



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência

Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil: influencias para la calidad asistencial

Performance in the process of accreditation of public hospitals in Minas Gerais/ Brazil: influences on the quality of care

*Sobrinho, Fernanda Martins **Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto

*Alves, Marília ***Manzo, Bruna Figueiredo *Nunes, Sônia Maria Viana

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: nanda_sobrinho@hotmail.com **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais.*** Pontifícia Universitária Católica PUC-Minas Gerais. Brasil.

Palavras- chave: Gestão de Qualidade; Acreditação; Credenciamento de Unidades Hospitalares; Qualidade da Assistência à Saúde.

Palabras clave: Gestión de Calidad; Acreditación; Acreditación de Unidades Hospitalarias; Calidad de la Atención a la Salud.

Keywords: Quality Management; Accreditation; Accreditation of Hospital Units; Quality of Health Care..

RESUMO

Objetiva-se analisar as não conformidades relacionadas à direção em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais e suas influências na qualidade da assistência. Pesquisa descritiva, quantitativa e documental realizada em oito hospitais públicos participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de MG (Pro-Hosp). Os dados foram coletados dos relatórios de Diagnóstico Organizacional da Organização Nacional de Acreditação dos hospitais que autorizaram o estudo e classificados em Estrutura, Processo e **Resultado**. A NC mais frequente relacionada à estrutura foi “definir e implantar política institucional para gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, contemplando ações preventivas e corretivas”. A NC de processo mais frequente foi “reforçar a metodologia de comunicação institucional contemplando a capilarização das informações necessárias para a garantia da qualidade e segurança da assistência”. As NC de resultados encontradas não foram representativas quantitativamente. Conclui-se que as NC estão relacionadas principalmente à estrutura e processos, isso porque os hospitais em estudo estão em uma fase inicial do processo de melhoria contínua. Então, é necessário a elaboração de planos de ação para a mitigação dessas NC.

RESUMEN

El objetivo es analizar las no conformidades relacionadas con la dirección de la acreditación de los hospitales públicos de Minas Gerais y sus influencias en la calidad del proceso de atención. Estudio descriptivo, cuantitativo y de investigación documental realizada en ocho hospitales públicos que participan en el Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales de la MG Único de Salud (Pro - Hosp). Los datos fueron recogidos a partir de informes de Diagnóstico Organizacional de la Organización Nacional para la Acreditación de hospitales que autorizaron el estudio y clasificados en estructura, proceso y resultado. La estructura NC más frecuente se relaciona con "definir y ejecutar la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, la contemplación de las acciones preventivas y correctivas". La NC de proceso más frecuente fue "fortaleciendo la metodología de la comunicación institucional contemplando la capilarización de la información necesaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención." Las NC de resultados encontradas no fueron cuantitativamente representativas. Llegamos a la conclusión de que las NC están principalmente relacionados con la estructura y los procesos, porque los hospitales de este estudio se encuentran en una etapa temprana del proceso de mejora continua. Por lo tanto, es necesario el desarrollo de planes de acción para mitigar estas NC.

ABSTRACT

The objective is to analyze the non-conformities related to the direction of accreditation of public hospitals in Minas Gerais and its influences on quality of care process. Descriptive, quantitative and desk research conducted in eight public hospitals participating in the Program for Strengthening and Improving the Quality of Hospitals of the Unified Health MG (ProHosp). Data were collected from reports of Organizational Diagnosis of the National Organization for Accreditation of hospitals who authorized the study and categorized into Structure, Process and Outcome. The most frequent NC structure was related to "define and implement institutional policy for managing clinical and non-clinical risks, contemplating preventive and corrective actions". NC The most frequent case was "strengthening institutional communication methodology contemplating capillarization of the information needed to guarantee the quality and safety of care". The NC found the results were not quantitatively representative. We conclude that the NC are mainly related to the structure and processes, because hospitals in this study are at an early stage of the process of continuous improvement. So, the development of action plans to mitigate these NC is required.

INTRODUÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é a entidade responsável por conduzir o Sistema de Acreditação no Brasil. Promove a implantação e implementação de processos de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção de forma a melhorar a qualidade da assistência. Avalia e certifica a instituição em uma abordagem sistêmica a partir dos padrões encontrados nas seções e subseções do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA), que orienta todo o processo⁽¹⁾.

