

Accreditation

Accreditação

Accreditação

Accreditação

Accreditação

Accreditação

FHEMIG

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

EXPEDIENTE

Governador do Estado de Minas Gerais

Antonio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde

Antônio Jorge de Souza Marques

Presidente

Antonio Carlos de Barros Martins

Vice-Presidente

Christiano Augusto Bicalho Canêdo

Chefe de Gabinete

Fernando Eduardo Guimarães de Carvalho

Diretor Assistencial

Alcy Moreira dos Santos Pereira

Diretora de Planejamento, Gestão e Finanças

Mércia Fátima Cardoso de Andrade

Diretor de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa

Josiano Gomes Chaves

Diretor de Ensino e Desenvolvimento de Pessoas

Artur Peretz Lichter

Procurador – Chefe

Júlio César Pinto

Auditor Seccional

Alexandre Gorgulho Cunningham

Assessora de Comunicação Social

Christina Marândola

Direitos Autorais

Os direitos autorais dos textos publicados pertencem à FHEMIG. Reproduções dos originais serão permitidas quando parciais e desde que seja citada a fonte. A reprodução total só poderá ser realizada mediante consulta e autorização prévia da instituição.

Coordenação

Josiano Gomes Chaves
Maria Ismênia Cota Rocha

Elaboração

Débora Exelrud
Eva Pereira Zan
Paulino Fantoni Lima
Maria Ismênia Cota Rocha

Colaboração

Valéria Pinto Fonseca – Consultora IAG Saúde

Revisão

Tânia Maria Grillo Pedrosa – IAG Saúde

Projeto Gráfico e Diagramação

Fernando Cabral Diniz

Ilustração

Georges Araújo

1

Apresentação

A Gestão Hospitalar, por si só, constitui um dos maiores desafios da administração. Há uma rede distinta de serviços - hotelaria, laboratório, farmácia, imaginologia, manutenção de equipamentos, esterilização de materiais, nutrição e dietética, dentre outros – que precisam interagir de forma harmônica, por meio de processos multiprofissionais e interdisciplinares, para dar sustentação e segurança à prestação de assistência no âmbito hospitalar.

Em instituições públicas, a Gestão Hospitalar se torna ainda mais complexa. A necessidade de maior integração com os demais níveis de atenção à saúde e prestadores de serviços do SUS, a demanda elevada por serviços cada vez mais resolutivos, a capacidade limitada de pagamento do sistema, a pressão por incorporação tecnológica e a pouca flexibilidade na gestão de recursos, principalmente na gestão de pessoas, impõem aos gestores hospitalares públicos enormes desafios.

A prestação de serviços de qualidade requer uma estrutura segura, de acordo com as normas técnico-sanitárias, profissionais habilitados, gestão de riscos, atuação com foco no cliente/paciente, processos padronizados, documentados e aplicados, informações consistentes e a busca contínua pela melhoria, pelo aprendizado e capacitação de todo o corpo de colaboradores. É disto que trata a Acreditação, além de ser um mecanismo de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde.

No âmbito da FHEMIG, o processo de Acreditação se soma a outros em curso, como a implantação de Protocolos Clínicos, do Sistema de Gerenciamento de Custos, da Gestão do Conhecimento, da Gestão Estratégica, da Contratualização, da Gestão Ambiental, para dar sustentação ao Mapa Estratégico institucional. Neste Mapa, estão estabelecidos os objetivos que permitem a Fundação enfrentar os desafios apontados na gestão hospitalar pública e perseguir a sua visão de futuro – “constituir-se em modelo de excelência no país para a promoção da assistência e qualificação hospitalar”.

