitalizados</b>	
<b>Tempo de internação</b>	Acrescenta 4,6 dias de internação
<b>Custo da Internação</b>	Acrescenta US\$ 4.685 aos custos

Nota: Quase 2% dos pacientes internados sofreram um EA de medicamentos.

Fonte:Porter, Michael E. , Repensando a Saúde, Edição Brasileira, 2008, pg 38.

De acordo com o IOM, em 1997 os custos nacionais totais nos EUA (perda de renda, produtividade, incapacidades e custos diretos de tratamento) em decorrência dos eventos adversos evitáveis variaram entre USD \$ 17 bilhões e USD \$ 29 bilhões, sendo que os custos diretos representaram a metade deles (IOM, 2000).

Shreve *et al.* (2010) estimaram esses custos em USD \$ 19.5 bilhões em 2008. Destes, USD \$ 17 bilhões foram custos médicos diretos (serviços auxiliares, medicações, cuidados hospitalares e ambulatoriais) e o restante associado a custos indiretos (USD \$ 1.4 bilhão por aumento das taxas de mortalidade e USD \$ 1.1 bilhão por perda de produtividade e dias de trabalho perdidos). Isso perfaz um custo médio estimado por evento adverso de aproximadamente USD \$ 13.000, segundo os autores.

David *et al.* (2013), utilizando como base de dados o *Premier Hospital Database* que contém informações de mais de 600 hospitais e centros ambulatoriais de cirurgia nos EUA, nos anos de 2008 e 2009, estimaram os custos diretos relacionados aos erros médicos em pacientes hospitalizados de USD \$ 985 milhões e USD \$ 1 bilhão, com custo médio por erro de USD \$ 892 e USD \$ 939, respectivamente. Porém, os autores excluíram do estudo os custos de contas hospitalares acima de USD \$ 300,000 ou abaixo de USD \$ 300 associados aos eventos adversos, o que pode ter subestimado os resultados.

Segundo relatório do *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), em 2004, estima-se que entre 9.250 e 23.750 pacientes sofreram algum erro médico que posteriormente ocasionou óbito, com um custo extra estimado em USD \$ 750 milhões para o sistema de saúde canadense (CIHI, 2004).

De acordo com Carey e Stefos (2011), o custo acrescentado por hospitalização em pacientes que sofreram evento adverso do tipo laceração, punção ou perfuração acidental relacionado a algum procedimento foi de USD \$ 9,448 (133% acima dos custos médios de indivíduos sem evento adverso) e para infecção associada à assistência de USD \$ 42,309 (256% acima da média) durante o ano de 2007 nos hospitais do sistema de saúde do *Veterans Affairs* nos EUA.

Em estudo realizado em hospitais de Maryland e da Califórnia, Fuller *et al.* (2009) estimaram que o custo hospitalar total adicional nos pacientes que sofreram algum erro durante a assistência foi de 9,39% e 9,63%, respectivamente. Isto equivaleria, a aproximadamente USD \$ 88 bilhões, considerando-se o gasto total de USD \$ 940 bilhões com hospitais nos EUA em 2006.

Na Espanha, em estudo realizado em um hospital terciário em 2001, Pinilla *et al.* (2006) identificaram que eventos adversos preveníveis relacionados a medicações levaram ao aumento no tempo de internação total dos pacientes, nos 63 casos notificados voluntariamente, de 303 dias a um custo de 76.000 euros.

Sob a perspectiva dos prestadores de serviço em saúde, é importante observar o impacto que a ocorrência de eventos adversos tem na utilização dos recursos hospitalares.

Broyles *et al.* (2009), em estudo baseado em informações de 137 hospitais e amostra 286.120 pacientes do banco de dados público de pacientes hospitalizados (*Inpatient Hospitalization Public Data File*) do Departamento de Saúde do Estado de Oklahoma, EUA, evidenciaram que a ocorrência de eventos contribui para aumento de gastos hospitalares com receitas mais elevadas por caso, devido ao maior tempo de permanência, apesar dos menores gastos médios diários por paciente (relacionados à menor utilização de serviços hospitalares no período de convalescença destes pacientes).

Nero *et al.* (2012) também evidenciaram que condições preveníveis adquiridas durante a internação hospitalar estão diretamente relacionadas ao maior tempo de permanência, assim como ao aumento de custos. De acordo com os autores, o custo relacionado ao desenvolvimento de úlceras por pressão, a condição mais frequente encontrada no estudo, foi de cerca de USD \$ 680 milhões/ano, seguida por trombose venosa profunda (USD \$ 164 milhões/ano) e quedas com traumas (USD \$ 130 milhões/ano). Ao extrapolar os dados para todos os

hospitais americanos não federais obtiveram o resultado de USD \$ 12,91 bilhões/ano de custos anuais relacionados aos eventos adversos.

Outros métodos de mensuração dos custos relacionados à má prática na assistência também foram publicados. Entre eles, o “custo social” (perda de vidas e incapacidades), segundo Goodman *et al.* (2011), seria da ordem de USD \$ 393 bilhões a USD \$ 958 bilhões, no ano de 2006, o que equivaleria a 18 por cento e 45 por cento do total de gastos nos EUA em saúde. Mello *et al.* (2010) estimam que em 2008 os custos indenizatórios relacionados a responsabilidade médica em decorrência de erros, nos EUA, foram de USD \$ 55,6 bilhões.

No Brasil, em estudo que analisou os custos da ocorrência de eventos adversos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, Porto *et al.* (2010) identificaram que o valor médio pago pelo SUS (Sistema Único de Saúde) por atendimento aos pacientes com EA evitável foi de R\$ 1.270,47, valor 19,5% superior ao valor médio pago por atendimento de pacientes sem EA.

### 3.4 Iniciativas para melhoria da qualidade e segurança assistenciais

Várias iniciativas têm sido propostas e implantadas por diversas instituições ao redor do mundo em busca da melhoria da qualidade.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) conduziu campanhas mundiais para higienização das mãos e protocolos de *checklist* para cirurgias seguras; o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) com a campanha “*Protecting 5 Million Lives From Harm*”; a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) do *Department of Health & Human Services* do governo do EUA desenvolvendo iniciativas tanto para os profissionais, os serviços de saúde, quanto para os pacientes; o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) – órgão independente do Departamento de Saúde da Grã Bretanha, com iniciativas também voltadas aos pacientes e profissionais de saúde; o Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde da Espanha, que entre seus objetivos está o de melhorar a segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde espanhóis; entre muitos outros.