A metodologia da ONA certifica os serviços em três níveis, a saber, Acreditado (nível 1), Acreditado Pleno (nível 2) e Acreditado com Excelência (nível 3). Cada um desses níveis tem padrões específicos, os quais possuem uma definição e uma lista de verificação que permitem avaliar a concordância com o padrão estabelecido.

No MBA versão 2006, em vigência na época da avaliação dos hospitais em estudo, o nível 1 tem como princípio a segurança e como padrão "atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação, identificar riscos específicos e os gerenciar com foco na segurança". O nível 2 tem como princípio segurança e organização, tendo como padrão "gerenciar os processos e suas interações sistemicamente; estabelecer sistemática de medição e avaliação dos processos; promover programas de educação e treinamento continuado, voltado para

a melhoria dos processos”⁽²⁾. O nível 3 tem como princípio segurança, organização e práticas de gestão e qualidade e tem como padrão

utilizar perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispor da sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica⁽²⁾.

Dos 345 serviços de saúde que são acreditados no Brasil pela metodologia da ONA os hospitais lideram o ranking com 188 (54,5%) instituições acreditadas, contudo apenas 13,3% são instituições públicas. Em Minas Gerais (MG), um dos estados da federação brasileira, o percentual de hospitais públicos acreditados corresponde a 3,2% (2 hospitais) do total de hospitais acreditados no país⁽³⁾. Essa estatística evidencia como os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) de MG precisam buscar melhorias contínuas com foco na qualidade e se submeterem à avaliação externa que mensure tais melhorias. Dessa forma, torna-se necessário que os hospitais públicos desenvolvam essa visão para trazer resultados favoráveis para o sistema de saúde do Estado, uma vez que ressaltam que, para os programas de acreditação terem maior impacto no sistema de saúde, necessariamente, devem envolver maior proporção de hospitais⁽⁴⁾.

A obtenção da qualidade e o alcance da acreditação é algo complexo e apresenta grandes desafios, principalmente quando se trata de serviços públicos. Entre os desafios encontra-se conscientizar os profissionais de saúde e demais colaboradores que a qualidade tem que ser inerente aos processos assistenciais e administrativos, ou seja, o desafio da disseminação da cultura da qualidade; evitar a descontinuidade do trabalho e perda do norteamento das ações e os desafios relacionados aos recursos humanos do hospital, como as relações interpessoais e o trabalho em equipe. Ademais, um grande desafio é a participação ativa da alta administração hospitalar no processo⁽⁵⁾.

Neste contexto é premente para a qualidade do atendimento hospitalar a atuação direta dos dirigentes e lideranças na implementação de processos ou modelos de gestão com foco na qualidade, como a acreditação hospitalar.

A função gerencial envolve interpretação e orientação dos planos estratégicos, assistência à execução, comunicação e liderança. Esta última é a capacidade de influenciar outras pessoas a tomar decisões voluntariamente, motivando-as a agirem em prol de objetivos comuns, sendo uma das mais complexas no cotidiano dos serviços de saúde⁽⁶⁾. Os profissionais nessas posições são essenciais para a melhoria da qualidade institucional, uma vez que tomam decisões e estabelecem políticas institucionais que influenciam no cotidiano de trabalho de todos os profissionais, dentre eles a enfermagem.

Importante ressaltar neste contexto gerencial da acreditação hospitalar que a equipe de enfermagem é peça fundamental nesse processo, haja vista que nas instituições hospitalares esses profissionais permanecem por 24 horas e pode chegar a até 60% da força de trabalho de saúde^(7,8,9). A equipe de enfermagem atua, ainda, como facilitadora do desenvolvimento dos processos de trabalho multidisciplinar, realizando atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa, e ações de

humanização, visando à prestação de serviço de qualidade⁽⁸⁾. Nesta perspectiva, destaca-se a necessidade de subsidiar a enfermagem e demais colaboradores com informações sobre as potencialidades e dificuldades da direção em estabelecer diretrizes e conduzir um processo de acreditação.

Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar as não conformidades relacionadas à direção em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil e suas influências na qualidade da assistência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e documental, cujo foco é a subseção Direção e Liderança da seção Liderança e Administração do MBA de 2006 de 08 (oito) hospitais públicos do SUS de Minas Gerais que participam do Pro-Hosp. Estes hospitais receberam o DO-ONA e aceitaram participar da pesquisa de Ribeiro (2011) e outras pesquisas do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da UFMG.