ACREDITAÇÃO - FHEMIG

SUMÁRIO

1 Apresentação	2
2 Histórico da Acreditação	4
3 Para entender melhor a Acreditação	7
3.1 O que é Acreditação?	7
3.2 O que é ONA?	8
3.3 O que é Manual da ONA?	8
3.4 O Processo de Acreditação foi desenhado para responder às seguintes questões	9
4 Quais as vantagens da implantação da Acreditação?	10
5 Quais os níveis de Acreditação?	11
6 Algumas ferramentas necessárias para a implantação da Acreditação	12
6.1 Mapa de processo	12
6.2 Cadeia cliente/fornecedor	13
6.3 Procedimento Operacional Padrão (POP)	14
6.4 Relato de Não Conformidades (RNC)	14
6.5 Planilha de Indicadores (PIN)	15
6.6 Análise Crítica dos indicadores	16
6.7 Plano de Ação	16
6.8 Gerenciamento de Riscos	16
6.9 Matriz de Registro - MTR	17
7 Quais as etapas necessárias para a implantação da Acreditação?	18
8 Como funciona o processo de Avaliação para a Acreditação?	19
8.1 Avaliação para a Acreditação	19
8.2 Visitas de Avaliação ou Auditorias	20
9 Apontamentos do processo de Avaliação	21
10 Processo de Acreditação na FHEMIG	22
11 Referência Bibliográfica	24

O processo de Acreditação já se encontra em três de nossas unidades assistenciais: Hospital Infantil João Paulo II, Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas e Hospital Regional João Penido, em Juiz de Fora. Esse processo tem instrumentalizado melhorias tanto no campo assistencial quanto no campo administrativo, fortalecendo a lógica da aprendizagem organizacional, base para a inovação.

Elaboramos esta publicação para contribuir no desenvolvimento deste processo em toda a instituição. Numa linguagem simples e objetiva, ele busca apresentar, divulgar, esclarecer, e sensibilizar acerca dos conceitos e informações básicas do processo de Acreditação. Esperamos que seus benefícios para a instituição, clientes e colaboradores motivem a todos da FHEMIG pela busca incessante da qualidade em tudo aquilo que fazemos.

Antônio Carlos de Barros Martins
Presidente

Josiano Gomes Chaves
Diretor de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa

A década de 1980 foi o período de incremento na área de qualidade hospitalar no Brasil. O processo de Gestão pela qualidade na área de saúde buscou melhorar o resultado dos indicadores de desempenho, utilizando como instrumento a implantação de ferramentas próprias destinadas a um sistema de certificação em requisitos de qualidade. Neste período, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estabeleceu padrões para os serviços hospitalares na América Latina que, se atingidos, forneceriam ao hospital a condição de Acreditado.

O Brasil desenvolveu nos anos que se passaram diversas experiências em certificação na área da saúde, que posteriormente foram transformadas em uma única metodologia, de consenso, para a implementação de um Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH). Assim, foi construída uma identidade nacional do modelo de qualidade hospitalar a ser adotado no País, incorporando muito do conhecimento e experiência previamente adquiridos.

O assunto acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde em junho de 1995 que, para consolidar o processo, organizou, em 1997, a Comissão Nacional de Especialistas, que teve o objetivo de desenvolver o modelo brasileiro de Acreditação. A busca da qualidade dos serviços de saúde teria como resultado o estabelecimento de um certificado de qualidade hospitalar. O feito se concretizou na década seguinte, quando foi lançada a 1ª edição do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”. Através deste documento, foram oficializados os mecanismos de busca da qualidade da assistência no Brasil e os parâmetros para promover esse aperfeiçoamento. A primeira versão do documento de avaliação hospitalar contemplava 43 itens de verificação, em categorias diversificadas que foi testado em 17 hospitais brasileiros. O seu aperfeiçoamento se deu no ano seguinte com o lançamento da 2ª versão do Manual.

Avançando no processo de implementação da Acreditação no País, em 2001 a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como instituição competente e responsável pela operacionalização do desenvolvimento da Acreditação hospitalar no Brasil. Trata-se de um organismo não governamental, criado em 1999, composto por representantes de entidades prestadoras e compradoras de serviços de saúde, e dos Conselhos Municipal e Estadual de saúde. O reconhecimento ocorreu também pela ANVISA no ano seguinte e, em 2003, a mesma se tornou parceira e colaboradora no desenvolvimento do instrumento de avaliação.

