

ACREDITAÇÃO

Prioridade e desafio

EMÍLIO IMPERATORI

Serviço de Promoção e Garantia da Qualidade. Direcção Geral de Saúde.
Escola Nacional de Saúde Pública (Universidade Nova de Lisboa). Lisboa

RESUMO

Pretende-se com este artigo suscitar a discussão sobre um tema em que Portugal não tem uma posição definitiva e em que o contributo dos médicos sendo fundamental, não está definido. A partir de bibliografia recente revêem-se o conceito e evolução da acreditação, suas vantagens e inconvenientes, o método (standards, organismo acreditador e processo) e a experiência de alguns países.

SUMMARY

Accreditation. A priority and a challenge

This article aims at rousing the discussion of a subject in which Portugal does not have a definitive position and on which the doctors' contribution, although fundamental, is not yet defined. The concept and evolution of accreditation, its advantages and inconveniences, the method (standards, accreditation body and process) and experience of some countries are reviewed according to recent bibliography.

CONCEITO

O conceito de acreditação no meio empresarial é diferente do utilizado nos Serviços de Saúde. As empresas preferem falar em certificação quando se referem a organizações e programas, o que não acontece na Saúde. Nos EUA, por exemplo, certificação refere-se a indivíduos¹: reconhecimento por uma organização (governamental ou não) de que um indivíduo possui padrões previamente definidos como indispensáveis (habilitações, capacidade, etc.).

Para Jesse² a acreditação é a avaliação da estrutura organizativa dum hospital e dos cuidados que presta, comparando-os com padrões profissionais actualizados para determinar se o hospital cumpre um mínimo suficiente de padrões que mereça o certificado de acreditação.

Para Viñas et al³ a acreditação é o facto pelo qual se reconhece, mediante uma análise da estrutura, que um estabelecimento de saúde reúne as condições exigidas por níveis de qualidade previstos, entendendo por estrutura a física, a organizativa e a funcional, pelo que o processo de acreditação avaliará edifícios, instalações, equipamentos, pessoal e base organizativa do estabelecimento a acreditar.

Para Novais e Paganini⁴ acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário,

periódico e reservado, que tende a assegurar a qualidade da assistência através de padrões previamente aceites. Os padrões podem ser mínimos, definindo o limiar básico, ou mais elaborados e exigentes, definindo níveis de aceitação. Para os autores, um estabelecimento é acreditado quando a distribuição e organização dos seus recursos e actividades configuram um processo cujo resultado final é uma assistência médica de qualidade satisfatória.

Os mesmos autores diferenciam a acreditação da *categorização* que seria a classificação de estabelecimentos de saúde (com ou sem internamento) de acordo com critérios adoptados (complexidade, riscos, etc.), o que permitiria definir níveis, concentrar actividades e classificar os benefícios de acordo com a sua viabilidade, segundo o tipo de estabelecimento analisado. Estes autores não aceitam a classificação dos estabelecimentos com *estrelas* como nos hotéis por razões de equidade (que permitiriam variações unicamente nos aspectos de hotelaria); e pela inflação que esta classificação poderia causar na aquisição de tecnologias pouco apropriadas. A categorização seria uma fase prévia à acreditação.

Não será aqui considerada uma modalidade específica da acreditação que são os programas de acreditação docente, intimamente relacionados com o que em Portugal se entende por idoneidade dos serviços. No entanto, o

raciocínio é o mesmo: através duma série de parâmetros assegura-se que determinado serviço de saúde garante condições para a docência.

EVOLUÇÃO

A evolução da acreditação reflecte a que se verifica nos outros métodos de melhoria da qualidade que, começando por aspectos puramente estruturais, foram avançando progressivamente para a área dos resultados. Assim, passou de demonstrar que um estabelecimento tem capacidades (estrutura) a demonstrar que já obtém bons resultados.

É sabido que as avaliações de estrutura são mais rápidas, fáceis e objectivas, mas a melhor estrutura não garante a qualidade do processo, e por outro lado, que as avaliações do processo não asseguram bons resultados. Por isso, a avaliação de resultados seria o método mais correcto de avaliar cuidados de saúde estando porém dificultado pelas diferentes respostas individuais e pela consequente dificuldade em fixar padrões. Alguns indicadores de resultados (desfavoráveis) podem no entanto ser úteis e relativamente fáceis de determinar como, por exemplo, a amputação de um pé diabético relacionado com o mau funcionamento do controle da diabetes.

Em 1916, E.A. Cadman em Massachussets, reconheceu a importância da *certificação* dos médicos e da acreditação de instituições, o que se tornou realidade em 1918, com o Programa Nacional de Padronização Hospitalar, em que de 692 hospitais, só 90 foram aprovados⁵.