As NC da subseção Direção e Liderança foram coletadas no início de 2012 nos 8 relatórios de DO-ONA disponibilizados pelos hospitais e organizados em um banco de dados no programa Microsoft Excel[®] versão 2010. Posteriormente as NC foram organizadas e classificadas segundo a abordagem de avaliação de Avedis Donabedian, a saber, Estrutura, Processo e Resultado.

A avaliação da Estrutura, principal abordagem usada na elaboração de critérios para a avaliação, consiste na verificação dos instrumentos de cuidado e da organização em si, inclui propriedades de instalações, recursos humanos, financiamento, entre outros. A avaliação de Processo consiste no cuidado em si, no qual é feito um julgamento profissional, dos elementos e dos detalhes do atendimento, avaliando também características estruturais relacionadas a níveis de desempenho. A avaliação de resultado consiste nos resultados finais do cuidado como saúde do paciente, bem-estar e satisfação^(10,11).

As NC foram analisadas por meio da estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.0, sendo apresentados em tabelas e gráficos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer nº ETIC 0501.0.203.000-10.

RESULTADOS

Ao caracterizar os hospitais públicos participantes do estudo, verificou-se que 50,0% dos hospitais realizam atividade de ensino/pesquisa e 50,0% deles são da esfera administrativa municipal, seguido de hospitais federais (37,5%) e 12,5% da esfera estadual. Observa-se que 25,0% dos hospitais possuem de 0 a 100 leitos e 75,0% dos hospitais possuem mais de 101 leitos.

As NC mais frequentes relacionadas à Estrutura, conforme observado na TAB. 1, foram: “definir e implantar Política Institucional para gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, contemplando ações preventivas e corretivas” ocorrendo em 100,0% dos hospitais; “definir política institucional para Consentimento Livre Esclarecido” e “descrever e implantar plano de contingência contemplando situações clínicas e não

clínicas”, em 87,5% dos hospitais cada uma; “definir pela capacitação dos supervisores e gestores para a utilização das ferramentas de gestão da qualidade” e “ausência de organograma institucional atualizado e divulgado”, em 50,0% dos hospitais.

Tabela 1

Distribuição das não conformidades da direção e liderança relacionadas à Estrutura em hospitais públicos de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2012.

Não Conformidade (NC)	N	%
Definir e implantar Política Institucional para gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, contemplando ações preventivas e corretivas	8	100,0
Definir política institucional para Consentimento Livre Esclarecido	7	87,5
Descrever e implantar plano de contingência contemplando situações clínicas e não clínicas	7	87,5
Definir pela capacitação dos supervisores e gestores para a utilização das ferramentas de gestão da qualidade	4	50,0
Ausência de organograma institucional atualizado e divulgado	4	50,0
Definir e implantar a Política de Gerenciamento de Equipamentos	3	37,5
Definir políticas de gestão adequadas à realidade e necessidade da instituição, alinhando-as também às estratégias municipais de saúde pública	2	25,0
Não evidenciamos o gerenciamento de riscos	2	25,0
Não evidenciamos planejamento estratégico institucional	2	25,0
Não evidenciamos a Missão, Visão e Valores da instituição	2	25,0
Definir ações para estabelecimento de identidade Institucional	2	25,0
Outras ^a	3	7,7

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

^a NC que foram evidenciadas em apenas 1 hospital cada uma.

Em relação à abordagem de Processo as NC mais frequentes foram: “reforçar a metodologia de comunicação institucional contemplando a capilarização das informações necessárias para a garantia da qualidade e segurança da assistência”, ocorrendo em 87,5% dos hospitais; “reforçar implantação, monitoramento e divulgação até o nível operacional das ações definidas no planejamento estratégico” e “não evidenciamos o gerenciamento de processos” com 75,0% de frequência cada; “reforçar a ações para a garantia da interação entre os diversos profissionais com

foco na segurança e continuidade da assistência” e “reforçar ações para envolvimento dos colaboradores no processo de implantação de gestão da qualidade” com 50,0% de frequência cada uma das NC nos hospitais (Tabela 2).

Tabela 2
Distribuição das não conformidades da direção e liderança relacionadas à Processo em hospitais públicos de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2012.