Atualmente no Brasil, existem algumas organizações desenvolvendo processos de acreditação hospitalar distintos. Dois dos mais representativos têm como referência o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA) desenvolvido com base no Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o Manual de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistema de Serviços de Saúde (CBA), com base no Manual de Acreditação para Hospitais da “The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO).

Comparando-se as filosofias dos modelos, a proposta de acreditação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA) parece mais adequada à realidade Brasileira, uma vez que permite a evolução gradativa das unidades hospitalares, passando da estrutura até chegar aos processos. Destaca-se que o nível de exigência da ONA em relação à gestão de riscos e avaliação de fornecedor externo é um diferencial, que proporciona maior qualidade na prestação de serviços de saúde aos seus usuários.

Com a facilidade crescente dos consumidores aos diversos meios de comunicação, principalmente a Internet, a população está a cada dia mais esclarecida e exigente quanto aos serviços que lhes são prestados. Alguns pacientes ao procurar um serviço de saúde se informam anteriormente sobre a sua patologia, tratamento, etc e questionam as condutas tomadas.

Ao comprar um carro o consumidor quer ter a segurança que não corre nenhum risco, que o seu carro além do conforto oferece toda a segurança necessária. Com a saúde não é diferente, o consumidor deseja a mesma coisa, um produto que ofereça conforto e a segurança de que nenhum dano lhe acontecerá tanto na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

A acreditação como sistema de gestão articulado que busca garantir a qualidade dos serviços prestados com foco na melhoria contínua da organização poderá minimizar significativamente muitos dos prejuízos causados às pessoas e às organizações.

3.1 O que é Acreditação?

Acreditar significa ‘tornar digno de confiança’, ‘conceder reputação’. O Acreditado é aquele que ‘merece e inspira confiança’. Conforme o Manual da ONA, a Acreditação é um método de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Quando dizemos que fomos certificados estamos afirmando que o Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital foi avaliado por uma instituição independente e reconhecido por um organismo de acreditação - a ONA -, e foi considerado de acordo com os níveis e padrões do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.

Cabe destacar que a Acreditação é um processo em que as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e garantem, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados. Trata-se, portanto, de uma honraria que une o reconhecimento da competência técnico-assistencial com o estímulo à contínua melhoria dos serviços prestados.

A iniciativa da acreditação exige que o amadorismo ceda lugar ao profissionalismo, à competência e à objetividade; porém, traz a oportunidade das organizações prestadoras de serviços de saúde ser avaliadas objetivamente em termos de gestão da assistência e do seu negócio.

3.2 O que é ONA?

A ONA é uma organização nacional privada, sem fins lucrativos, que tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde. Permite o aprimoramento contínuo da atenção à saúde, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país.

3.3 O que é o Manual da ONA?



O Manual é o instrumento utilizado para avaliação específica, segundo a especialidade e a atividade fim desenvolvida pela organização de saúde. O manual é composto de seções, sub-seções, cada uma delas, compostas por requisitos e orientações a serem seguidos e implementados para construir a qualidade da assistência.

Atualmente estão editados e publicados os seguintes manuais:

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares;

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia;

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico;

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva;

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear;

.Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ ou Pronto Atendimento.

3.4 O Processo de Acreditação foi desenhado para responder às seguintes questões:

- Os processos executados na instituição são corretos?
- Esses processos são bem desenvolvidos?
- A instituição está melhorando seu desempenho?

4

Quais as vantagens da implantação da Acreditação?

A implantação de um Sistema de Gestão de Qualidade traz as seguintes vantagens:

- Para a Instituição

Melhor comunicação entre os setores e padronização das tarefas, fazendo com que melhore a qualidade dos serviços prestados. Melhor relação de custos e despesas, tornando-a mais viável economicamente.

- Para Clientes

Qualidade na Assistência, oferecendo aos pacientes e seus familiares um atendimento uniforme, eficiente e que visa minimizar a ocorrência de falhas, por meio de protocolos, políticas e procedimentos.

Maior segurança para o paciente, pois são realizadas várias atividades a fim de garantir um ambiente seguro, tais como manutenção preventiva de equipamentos e segurança patrimonial e controle dos riscos assistenciais.

- Para Colaboradores

O processo de Acreditação incentiva a instituição a capacitar continuamente os seus colaboradores através de cursos e treinamentos.

Profissionais mais qualificados garantem melhor atendimento e maior segurança.

5

Quais os níveis de Acreditação ?

- **Nível I** – atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.
- **Nível II** – atende aos princípios de padronização de processos, organização para a qualidade, evidências de programas de capacitação e de educação continuada.
- **Nível III** – dispõe de sistema da qualidade com resultados globais alinhados com as melhores práticas da área de atuação em termos nacionais e internacionais e apresenta evidências de vários ciclos de melhoria em todos os setores.

**Nível 1
ESTRUTURA**

**Nível 2
PROCESSO**

**Nível 3
RESULTADO**

6

Algumas ferramentas necessárias para a implantação da Acreditação

6.1 Mapa de Processo – MAP

Define-se processo como um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas).

Para que o processo aconteça de forma adequada faz-se necessária a disponibilização dos itens essenciais entregues por um fornecedor. Esses itens deverão ser trabalhados corretamente pelo setor responsável e disponibilizados na forma de produto final direcionado a um cliente específico.

Representação de um Processo



Exemplo de processo: Preparo de bolo



O Mapa de Processo é o documento que identifica em cada setor quais são os seus principais processos ou os mais críticos relacionando as atividades diárias com as entradas e o produto final. É o ponto de partida para se conhecer toda a rotina do setor e suas interações com outros setores. Ele servirá de base para o auditor conhecer os processos de cada área.

6.2 Cadeia Cliente/Fornecedor – CCF

O Mapa de Processo explicita os produtos a serem entregues e quais os requisitos mínimos exigidos pelos clientes para a entrega destes produtos. A Cadeia Cliente/ Fornecedor é um documento complementar ao Mapa de Processo e tem por objetivo garantir que as atividades sejam desenvolvidas em conformidade com os requisitos estabelecidos, bem como assegurar a qualidade do produto a ser disponibilizado para o cliente. Esse documento demonstra o acordo interno firmado entre o setor responsável pela elaboração do produto e o cliente que o recebe-



- Para identificar os clientes e os fornecedores internos;
- Para definir como o cliente interno deseja receber o produto do seu fornecedor;
- Para definir os produtos / resultados gerados pelos processos.

6.3 Procedimento Operacional Padrão - POP

O Procedimento Operacional Padrão – POP é também um documento complementar ao Mapa de Processo e descreve o passo a passo de cada tarefa que compõem uma atividade. Com isso padronizam-se as atividades, facilitando o entendimento dos processos e sua melhor execução.

Um POP coerente garante ao usuário que a qualquer momento que ele se dirija a unidade de saúde, as ações tomadas para garantir a qualidade do atendimento sejam as mesmas, minimizando as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias.

6.4 Relato de Não Conformidades - RNC

O que é uma Não Conformidade?

Não conformidade é tudo aquilo que esperávamos que fosse feito de uma forma prevista, mas foi feito de uma maneira diferente do padrão estabelecido levando a um resultado não esperado. Para registrar as não conformidades, utiliza-se o documento chamado RNC – Relatório de Não-Conformidade que deve ser feito sempre que os requisitos da Cadeia Cliente/Fornecedor não forem cumpridos, trazendo consequências para o cliente. Pode, também, ser feita, quando houver reclamação formal do cliente externo.



Por que devemos documentar as não-conformidades?

Porque dessa forma damos oportunidade ao setor que originou a não-conformidade de corrigir as falhas e melhorar os seus processos. Vale lembrar que quando ocorre um erro ou uma falha, esta é do processo e não da pessoa. Assim, é importante que todos os envolvidos do setor corrijam o erro de maneira que ele não volte a ocorrer.

6.5 Planilha de Indicadores – PIN

Mas o que são indicadores?

Indicadores são dados ou informações utilizadas para a melhoria da qualidade e desempenho de um produto, serviço ou processo.

Os indicadores devem ser definidos de modo a permitir a mensuração do desempenho a partir dos objetivos estabelecidos pela instituição. Uma vez definidos, atribui-se uma meta, a qual consiste na determinação de um valor ou resultado a ser alcançado em um determinado período e em condições pré-estabelecidas.

Os indicadores são como um painel de controle que aponta se o caminho escolhido (métodos e procedimentos) levará ao destino final (metas).

Se a instituição tem como meta aumentar o volume cirúrgico deverá criar indicadores que permitam mensurar o desempenho do Centro Cirúrgico.

Exemplo de indicadores:

Percentual de ocupação do Centro Cirúrgico

Percentual de cirurgias canceladas por falhas operacionais;

A Planilha de Indicadores é um documento onde ficam evidenciados os indicadores de cada setor. Apresenta os resultados da Organização Hospitalar num determinado período, evidenciando o desempenho do setor. Os indicadores são fundamentais para que o sistema de gestão possa compreender controlar e identificar necessidades de melhoria.

6.6 Análise Crítica dos indicadores

A Análise Crítica é a avaliação dos resultados dos indicadores, objetivando a identificação de problemas e a proposição de soluções na busca de melhoria contínua dos processos.

Para cada indicador deve ser realizada uma análise detalhada de sua tendência (favorável = meta alcançada ou desfavorável = meta não alcançada). Efetivada a análise busca-se a identificação da causa raiz (o motivo que possibilitou a ocorrência do fato). O conhecimento da causa raiz tornará possível:

- a- Se tendência favorável, analisar e identificar o procedimento adotado que permitiu o alcance da meta;
- b- Se tendência desfavorável, intervir na causa principal de modo a diminuir o impacto negativo no resultado do indicador.

6.7 Plano de Ação

O plano de ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas. O plano de ação define o que deverá ser feito, indicando quem é o órgão ou pessoa responsável por essa ação e por que a tarefa deve ser executada. Em seguida, define-se onde serão realizadas as atividades, as datas de início e de fim (quando) para o alcance dos resultados e a maneira como devem ser executadas. Pode-se ainda identificar o investimento necessário à execução da tarefa (quanto custa).

6.8 Gerenciamento de Riscos

O gerenciamento de riscos é feito através da implantação da Planilha Matriz de Riscos, onde constam os riscos que podem existir em um processo ou atividade, bem como a forma de detectar e evitar que eles

ocorram. Considera-se risco a possibilidade de ocorrer algo inesperado na realização de um processo ou atividade. Em todas as etapas de atendimento ao cliente/ paciente existem riscos inerentes aos processos. Devemos, portanto, conhecê-los, listá-los e gerenciá-los, ou seja, tomar as medidas de segurança necessárias para minimizá-los, aumentando a segurança de clientes.

E quais as categorias de risco a serem evitadas?

- Sanitários e Ambientais - relacionados à saúde ou à higiene e ao meio ambiente;
- Ocupacionais e biossegurança - relacionados à atividade profissional;
- Responsabilidade civil – relacionado à organização hospitalar, normas legais e normas internas;
- Assistenciais - relacionado ao paciente;
- Financeiro - relacionado à saúde financeira da instituição (risco de erro no faturamento ou da não entrega das contas dentro do prazo com perda de receita)

6.9 Matriz de Registro - MTR

É um documento que fornece a evidência objetiva das atividades desempenhadas ou dos resultados obtidos, servindo para prover dados à organização, e a atribuição de responsabilidade pela guarda. Descreve, também, o local de armazenamento, o acesso, a temporalidade e a qual documento da qualidade está referenciado.