Em 1951 foi criada a Joint Commission for Hospital Accreditation (EUA), pouco depois procurou-se introduzir a noção de avaliação através das auditorias médicas (1955), e a partir de 1986 procurou-se desenvolver até ao ano 2000 um processo de avaliação e monitorização da qualidade, enfatizando o desempenho organizacional e de equipa de saúde, utilizando indicadores específicos definidos por sociedades científicas ou grupos de peritos, sendo alguns dos exemplos: em anestesia, as lesões cerebrais ou medulares pós-anestésicas e a pneumonia por aspiração e, em cirurgia, a infecção operatória em feridas cirúrgicas ou as úlceras de decúbito.

Actualmente, nos EUA, a maior parte dos hospitais ultrapassaram as avaliações de estrutura (física, organizacional, quadro de pessoal, manuais de rotina, normas e procedimentos) e processo (avaliação das histórias clínicas), centrando-se nos resultados clínicos ou de gestão. É de sublinhar que, entre os anos 50 e 80, a ausência de envolvimento dos médicos na gestão hospitalar foi notória e está actualmente a modificar-se, coincidindo com o novo interesse pelos resultados.

Assim, a acreditação foi-se tornando um instrumento de avaliação da *Qualidade Total*, da Melhoria Contínua da Qualidade⁶ e do Desenvolvimento Contínuo da Qualidade (DCQ)⁷, porque se admite que os resultados conseguidos são o produto final de uma série de interações e, por essa razão, considerado incorrecta a acreditação parcial dum estabelecimento. Os bons resultados do bloco cirúrgico, por exemplo, também são devidos à lavanderia, à esterilização e à enfermagem em sala.

FINALIDADES - VANTAGENS - BENEFÍCIOS

A principal finalidade da acreditação é assegurar níveis adequados de estruturas, processos e resultados.

A acreditação detectará problemas e suas causas, dando lugar a medidas de correcção, exercendo pressão mais ou menos directa para que elas sejam postas em prática e a situação melhore.

A monitorização dos parâmetros incluídos na acreditação permitirá elaborar o perfil dos estabelecimentos de saúde. Nos estabelecimentos são identificados problemas e soluções possíveis e é questionada a qualidade dos cuidados prestados.

A acreditação dum estabelecimento significa para o mesmo um reconhecimento que aumenta o seu prestígio e, muitas vezes, tem vantagens económicas, porque a acreditação permite contratos ou convenções que de outra maneira não seriam possíveis.

Outra vantagem assinalável é a reconversão da actividade hospitalar. Viñas⁸ refere hospitais que se reorientaram para cuidados prolongados e para doentes crónicos, depois de não terem sido acreditados como hospitais gerais de agudos.

Dum ponto de vista mais geral, outra finalidade da acreditação é obter uma homogeneização dos cuidados, nomeadamente na rede hospitalar, pelo que contribui para uma maior equidade na qualidade das prestações.

INCONVENIENTES - DESVANTAGENS

A acreditação é um processo moroso e complicado. É difícil definir os parâmetros que a devem integrar e mantê-los actualizados. É impossível copiar textualmente parâmetros de um contexto nacional e aplicá-los em outro.

É relativamente dispendioso e exige um corpo de *acreditadores* numeroso e bem preparado. Em algumas ocasiões foi imputada à acreditação o aumento dos custos dos cuidados de saúde e do congelamento dos preços.⁸

Muitas vezes os hospitais têm utilizado a acreditação mais como um meio para obter contratos e convenções do que um método para melhorar a qualidade. No entanto, parece de admitir que os benefícios são superiores às desvantagens ou inconvenientes.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A acreditação parece claramente útil pelo menos em duas situações: quando a qualidade dos cuidados de saúde é muito desigual e quando o Estado compra prestações a terceiros, incluindo outro sector do Estado.

Durante muito tempo pareceu impossível que o Estado pudesse acreditar os seus próprios serviços. Algumas experiências parecem mostrar que isto não é impossível, sendo até vantajoso (Catalunha). Estes casos não seriam uma contra-indicação mas uma dificuldade acrescida em que é necessário definir claramente os benefícios que os estabelecimentos conseguem com a sua acreditação, visto que o *prestígio* não é, sobretudo no princípio, um

estímulo suficientemente forte. A acreditação nestes casos viria a reforçar o Planeamento da Saúde, a justificar investimentos e a contribuir para a boa distribuição de pessoal no país, além de, naturalmente, obrigar aos estabelecimentos de saúde a fazer uma auto-reflexão sobre os cuidados que prestam.

Portugal, o Reino Unido e mesmo a Catalunha vivem uma situação semelhante, visto que quem financia a saúde é simultaneamente o proprietário da maioria dos hospitais. Isto obrigaria não só a reconhecer as próprias deficiências como a aumentar os orçamentos. Nestes países a dificuldade é também, ou sobretudo, definir **Quem** é o acreditador. A única contra-indicação é o caso em que existindo acreditação se sabe que não serão tomadas medidas de melhoria.