Não Conformidade (NC)	N	%
Reforçar a metodologia de comunicação institucional contemplando a capilarização das informações necessárias para a garantia da qualidade e segurança da assistência	7	87,5
Reforçar implantação, monitoramento e divulgação até o nível operacional das ações definidas no planejamento estratégico	6	75,0
Ausência de gerenciamento de processos	6	75,0
Reforçar a ações para a garantia da interação entre os diversos profissionais com foco na segurança e continuidade da assistência	4	50,0
Reforçar ações para envolvimento dos colaboradores no processo de implantação de gestão da qualidade	4	50,0
Definir pela capacitação dos gestores para a conceitualização e implantação de sistema de gestão da qualidade	3	37,5
Reforçar divulgação aos colaboradores do organograma, missão, visão e valores institucionais	3	37,5
Reforçar o acompanhamento das metas e compromissos pactuados no Plano de Ajuste e Metas	2	25,0
Outras ^a	6	12,5

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

^a NC que foram evidenciadas em apenas 1 hospital cada uma.

As demais NC de resultados não foram representativas quantitativamente; sendo que a NC “reforçar a atuação do grupo gestor para a análise crítica dos indicadores disponíveis, dos processos gerenciais e para tomadas de decisão em busca de melhores resultados assistenciais e maior segurança a pacientes, colaboradores e instituição” a maior frequência entre todas com 25,0%. As demais NC de Resultados tiveram frequência de 12,5% em cada um dos hospitais, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3

Distribuição das não conformidades da direção e liderança relacionadas à Resultado, em hospitais públicos de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2012.

Não Conformidade (NC)	N	%
Reforçar a atuação do grupo gestor para a análise crítica dos indicadores disponíveis, dos processos gerenciais e para tomadas de decisão em busca de melhores resultados assistenciais e maior segurança a pacientes, colaboradores e instituição	2	25,0
Reforçar as análises dos Contratos firmados com as Unidades Funcionais, garantindo sua atualização e análise crítica dos indicadores definidos, com foco na identificação de oportunidades de melhoria	1	12,5
Analisar criticamente o compartilhamento de funções entre CCIH, Gerência de Riscos e Resíduos, contemplando a segurança e eficiência dos respectivos processos	1	12,5
Analisar criticamente o impacto da fragmentação da gestão administrativa e financeira nos resultados institucionais	1	12,5
Analisar criticamente a correlação entre as ações de docência, pesquisa e assistência, definindo medidas para adequação às demandas da população, universidade e instituição	1	12,5
Analisar criticamente o mapeamento dos processos da instituição, considerando clientes, fornecedores e resultados esperados	1	12,5

Fonte: Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

DISCUSSÃO

Observou-se nos resultados que a metade dos hospitais estudados realiza atividade de ensino e pesquisa. Os hospitais de ensino são fundamentais para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, além de ser referência assistencial de alta complexidade, são hospitais escola que formam recursos humanos, desenvolvem pesquisas, técnicas, procedimentos e incorporam novas tecnologias que colaboram para a melhoria das condições de saúde da população⁽¹²⁾. Neste sentido, é importante ressaltar a importância dos hospitais de ensino, uma vez que são referência da população que se encontra em seu entorno no que se refere à assistência a saúde, além de referência para o sistema de saúde em situações de alta complexidade.

Em relação à esfera administrativa dos hospitais há uma grande discussão sobre a relação entre o público e o privado como parte integrante do sistema de saúde universal brasileiro. A maior parte da oferta de serviços hospitalares no Brasil é de propriedade privada, sendo que 68,0% dos leitos do país e 62,0% das internações ocorrem em estabelecimentos privados. Em contrapartida, apenas 38,0% da oferta dos serviços hospitalares são realizadas por hospitais públicos⁽¹³⁾.

Dos hospitais em estudo a maioria apresenta número de leitos maior que 101, o que representa uma característica favorável em termos da garantia de economia de escopo (produzir volume de atendimento a procedimentos específicos, com menor custo e qualidade) e escala (produzir volume de atendimento suficiente e com qualidade e menor custo). No entanto, no Brasil há predominância de hospitais que apresentam baixa resolutividade e com número pequeno de leitos abaixo do preconizado, refletindo em um parque hospitalar extenso e formado, em sua grande maioria, por pequenos hospitais⁽¹⁴⁾. O Pro-Hosp surgiu na perspectiva, de dedicar esforços para que os hospitais mineiros do SUS atuem com alta resolutividade, eficiência e qualidade.

