

**Projeto de Acreditação do Hospital  
Universitário Pedro Ernesto –Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro – (Hupe/UERJ)**

**Introdução**

Os primeiros movimentos efetivamente dirigidos à melhoria da qualidade no Hupe tiveram início no ano de 1996, com a implementação do Plano Estratégico, que definia, entre as prioridades, a melhoria da qualidade e o desenvolvimento de recursos humanos. Nos anos de 1996 e 1997, diversas ações estratégicas de melhoria foram implementadas em diferentes setores, incluindo investimentos na melhoria do ambiente de trabalho e na capacitação profissional, abrangendo as áreas docente, técnico-administrativa e gerencial. Ao final de 1998, realizou-se um seminário, onde os grupos de trabalho, compostos por lideranças institucionais, avaliaram positivamente as ações já implementadas, identificaram a necessidade de um programa global de melhoria de qualidade para o hospital e sugeriram a metodologia da acreditação, que também já começava a ser discutida e divulgada internamente, graças à participação de médicos e professores da UERJ no processo de construção da Acreditação Hospitalar no Brasil. O projeto é, portanto, fruto do amadurecimento do processo de implantação de um programa de melhoria da qualidade que teve início através de ações focais, para buscar soluções, de forma mais imediata, para problemas em áreas críticas e evoluiu para a formulação de uma proposta global de melhoria da qualidade para todo o hospital.

O movimento de acreditação teve início nos Estados Unidos, com a criação, em 1951, da Joint Commission on Accreditation of Hospitals, hoje Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). A JCAHO é composta pelo Colégio Americano de Cirurgiões, Colégio Americano de Médicos, Associação Americana de Hospitais e Associação Médica Americana e é hoje

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda\*  
Helena Costa Junior\*\*

**Resumo**

Os autores apresentam o relato do Projeto de Acreditação do HUPE, que teve início em 1999, com o objetivo de implementar um processo de avaliação permanente, com base em padrões de acreditação, visando à melhoria contínua da qualidade. Escolheu-se esta metodologia em função de suas características de abordagem educativa, abrangente e integradora, baseada em padrões construídos de forma consensual, visando à garantia das "boas práticas" hospitalares, da ética profissional e da segurança no atendimento, constituindo-se em importante instrumento, utilizado atualmente com sucesso em diversos países, como estratégia para melhoria contínua da qualidade. Apresentam-se os resultados das duas avaliações externas, realizadas pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), em dezembro de 1999 e outubro de 2001, bem como discutem-se limites e possibilidades de um projeto educativo de melhoria de qualidade em um hospital universitário que necessita empreender melhorias em seus processos.

**Palavras-chave:** qualidade em saúde; acreditação hospitalar; melhoria de desempenho.

\*Professora Adjunta de Obstetrícia- DSMI/FCM/CBIO/UERJ. E-mail: atereza@iis.com.br

\*\* Coordenador de Operações- Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA

a maior agência acreditadora dos Estados Unidos, acreditando mais de 80% dos hospitais americanos. Inspirados na metodologia da Joint Commission e adotando seus conceitos básicos, países como Austrália, Nova Zelândia, Espanha, África do Sul, Holanda, Reino Unido, França, República Tcheca, Hungria, Finlândia, Polônia, Coreia, Filipinas, Taiwan, Argentina, Bolívia, Colômbia, República Dominicana e Brasil já desenvolveram ou estão desenvolvendo programas de acreditação.

A partir de 1999, através da Joint Commission International (JCI), a JCAHO iniciou seu processo de acreditação internacional em diversos países, inclusive o Brasil. Em setembro de 2000, o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) e a JCI firmaram um acordo de acreditação conjunta pelo qual o CBA pode conceder Acreditação Hospitalar com reconhecimento internacional. O CBA foi constituído em 1998 e seus instituidores são a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e, como órgão gestor, a Fundação Cesgranrio.

A Acreditação Hospitalar tem sido discutida também nas reuniões da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), em um claro reconhecimento de que a inserção dos hospitais universitários neste processo é de grande interesse público, uma vez que essas instituições são responsáveis pela formação das diversas profissões da área da saúde. Portanto, a aplicação da metodologia da acreditação nesses hospitais poderá ter reflexo significativo na atuação profissional futura, preparando-os desde logo para atuar dentro de padrões de conduta mais adequados ao bom atendimento dos usuários dos serviços de saúde.

## Objetivo

O objetivo geral do projeto é implementar no Hupe/UERJ um processo de avaliação permanente, com base em padrões de acreditação, visando à melhoria contínua da qualidade.

## Metodologia do trabalho de acreditação

A acreditação hospitalar é um processo voluntário, de caráter educativo, focado na

melhoria de desempenho e avalia a instituição de forma global, considerando todas as suas atividades. O processo consiste na avaliação externa da qualidade dos serviços, realizada por pares – médicos, enfermeiros e administradores hospitalares – tendo como referência padrões pré-definidos que expressam a visão de grupos da sociedade, organizados e reconhecidos técnica e cientificamente. O manual utilizado é o Manual de Acreditação Hospitalar do CBA (1998), desenvolvido no Brasil por técnicos em acreditação do CBA, treinados na Joint Commission e foi aprovado por especialistas de diversas instituições de relevância no país, como CBC, Fiocruz, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões e UERJ. Os padrões estão organizados no Manual em 10 Funções que agregam os processos e atividades do hospital: direitos dos pacientes e familiares e ética da organização (DE); avaliação do paciente (AP); cuidados ao paciente (CP); acesso e continuidade do cuidado (ACC); governo, direção e liderança (GDL); melhoria do desempenho da organização (MD); gerência do ambiente hospitalar (GA); gerência, qualificação e educação de recursos humanos (RH); gerência da informação (GI) e vigilância, prevenção e controle da infecção no ambiente hospitalar (CIH).

Durante o processo, a equipe responsável avalia a conformidade dos processos desenvolvidos em relação aos padrões, por quatro dias, através de entrevistas com a Direção, lideranças e demais profissionais, entrevistas com pacientes e familiares, visitas às unidades, observações *in loco*, reuniões nos diversos setores, revisão de prontuários e análise de documentação, de acordo com uma agenda preparada em comum acordo com a agência acreditadora.

A etapa mais importante de todo o processo é a preparação do hospital, durante a qual são revistos todos os seus processos de trabalho e realiza uma avaliação interna de seu desempenho, implementando, de forma preliminar, iniciativas para melhoria, com vistas à avaliação externa para a qual se candidatou. Embora o processo seja coordenado pelas lideranças, é necessária a participação ativa de toda a comunidade hospitalar. Esta participação se dá através do trabalho dos times de melhoria, de composição multiprofissional, com representantes de setores diversos.

As atividades dos times estão relacionadas às Funções ou grupos de padrões do Manual de Acreditação e são coordenadas por um grupo facilitador (GF), composto por lideranças institucionais de diversos níveis, que tem, como atribuições principais, integrar e apoiar as ações de melhoria desenvolvidas pelos times. À direção do hospital, cabe aprovar e garantir os recursos necessários à implementação das propostas formuladas pelos times de melhoria e pelo GF. Durante o processo de preparação, o hospital também passa por avaliações de monitoramento, cujos resultados reorientam as ações corretivas.

Quando o hospital julga estar em conformidade substantiva com os padrões, solicita a avaliação de acreditação, visando a obtenção do certificado. A acreditação é válida por dois anos. Durante esse período, o hospital é monitorado pela agência acreditadora, através de uma avaliação anual. A acreditação não é renovada automaticamente. Os hospitais que, findo o período de validade da acreditação, desejem continuar acreditados, devem passar por uma nova avaliação de conformidade com os padrões.

As primeiras atividades da preparação, iniciadas em 1999, foram a sensibilização das lideranças, apresentação e divulgação do projeto para apreciação e aprovação pelas autoridades e comunidade do Hupe. O projeto teve aprovação e apoio expressos da Reitoria da Universidade, da Direção Geral e do Conselho de Coordenação e Planejamento do Hupe. A etapa seguinte foi a constituição de um grupo facilitador (GF), de composição multifuncional com representantes das áreas docente, assistencial e administrativa, incluindo integrantes da administração do hospital.

O GF se reuniu semanalmente, durante toda a fase de preparação para as atividades da primeira avaliação – citada como diagnóstica –, sendo educado e capacitado acerca do manual de padrões, por um Técnico Especialista do CBA, e estabelecendo estratégias para sensibilização e envolvimento do corpo funcional no processo. Após a educação sobre o manual com a discussão sobre os padrões e de se familiarizar com a metodologia da Acreditação, o GF desenvolveu atividades preparatórias para a primeira avaliação externa. Essas atividades incluíram a reali-

zação de um seminário de dois dias, com participação expressiva dos diversos serviços, durante o qual foi realizada uma auto-avaliação do desempenho.

A primeira avaliação externa foi realizada por uma equipe de avaliadores do CBA, em dezembro de 1999. Os resultados da auto-avaliação e da avaliação externa identificaram uma série de pontos fortes e fracos nas diversas atividades do hospital e geraram um Plano de Ação visando uma série de melhorias. O relatório da avaliação foi apresentado à Reitora da Universidade e ao Diretor Geral do Hospital e foi discutido com a comunidade hospitalar em reunião presidida pela Reitora em agosto de 2000.

Com base nesses resultados, foram estabelecidas ações prioritárias visando a melhoria da qualidade no Hupe, para o ano de 2001. O critério utilizado para definição das prioridades foi o impacto que os padrões poderiam trazer para o desenvolvimento das atividades e processos de cuidado ao paciente e a factibilidade das ações pertinentes. Em dezembro de 2001, foi realizada a segunda avaliação externa. Os resultados da primeira avaliação, as ações implementadas em função dos mesmos e a análise comparativa das avaliações realizadas em 1999 e 2001 são apresentados a seguir.

## Resultados

Os resultados se referem às duas avaliações realizadas pelo CBA, nos anos de 1999 e 2001. As principais causas de não-conformidades por Função do manual, relativas à primeira avaliação (1999) estão descritas a seguir:

Função DE – a principal causa foi a inexistência de uma política institucional para garantir os direitos do paciente, incluindo mecanismos de orientação e educação do paciente e familiares para participação no processo de cuidado, incluindo o seu consentimento informado para procedimentos envolvendo risco ou questões de natureza ética.

Função AP – as principais causas se relacionavam à necessidade de modernização do Serviço de Imagem, tanto na estrutura física quanto equipamentos, que se encontravam inadequados ao cumprimento da missão e a complexidade dos procedimentos realizados no hospital.

Função CP – os principais problemas se relacionavam à inexistência de rotinas escritas e protocolos clínicos na maioria das unidades e à inconsistência e deficiência nos registros e documentos componentes do prontuário do paciente.

Função ACC – as principais causas apontadas foram a inexistência de rotina para procedimentos de internação e alta, inclusive articulação com a rede de saúde e com as representações comunitárias, de modo a viabilizar opções para garantir a continuidade da assistência com qualidade ao paciente.

Função GDL – as principais causas foram associadas a dificuldades no planejamento: falta de plano diretor, inexistência de objetivos e metas em nível de serviços e falta de articulação do hospital com outras unidades da rede de serviços.

Função MD – as recomendações foram dirigidas à importância de se implementar políticas e procedimentos para prevenção de eventos graves e evitáveis e de se adotar, como atividade de rotina, a pesquisa de opinião do paciente e familiares, como instrumento de avaliação.

Função GA – identificou-se um grande número de não-conformidades, relativas principalmente à inadequação da estrutura predial, como lavanderia, cozinha e almoxarifado, à manutenção deficiente da refrigeração e à baixa autonomia do sistema hidráulico. Foram identificadas também inadequações relativas à sinalização visual, à inexistência de plano para situações de emergência e à falta de treinamento do pessoal quanto à segurança e atuação no ambiente hospitalar.

Função RH – foram citadas: a inexistência de Corpo Médico e de mecanismos de avaliação da prática médica, a falta de supervisão de enfermagem uniforme nas 24 horas, a inexistência de treinamento para terceirizados e a falta de um programa de prevenção de doenças para funcionários.

Função GI – entre os principais problemas identificados, merecem destaque aqueles referentes à qualidade do prontuário, à necessidade de treinamento dos profissionais e à falha de comunicação entre os serviços e destes com a Coordenadoria de Sistemas de Informação:

Função CIH – Os aspectos mais importantes foram a falta de orientação aos visitantes e de

supervisão efetiva da implementação das ações propostas nos padrões do manual.

De acordo com a metodologia da acreditação, foram propostas as primeiras ações de melhoria, cujas recomendações definidas como prioritárias foram:

- Definir e implementar políticas e procedimentos para garantir os direitos dos pacientes compreendendo aspectos referentes ao acesso e à continuidade da assistência de boa qualidade, à informação e participação no tratamento e à humanização, ressaltando a importância da maior integração e comunicação entre os diversos serviços do hospital e entre o hospital e os outros serviços da rede de saúde local, de modo a garantir o acesso do paciente à assistência de saúde integral e de boa qualidade.
- Definir, por escrito, e implementar rotinas administrativas e protocolos clínicos nas unidades de cuidado ao paciente e estabelecer programas de ação com definição de metas e recursos necessários, nos diversos níveis da instituição (serviços).
- Implementar ações destinadas a garantir a qualidade da informação no hospital, tanto em nível gerencial quanto no tocante ao prontuário do paciente.

Com base nessas recomendações, foram definidas as seguintes ações:

- Oficina de sensibilização para médicos, professores e alunos da FCM, sobre direitos do paciente e humanização do atendimento médico, realizada durante o evento UERJ sem Muros. A atividade foi elaborada por alunos da FCM, sob a supervisão do coordenador do Projeto de Acreditação e contou com a participação de professores e médicos residentes do Serviço de Obstetrícia.
- Elaboração do Projeto Garantindo os Direitos dos Pacientes, com o objetivo de facilitar e incentivar a participação do paciente no processo de cuidado, a partir do pressuposto de que a informação sobre seus problemas de saúde e sobre o cuidado proposto é um direito do paciente e que os médicos e outros profissionais de saúde devem estar atentos a esses aspectos. Como

subprodutos do projeto, foram definidos a implementação do consentimento informado para participação em pesquisa e para procedimentos de risco e a elaboração e divulgação da cartilha de direitos do paciente.

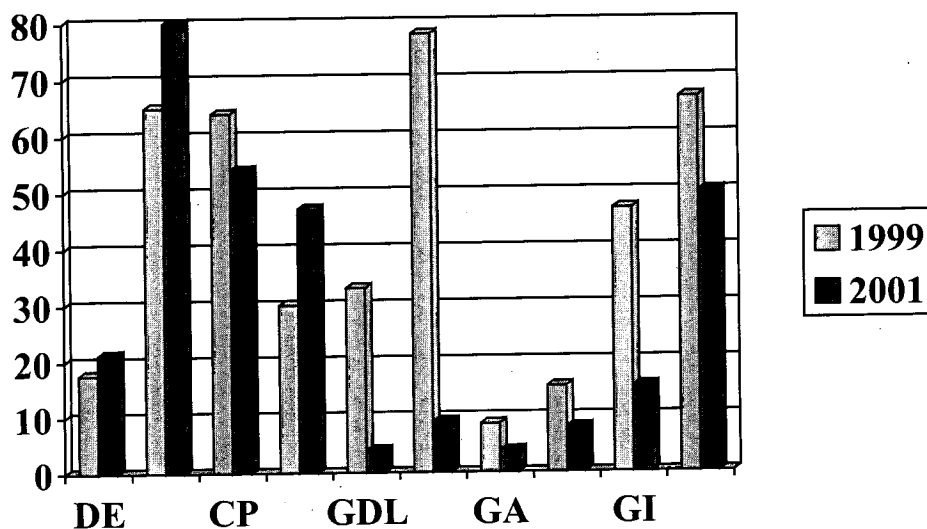
- Oficina de divulgação dos serviços da rede local, para a comunidade usuária do SUS, em parceria com a SMS-RJ, durante o evento UERJ sem Muros.
- Elaboração do Projeto “Acreditação do Hospital Universitário Pedro Ernesto: Projeto de Aperfeiçoamento de Rotinas e Protocolos”, aprovado pelo Ministério da Saúde para financiamento pelo Programa REFORSUS - Componente II.