No Brasil várias iniciativas governamentais foram implantadas com o objetivo de estabelecer padrões mínimos e maior controle sobre as atividades em saúde. Entre elas podem ser citadas: o Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares lançado pela ANVISA em 1997, com o objetivo de reduzir a taxa de

infecção dos serviços de saúde e prevenir o uso indiscriminado de antimicrobianos; a Rede Sentinela de Hospitais em 2001 e o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) em 2009, com o principal objetivo de melhorar a utilização de insumos e tecnologia em saúde e o controle, por meio da implantação do gerenciamento de risco nos hospitais, da identificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos produtos em saúde; Programa de Higienização das Mãos em 2007 e Programa de Cirurgia Segura em 2010, ambos em consonância com as iniciativas da Organização Mundial de Saúde.

Além disso, outras iniciativas foram recentemente implantadas como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão do Ministério da Saúde (MS), que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Dispõe sobre a obrigatoriedade dos serviços de saúde de criar o Núcleo de Segurança do Paciente e o desenvolvimento do Plano de Segurança dos Pacientes, além de estabelecer as regras de obrigatoriedade de notificação dos eventos graves e seu monitoramento (ANVISA, 2013).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao MS responsável pela assistência médica suplementar, também tem desenvolvido políticas no sentido de melhorar a qualidade assistencial e o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, por meio do Programa de Qualificação das Operadoras e pelo Programa de Acreditação de Operadoras de Saúde (ANS, 2014).

Dentre as iniciativas não governamentais privadas ou de instituições de ensino e pesquisa podemos citar: o PROQUALIS ligado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICIT/Fiocruz) com conteúdo educacional, protocolos e experiências bem sucedidas de diversos serviços, voltados aos profissionais e serviços de saúde; o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente desenvolvido pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), empresa privada que presta serviços de acreditação de serviços de saúde em parceria com outras organizações internacionais como IHI e o *Canadian Safety Patient Institute* (CSPI); entre outros.

### 3.5 Avaliação e acreditação de serviços de saúde

Segundo Donabedian (1978) o propósito do monitoramento da qualidade é exercitar constante vigilância para que o distanciamento dos padrões possa ser detectado precocemente e corrigidos apesar da dificuldade para mensuração da qualidade, relacionados às diferentes metodologias, padronização de indicadores, categorização dos desempenhos avaliados, confiabilidade, validade, vieses, entre outros. Segundo ele, a multiplicidade de possíveis dimensões e critérios selecionados para definir qualidade terãõ, é claro, profunda influência na abordagem e métodos empregados na avaliação do cuidado médico.

Apesar disso, estabeleceu as bases para o que, atualmente, é o modelo pelo qual se avaliam e mensuram mais frequentemente a qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1978). Este modelo pressupõe a avaliação da qualidade por meio da análise de três componentes da prestação do cuidado aos pacientes: estrutura: processo e resultado.

Estes componentes, segundo ele, estão interligados e a avaliação da qualidade não deve ser feita utilizando-os individualmente, uma vez que os processos dependem da estrutura e os resultados são consequência da estrutura e dos processos. Apenas com a análise e avaliação de todos os componentes se podem identificar as fragilidades e necessidades para que se possam atingir os resultados adequados.

Para Malik e Schiesari (1998), avaliação é o processo por meio do qual se determina o valor de algo. Determinar se este “algo”, descrito e especificado, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado de maneira eficiente ou mais eficaz.

Na busca, principalmente, dos melhores resultados assistenciais, melhoria da qualidade e segurança no cuidado ao paciente, muitos serviços de saúde se submetem a avaliações externas a fim de se certificarem que seus processos, estrutura e, algumas vezes, os resultados assistenciais, são adequados perante os padrões definidos pelas organizações avaliadoras, habitualmente não governamentais.

As avaliações são usadas para promover a cultura da melhoria contínua. Ocorrendo periodicamente podem promover mudanças na estrutura e processos organizacionais, no comportamento do prestador do serviço de saúde e, conseqüentemente, nos resultados assistenciais aos pacientes. Partem do

pressuposto que promovem a aderência aos padrões de melhores práticas científicas e resultarão numa maior qualidade assistencial (FODGREN *et al.*, 2011).

O termo *acreditação* (do inglês “*accreditation*”) reflete a origem de uma avaliação sistemática de organizações hospitalares em relação a padrões explícitos (*Hospital Standardization Program*) iniciado em 1917 nos EUA pelo *American College of Surgeons* (LUCE *et al.*, 1994).

A acreditação é considerada o mecanismo externo mais comumente usado para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (WHO, 2003).

Segundo a *Accreditation Canada* é um processo de avaliação e melhoria contínua não apenas da qualidade, mas, também, da eficiência e efetividade das organizações de cuidado em saúde (NICKLIN, 2014).

O CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar) ligado à Associação Paulista de Medicina (APM) de São Paulo e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) possui atualmente 200 hospitais participantes de uma iniciativa relacionada à mensuração e melhoria da qualidade assistencial, porém sem um enfoque de avaliação externa, mas de autoavaliação.

## 4. Modelos de acreditação mais utilizados no Brasil

### 4.1 Organização Nacional de Acreditação (ONA)

A ONA é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. Foi fundada em 1999 por entidades públicas e privadas do setor de saúde. Sua criação está ligada às mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todo cidadão.

Na década de 1990, instituições de saúde e governos começaram a se preocupar fortemente com a avaliação dos serviços oferecidos à população. Foi nesse período que surgiram as primeiras iniciativas regionais de acreditação e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-americana de Hospitais e Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS.

A metodologia de avaliação da ONA foi desenvolvida a partir da revisão desses modelos de acreditação regionais e dos manuais da América Latina e de países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra. Para ser utilizado nacionalmente, o manual da ONA foi testado em instituições de saúde nas cinco regiões do Brasil.

Desde sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA, que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento.

A metodologia utilizada é reconhecida pela ISQua e certifica<sup>31</sup>:

I. Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde: hospitais, ambulatórios, laboratórios, serviços de Pronto atendimento, home care, serviços de hemoterapia, serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva e serviços de diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear.

---

<sup>31</sup> Disponível em: [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br). Acesso em 21 de julho de 2018.

## II. Serviços Odontológicos

III. Programas de Saúde e Prevenção de Riscos: com foco em pacientes saudáveis e com fatores de risco; e com foco em pacientes portadores de condições crônicas.

IV. Serviços para a Saúde: serviço de processamento de roupas para a saúde, dietoterapia, manipulação e esterilização e reprocessamento de materiais.