Em relação às NC de estrutura, a mais prevalente foi “definir e implantar política institucional para gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, contemplando ações preventivas e corretivas”, evidenciada em todos os hospitais. Essa NC interfere diretamente na assistência de enfermagem e sugere a criação de uma política institucional, que é um conjunto de diretrizes e ações que definem como o objetivo será alcançado pela instituição⁽¹⁾. Neste caso, o objetivo é o gerenciamento dos riscos clínicos (riscos relacionados com assistência) e os não clínicos (riscos não relacionados com assistência) hospitalares.

Essa é uma diretriz do Programa Nacional de Segurança do Paciente brasileiro, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁵⁾. Para tanto, foi instituído por meio da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 que a gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional⁽¹⁶⁾. Em suma, a finalidade do gerenciamento dos riscos institucionais (clínicos e não clínicos) é proporcionar ao usuário do serviço uma assistência que ofereça segurança e garanta aos profissionais de saúde um ambiente seguro para exercer suas profissões.

A segunda NC mais representativa quantitativamente relacionada à estrutura foi “definir política institucional para Consentimento Livre Esclarecido” com 87,5% de frequência nos hospitais. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento que procura proteger a autonomia do paciente quanto à prestação da assistência a saúde oferecida⁽¹⁷⁾. Essa NC revela a necessidade da criação de uma política (conjunto de diretrizes e ações) a ser implantada nos hospitais para que seja uma prática cotidiana da equipe multiprofissional.

A segunda NC de maior frequência relacionada à estrutura foi “descrever e implantar plano de contingência contemplando situações clínicas e não clínicas” em 87,5% dos hospitais. Um plano de contingência é um tipo de plano preventivo que, por meio de uma estrutura operativa e estratégica, ajuda a controlar uma situação de emergência e a minimizar as suas consequências negativas, podendo ser um instrumento para a enfermagem em situações contingenciais. O plano propõe uma série de procedimentos alternativos ao funcionamento normal de uma organização, sempre que alguma das suas funções usuais se vê prejudicada por uma contingência interna ou externa. Esta classe de plano procura garantir a continuidade do funcionamento da organização em face de quaisquer eventualidades, sejam estas materiais ou pessoais.

A terceira NC mais frequente relacionado à estrutura trata-se “definir pela capacitação dos supervisores e gestores para a utilização das ferramentas de gestão da qualidade”. Essa NC aponta a necessidade de gestores e supervisores, dentre eles os enfermeiros, desenvolverem competências para utilizar as ferramentas de gestão da qualidade a fim de auxiliá-los na gestão do hospital, buscando melhorias contínuas. A necessidade de aprender continuamente nas organizações de saúde deixa de ser algo irrelevante, uma vez que os recursos destinados à saúde são inferiores às necessidades dos serviços⁽¹⁸⁾. Por isso, é essencial que os gestores dessas organizações adotem práticas de trabalho direcionadas a contínua capacitação. Neste caso, a capacitação deve conter principalmente a apresentação das ferramentas básicas e as novas ferramentas da qualidade existentes, assim como sua aplicabilidade.

A “ausência de organograma institucional atualizado e divulgado” foi à quarta NC relacionada à estrutura mais frequente com 50,0%. Essa NC mostra que a existência do organograma também é importante para atender aos requisitos formais, técnicos de estrutura para realizar as atividades do hospital⁽²⁾. O organograma institucional é bastante utilizado na prática das organizações, inclusive no setor saúde, sendo possível evidenciar que o mesmo é uma ferramenta importante para a direção hospitalar, pois é capaz de sintetizar todos os processos organizacionais, permitindo conhecer, entender e analisar o hospital, bem como a formatação da organização do trabalho dos profissionais, dentre eles a enfermagem. Apesar de sua importância e utilização, ainda são poucas as discussões teóricas relacionada a essa temática. Em outros setores da economia essa ferramenta é mais utilizada, e maior é o nível de discussão sobre a sua relevância.