- Projeto de implantação da intranet no HUPE, sob a coordenação do time Gerência da Informação, composto pelo coordenador de sistemas de informações, médicos e enfermeiros.
- Curso Elaboração de Projetos para Captação de Recursos, em parceria com a Superintendência de Recursos Humanos (SRH-UERJ).

De acordo com a metodologia da acreditação, foi realizada a segunda avaliação externa, no mês de novembro de 2001. Podem-se verificar os resultados consultando o Gráfico 1. Para facilitar a análise dos dados, apresentam-se, lado a lado, o percentual de padrões com conformidade total com os padrões, por função, obtidos nas duas avaliações realizadas (1999 e 2001).

GRÁFICO 1- PADRÕES COM CONFORMIDADE TOTAL

Padrões com conformidade total (%)



## Discussão

O desafio de implementar um programa de melhoria de qualidade hospitalar requer objetivos claros, flexibilidade institucional e a capacidade de identificar pontos fortes de cada modelo e sua potencial adaptação para utilização pela instituição. A metodologia escolhida foi a acreditação, por suas características de abordagem educativa, abrangente e integradora, baseada em padrões construídos de forma consensual, visando a garantir as “boas práticas” hospitala-

res, a ética profissional e a segurança no atendimento, para os pacientes e os profissionais. Outros fatores concorreram para que fosse tomada a decisão de implementar um processo de acreditação, como o de funcionar como um efetivo instrumento para sistematizar ações capazes de complementar outras iniciativas internas de melhoria.

Nesse sentido, o cenário era bastante favorável. Melhoria de qualidade e desenvolvimento de RH eram o eixo do Plano Estratégico e diver-

sas ações de melhoria estavam em andamento, sob a supervisão e acompanhamento da Coordenadoria da Qualidade e do Comitê da Qualidade, criados em 1996. Como exemplos, a Equipe Multifuncional do centro cirúrgico trabalhava ativamente na padronização das funções e treinamento dos profissionais e ainda havia sido criada uma “Brigada 5 S”, responsável pelo “Ambiente da Qualidade”. Outros comitês trabalhavam também pela melhoria da qualidade, como o Comitê de Comunicação e o Comitê Antidesperdício.

Nos anos de 1997, 1998, 1999 e 2000, diversos investimentos haviam sido feitos na capacitação de profissionais das áreas docente e técnico-administrativas, em parceria com diversos componentes da Universidade, resultando em 400 funcionários treinados em “ambiente da qualidade”, além de um número significativo de profissionais pós-graduados em gerência hospitalar, através de cursos na Coppead (UFRJ) e Fundação Getúlio Vargas (FGV). A Maternidade se encontrava em franco processo de credenciamento como Hospital Amigo da Criança, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que é um programa com muitos pontos em comum com o processo de acreditação.

Outro aspecto essencial para a implementação de um mecanismo externo de avaliação da qualidade é o apoio dos diversos grupos de interesse da instituição. O Projeto de Acreditação do HUPE foi aprovado pela Reitoria da Universidade e pela Direção Geral do Hospital, bem como em todos os foros institucionais em que foi apresentado: Conselho de Administração do HUPE (CONSA), Conselho de Coordenação e Planejamento do HUPE (CCPHUPE) e reunião ampliada do CCPHUPE, onde foi considerado como um dos projetos mais relevantes do Hupe para o período 2000-2003. Além disso, como parte das atividades de divulgação do projeto, foi também realizada uma palestra sobre Acreditação Hospitalar para os chefes de Unidades Docente-Assistenciais (UDAs), com comparecimento expressivo. O terceiro aspecto – e talvez o mais importante de todos – refere-se à cultura organizacional e aos processos de liderança institucional. Embora os conceitos incorporados nos programas de qualidade não sejam revolucionários, estão associados com dificuldades potenciais relacionadas a paradigmas culturais, com-

promisso da liderança e compreensão do processo. Naquela oportunidade, a presença constante da Direção do Hospital nas discussões sobre acreditação hospitalar, nas reuniões da ABRAHUE e a participação da UERJ, no processo de acreditação em nível nacional, como um dos instituidores do Consórcio Brasileiro de Acreditação eram fortes indicativos do compromisso institucional com o processo.