A metodologia prevê a acreditação das instituições de saúde em um de três diferentes níveis (Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência), a depender do grau de maturidade de cultura de segurança do paciente em que se encontram. Ao longo do programa, as organizações são incentivadas a estruturar barreiras básicas de segurança, mapear seus processos, identificar perigos, analisar causas de incidentes de segurança do paciente e propor ações de melhoria, além de definir e analisar resultados esperados. Tudo isso com o objetivo primário de criar mecanismos de prevenção para garantir a segurança assistencial.

Nível 1 – Acreditado (Válido por 2 anos).

A avaliação tem como foco principal a segurança do paciente. Para alcançar este nível as organizações devem ter políticas bem definidas que resguardem todo o processo assistencial, incluindo estrutura física, pessoas, informação e recursos, entre outros. É o primeiro estágio para a implementação de uma cultura de qualidade e segurança, pautado na estruturação dos processos organizacionais.

Entre os hospitais acreditados podemos citar: o Hospital da Criança de Brasília, o Hospital de Urgência de Goiânia, o Hospital Ernesto Dorneles, de Porto Alegre, o Hospital de Santa Cruz, de São Paulo, e o Hospital de Clínicas de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro. ([www.ona.org.br](http://www.ona.org.br), acessado em 21/07/2018).

Nível 2 – Acreditado Pleno (Válido por 2 anos).

Além de atender aos requisitos de segurança, apresentados pelo Nível 1 – Acreditado, a organização deverá utilizar a gestão integrada dos processos para garantir a continuidade da assistência. O foco da avaliação passa a ser o desenho de toda a cadeia de valor, o fluxo do paciente, o gerenciamento dos acordos entre



as áreas e a definição e o monitoramento de resultados organizacionais e assistenciais.

Entre os hospitais acreditados pleno podemos citar: o Hospital e Maternidade Dr Odélmo Leão Carneiro, de Uberlândia, o Hospital Norte D'OR, do Rio de Janeiro, o Hospital Primavera, de Aracaju, o Hospital de Sacreouer, de São Paulo, e o Hospital Santa Júlia, de Manaus. ([www.ona.org.br](http://www.ona.org.br), acessado em 21/07/2018).

Nível 3 – Acreditado com Excelência (Válido por 3 anos).

Além de atender aos requisitos dos níveis Acreditado e Acreditado Pleno, a instituição de saúde deve demonstrar uma gestão de excelência, ou seja, utilizar informações para a tomada de decisão e para aprimoramento de seus serviços. Serão acreditadas neste nível as organizações que demonstrarem maturidade da cultura de segurança, transparência e busca constante pela melhoria contínua da qualidade assistencial.

Entre os hospitais acreditados com excelência podemos citar: o Hospital Santa Luzia, de Brasília, o Hospital Adventista, de Belém, o Hospital Aliança, de Salvador, o Hospital de Sacreouer, de São Paulo, e o Clínica São Vicente, do Rio de Janeiro e o Hospital A. C Camargo Center Câncer, de São Paulo.<sup>32</sup>

Cada vez mais hospitais brasileiros tem se submetido a processos de avaliação externa, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança do atendimento a seus pacientes.

Segundo a Diretora de Qualidade da Rede D'Or, Helidea Lima, por meio da Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa, em 2010, no Brasil de 2001 a 2010, apenas 123 hospitais possuíam o *status* de Acreditado. Atualmente trezentos e dezessete hospitais brasileiros estão acreditados pela ONA.<sup>33</sup>

A ONA é a maior certificadora do País contando com setecentos e cinco certificações. A taxa de avaliação para a acreditação é de R\$ 41,67 por leito. Para um hospital de 200 leitos sairia ao custo de R\$ 8.334,00.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Disponível em: [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br). Acesso em 21 de julho de 2018.

<sup>33</sup> Idem

## 4.2 Joint Comission

A Joint Comission é a mais antiga e a maior organização acreditadora do mundo, tendo certificado mais de 17 mil organizações prestadoras de serviços de saúde somente nos estados Unidos da América. Por meio do seu braço internacional – Joint Comission Internacional (JCI) atua, também, fora do território americano <sup>35</sup>. A acreditação da JCI corresponde a uma variedade de iniciativas criadas em resposta a uma demanda crescente no mundo inteiro por uma avaliação dos cuidados da saúde, com base em padrões.

A intenção é, portanto, oferecer à comunidade internacional processos objetivos, baseados em padrões, para a avaliação de instituições de saúde. O objetivo do programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada das instituições de saúde, através do emprego de padrões de consenso internacional, de metas Internacionais de Segurança do paciente, e de assistência ao monitoramento com indicadores.

A JCI tem dois parceiros no mundo todo autorizados a disseminar, avaliar e oferecer acreditação em seu nome, que são justamente a Fundação para a Acreditação e o Desenvolvimento Assistencial (FADA), instituição ligada à Fundação Avedis Donabedian, na Espanha, e o CBA, no Brasil.

Até o final do primeiro trimestre de 2013, a JCI havia concedido quinhentos e trinta e quatro certificados de acreditação para os diferentes programas previstos (hospitais, laboratórios, ambulatórios, cuidados contínuos, cuidados domiciliares, transporte e outros). <sup>36</sup>

Atualmente trinta e seis hospitais brasileiros estão acreditados pela JCI. <sup>37</sup>

Entre os hospitais acreditados podemos citar: Hospital São Vicente de Paulo, do Rio de Janeiro, Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo e Hospital Mãe de Deus, do Rio Grande do Sul. <sup>38</sup>

Um certificado de acreditação é válido por três anos, a menos que seja revogado pela JCI. No final do ciclo de acreditação de três anos do hospital, a JCI

---

<sup>34</sup> Idem

<sup>35</sup> Disponível em: [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org) . Acesso em 21 de julho de 2018.

<sup>36</sup> Disponível em: ANDRÉ, Adriana Maria. Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais; 2ª ed, São Paulo, 2014, Fig 17.2, página 330.

<sup>37</sup> Disponível em: [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org), acessado em 21 de julho de 2018.

<sup>38</sup> Idem

reavalia o hospital para a renovação do seu prêmio de acreditação. Não há taxas anuais e nem taxas de inscrição.<sup>39</sup>

O custo médio da Avaliação de um Hospital de 200 leitos, no Brasil, para Acreditação da JCI para um hospital de 200 leitos, se avaliado em 2018 é de US \$ 50.456,00 USD. O custo de transporte da equipe e do hotel, alimentação e custos locais de transporte no local não estão incluídos nesta taxa porque eles variam e estão sujeitos a flutuações cambiais.<sup>40</sup>

Um estudo piloto na Espanha demonstrou que um hospital acreditado pela JCI obteve uma economia anual de € 2.674.956 por estadia curta, economia anual de € 77.327 devido à diminuição de cesarianas e uma economia anual de € 86.375 resultante da redução de readmissões nos sete dias após a alta. Estas melhorias traduzem-se em poupanças de € 11.354.630 ao longo de quatro anos de acreditação.<sup>41</sup>

Qualquer hospital pode solicitar a acreditação da Joint Commission International (JCI) desde que satisfaça aos seguintes critérios<sup>42</sup>:

- O hospital está localizado fora dos Estados Unidos e seus territórios.
- O hospital está atualmente operando como prestador de serviços de saúde no país e está licenciado para prestar cuidados e tratamento como hospital (se necessário) e, no mínimo, faz o seguinte:

- a) Fornece uma gama completa de serviços clínicos de cuidados intensivos - diagnósticos, curativos e reabilitativos.

- b) No caso de um hospital especializado, oferece um conjunto definido de serviços, como pediátrico, ocular, dentário e psiquiatria, entre outros.

- c) Para todos os tipos de hospitais, fornece serviços que estão disponíveis 365 dias por ano; garante todos os direta os serviços de atendimento ao paciente estão operacionais 24 horas por dia, 7 dias por semana; e fornece serviços auxiliares e serviços de apoio, conforme necessário, para necessidades emergenciais, urgentes e / ou emergenciais de pacientes 24 horas por dia, 7 dias

---

<sup>39</sup> Idem

<sup>40</sup> Idem

<sup>41</sup> Extraído de “Valor e Impacto da Implementação de Padrões Internacionais de Acreditação Hospitalar: Um Estudo Piloto” apresentado por Donald S. Shepard, PhD, 25 de outubro de 2011. Disponível em: [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org), acessado em 21 de julho de 2018.

<sup>42</sup> Disponível em: [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org), acessado em 21 de julho de 2018

por semana (como testes de diagnóstico, laboratório e centro cirúrgico, conforme apropriado ao tipo de hospital de cuidados agudos)

d) O hospital fornece serviços atendidos pelos atuais padrões de acreditação da JCI para hospitais.

e) O hospital assume ou está disposto a assumir a responsabilidade pela melhoria da qualidade de seus cuidados e Serviços.

f) O hospital está aberto e em pleno funcionamento, admitindo e descarregando um volume de pacientes que permitirá avaliação completa da implementação e conformidade contínua com todos os credenciamentos atuais da JCI padrões para hospitais.

g) O hospital atende às condições descritas nos atuais “Requisitos para participação em acreditação”

Nota: Se a JCI avaliar que o candidato não atende aos critérios de elegibilidade para hospital em conformidade com o programa de acreditação hospitalar, a JCI não aceitará a solicitação ou não processará o pedido de acreditação do hospital e notificará o hospital candidato da sua decisão.

### 4.3 Acreditação Canadense

Em 1953 a Canadian Hospital Association (hoje HealthCare CAN), a Canadian Medical Association, o Royal College of Physicians and Surgeons e a Association des médecins de langue française du Canada, criaram a Comissão Canadense de Credenciamento Hospitalar. O objetivo da comissão era criar um programa canadense de acreditação hospitalar<sup>43</sup>.

Em 1958 a Comissão realizou seu objetivo com a incorporação do Conselho Canadense de Acreditação Hospitalar. O objetivo do Conselho era estabelecer padrões para os hospitais canadenses e avaliar sua conformidade. O programa de credenciamento era voluntário, livre de intervenção do governo, nacional, bilíngue e sem fins lucrativos.

Entre 1960 e 1988 o programa de acreditação continuou a crescer em popularidade. Em 1960, existiam menos de 350 hospitais credenciados no Canadá. Já o final de 1980, havia 850, e em 1988 o número de instalações credenciadas se aproximava de 1.300.

Em 1988 o Conselho mudou o seu nome para o Conselho Canadense de Acreditação de Instalações de Saúde (CCHFA) a tempo de celebrar seu 30º aniversário.

Em 1990 os documentos normativos foram revisados para se concentrarem na estrutura e no processo, e começaram a olhar para os resultados.

Em 1992 o Conselho de Diretores do Conselho se expande para incluir representantes da Associação de Hospitais Canadenses, o Colégio de Médicos de Família do Canadá, o Colégio Canadense de Executivos de Serviços de Saúde (agora o Colégio Canadense de Líderes de Saúde) e um representante do consumidor.

Em 1995, para refletir com mais precisão seus clientes, o Conselho mudou o seu nome para o Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde (CCHSA). O programa de credenciamento centrado no cliente foi lançado. Este programa de acreditação revisado enfoca os processos de atendimento ao paciente de uma organização. A filosofia de melhorar continuamente a qualidade do

---

<sup>43</sup> Disponível em: <http://www2.iqg.com.br/>. Acesso em 15 de julho de 2018.

atendimento e do serviço também foram incorporadas, e as organizações foram solicitadas a começar a desenvolver e usar indicadores de desempenho.

Em 2000 uma divisão de Serviços Internacionais (sob a CCHSA International) foi lançada para atender clientes fora do Canadá. A CCHSA International se tornaria mais tarde Acreditação do Canadá Internacional<sup>44</sup>.

Em 2008 o novo Programa de Acreditação Qmentum, com seu foco aprimorado na melhoria da qualidade e segurança do paciente, foi lançado. O CCHSA torna-se Acreditação Canadá. Embora o nome seja novo, o compromisso com uma abordagem rigorosa, abrangente e consultiva para impulsionar serviços de saúde de qualidade por meio do credenciamento permanece inalterado.

Em 2012 a Qmentum International passou por uma grande expansão, adicionando quatro novos conjuntos de padrões. O programa Qmentum International também foi lançado em português, no Brasil, e em italiano<sup>45</sup>.

A inovação da metodologia “Qmentum International está na utilização de novas e inovadoras ferramentas que permitem a avaliação e reestruturação dos processos de trabalho. As avaliações são realizadas por equipes de mais alta qualificação e experiência, que assumem o compromisso de tornar o processo acessível, pertinente e transformador para as organizações. Toda a metodologia está alinhada com os princípios da Governança Clínica, sendo utilizada em mais de 50 países pelo mundo, incluindo América do Norte, Europa, Ásia e América Latina.<sup>46</sup>

São benefícios da Acreditação Qmentum International™ em relação a outros Programas: integração de normas e melhores práticas aprovadas e adotadas internacionalmente, redução no potencial de ocorrência de incidentes de segurança do paciente, acompanhamento dos indicadores de desempenho e resultado através de uma plataforma customizada, orientação exclusiva de especialistas internacionais para a implementação da metodologia, aprimoramento contínuo de padrões de excelência e de melhores práticas, benchmarking global de ações inovadoras, uso da Governança Clínica como princípio norteador e visão voltada para o cuidado centrado no paciente.

São prioridades do modelo: a Governança Clínica, os times de trabalho, a transformação do modelo assistencial, as dimensões da Qualidade Qmentum e as

---

<sup>44</sup> Disponível em: <http://www2.iqg.com.br/>. Acesso em 15 de julho de 2018.

<sup>45</sup> idem

<sup>46</sup> Idem

Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs).

Figura 1. Diretriz para a Avaliação da AC

Diretrizes para avaliação	
Dimensão	Verificação
 Foco Epidemiológico	> Planejamento do cuidado alinhado ao perfil da população atendida
 Acessibilidade	> Gestão de acesso
 Segurança	> Segurança do cuidado
 Segurança Ocupacional	> Segurança dos colaboradores
 Cuidado Centrado no Paciente	> Colocar pacientes e familiares no centro do cuidado
 Continuidade do Cuidado	> Cuidado coordenado
 Efetividade	> Impacto na população atendida
 Eficiência	> Fazendo a melhor utilização de recursos

Fonte: <https://accreditation.ca/intl-en/>, acessado em 25/07/2018.

Em 1º de fevereiro de 2017, a Acreditação do Canadá Internacional se fundiu com o Accreditation Canada e a Health Standards Organization (HSO) foi criada, separando os programas de avaliação do desenvolvimento de padrões.

A fusão e a criação da HSO permitem que a Accreditation Canada ofereça programas de avaliação mais fortes, mais confiáveis e orientados a resultados, com base em mais de 100 padrões de serviços sociais e de saúde da melhor classe desenvolvidos pela HSO.

Respondendo às mudanças que estão ocorrendo no cenário da assistência médica global, a Accreditation Canada e a HSO se concentram em ajudar os clientes a salvar e melhorar vidas em seus contextos locais.

Os indicadores avaliados incluem categorias que englobam a qualidade e o desempenho de todas as áreas: atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão.

O Programa de credenciamento é multinível, as organizações recebem credenciamento no nível Gold, Platinum ou Diamond, oferecendo uma oportunidade para você se diferenciar no mercado.

Atualmente mais de 1.100 organizações prestadoras de serviços de saúde em cinco continentes estão experimentando as recompensas de trabalhar com os padrões que o Accreditation Canada.

Quarenta e quatro hospitais brasileiros estão acreditados pela AC, com selo DIAMOND<sup>47</sup>

Entre os hospitais acreditados podemos citar: Hospital A C Camargo, de São Paulo, Clínica de Saúde São José, do Rio de Janeiro, Hospital Barra D'OR, do Rio de Janeiro, Hospital porto Dias, de Belém, e Hospital VITA, de Curitiba<sup>48</sup>.

## 5. Programa CQH

O Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar<sup>49</sup>.

Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

---

<sup>47</sup> Disponível em: <https://accreditation.ca/intl-en/>, acessado em 25 de julho de 2018.

<sup>48</sup> Idem

<sup>49</sup> BURNMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar, Rio de Janeiro, FGV, 2012.



O CQH não é classificatório e, desse modo, não há preocupação com a identificação dos melhores ou dos piores hospitais e não há também, preocupação com a classificação deles de maneira a distingui-los uns dos outros. A preocupação básica é que todos os hospitais consigam, através de sua vinculação ao programa, elevar a qualidade do atendimento, seja ele prestado a pacientes particulares ou de hospitais estatais; de pequeno, médio ou grande porte. A preocupação do programa é de que um pequeno hospital do interior possa oferecer qualidade equivalente aos hospitais dos grandes centros, na medida, em resposta às necessidades da população a que presta o atendimento.

Nessa busca o CQH é parceiro dos hospitais; não há preocupação em fiscalizar ou julgar os serviços de saúde, mas sim ajuda-los a, proativamente, melhorar suas práticas gerenciais.

A ideia da criação do CQH foi inspirada nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), dos EUA, e resultou de ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, catalisada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde.

As reuniões iniciais para discussão do projeto em 1989-1990 aconteceram na sede daquele órgão, na Avenida São Luiz e posteriormente, foram transferidas para a sede do CREMESP na Avenida Domingos de Moraes.

Uma vez iniciado, o Programa se estabeleceu na sede da APM, na Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, onde permanece até hoje. Vários participantes daquelas reuniões iniciais representam hospitais ou entidades ligadas aos mesmos e que até hoje estão filiados ao Programa.

Após um projeto-piloto em abril de 1991, o CQH iniciou suas atividades em julho do mesmo ano, com o encaminhamento de comunicação a todos os hospitais do Estado de São Paulo (aproximadamente 800 na época), informando sobre os objetivos do Programa, sua metodologia e convidando-os a se filiarem, mediante o preenchimento de um Termo de Adesão<sup>50</sup>.

O modelo de gestão do CQH está baseado na metodologia de avaliação da Fundação Nacional da Qualidade, a qual, por sua vez, está fundamentada na metodologia do Malcolm Baldrige National Quality Award, dos Estados Unidos da

---

<sup>50</sup> BURNMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar, Rio de Janeiro, FGV, 2012.

América. Grandes empresas transnacionais tem se utilizado desta metodologia, não só para avaliação de seu desempenho, mas, principalmente, como modelo de gestão em busca da excelência gerencial.

Como exemplo de empresas que usam tal modelo de gestão, podemos citar as ganhadoras do Prêmio Nacional de Qualidade: IBM, Xerox do Brasil, Citibank, Serasa, Alcoa, Companhia Petroquímica do Sul, WEG Motores, Siemens, Caterpillar Brasil, Gerdau e Cetrel S.A. Na área da saúde podemos citar aquelas empresas que tornaram público o uso do modelo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto e Santa Casa de Porto Alegre<sup>51</sup>.

O modelo reflete a experiência, o conhecimento e o trabalho de pesquisa de muitas organizações e especialistas do Brasil e do exterior. Os oito critérios de excelência do Programa Nacional da Qualidade, da Fundação Nacional da Qualidade, são nominados no CQH de elementos do modelo de gestão e se encontram representados no diagrama abaixo: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados da organização (Figura 1).

Figura 1  
Representação gráfica do modelo de gestão do CQH



Fonte: BURNMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar, Rio de Janeiro, FGV, 2012, pg 16.