Em relação às NC de direção e liderança relacionadas ao processo, verifica-se que a NC “reforçar a metodologia de comunicação institucional contemplando a capilarização das informações necessárias para a garantia da qualidade e segurança da assistência” apresentou a maior frequência relativa, sendo de 87,5%. Uma das seis metas de segurança do paciente criadas pela Organização Mundial de Saúde é melhorar a comunicação eficaz. A meta descreve a necessidade de desenvolver uma comunicação eficaz, ou seja, significa ter uma comunicação completa, precisa, inconfundível, que procura reduzir a ocorrência de erros, resultando na minimização dos riscos, na melhoria da segurança do paciente e conseqüentemente produzirá a interação entre duas ou mais pessoas, que é um elemento-chave da qualidade da assistência aos pacientes^(19,20). A comunicação é um fator crítico de sucesso para a assistência de enfermagem também, sendo fundamental desenvolvê-la eficazmente dentro da equipe de enfermagem, entre esta e os demais profissionais e os pacientes. A NC “reforçar implantação, monitoramento e divulgação até o nível operacional das ações definidas no planejamento estratégico” apresentou neste estudo percentual de 75,0%, compondo as NC referentes à abordagem de processo sugerida por Donabedian. Uma das etapas do planejamento estratégico é a definição de objetivos organizacionais, o meio pelo qual os objetivos serão alcançados (estratégias), a elaboração de projetos e a preparação de planos de ação para auxiliar o cumprimento das ações⁽²¹⁾. O planejamento estratégico pode nortear a enfermagem em suas ações, mas a sua implantação, monitoramento e divulgação deve alcançar cada membro da equipe de enfermagem e demais profissionais para o alcance dos objetivos e de melhores resultados.

Na abordagem de avaliação de processo, outra NC que apresentou 75,0% de frequência nos hospitais públicos e afeta diretamente o trabalho de enfermagem foi

“ausência de gerenciamento de processos”. O gerenciamento de processos consiste na identificação, classificação e monitoramento de todos os processos do hospital. A finalidade do gerenciamento dos processos é torna-los padronizados. A padronização viabiliza a uniformização e o maior controle, implicando em melhores condições de se atingir os objetivos planejados com eficiência e eficácia⁽²²⁾.

Com a frequência relativa de 50,0% entre as NC classificadas como processo encontram-se “reforçar a ações para a garantia da interação entre os diversos profissionais com foco na segurança e continuidade da assistência” e “reforçar ações para envolvimento dos colaboradores no processo de implantação de gestão da qualidade”. No ambiente hospitalar o trabalho em equipe vem sendo muito valorizado, uma vez que a assistência hospitalar demanda a integração de práticas desenvolvidas por saberes técnicos multiprofissionais⁽²³⁾. Essas NC ao evidenciar a importância da interação/envolvimento entre os profissionais/colaboradores ressaltam a necessidade de desenvolver um trabalho em equipe, assim a enfermagem precisa reunir todos os esforços, objetivando a melhoria da assistência.

Em relação às NC classificadas na categoria de abordagem de avaliação de resultado infere-se que sua baixa frequência é decorrente do nível de maturidade de gestão dos hospitais e também da complexidade dessa avaliação, na qual os resultados tem que demonstrar melhorias contínuas em sua gestão e assistência. Ao analisar as NC evidenciadas neste estudo como de Resultados, pode ser observado que há algo em comum entre elas, todas apresentam a expressão “análise crítica”. Nos MBA 2006 e 2010 observa-se que essa expressão indica que o hospital apresenta certo desempenho de seus processos, no entanto a ONA sugere que ainda é preciso fazer uma melhor avaliação dos processos hospitalares, sujeita a alterações.

Foi possível identificar nos hospitais públicos participantes do Pro-Hosp maior concentração de NC relacionadas à estrutura seguida das de processo, o que indica a necessidade de solução dos problemas encontrados nessas esferas que, certamente, resultarão em melhores indicadores de resultados. Considerando a avaliação como um processo, as etapas iniciais necessitam ser superadas para uma adequada avaliação de resultados. A situação encontrada merece uma avaliação rigorosa dos gestores e profissionais de saúde, além de planejamento consistente e direcionamento das ações em busca de soluções dos problemas encontrados e incorporação da efetiva prática da qualidade.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que as NC evidenciadas nos DO-ONA relativas à subseção do MBA Direção e Liderança estão relacionadas principalmente à estrutura e processo. Foi evidenciado também NC classificadas como de resultado, mas de modo inexpressivo quantitativamente, uma vez que os hospitais em estudo estão em uma fase inicial do processo de acreditação, ou seja, as NC de estrutura e processo sobressaem de forma significativa as de resultado.