7

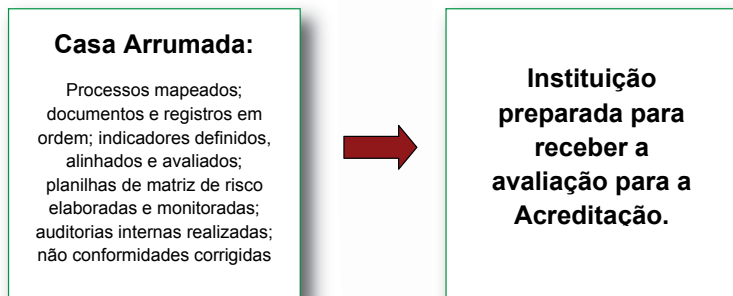
Quais as etapas necessárias para a implantação da Acreditação?



Os treinamentos, como os planos de ação permeiam todas as etapas do processo.

8

Como funciona o processo de Avaliação para a Acreditação?



8-1 Avaliação para a Acreditação

Auditoria que determina se o processo de gestão utilizado na Organização avaliada está em conformidade com os padrões estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação – ONA.

A Organização Prestadora de Serviço de Saúde (OPSS) voluntariamente contrata a Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) para as visitas de avaliação.

As IAC – Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA tem como atribuições e competências :

- Avaliar a qualidade dos Serviços de Saúde;
- Recomendar para a ONA a certificação das Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde Acreditadas;
- Capacitar os avaliadores para o processo de avaliação.

A avaliação é realizada por uma equipe com um avaliador – líder podendo incluir especialistas, avaliadores em treinamento e/ou observadores.

Avaliador é um profissional qualificado para efetuar as avaliações do processo de Acreditação.

Avaliador Líder é o responsável, perante a Instituição Acreditadora, por todas as fases do processo de avaliação.

8-2 Visitas de avaliação ou auditorias

- **Diagnostico Organizacional ou Auditoria Inicial** – Atividade facultada às Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde e que antecede o processo de avaliação para Acreditação. O diagnostico é uma preparação, atua como uma radiografia do funcionamento da organização e base para propor as adequações, correções e mudanças necessárias para busca da acreditação.
- **Avaliação para Acreditação** : a Organização Prestadora de Serviço de Saúde é submetida a uma avaliação devendo atender aos padrões de qualidade definidos para a cada área de trabalho, agrupados em três níveis (I, II e III) conforme manual da ONA.

Resultados possíveis:

- Não Acreditado
- Acreditado – Conformidade com os padrões de Nível 1
- Acreditado Pleno – Conformidade com os padrões de Nível 1 e 2
- Acreditado com Excelência - Conformidade com todos os padrões de Nível 1,2 e 3 .

• **Avaliação de Manutenção da Acreditação**: auditoria com periodicidade mínima semestral e máxima anual. O foco principal são as não conformidades e observações evidenciadas e registradas durante o processo de avaliação.

Para manutenção da qualificação concedida anteriormente durante o processo de Avaliação para a Acreditação, ou seja, Acreditada ; Acreditada Plena , ou Acreditação com Excelência, a Organização Prestadora de Saúde não poderá apresentar não conformidades maiores.

- Evidências Objetivas

Informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos através de observação, documentação, medição ou outros meios.

- Não Conformidades:

Não conformidade maior

Ausência ou incapacidade total de Organização Prestadora de Serviço de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo.

Também pode ser gerada a partir de um grande número de não conformidades “menores”, constatadas ao longo da auditoria da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema.

Exemplos de não conformidade maior:

- Inexistência de Projeto de Combate à Incêndio, contrariando o Gerenciamento de Riscos;
- Descarte do líquido revelador de Raio X em esgoto comum.

Não conformidade menor

Falta de cumprimento a requisitos do Sistema da Qualidade, que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do Sistema da Qualidade;

Exemplos de não conformidade menor:

- não capacitação de colaboradores num determinado setor;
- Um setor sem definição de indicadores.

- Observações:

Considera-se observação uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade avaliada. A falha deve ser monitorada para não transformar em uma não conformidade.

A decisão de se adotar o sistema de gestão da qualidade em uma instituição como a FHEMIG não é simples e traz consigo mudanças profundas de postura, de filosofia de gerenciamento, e uma maior consciência da importância do trabalho de grupo, do respeito pelo ser humano e sua capacidade de melhorar o seu desempenho no trabalho. Estas mudanças profundas, obviamente, não ocorrerão da noite para o dia, é preciso incorporar a tal ponto os conceitos e métodos que eles passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho.

Entretanto resultados concretos e palpáveis começam a ser percebidos nas três unidades (Hospital Regional Antonio Dias – HRAD; Hospital Regional João Penido-HRJP; e o Hospital Infantil João Paulo II – HIJPII) que estão em processo de Acreditação. Simplificação de processos, diminuição do retrabalho, melhorias no ambiente físico, comprometimento com o trabalho são alguns dos resultados que podem ser percebidos .

O ritmo de implementação das mudanças certamente dependerá do grau de comprometimento das pessoas, do uso adequado das ferramentas e do foco em resultados. Em uma gestão eficiente as ferramentas são meios, cujo foco central é sempre a obtenção de resultados para instituição e seus clientes

O grande desafio é inserir neste processo as demais unidades hospitalares da Fundação para que, em um planejamento de médio prazo, todas estejam adequadas aos requisitos de qualidade definidos no Manual da Organização Nacional de Acreditação.

Para assumirmos esse desafio de ampliar o processo a todas Unidades da rede, é importante que se tenha a clareza da visão sistêmica, com uma gestão abrangente, visão estratégica , desdobramento de metas, padronização, ações de melhoria e gestão de pessoas.

É preciso que haja uma consciência clara, por parte de todos os funcionários da fundação e principalmente das gerências, que são o elo entre o operacional e as diretorias, da importância da manutenção do Processo de Acreditação que trará visibilidade, credibilidade aos serviços de qualidade prestados pelas unidades da rede FHEMIG.

Trata-se de lutar por algo em que se Acredita, é dar credito ao que fazemos, e ser reconhecida pelo publico como uma instituição que presta uma assistência de qualidade livre de riscos.

Referência Bibliográfica:

BITTAR, OLímpio J.N.V., QUINTO NETO, Antonio. Hospitais: Administração da qualidade e Acreditação de Organizações Complexas. Antonio Quinto Neto, Olímpio J. N.V. Bittar (orgs). Porto Alegre: Dacasa, 2004. 212p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Versão 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRENAN, TA and cols. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of Harvard Medical Practice I Study. NEJM, 324(6):370-376, 1991.

BROWN, P.; McARTHUR, C.; NEWBY, L. et alli. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. J Health Serv Res Policy (Suppl). n. 1, p. S29-S34, jul. 2002.

COUTO, Renato C., PEDROSA, Tania M. Grillo. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. V.1. Belo Horizonte: IAG Saúde. 2009.

COUTO, Renato C., PEDROSA, Tania M. Grillo. Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FORSTER, A. J.; ASMIS, T. R.; CLARK, H. D. et alli. Ottawa hospital patient safety study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. CMAJ. v. 170, n. 8, p. 1235-1240, abr. 2004.

JARLIER, A.; CHARVET-PROTAT, S. Can improving quality decrease hospital costs? Int J Qual Health Care. v. 12, n. 2, p. 125-131, abr. 2000.



FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



SUS Sistema
Único
de Saúde



**GOVERNO
DE MINAS**