A metodologia é de domínio público, podendo ser utilizada por qualquer pessoa ou instituição. O uso da metodologia pelo CQH advém da convicção de que os hospitais, do ponto de vista gerencial, são iguais a qualquer outra empresa. A empresa é vista como uma organização sistêmica integrada, coerente em si mesma

<sup>51</sup> BURNMESTER, Haino. Manual de Gestão Hospitalar, Rio de Janeiro, FGV, 2012.

e que deve buscar sua sustentabilidade. O CQH está calcado nos seguintes valores: Ética, Autonomia Técnica, Simplicidade, Voluntariado, Confidencialidade e Enfoque Educativo

Aproximadamente 200 hospitais responderam de alguma forma a este apelo inicial e 120 iniciaram ativamente sua participação. Este número caiu para 80, anos depois e hoje está fixado em torno de 200 participantes, sendo que alguns são de fora do Estado de São Paulo.<sup>52</sup>

Segundo a CQH, atualmente oito hospitais brasileiros possuem o selo de Qualidade Hospitalar da CQH. Entre os hospitais selados pelo CQH podemos citar: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, de São Paulo; Hospital de Aeronáutica de São Paulo, de São Paulo e Hospital Unimed de Recife III, de Recife<sup>53</sup>.

O custo de adesão ao Programa é de R\$ 100,00 por mês, pagos bimestralmente através de Boleto Bancário.

### 5.1 O Hospital de Força Aérea de São Paulo

Localizado na capital do Estado de São Paulo, polo de alta tecnologia em saúde e berço da CQH, este hospital inaugurado no final da década de 70 vislumbrou no final da década de 90 que a busca pela qualidade seria fundamental para o seu desenvolvimento na cidade mais desenvolvida do nosso país.

Em 1999 aderiu ao Programa da CQH em busca da melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica. Os valores da CQH permitiam a identificação imediata com o Hospital Militar<sup>54</sup>.

Em dezembro de 2000 obteve o seu primeiro selo de conformidade. Havia sido dado o primeiro passo rumo ao reconhecimento como Hospital Militar de referência na gestão hospitalar<sup>55</sup>. Outras seis conquistas ocorreram, 2002, 2005, 2008, 2010, 2013 e 2016.

Atualmente é o único Hospital Militar selado pelo CQH<sup>56</sup>.

---

<sup>52</sup> Disponível em: [www.cqh.org.br/](http://www.cqh.org.br/). Acesso em 24 de julho de 2018.

<sup>53</sup> Idem

<sup>54</sup> Disponível em: [www2.fab.mil.br/hfasp/index.php/gestao-da-qualidade](http://www2.fab.mil.br/hfasp/index.php/gestao-da-qualidade). Acesso em 25 de julho de 2018.

<sup>55</sup> Disponível em: [www2.fab.mil.br/hfasp/index.php/gestao-da-qualidade](http://www2.fab.mil.br/hfasp/index.php/gestao-da-qualidade). Acesso em 25 de julho de 2018.

<sup>56</sup> Disponível em: [www.cqh.org.br/](http://www.cqh.org.br/). Acesso em 24 de julho de 2018.

Podemos citar alguns dos benefícios da cultura organizacional implantada naquele Hospital: regularização sanitária da instituição; desenvolvimento de uma cultura organizacional focada na qualidade dos serviços prestados, melhorias na segurança do paciente, ambiente de trabalho mais seguro e eficiente, maior integração com o paciente e seus familiares em relação ao processo de cuidado, desenvolvimento de uma cultura voltada para o aprendizado, excelência no desempenho de alguns setores que passam a ser referência, constante avaliação dos serviços prestados por meio de pesquisa de opinião em todas as dimensões da missão, aprimoramento contínuo de processos e monitoramento dos mesmos por meio de auditorias internas da qualidade, Integração das necessidades, Identificação sistemática dos pontos fortes e fracos, comparação com referenciais de excelência; e atividades focadas na preservação do meio ambiente<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Informações prestadas ao autor, no ano de 2015, por meio de palestra em power point, por ocasião da visita do Comandante Logístico do Hospital das Forças Armadas ao Hospital de Força Aérea de São Paulo.

## 6. Sistema de Saúde do Exército Brasileiro

A Diretoria de Saúde (D Sau) é o Órgão de Apoio Setorial, técnico-normativo e gerencial, integrante do Departamento-Geral do Pessoal (DGP), incumbido do planejamento, orientação, coordenação, supervisão e da realização da avaliação e auditoria das atividades relativas ao Sistema de Saúde do Exército e de assistência à saúde suplementar dos servidores civis da Força Terrestre<sup>58</sup>.

Com a finalidade de proporcionar o adequado atendimento aos beneficiários do Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar do Exército (militares, pensionistas e seus dependentes), dentre outras medidas, a D Sau tem buscado a melhoria nos processos gerenciais, com a implantação de sistemas informatizados de repasse de recursos e encaminhamentos, como também a revisão da legislação de assistência médico-hospitalar e a modernização das organizações militares de saúde<sup>59</sup>.

A Diretoria também vem coordenando a execução de projetos e ações estratégicas necessárias à transformação da estrutura de prestação da assistência à saúde, bem como, das condições de emprego da saúde operacional. Dessa forma, o incremento do setor técnico-científico, a capacitação de recursos humanos, a incorporação de novas especialidades médicas, a aquisição de equipamentos de última geração, a modernização da hotelaria hospitalar, o redimensionamento dos recursos humanos, a utilização da tecnologia da informação aplicada à saúde, a modernização da medicina operacional e a própria reestruturação da D Sau têm sido medidas para melhorar o atendimento à tropa e à família militar<sup>60</sup>.

A oferta básica de atendimento, em tempo de paz, de especialidades e áreas de atuações médicas, farmacêuticas e odontológicas nas Organizações Militares de Saúde do Exército está definida por meio da PORTARIA Nº 726 , DE 7 DE OUTUBRO DE 2009, do Comandante do Exército<sup>61</sup>.

A rede de saúde do Exército está constituída de vinte e sete Hospitais Militares, quatro Policlínicas Militares, vinte e oito Postos Médicos de Guarnição, um Instituto Biológico do Exército, um Laboratório Químico - Farmacêutico do Exército,

---

<sup>58</sup> De acordo com o Regulamento da Diretoria de Saúde (R58), aprovado pela PORTARIA Nº 197, DE 18 DE MARÇO DE 2011. Disponível em: [www.dsau.eb.mil.br/index.php/portarias](http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/portarias). Acesso em 25 de julho de 2018.

<sup>59</sup> Disponível em: [www.dsau.eb.mil.br/index.php/historico](http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/historico). Acesso em 25 de julho de 2018.

<sup>60</sup> Disponível em: [www.dsau.eb.mil.br/index.php/portarias](http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/portarias). Acesso em 25 de julho de 2018.

<sup>61</sup> Idem

uma Odontoclínica Central do Exército, um Centro de Medicina da Aviação do Exército e quinhentos e noventa e uma Seções de Saúde instaladas nas diversas Organizações Militares do Exército, totalizando seiscentos e cinquenta e quatro locais de atendimento em todo o território nacional e atende a cerca de setecentos e vinte mil usuários<sup>62</sup>.

Figura 3 – Rede de Saúde do Exército Brasileiro



Fonte: Palestra do Chefe do DGP na Escola de Comando e Estado-Maior, em 2018.

<sup>62</sup> Dados disponibilizados por meio da Palestra do Chefe do DGP na Escola de Comando e Estado-Maior em 2018.

Compete à Assessoria de Planejamento Estratégico do Sistema de Saúde (APESS) assessorar o Chefe e o Vice Chefe do Departamento-Geral do Pessoal nos assuntos considerados estratégicos para a área de Saúde do Exército<sup>63</sup>. Por meio da APESS diversas ações têm sido adotadas pelo DGP para otimizar a gestão, melhorar a qualidade da assistência ao usuário e reduzir os custos. Entre elas destaca-se a implementação do Sistema de Informações Hospitalares, em andamento.<sup>64</sup>

À Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), que tem por finalidade assessorar o Chefe e o Chefe e o Vice Chefe do Departamento-Geral do Pessoal, compete planejar, orientar, coordenar, controlar, supervisionar, executar e avaliar as atividades de promoção de estudos, análises e pesquisas, tendo em vista o aprimoramento das atividades relativas à coordenação de projetos, de processos, da gestão estratégica do DGP e da excelência da gestão do sistema DGP. Por meio da APG foi realizada a implantação do sistema de Atendimento Básico de Saúde (ABAS) e as primeiras ações para a implantação do Programa da Acreditação da Saúde Assistencial Militar (PASAM)<sup>65, 66</sup>.

O PASAM tem como pilares a garantia da qualidade, a excelência na gestão de recursos e o foco na segurança do paciente. Durante o ano de 2018 a equipe de implantação do Programa realizou a visita técnica nas seguintes Organizações Militares de Saúde: Hospital Militar de Área de Brasília, Hospital Central do Exército, Instituto de Biologia do Exército, Hospital Militar de Área de São Paulo, Hospital Militar de Área de Manaus, Hospital Militar de Área de Recife, Hospital Militar de Área de Porto Alegre, Hospital Militar de Área de Campo Grande e a Odontoclínica Central do Exército<sup>67</sup>.

O elevado número de usuários, o envelhecimento da população, a disparidade entre a inflação medida pelo IPCA, em torno de 5% nos anos de 2016 e

---

<sup>63</sup> Conforme art 15 do Regimento Interno do Departamento-Geral do Pessoal (EB30-RI-10.001), publicado em Separata ao Boletim do Exército nº 33, de 18 de agosto de 2017. Disponível em: [www.sgex.eb.mil.br/index.php/boletim](http://www.sgex.eb.mil.br/index.php/boletim). Acesso em 28 de julho de 2018.

<sup>64</sup> Dados disponibilizados por meio da Palestra do Chefe do DGP na Escola de Comando e Estado-Maior em 2018.

<sup>65</sup> Conforme art 15 do Regimento Interno do Departamento-Geral do Pessoal (EB30-RI-10.001), publicado em Separata ao Boletim do Exército nº 33, de 18 de agosto de 2017. Disponível em: [www.sgex.eb.mil.br/index.php/boletim](http://www.sgex.eb.mil.br/index.php/boletim). Acesso em 28 de julho de 2018.

<sup>66</sup> Dados disponibilizados por meio da Palestra do Chefe do DGP na Escola de Comando e Estado-Maior em 2018.

2017, e a inflação médica medida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em torno de 18% no mesmo período, aliados a Emenda Complementar 95 que limita o aumento dos gastos públicos a inflação constituem grande desafio aos gestores da saúde públicos e privados em proporcionar uma assistência digna com os recursos disponíveis<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> Dados disponibilizados por meio da Palestra do Chefe do DGP na Escola de Comando e Estado-Maior em 2018.

<sup>68</sup> Idem



## 6. Considerações finais

A preocupação com a qualidade da assistência e dos serviços de saúde teve início bem antes da existência das primeiras instituições acreditadoras. Poderíamos destacar as medidas inovadoras inseridas por Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1854, reduzindo de maneira drástica a taxa de mortalidade nos hospitais ou ainda o trabalho sem precedentes do Doutor Codman, comprometido com a qualidade da assistência, que foi um dos líderes do movimento que culminou, em 1913, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual adota o “Sistema de Resultados Finais” como uma de suas premissas, visando à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos.

No Brasil, essa preocupação vem ganhando espaço a partir dos trabalhos conduzidos pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar, no início de década de 1990. Porém, este tema ainda é muito recente em nosso país, haja vista que a Organização Nacional de Acreditação, constituída em 1999, foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 538, de 2001, como instituição competente e autorizada a desenvolver o processo de acreditação Hospitalar em Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e, somente, em 2002 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da resolução RE Nº 921, reconheceu a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação no Brasil.

O processo de acreditação hospitalar foi desenvolvido para criar uma cultura organizacional de educação continuada focada primordialmente na segurança, não só para o paciente, mas, também, para os profissionais de saúde em exercício da sua atividade laboral e na qualidade em uma organização prestadora de serviços em saúde.

Ao alcançarem a certificação, as instituições elevam a sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento, proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador, escutam os pacientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo de cuidado, criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança e estabelecem um

estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do pacientes em todos os níveis.

Outro aspecto relevante do processo de acreditação é a redução de custos relacionada ao tempo de internação. Nos dias de hoje em que os hospitais públicos encontram-se lotados ocasionando falta de leitos, sobretudo nas emergências, tanto a procrastinação no atendimento quanto a internação prolongada trazem reflexos negativos à saúde da população e às finanças dos hospitais. Não podemos desconsiderar, ainda, que a expectativa de vida vem crescendo e ocasionando o aumento da utilização dos recursos hospitalares.

Além disso, a inflação médica chega a ser três a quatro vezes superior à inflação geral, elevando os custos a patamares no mínimo preocupantes. Desta forma há a necessidade de se otimizar a utilização dos recursos aplicados nos nossos hospitais por meio do emprego de modernas ferramentas de gestão para que o sistema de saúde não entre em colapso.