As NC de estrutura dos hospitais em estudo referiram-se aos aspectos básicos de organização e planejamento dos hospitais, as quais influenciam diretamente na qualidade e segurança da assistência prestada pelos profissionais. As NC de processo, não podem ser dissociadas das NC de estrutura, as quais juntas trazem consequências desfavoráveis sobre a continuidade das ações e obtenção de resultados, tanto gerencial quanto assistencial. Por fim, as NC de resultado, presentes

em hospitais que se presumem estarem um pouco mais amadurecidos no processo mostraram ainda a necessidade de análise crítica e contínua da interação dos processos institucionais.

Assim, as NC da subseção Direção e Liderança interferem em toda organização, ficando evidente a importância de uma gestão hospitalar baseada em planejamento, aplicação de metodologias e ferramentas de gestão e desenvolvimento de competências gerenciais. Além da importância de executar o que foi planejado, monitorar e avaliar os resultados obtidos e ter uma direção e liderança capaz de gerir os recursos com foco na qualidade gerencial e da assistência.

Para tanto, é necessária a elaboração de planos de ação para o tratamento e a solução das NC encontradas, possibilitando assim melhoria na qualidade da estrutura, dos processos e no alcance de resultados pelos hospitais. Os dirigentes devem adotar um sistema de gestão com foco na qualidade e tomar decisões que possibilitem a implementação de mudanças na cultura em relação à qualidade; motivar todos os profissionais neste intuito; incentivar o trabalho em equipe e encontrar estratégias para o enfrentamento dos desafios.

Assim, destaca-se a relevância da equipe de enfermagem, uma vez que se trata de um expressivo quantitativo de profissionais no hospital e pelas suas atividades desempenhadas, que estão diretamente relacionados à assistência e muitas das vezes a gerência e que traz influências para a qualidade. Vislumbra-se principalmente a importância da direção e liderança hospitalar na busca pela qualidade, uma vez que é sua responsabilidade a proposição e implementação de políticas e diretrizes e viabiliza, influencia e envolve os colaboradores da instituição com vistas a alcançar os objetivos pretendidos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2010.
2. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (pp. 21-22). Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2006.
3. Organização Nacional de Acreditação. Organizações certificadas pela Organização Nacional de Acreditação. Retirado da Organização Nacional de Acreditação website: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. 2013. (acessado em 12/jun/2013).
4. Shaw C, et al. Towards hospital standardization in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford 2010, 22(4): 244-249.
5. Martins DR, et al. Desafios da acreditação em um hospital da rede Fhemig. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* 2011, 4(7): 72-79.
6. Oliveira FB, Sant'anna AS, Vaz, SL. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. *Rev. Adm. Pública*. 2010, 44(6): 1453-1475.
7. Feldman LB. *Gestão de risco e segurança hospitalar*. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2009. 392 p.
8. Kobayashi RM, Silva ABV, Ayoub AC. Gerenciando dificuldades para Acreditação Hospitalar em instituição cardiovascular. *Rev. Rene. Fortaleza*. 2010; 11: 19-28.
9. Pires DEP. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. 25-48 p.

10. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966, 44(3): 166-203.
11. Donabedian A. Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care. *American Journal of Public Health Nations Health*. 1969, 59(10): 1833-1836.
12. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. A inserção dos hospitais de ensino no SUS. São Paulo, SP, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. 2010.
13. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, 13(5): 1431-1440.
14. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte (Brasil): Secretaria de Estado de Saúde; 2009.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de Julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
17. Oliveira VL, Pimentel D, Vieira MJ. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. *Revista Bioética*. 2010, 18(3): 705–724.
18. Almeida AAM. As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão. *Revista O Mundo da Saúde*. 2011, 35(3): 252-257.
19. Joint Commission International. Standards of the Joint Commission International Accreditation for Hospitals. Rio de Janeiro (Brasil): Brazilian Consortium for Health Systems and Services; 2010.
20. Fawole OA, et al. A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. *Journal of General Internal Medicine*. 2012, 28(4): 570-577.
21. Gonzalez MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2009, 14(1): 1587-1597.
22. Cardoso AT, Quadros ILO, Moura JM, Paulo MR, Silva NPO. O ciclo do PDCA para a melhoria da qualidade dos serviços de consulta em uma unidade de saúde de Belém do Pará. Artigo apresentado no VII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2011, Rio de Janeiro, Brasil.
23. Peres RS, et al. O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Revista em Extensão*. 2011, 10(1): 113-120.

Recebido: 23 dezembro 2013; Aceito: 26 de janeiro de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia