

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research

\*\* Edição Especial \*\*



**1ª CONFERÊNCIA**  
de Gestão, Inovação e Acreditação

em Serviços da Saúde



**GESTÃO E INOVAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**  
MARINGÁ



Online ISSN 2317-4404

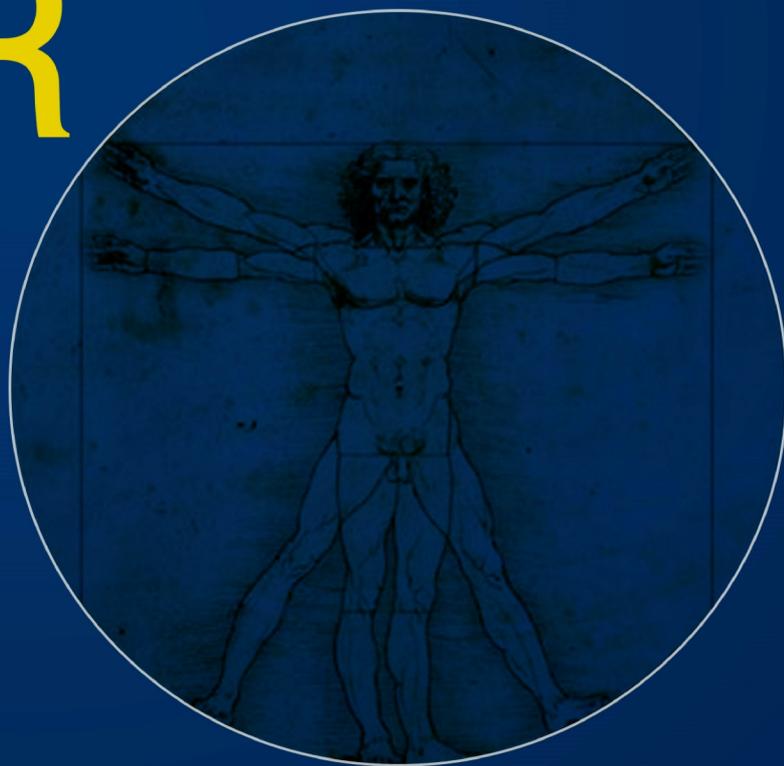
**BJSCR**

**16(4)**

Setembro – Novembro 2016

September – November 2016

**2016**



<b>Título / Title:</b>	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research
<b>Título abreviado/ Short title:</b>	Braz. J. Surg. Clin. Res.
<b>Sigla/Acronym:</b>	BJSCR
<b>Editora / Publisher:</b>	Master Editora
<b>Periodicidade / Periodicity:</b>	Trimestral / Quarterly
<b>Indexação / Indexed:</b>	Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, DRJI, Periódicos CAPES e EBSCO host.
<b>Início / Start:</b>	Dezembro, 2012/ Decembrer, 2012
<b>Editor-Chefe / Editor-in-Chief:</b>	Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho [MS; Dr]

**Conselho Editorial / Editorial Board**

Prof. Dr. Antonio Marcos dos Anjos Neto: **Instituto do Rim de Maringá** – Maringá – PR – Brasil  
 Prof. Dr. Luciano Tavares Ângelo Cintra: **UNESP** – Araçatuba – SP – Brasil  
 Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli: **UEM e UNINGÁ** – Maringá – PR – Brasil  
 Prof. Dr. Paulo Rodrigo Stival Bittencourt: **UFTPR** – Medianeira – PR – Brasil  
 Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion: **UFMS** – MS - Brasil  
 Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif: **UNINGÁ** - Maringá – PR – Brasil  
 Prof. Dr. Sérgio Spezzia: **UNIFESP** – São Paulo – SP – Brasil  
 Prof. Dr. Romualdo José Ribeiro Gama: **IPEMCE** - São Paulo- SP  
 Prof. MS. Rosana Amora Ascari: **UDESC** – Chapecó - SC  
 Prof. Dr. Ricardo Radighieri Rascado: **UNIFAL** – Alfenas – MG  
 Prof. Dr. Edmar Miyoshi – **UEPG**– Ponta Grossa – PR  
 Prof. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara – **IMES** – Ipatinga – MG  
 Prof. MS. Thais Mageste Duque – **UNICAMP** – SP, **UNINGÁ** - PR  
 Prof. Dr. Sérgio Spezzia – **UNIFESP** – SP

**MASTER EDITORA:** Rua Princesa Isabel – 1236, CEP 87014-090 – Maringá – Paraná – Brasil

**1ª CONFERÊNCIA DE GESTÃO, INOVAÇÃO E ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE  
 SEBRAE – PROGRAMA DE GESTÃO E INOVAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE – MARINGÁ - PR**

**24 E 25 DE AGOSTO DE 2016 – AGÊNCIA SEBRAE DE MARINGÁ - PR**

**COMISSÃO ORGANIZADORA****Coordenador Geral**

Elvio Saito – Consultor SEBRAE

**Coordenadora Pedagógica**

Caroline Félix – Professora Universitária e Consultora SEBRAE

**Parceiros**

SEBRAE PR, Prefeitura Municipal de Maringá, 15ª Regional da Saúde do Estado do Paraná, Associação Comercial e Empresarial de Maringá (ACIM), Sociedade Médica de Maringá, SHESSMAR, UNIMED, Congresso Internacional de Gestão e Inovação em Saúde (CONIGIS), Núcleo de Psicologia, Núcleo de Alimentação (Alimente), Hospital Paraná, Maringá Pós, Hospital Santa Casa, Hospital Maringá, Hospital São Marcos UNICESUMAR, Faculdade Cidade Verde, UNINGÁ, Instituto Longevidade, Clínica Kássia Nasser, Ótima RH, Dr. Elias Mansur, Clinilive, Master Editora, Doctors Brasil, Klauter, Instituto NGS, Laboratório São Camilo, Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Health Services Accreditation (IQG).

*Prezado leitor,*

*Disponibilizamos a edição 16(4), Especial do periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** contendo a produção científica da 1ª CONFERÊNCIA DE GESTÃO, INOVAÇÃO E ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DA SAÚDE, evento que integra o PROGRAMA DE GESTÃO E INOVAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE do SEBRAE Maringá – PR.*

*A **Master Editora** e o periódico **BJSCR** agradecem à toda Comissão Organizadora, pela confiança depositada em nosso periódico.*

*O **BJSCR** é um dos primeiros “Open Access Journal” do Brasil, representando a materialização dos elevados ideais da **Master Editora** acerca da divulgação ampla e irrestrita do conhecimento científico produzido pelas Ciências da Saúde e Biológicas.*

*Boa leitura!*

Mário dos Anjos Neto Filho  
**Editor-Chefe BJSCR**

O periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** é uma publicação da **Master Editora** para divulgação de artigos científicos apenas em mídia eletrônica, indexada às bases de dados **Latindex**, **Google Acadêmico**, **Bibliomed**, **DRJI**, **Periódicos CAPES** e **EBSCO host**.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos publicados não necessariamente correspondem às opiniões da **Master Editora**, do periódico **BJSCR** e/ou de seu Conselho Editorial.

**JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

DAOUD NASSER ..... 05

**A COMPLEXIDADE DO HOSPITAL E A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE**

LUIZ FELIPE COSTAMILAN ..... 07

**QUALIDADE NO SETOR DA SAÚDE E ACREDITAÇÃO**

HERTHA ALMEIDA LEITÃO, CAROLINE JANUÁRIO FÉLIX ..... 10

**GESTÃO DO AUTOCUIDADO COM A EQUIPE**

GIOVANA KREUZ ..... 13

# JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DAOUD NASSER

Presidente da Unimed Regional Maringá, Médico, Residência Médica em Cirurgia Geral com área de Atuação em Cirurgia Bariátrica e Docente da Universidade Estadual de Maringá.

Unimed Regional Maringá – Av. Bento Munhoz da Rocha Netto, 750 – 1º andar – Zona 07 - Maringá - PR - CEP: 87.030-010  
[diretoria@unimedmaringa.com.br](mailto:diretoria@unimedmaringa.com.br)

## RESENHA

Quando falamos de saúde suplementar, referimo-nos a um setor específico, em que a saúde, de caráter privado, é prestada por operadoras (ou seguradoras) de saúde, por meio da comercialização de planos privados de assistência à saúde.

Na saúde suplementar, os conflitos surgem, principalmente, da inobservância dos beneficiários aos contratos celebrados, fazendo com que busquem maior cobertura de procedimentos, medicamentos e materiais não previstos nos contratos de planos de saúde ou não elencados no rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras — reeditado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a cada dois anos. Para se ter ideia, a maioria das ações judiciais propostas contra as operadoras de saúde, dizem respeito à procedimentos sem cobertura contratual e legal.

Levantamento realizado pela Central Nacional Unimed, analisou o aumento das liminares concedidas entre os anos de 2011 e 2014. O estudo demonstrou que, no período, foram abertas 3.626 liminares, sendo 40% delas provenientes de procedimentos que sequer chegaram a ser solicitados à Operadora. Tal situação mostra que, em um percentual considerável dos casos, os usuários procuram diretamente a justiça, sem antes fazer contato com a operadora.

O crescimento do número de ações judiciais tem levado os diversos setores da Justiça e da Saúde ao diálogo, porém se restringindo a contemplar os direitos individualmente pretendidos, precisando ainda contribuir para melhorias sistêmicas.

A maior responsabilidade imputada às operadoras de planos de saúde gera efeitos econômicos prejudiciais a todo o mercado de saúde suplementar. Diante da insegurança jurídica acerca do cumprimento ou não dos contratos, as transações econômicas tornam-se mais arriscadas e seus resultados, imprevisíveis, já que as operadoras ficam impedidas de prever o teor da decisão sobre seu contrato, ou seja, se as cláusulas serão respeitadas e cumpridas.

Ao conceder aos clientes de planos de saúde direitos não previstos no contrato, na regulamentação ou na lei, faz-se com que os custos derivados desse posicionamento

sejam incluídos nos valores cobrados de todos os consumidores, caso contrário a saúde suplementar desde já se inviabilizaria. E é justamente essa onerosidade do plano de saúde que o torna cada vez mais restrito, na medida em que o aumento da mensalidade restringe o número de consumidores em condições financeiras para contratá-lo. Ademais, deixa-se de atingir a função social do contrato, ou seja, o interesse da coletividade, já que a saúde suplementar não será capaz de auxiliar a saúde pública, que por si só é deficiente. E cabe lembrar ainda que, muitas vezes, o cliente que se desliga da saúde suplementar acaba por procurar o SUS.

É importante destacar que para fixação do preço de sua remuneração, as operadoras realizam cálculos atuariais que levaram em conta a cobertura contratual dentro de sua rede de assistência médica, o perfil e a idade dos usuários, os riscos a que estão sujeitos os integrantes desse grupo, bem assim seus custos operacionais e administrativos, baseados nas normas e diretrizes da ANS.

Se a operadora é obrigada por determinação judicial a fornecer uma cobertura mais abrangente do que a inicialmente prevista e da qual foi estipulado o valor da mensalidade, ocorre um desequilíbrio contratual, em razão da desconformidade entre a cobertura determinada (não contratada) e a contraprestação mensal devida pelo beneficiário, colocando a operadora em déficit e, via de consequência, inviável do ponto de vista econômico, ameaçando a sua própria existência.

Consequentemente, o maior prejudicado será o beneficiário alheio à demanda judicial, que pode ser denominado de “cliente oculto”, que irá arcar com um valor maior, devido ao gasto não previsto de outro beneficiário, que exigiu cobertura além dos termos pela qual foi contratada.

Em outras palavras: o “cliente oculto” não infringe o contrato, mas o fundo comum de reserva que um dia servirá para cobrir seu tratamento estará desfalcado por um outro beneficiário que pleiteou uma cobertura indevida e pela qual a operadora foi obrigada a despende, além disso, este valor a maior pago contribuirá para o aumento das mensalidades, e dificultando aos usuários com menor poder aquisitivo, que não tenham condições de pagar o plano.

Paralelamente à Judicialização da Saúde, outra questão que também onera significativamente a atividade das

operadoras de planos de saúde é a atuação fiscalizatória e regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A imposição de obrigações e deveres às operadoras, por parte da ANS, provoca um desequilíbrio considerável na relação operadora-beneficiário, a citar a quantidade de procedimentos incluídos no Rol da ANS a cada dois anos e a desproporcionalidade do reajuste anual da mensalidade dos contratos, que é estipulado pela própria agência e pelo qual a operadora é obrigada a aceitar.

A incorporação de novas tecnologias a cada dois anos no rol de itens obrigatórios às operadoras por parte da ANS, no qual são disponibilizados os mais modernos procedimentos e deveres devidamente homologados pelos órgãos competentes do governo brasileiro, precisa ser muito bem avaliada. Em alguns casos existem tecnologias similares a custos completamente distintos, corroborando para recrudescer a situação da saúde do Brasil sem necessidade.

A determinação do índice de reajuste máximo para os planos de pessoa física é outro fator que gera impacto para as operadoras. Isso porque o percentual está bem abaixo do aumento dos custos médicos. Em 2015, por exemplo, a Variação dos Custos Médicos Hospitalares foi de 19,3%, enquanto o índice de reajuste estabelecido pela ANS foi de 13,7%.

As multas fiscalizatórias também se mostram desproporcionais, já que, negar indevidamente um material/exame/procedimento que chega a custar menos de cinco reais pode ensejar em multa administrativa que variam de trinta a oitenta mil reais, o que se revela desproporcional.

Outra obrigação determinada pela ANS é a relacionada às provisões técnicas, que representa o cálculo dos riscos esperados inerentes a atuação das operadoras. Tais provisões devem ser garantidas por ativos destinados a cobrir eventuais riscos, caso eles se traduzam em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e diversificação, de acordo com a natureza e riscos inerentes, além do porte da operadora.

Certas imposições se mostram despropositadas, especialmente quando confrontadas com os deveres e a contraprestação dos beneficiários, vez que estas provisões ficam “congeladas” e a operadora não pode geri-las.

Faz parte do Conselho Federal de Medicina, por sua vez, observar a conduta de alguns médicos que buscam, indevidamente, aproveitar-se do poder da prescrição médica, que é praticamente inquestionável. Desta maneira, condutas e procedimentos menos onerosos, com os mesmos resultados, e que poderiam ser utilizados, acabam sendo desconsiderados.

Não obstante tais considerações, o fato é que as medidas legislativas e políticas regulatórias adotadas ainda não foram suficientes para estancar a ferida da judicialização da saúde suplementar.

Entendemos a dificuldade de o julgador decidir questões técnicas envolvendo vidas humanas e, muitas vezes, “pressionado” por laudos de urgência questionáveis.

Dada a complexidade dessas questões e a quantidade de atores envolvidos (Operadoras, Judiciário, ANS, CRM e beneficiários) considera-se que construir um diálogo transparente pode levar à evolução das questões relacionadas à judicialização da saúde. Iniciativas de conscientização da população, que fomentem a resolução de conflitos e a criação de Núcleos de Apoio Técnico e de Mediação – recomendação do Conselho Nacional de Justiça –, com participação de universidades públicas e associações médicas especializadas, para prestar esclarecimentos estritamente técnicos aos magistrados podem contribuir para uma maior clareza nos processos.

Outro fator importante é um maior investimento em medicina preventiva, para que possamos ter uma melhor qualidade de vida. Caso contrário, cada vez mais haverá um custo maior para saúde suplementar, que será repassado ao beneficiário em forma de mensalidade até que o mesmo não suporte mais arcar com as despesas, deixará o plano de saúde e ficará à disposição do Sistema Único de Saúde, que já está em caos.

## REFERÊNCIAS

- [1] Central Nacional Unimed. [https://www1.centralnacionalunimed.com.br/pws/login\\_old.jsf](https://www1.centralnacionalunimed.com.br/pws/login_old.jsf).
- [2] Brasil. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/>
- [3] Brasil. Conselho Federal de Medicina. <https://portal.cfm.org.br/>
- [4] Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Cenário Saúde, Ano II, nº5, Abril 2016.
- [5] [https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario\\_da\\_saude\\_ed5.pdf](https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed5.pdf)

# A COMPLEXIDADE DO HOSPITAL E A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE

**LUIZ FELIPE COSTAMILAN**

Formado em administração pela PUC-Rio, trabalha como assessor de relações institucionais da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP. Foi conselheiro do Conselho Nacional de Saúde e participa ativamente das discussões sobre qualidade e acreditação no âmbito das agências reguladoras e do poder legislativo.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Rua Cincinato Braga, 37 - Bela Vista, São Paulo, São Paulo, Brasil.  
CEP 01333-011. [luiz.costamilan@anahp.com.br](mailto:luiz.costamilan@anahp.com.br)

## RESENHA

Peter Drucker define o hospital como “a mais complexa organização humana já criada”. Esta definição não é um exagero. Um hospital combina o que há de mais avançado em termos de tecnologia e conhecimento, com todas as complexidades do elemento humano – frequentemente em situação de sobrecarga emocional.

É fácil observar esta questão na comparação de um hospital com um hotel: ambos têm muitos elementos semelhantes. Um hospital, porém, é um hotel no qual muitos dos hóspedes precisam de auxílio para tomar banho, produzem resíduos que requerem tratamento especial, comem cinco refeições ao dia no quarto e frequentemente necessitam ter a roupa de cama trocada com eles ainda em cima da mesma. Além disso, os “hóspedes” do hospital frequentemente não fazem reserva, não sabem quando vão embora – e não querem estar lá.

Fossem só estes os desafios, porém, as realidades da gestão hospitalar ainda seriam muito mais simples. Um hospital tem que lidar ainda com uma infinidade de fornecedores – um hospital geral possui em média 70 mil itens entre materiais, dispositivos médicos e medicamentos em seu cadastro de compras. Os funcionários são altamente especializados e organizados, com expectativas próprias em quanto à realização de seus trabalhos e ao relacionamento com os demais profissionais. Boa parte das categorias organizadas em conselhos profissionais que estabelecem regras obrigatórias para o exercício de suas respectivas profissões.

Para além de profissionais e das compras, porém, os hospitais precisam realizar uma série de atividades que vão além da atividade assistencial, mas que são indispensáveis ao cuidado com os pacientes. Dos serviços auxiliares ao diagnóstico e à terapia, até a farmácia e a lavanderia, os hospitais devem integrar em um todo harmônico as suas diversas atividades. A estas atividades, um hospital deve agregar a atividade hospitalar propriamente dita – algo que, em si, representa um gigantesco desafio de gestão.

Tudo isto não ocorre em um ambiente estático – muito pelo contrário. Um hospital está no centro de uma das

áreas mais pesquisadas da ciência, a saúde humana. A saúde congrega em si os avanços de áreas tão diversas quanto a engenharia, a física de partículas, a química e a estatística. A todo momento, novas práticas, novos modelos assistenciais, novas técnicas, alterações nos protocolos, nas estruturas e na gestão devem ser implementados. Um hospital tem o dever de oferecer aos seus pacientes a assistência com maior segurança e qualidade possível, e isto inclui uma atualização constante quanto às melhores práticas disponíveis na literatura científica.

Sendo uma área tão sensível para a sociedade, a atividade hospitalar é extremamente regulada. Um levantamento recente da Associação Nacional de Hospitais Privados identificou pelo menos 50 licenças, alvarás, certidões, autorizações e comissões obrigatórias para os hospitais, de pelo menos duas dezenas de órgãos públicos diferentes. Além dos mais evidentes, como as vigilâncias sanitárias, nos três níveis da federação, o Ministério da Saúde e o Corpo de Bombeiros; os hospitais podem ver-se obrigados a cumprir regras dos conselhos profissionais, da Agência Nacional de Aviação Civil, dos órgãos de trânsito municipais e da Comissão Nacional de Energia Nuclear, entre muitos outros. Isto gera um grande esforço em termos de *compliance* regulatório para os hospitais que impõe pesados custos às instituições.

Se está bem estabelecido que, pela extensão do escopo em que ela ocorre, a gestão hospitalar não é uma atividade trivial, um ambiente de escassez de recursos financeiros exacerba ainda mais as dificuldades. De forma geral, o hospital é uma instituição de menor porte em relação tanto aos seus fornecedores quanto às suas fontes pagadoras, e sujeita a diversas pressões dessas outras partes. Há ainda uma diversidade de formas de cobrar e receber pelos serviços, e fontes pagadoras diferentes pagam de formas diferentes, dificultando a otimização dos processos para a maximização dos resultados financeiros.

Gerir toda esta complexidade é um desafio importante, especialmente em um ambiente em que os erros podem ter consequências tão graves. A OMS estima que a assistência hospitalar causa danos a 1 em cada 10 pacientes e que de 7% a 10% dos pacientes adquirem alguma infecção associada à assistência. Pelo menos 50% destas infecções poderiam ser prevenidas com intervenções de baixo

custo, como por exemplo, higienização adequada das mãos.

Isto gera sérias consequências tanto para pacientes quanto para as instituições. Segundo a OMS, de 20% a 40% dos recursos investidos em saúde são desperdiçados por conta de assistência de baixa qualidade. O célebre relatório “Errar é Humano” do *Institute of Medicine* estimou que erros na assistência médico-hospitalar causam de 44.000 a 98.000 mortes anuais. Mais recentemente, John T. James um artigo no *Journal of Patient Safety*, revisou o número e chegou a uma estimativa de 440.000 mortes anuais por eventos adversos evitáveis, o que faria desta categoria a terceira mais frequente causa de morte nos Estados Unidos.

Tudo isto indica a importância de investir em qualidade e de buscar reduzir ao máximo os erros da assistência. É importante entender que erros não são apenas o fruto de um erro individual, mas uma falha de um sistema, que deve ter processos desenhados de forma que eventuais erros possam ser corrigidos antes de que gerem danos aos pacientes. Em um hospital, com a já mencionada complexidade e dificuldades de coordenação entre as diversas partes que integram a instituição, a busca pela qualidade deve focar na construção de sistemas e de processos. A segurança do paciente é mais dependente destes do que da genialidade do corpo clínico.

## Acreditação

A acreditação pode ser uma valiosa ferramenta para auxiliar as instituições no desafio de oferecer uma assistência com mais qualidade e segurança. Em revisão de literatura sobre o tema, Alkhenizan & Shaw (2011) encontraram “evidência consistente que demonstra que programas de acreditação melhoram o processo de cuidado prestado pelos serviços de saúde”, bem como “evidência considerável de que a acreditação melhora os desfechos clínicos em um amplo espectro de condições clínicas.

Ao levar as instituições de saúde a observar os seus processos, focar em sua melhoria e a submeter-se a uma avaliação externa, o processo de acreditação permite aos hospitais conhecerem-se melhor e, assim colocarem-se em um caminho de melhoria da atenção aos pacientes.

Além disso, porém, a acreditação pode ser uma poderosa sinalização para os pacientes. Para o público leigo, a complexidade do setor hospitalar pode ser uma barreira intransponível de informação no momento de escolher um serviço de saúde. Não é simples para o paciente saber qual instituição lhe oferecerá uma maior qualidade e segurança assistencial – a observância dos processos não é aparente à primeira vista, nem pode ser inferida com base em aspectos superficiais. A acreditação é, de certa forma, uma garantia ao paciente de que o hospital cumpre alguns requisitos mínimos de estrutura, processos e segurança e que a instituição realiza investimentos e preocupa-se com qualidade assistencial. Empodera, desta forma, o paciente

enquanto tomador de decisão e responsável por sua própria saúde.

Apesar destes benefícios, implementar a acreditação não é um processo simples. Barreiras institucionais, culturais e financeiras podem interferir com o processo de obtenção da acreditação.

Em primeiro lugar, é necessário convencer a liderança da instituição das vantagens da acreditação. O processo, afinal, demanda investimentos que podem ser significativos, para a obtenção de resultados que podem ser difusos e difíceis de mensurar. Os ganhos de qualidade, de eficiência nos processos – e mesmo a redução de risco legal por conta da diminuição na incidência de eventos adversos – são questões às quais é difícil atribuir um valor financeiro direto.

A acreditação também pode quebrar alguns “feudos” dentro de hospitais. As instituições, ao passarem a focar-se em processos, podem quebrar algumas esferas de poder internas. Estas esferas podem demonstrar-se resistentes às novas regras e criar empecilhos ao cumprimento das novas regras.

Por fim, há uma visão de acomodação que deve ser combatida. A ideia de que “sempre foi assim, sempre funcionou” é recorrente na resistência a mudanças organizacionais. A verdade é que a mudança é essencial, especialmente no setor de saúde, no qual as novas descobertas são uma constante. O “sempre funcionou”, muito provavelmente, não funcionou tão bem quanto poderia, com sérios resultados para os pacientes.

## Acreditação é um passo, mas não o fim do caminho

A jornada em direção à geração de valor para os pacientes passa pela acreditação, mas não se esgota nela. A acreditação não representa o máximo na qualidade da assistência médico-hospitalar, mas, em muitos aspectos, o mínimo aceitável.

Sempre é possível melhorar e oferecer mais valor – uma assistência com melhores desfechos clínicos, com maior qualidade e a um custo menor. Neste sentido, a acreditação representa uma grande demonstração dos hospitais de *accountability* – uma abertura para prestar contas de suas atividades com transparência.

A acreditação pode ser uma ferramenta valiosa nesta jornada, mas, para isto, precisa ser vista como mais do que um certificado a ser pendurado na parede. Ela deve ser um orientador para ação, um processo pelo qual as instituições buscam conhecer a si mesmas, os seus processos e seus indicadores, sempre com o objetivo de agir para melhorá-los.

## REFERÊNCIAS

- [1] Drucker PF. Classic Drucker: Essential Wisdom of Peter Drucker from the Pages of Harvard Business Review. [s.l.] Harvard Business Press, 2006.

- [2] Institute of Medicine (Us) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
- [3] James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 2013; 9(3):122–128.
- [4] Nota Técnica Anahp – Dispositivos Médicos (OPME) 2014. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/produtos-exclusivos/notas-tecnicas>>. Acesso em 20 out. 2016.
- [5] Observatório 2016 - Anahp. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>>. Acesso em: 20 out. 2016.

# QUALIDADE NO SETOR DA SAÚDE E ACREDITAÇÃO

HERTHA ALMEIDA LEITÃO<sup>1</sup>, CAROLINE JANUÁRIO FÉLIX<sup>2\*</sup>

1. Sócia Diretora da Empresa de Consultoria HN Gerenciamento de Recursos Humanos S/S Ltda, filiada ao Instituto Brasileiro dos Consultores de Organização – IBCO (registro 385). Foi nomeada pelo presidente do Instituto Brasileiro dos Consultores de Organização, Luiz Affonso Neiva Romano, para fazer parte da diretoria do Núcleo Paraná – gestão de julho de 2008 a junho de 2010, na função de Diretora Regional. Faz parte da ABRH-PR – Regional Norte, no conselho de gestores; na Associação das Mulheres de Negócios e Profissionais de Londrina – BPW-L, como 2ª Vice Presidente e Coordenadora da Comissão de Saúde BPW Londrina e Comitê de Saúde BPW Brasil (gestão 2011/2012). Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Acreditação para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, realizado em parceria com a Universidade Norte do Paraná / Instituto Nacional de Desenvolvimento da Saúde e da Ecologia, na cidade de Londrina – PR, 2013/2014. Formação Profissional • Bacharel em Letras pela USP • Bacharel em Administração com Habilitação em Gestão de Pessoas e Organização pela Faculdade Pitágoras de Londrina Pós-graduações • Gestão Contemporânea de Recursos Humanos pela UEL • MBA Executivo em Gestão Empresarial pela FGV • Especialista em Desenvolvimento Gerencial e Consultoria Empresarial pela FECEA • Especialista em Desenvolvimento Gerencial com Ênfase em Marketing e Recursos Humanos pela FECEA • Especialista em Administração Hospitalar pela UNOPAR; 2. Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Maringá. Pós-graduação em Controladoria e Contabilidade pela Universidade Estadual de Maringá. Aluna não-regular do Programa de Pós-graduação em Administração (PPA-UEM), 2016. Consultora Sênior - credenciada do SEBRAE nas áreas de Finanças, Planejamento Empresarial, Recursos Humanos e Empreendedorismo. Professora universitária do Centro Universitário Ingá. Diretora da Associação Brasileira de Recursos Humanos ABRH/Noroeste - PR. Formação em Coaching com Psicodrama (FEBRAP).

\* UNINGÁ – Centro Universitário Ingá. Rod. PR 317, 6114 - Parque Industrial 200, Maringá - PR, CEP 87035-510. [carolinejefelix@hotmail.com](mailto:carolinejefelix@hotmail.com)

## RESENHA

O conceito de qualidade passou por várias transformações ao longo do tempo, principalmente nas organizações que investiram em produtos que atendiam as necessidades de seus clientes, e assim foram sendo descartados os que eram considerados inadequados ao contexto dos negócios que estavam inseridos.

Paladini (2008) ressalta que a palavra qualidade apresenta características que dificulta sua definição por não ser um termo técnico exclusivo aos especialistas no assunto. Portanto, ao definir qualidade é preciso tomar o cuidado de observar o que as pessoas aceitam como um termo de senso comum. Ou seja, o termo se popularizou devido ao longo e constante esforço realizado pelas organizações para divulgar a noção de qualidade e gerar ações que reforçavam os fatores determinantes na aquisição de um bem ou de um serviço.

Nas últimas décadas do século XX, a gestão da qualidade passou a ser percebida como estratégia competitiva das organizações. As leis de defesa do consumidor e as normas internacionais transformaram e consolidaram em todas as áreas de negócios, passando a qualidade fazer parte do resultado esperado de um produto, de um serviço e de ambos.

Ao pensar em qualidade, é necessário ter como base as características do serviço que afetam a percepção do cliente e o seu nível de satisfação. Assim, é fundamental entender as necessidades e desejos dos clientes e desenvolver um produto ou serviço que atenda da melhor forma o que o cliente espera receber.

A qualidade no setor de saúde teve início por volta da década de 1970, e no final da década de 1980 esse conceito foi implementado em clínicas, hospitais e demais instituições prestadoras de serviços de saúde de forma independente ou com a orientação de instituições especializadas na área da qualidade.

A Acreditação Hospitalar é uma certificação que busca a melhoria da qualidade e desempenho das instituições do setor da saúde. Para a Organização Nacional de Acreditação (ONA) – “O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços de saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais” (ONA, 2014).

Organização Nacional de Acreditação ONA, “é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como objetivo principal a implantação e a implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação”. Fundada em 1999, tem como princípio básico um caráter eminentemente educativo, voltado para melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado (ONA, 2014).

A ONA tem como **Missão**: *Incentivar o setor saúde para o aprimoramento da gestão da qualidade da assistência, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação* (ONA, 2014).

Para o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) – Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização não governamental (OPSS), avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. O Objetivo do processo de Acreditação é o de avaliar, padronizar e melhorar os recursos da instituição constitui em sua essência um programa de educação continuada e nunca uma forma de fiscalização.

Assim, a avaliação deverá acontecer sempre *in loco* e transversal, através de uma abordagem sistêmica, a qual permite analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados. E obedece a seguinte lógica:

#### ESTRUTURA → PROCESSO → RESULTADO

Nesse processo existe uma relação sistêmica entre: 1- Estrutura e Processo; 2- Processo e Resultado; 3- Estrutura, Processo e Resultado; e 4- Estrutura e Resultado.

As organizações prestadoras de serviços de saúde (OPSS) fazem avaliação utilizando o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA e a Norma do Processo de Avaliação – NA específica, determinada segundo a especificidade e a atividade fim desenvolvida pela organização de saúde.

O manual Brasileiro de Acreditação – ONA é composto de seções e subseções, onde cada subseção apresenta padrões independentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são classificados em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos.

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) estruturou os padrões e requisitos dos padrões em três níveis: Nível 1 – Segurança; Nível 2 – Gestão Integrada; Nível 3 – Excelência em Gestão.

#### Podem Ser Classificadas Como:

**Nível 1:** Acreditado (Atende aos requisitos básicos)

**Nível 2:** Acreditado Pleno (Requisitos básicos e Procedimentos Padronizados)

**Nível 3:** Acreditado com Excelência (Atendimento aos requisitos anteriores e possui indicadores de gestão comparados a BENCHMARKING).

Para a ONA, o padrão representa o produto esperado do processo. São elaborados com base na existência dos três níveis de complexidade, do mais simples ao mais complexo, por meio do princípio do TUDO ou NADA, isto é, o padrão determinado para cada nível deve ser integralmente cumprido em toda organização.

#### Princípios Orientados para cada Padrão:

##### Nível 1 (Estrutura – Segurança)

- Habilitação do Corpo Funcional;
- Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente / paciente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários e também a segurança do trabalhador;
- Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução de suas tarefas.

##### Nível 2 (Processo – organização)

- Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; Evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas

ações de assistência e nos procedimentos médicos sanitários;

- Evidência de atuação focalizada no cliente / paciente.

##### Nível 3 (Resultado – Prática de Gestão e Qualidade)

- Evidência de vários ciclos de melhoria em todas as áreas;
- Sistema de informação institucional consistente;
- Sistema de aferição do grau de satisfação dos clientes internos e externos; Programa institucional da qualidade e produtividade implantado com evidência de impacto sistêmico.

Embora a acreditação no setor da saúde ainda vem crescendo, já existem resultados a serem discutidos e analisados por gestores, pesquisadores, especialistas e aos interessados. Alkhenizan e Shaw (2011) realizaram uma pesquisa sobre a implementação do processo de acreditação, em vinte e seis instituições, e verificaram que o programa de acreditação e qualidade provocou impacto positivo nos cuidados de saúde. Os autores ressaltam que os programas de acreditação devem ser incentivados, porque levam à melhoria de qualidade dos serviços prestados e do prognóstico dos pacientes. Outro relevante estudo foi feito por Salmon e outros pesquisadores (2003), no qual compara o desempenho de hospitais com e sem programas de acreditação. Observou-se que os hospitais com programa de acreditação aumentaram de 38% para 76% seu desempenho no período analisado, segundo os padrões estabelecidos, enquanto os hospitais sem programas de acreditação permaneceram com resultados inalterados.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, Chen (2003), verificou que o tratamento para infarto agudo do miocárdio em hospitais acreditados resultou em menor mortalidade quando comparados ao tratamento para infarto em hospitais não acreditados. Portanto, os estudos apontam os relevantes ganhos positivos no desempenho das instituições de saúde que implementam os princípios do processo de acreditação, com impactos positivos no seu desempenho e na qualidade da assistência prestada aos seus clientes / pacientes.

Além disso, ao implementar o processo de Acreditação à empresa ou organização prestadora de serviço, mostra responsabilidade e compromisso com a vida do cliente / paciente, no sentido de realizar cuidados e procedimentos com ética, segurança e qualidade. A Acreditação destaca para a comunidade que adquiriu um padrão de qualidade na assistência externamente reconhecido.

Os resultados apurados em estudos realizados por várias instituições de pesquisas, em diversos países, demonstraram que são inúmeras as vantagens de se ter *status* de Acreditação, dentre elas: pressupõe confiança por parte dos colaboradores e dos clientes; amplia a segurança dos pacientes; tem maior eficiência e efetividade na prestação de serviços; desenvolve e aprimora continuamente

os recursos humanos; otimiza o uso dos recursos financeiros e tecnológicos; e principalmente é um caminho de melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

---

- [1] Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs*, 2003; 22(2), 243-254.
- [2] Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.
- [3] Paladini EP. Gestão Estratégica da Qualidade: princípios, métodos e processos. São Paulo, Atlas, 2008.
- [4] Salmon JW. O impacto da acreditação da qualidade da assistência hospitalar: província de KwaZulu-Natal, África do Sul.  
Disponível em <http://www.epistemonikos.org/pt/documents/29fff4c1b202d7a9e0a17af3aaa5bc6dd2041f87>  
acesso em 11 de dezembro de 2016.
- [5] Alkhenizan A, Shaw C. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. *Ann Saudi Med*, 2011; 31(4):407-416.  
Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156520/>  
/ acesso 12 de dezembro de 2016

# GESTÃO DO AUTOCUIDADO COM A EQUIPE

GIOVANA KREUZ

Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde (CFP). Mestre em Saúde Coletiva (UERJ). Doutoranda em Psicologia Clínica PUCSP.

Avenida João Paulino Vieira Filho, 275, apto702, ed. Santa Inês, Maringá PR. CEP. 87020015 [giovana\\_k@yahoo.com.br](mailto:giovana_k@yahoo.com.br)

## RESENHA

Um dos inúmeros desafios no manejo com as equipes de saúde está justamente no reconhecimento, incentivo e formação de condições para o autocuidado. O autocuidado constitui-se como uma importante estratégia para a proteção da saúde ou a prevenção de uma enfermidade, ou seja, é cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção<sup>1</sup>. Contextualizando a rotina da maioria dos profissionais da saúde, o autocuidado se configura como uma tarefa bastante complexa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a educação focada no autocuidado como instrumento para desenvolvimento de competências e habilidades de cuidado com a própria saúde, assim, englobando práticas que visem manter a qualidade de vida dos indivíduos. Neste sentido, o autocuidado deve ser compreendido como um conjunto de recursos permanentes e contínuos que promovam o bem-estar – e não apenas uma ação isolada e pontual. Quando nos dispomos a pensar sobre o autocuidado, é indispensável que este conjunto de recursos seja direcionado para cuidar de necessidades individuais e coletivas a fim de modificar favoravelmente o meio ambiente, evitando agravos de saúde e sendo responsável por um estilo de vida saudável; por isso, envolve uma ampla gama de fatores interdependentes.

Sabemos que os profissionais da saúde são preparados, do ponto de vista de sua formação, para o desenvolvimento de melhores condutas/hábitos/habilidades em saúde, ou seja, são habilitados para a promoção da saúde da população – e conseqüentemente a sua própria saúde, pois são treinados para a identificação e resolução de quadros patológicos, podendo despertar e dar suporte para a aprendizagem do autocuidado da população atendida. No entanto, há um paradoxo: são justamente os profissionais da saúde aqueles que lideram o *ranking* de acidentes laborais, submetidos à cargas horárias exaustivas, atuando em ambientes que favorecem a ocorrência de doenças infectocontagiosas<sup>2,3,4</sup>.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2016)<sup>4</sup>, os profissionais da saúde são os mais suscetíveis à Síndrome da Invulnerabilidade Médica, pois costumam negligenciar a própria saúde em favor da sua rotina; acredi-

tam ser imunes a doenças. Como estão acostumados a enfrentar “perigos” e superá-los, postergam exames preventivos e não se cuidam como deveriam.

Quando nos referimos à equipes de saúde, estamos diante de uma enorme heterogeneidade de profissões com singulares características técnicas, relacionais e filosóficas. Sabemos das discrepâncias que envolvem as diversas profissões da saúde, inclusive em termos de remuneração e reconhecimento social. No entanto, para todas elas há exigências extremas que abarcam desde expectativas subjetivas relacionadas à escolha profissional, como desejo, vocação, talento, ascensão financeira; até as expectativas objetivas de cura e salvação nutridas pelos pacientes, pelas famílias e pelo próprio profissional. O fazer profissional, incluindo tomada de decisão e condução terapêutica, muitas vezes está atrelado à questões institucionais de difícil manejo, como a sobrecarga, o acúmulo de funções, a baixa remuneração e a administração de hierarquias em um ambiente de trabalho altamente competitivo que não favorece o amparo solidário entre os colegas. Neste recorte é possível apontar para a ocorrência de violência velada ou explícita, desvalorização sistemática de algumas profissões, assédio sexual e/ou moral, casos de *Burnout*.

Avanços na área da saúde são extremamente bem vindos, mas vale lembrar que exigem constante aprofundamento/atualização teórico-prático por parte dos profissionais, o que nem sempre é valorizado ou incentivado pelas diretorias, pois acarreta em ausências provisórias e remanejamento das atividades. Outro ponto essencial diz respeito ao contato direto com o sofrimento e a morte, fazendo com que os profissionais lidem com situações-limite sem espaços concretos e simbólicos para o manejo de seus lutos e frustrações, assim, dispondo de pouco ou nenhum suporte emocional adequado.

Brevemente, sobre o autocuidado do profissional de saúde, a escuta acolhedora, sem julgamentos, que pode ser estabelecida entre colegas para a gestão de conflitos relacionais ou o suporte para situações mais dramáticas pode ser um caminho de reconhecimento e manejo para o sofrimento compartilhado – incentivando a retroalimentação do suporte.

Ainda, o estabelecimento de limites práticos claros no que se refere a protocolos, rotinas, funções – desde que exista uma flexibilidade discutida – pode facilitar a compreensão dos papéis e a valorização de todas as pro-

fissões com suas diferentes estratégias de enfrentamento.

Sem dúvida, a educação permanente é uma rica estratégia de autocuidado, pois fornece condições de aprimoramento técnico, melhoria da compreensão dos fatores envolvidos com o desenvolvimento humano, alcance de níveis mais harmoniosos de comunicação e empatia.

O autocuidado não é um cuidado individual que fica exclusivamente à cargo da própria pessoa, como se fosse uma escolha de responsabilidade apenas do sujeito. É muito mais amplo, pois depende de múltiplas condições culturais, sociais, educacionais, ambientais, espirituais para uma convergência em saúde físico-mental.

## REFERÊNCIAS

---

- [1] Leopardi MT. Teorias e método em assistência de enfermagem. 2 ed. Florianópolis, Soldasoft, 2006.
- [2] Lourenção LG, Moscardini AC, Soler Z. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev Assoc Med Bras. São Paulo; 2010; 56(1).
- [3] Macedo PCM, *et al.* Health-related quality of life predictors during medical residency in random, stratified sample of residentes. Rev Bras Psiquiatr., São Paulo, 2009; 31(2).
- [4] Oliveira Filho GR, Sturm EJH, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perception of quality of life and the educacional environment. Acad Med., [S. l.], 2005; 80.
- [5] Martins LAN. Saúde mental dos profissionais de Saúde. Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte, 2003; 1(1):56-68.