O ambiente externo mostrava sinais de franco desenvolvimento da acreditação no mundo inteiro. No Brasil, um marco importante para o processo foi a criação, naquele ano da Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a missão de “promover o desenvolvimento de um processo de acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso país” e com as principais atribuições de regular todo o processo, estimular a criação de entidades acreditadoras e seu credenciamento e de definir as normas básicas do processo e a avaliação do processo de acreditação no país.

Foi nesse contexto, francamente positivo e quando diversos hospitais públicos e privados também já davam seus primeiros passos na mesma direção, que o Hupe deu início ao seu projeto de acreditação. Internamente, o projeto era coordenado pela vice-diretora do hospital, em conjunto com as lideranças intermediárias, através do GF, composto quase exclusivamente por profissionais ocupantes de cargos de chefia de diversos níveis hierárquicos, incluindo coordenadores, chefes de serviços e chefes de UDAs. Esse foi o grupo que preparou o hospital para a primeira avaliação com base em padrões, em meio ao processo eleitoral para a Direção do hospital e de toda a Universidade.

A avaliação transcorreu normalmente e contou com a participação de representantes de todos os setores do hospital, mas os resultados só seriam entregues no início do ano 2000 – e portanto, após as eleições – à nova equipe de direção. O relatório foi entregue ao Diretor Geral e à Reitora da Universidade e posteriormente apresentado à comunidade do Hupe, em sessão presidida pela Reitora. A partir de então, o GF, após analisar detalhadamente o relatório, começou a trabalhar na elaboração do Plano de Ação para melhoria, com base nos achados assinalados pelos avaliadores do CBA. Embora o cenário

organizacional fosse menos favorável e a motivação dos participantes do programa de acreditação estivesse sensivelmente comprometido em relação à comparação mencionada. O sucesso de qualquer programa de melhoria de qualidade requer mudanças estruturais, culturais e institucionais. A liderança é essencial à legitimação e à condução do processo. A participação dos médicos e enfermeiros e demais profissionais é também fundamental. Neste contexto, a atual condução do programa de acreditação no Hupe tem enfrentado dificuldades. A atual Direção Geral não estabeleceu ações capazes de manter a dinâmica necessária ao adequado desenvolvimento das propostas metodológicas da acreditação, o que tem causado inconsistência e relativo prejuízo na sua aplicação e conseqüentemente nas atividades de melhorias. O significativo aumento de não-conformidades na última avaliação externa denota esta realidade. O alinhamento estratégico das ações diretivas, gerenciais e técnico-operacionais é fator crítico de sucesso neste empreendimento, que está especialmente influenciado por elementos inerentes à alta complexidade dos processos assistenciais e gerenciais de uma instituição como o Hupe.

### **Referências Bibliográficas**

- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS *Manual de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro, 2000.
- Acreditação hospitalar. Rio de Janeiro: Separata de: *Revistas Cesgranrio*, dez. 1997.

### **Abstract:**

The Accreditation Project of "Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE" was initiated in 1999. The methodology of accreditation was chosen because it consists of a comprehensive strategy of evaluation based on standards focusing on education. The main goal of accreditation is to help hospitals provide good patient care in an ethical manner and in a safe environment. In fact, it is a very important health quality tool that has succeeded in several countries all over the world. The first step of the Project was self-evaluation followed by two external surveys performed by a team of surveyors from CBA (Consortium for Brazilian Accreditation). The first survey was carried out in 1999 and the second one in 2001. The authors discuss the results of the surveys as well as the limits and opportunities of implementing a performance improvement plan in the culture of public university hospitals.

**Keywords:** Accreditation; Health Quality; Performance-Improvement

Data de Entrega: 26/03/02

Data de Aprovação: 25/06/02