Estudos realizados nos Estados Unidos, na década de 90, identificaram uma incidência de 3,7% de eventos adversos nestas internações, dos quais 27,6% foram em decorrência do que eles chamaram de “negligência” ou “*substandard care*” (cuidado abaixo do padrão considerado adequado), com uma taxa de óbitos de 13,6%.

Na Espanha, o estudo nacional de eventos adversos (ENEAS) identificou que 525 de uma amostra de 5624 pacientes sofreram EAs diretamente relacionados com o cuidado assistencial durante suas hospitalizações, e que 17,7% sofreram mais do que um EA (total de 655 EAs). Cerca de 42,6% deles foram considerados preveníveis e relacionadas a um maior tempo médio de internação (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2009).

No Brasil, foram publicados poucos estudos com o objetivo de identificar a prevalência de eventos adversos em hospitais. Mendes *et al.* (2009) em estudo retrospectivo em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro a partir de uma amostra randomizada de 1103 pacientes admitidos em 2003, identificou uma incidência de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados preveníveis.

Desta maneira, fica evidente o quão importante são as questões de qualidade e segurança na assistência à saúde, e que se trata de um problema de saúde pública em todo o mundo, com graves implicações para os que utilizam os

serviços de saúde e para todos os demais envolvidos, como os prestadores de serviços, fontes pagadoras, governos e sociedade.

Na Espanha, em estudo realizado em um hospital terciário em 2001, Pinilla *et al.* (2006) identificaram que eventos adversos preveníveis relacionados a medicações levaram ao aumento no tempo de internação total dos pacientes, nos 63 casos notificados voluntariamente, de 303 dias a um custo 76.000 EUR.

No Brasil, em estudo que analisou os custos da ocorrência de eventos adversos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, Porto *et al.* (2010) identificaram que o valor médio pago pelo SUS (Sistema Único de Saúde) por atendimento aos pacientes com EA evitável foi de R\$ 1.270,47, valor 19,5% superior ao valor médio pago por atendimento de pacientes sem EA.

Desta maneira, o conceito de qualidade em saúde não pode ser dissociado do aspecto da segurança do cuidado prestado ao paciente, sendo, provavelmente, sua principal dimensão.

A implantação da cultura organizacional do processo de acreditação hospitalar constitui-se em moderna ferramenta de gestão em busca da excelência na qualidade e na segurança da assistência á saúde com a conseqüente redução de custos.

Cada programa de acreditação, seja nacional ou internacional, apresenta especificidades que os diferenciam, constituindo-se em produtos colocados no mercado para que os gestores escolham o que mais convém aos seus hospitais. Os programas internacionais são mais onerosos que o programa nacional de acreditação.

A metodologia da ONA se destaca pelo foco no gerenciamento da rotina hospitalar e melhoria dos processos administrativos; a metodologia da JCI, pelo foco na segurança do paciente e a da AC, pelo foco no atendimento humanitário e aplicação do conceito de times assistenciais.

Para os hospitais privados faz sentido obter uma acreditação estrangeira, uma vez que almejam ampliar mercados e aumentar lucros. Para o hospital público de ensino justifica-se a busca de um programa internacional de acreditação, com base nos seguintes argumentos: atender às exigências de organismos internacionais para o desenvolvimento de projetos de pesquisa; oferecer condições de atendimento

comparáveis aos países desenvolvidos, de tal sorte que os profissionais recebam uma capacitação em condições de alto nível de qualidade e segurança e servir de exemplo (benchmarking) para outras organizações de saúde no que concerne à execução de padrões consistentes gerenciais e assistenciais.

O fenômeno da globalização, associado ao movimento do turismo em saúde que demanda a compra de serviços bem estruturados por clientes/pacientes, além de empresas multinacionais que movimentam seus colaboradores por diversos países, pressionam os hospitais para que cumpram padrões legitimamente sancionados por agências internacionais, uma vez que se julga que facilitará a venda de serviços médico-assistenciais.

Os profissionais de saúde do Exército Brasileiro são estimulados a aperfeiçoarem os seus conhecimentos técnicos por meio do exercício profissional em hospitais da rede privada. Considerando que os melhores hospitais privados já são acreditados ou estão em processo de acreditação, este estímulo poderá contribuir para o desenvolvimento da cultura organizacional nas organizações militares de saúde.

O decreto Nº 9.455, de 1º de agosto de 2018, regulamenta a convocação e a incorporação de brasileiros com reconhecida competência técnico-profissional ou com notória cultura científica no serviço ativo do Exército, em caráter voluntário e temporário, nas áreas de ciência e tecnologia, medicina e educação, no posto de Major. Desta forma à medida que os hospitais militares do Exército obtiverem as certificações de acreditação, passarão a agregar uma maior atratividade para o universo abrangido por este decreto.

Dentre os processos de qualidade e acreditação em vigor no Brasil a partir da década de 1990 verifica-se que o Programa Compromisso com a Qualidade constitui-se em excelente ferramenta de base para que seja desenvolvida uma cultura organizacional focada na Acreditação, nos hospitais militares, pois trabalha no sentido de estimular as organizações a trabalhar com modelos de gestão com durabilidade, que perpassem até mesmo as possíveis mudanças de gestores a um custo irrisório. Estas mudanças ocorrem com frequência nos hospitais militares devido às peculiaridades da carreira militar.

A certificação pela ONA constitui-se em importante objetivo a ser alcançado, pois além de ter um custo menor em relação às demais certificadoras possui o reconhecimento da Sociedade Internacional para a Qualidade do Cuidado da Saúde elevando o status dos hospitais militares na área de gestão hospitalar com reconhecimento no mercado nacional e internacional.

Para o Exército Brasileiro, investir no processo de acreditação hospitalar das Organizações Militares de Saúde significa investir na qualidade, na segurança e na economicidade da assistência à saúde, para preservar o seu maior patrimônio: “ a dimensão humana da força terrestre e de seus dependentes”.

---

Ricardo Teixeira Cordeiro – Cel Inf  
Idt 011495653-5

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Adriana Maria; **Gestão estratégica de clínicas e hospitais**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

BURMESTER, Haino; **Manual de Gestão Hospitalar/Haino Burmester**. 1ª Edição, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

FELDMAN, Liliane Bauer e col. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação**. Revista ACTA Paul. 2005.

FERRREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

Lima, H. O. **Qualidade e Acreditação**. Rio de Janeiro: FGV, 2009, Mimeo.

Lima, H. O. **A Aplicação da Acreditação aos Hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde) – Instituto Universitário de Lisboa, 2010.

**Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Versão 2014. Brasília: ONA, 2014.

Porter, Michel E; **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica**. 12ª Ed., Niterói: Impetus, 2016.