MÉTODO

Três elementos são habitualmente descritos e analisados na acreditação (um mais relacionado com o conteúdo, outros mais com a forma): os parâmetros de acreditação, o organismo acreditador e o processo de acreditação.

1. Parâmetros de acreditação

É talvez o elemento mais importante e difícil de definir. Os parâmetros de acreditação correspondem à definição de critérios de qualidade e, por isso, devem reunir os requisitos descritos para eles (excluído o número) em diversas oportunidades:

- válidos cientificamente
- actualizados periodicamente
- obtidos por um largo consenso profissional
- preferentemente normativos e não empíricos
- necessariamente explícitos

Os parâmetros (às vezes também chamados critérios, standards ou normas de acreditação) devem ser assumidos pelo órgão acreditador como norma interna ou, no caso do Estado, eventualmente norma nacional homologada por despacho ministerial. O problema está em que quanto mais alta é a aprovação e mais segurança dá de ser cumprida, mais difícil é actualizá-la periodicamente. Por isso, cada caso nacional deve encontrar a forma mais adequada. Em Portugal, no caso de ser o Estado o organismo acreditador, pareceria a homologação por despacho ministerial a mais flexível e eficaz.

As normas podem fixar um único nível mínimo ou configurar várias categorias, por exemplo, 3 níveis, que corresponderiam ao cumprimento mínimo, excelente e intermédio. É evidente que critérios e padrões devem estar formulados de maneira que permitam a medição do elemento pretendido e a sua evolução no tempo em sucessivas medições.

A medição pode ser quantificada ou não; há elementos que poderão revestir só formas qualitativas tipo *existe* ou *não existe*.

A explicitação dos parâmetros tem de ser pública, o que se consegue naturalmente quando o despacho ministerial é publicado em Diário da República. Mas, no caso de organismos mais ou menos privados de acreditação,

as normas têm que ser amplamente divulgadas, para aumentar a adesão, a objectividade e favorecer o aspecto pedagógico autoavaliativo.

As normas da Joint Commission⁹ dão no início a ideia geral pretendida, seguindo-se os parâmetros específicos que se pretendem medir.

As normas representam o modelo de estabelecimento de saúde a atingir, e este modelo tem que ser definido por consenso entre as autoridades e as organizações profissionais e científicas; para alguns aspectos do atendimento ou de satisfação, até parece correcta e possível a participação dos utentes.

Como já foi referido, a acreditação actualmente não se limita à estrutura (mesmo no sentido de Donabedian de *tudo o que permite trabalhar*) mas ao processo e aos resultados. Para alcançar padrões de resultados será necessário olhar para a qualidade total do estabelecimento.

É tendo em conta a qualidade total, que para alguns autores^{6,7} não é possível acreditar um serviço isolado e que se um deles cumprir com os mais altos padrões, o nível do hospital (se houver níveis) deve ser definido pelos níveis mais baixos atingidos por outros serviços, para reforçar o conceito de utilização e interdependência entre todas as estruturas e processos do hospital ou centro de saúde.

Para elaborar padrões de acreditação, Novais e Paganini⁴ partiram dos seguintes pressupostos:

- deve ser considerada a relação custo-benefício, e evitados parâmetros de medição complexa e utilidade relativa;
- os parâmetros não devem procurar uma descrição exaustiva, mas representativa da realidade hospitalar que permita facilmente chegar a conclusões eficazes;
- muitos indicadores ou parâmetros serão qualitativos, a sua verificação não necessitará de relatórios demorados mas, unicamente, de observação de factos ou elementos;
- todos os indicadores deverão ser facilmente verificáveis evitando análises extensas de documentos ou dados não trabalhados;
- quando se utilizarem padrões de resultado convém utilizar os de processo e estrutura que se pensa poderem estar relacionados;
- cada padrão deverá prever diferentes níveis;
- a amplitude dos padrões deverá ir do mínimo ao máximo, sendo este último não o ideal teórico, mas o ideal atingível na realidade;
- os níveis superiores de cumprimento dos padrões devem supor a satisfação dos inferiores.

No caso de terem sido definidos vários níveis para cada parâmetro, os mesmos autores recomendam:

- para ser acreditado, o estabelecimento deve cumprir pelo menos o nível mínimo em todos os parâmetros ou padrões;
- quando o nível mínimo não é atingido em 3 ou menos padrões por deficiências corrigíveis no prazo de 1 ano, pode-se outorgar a acreditação provisória por esse período de tempo;
- os padrões têm igual hierarquia ou valor e nenhum é dispensável;

- os diferentes níveis, dentro de cada padrão, pretendem o desenvolvimento harmónico do estabelecimento, tendendo à coerência do nível da qualidade dos serviços entre si;
- os acreditadores procurarão a maior coerência horizontal dos serviços do estabelecimento;
- a acreditação será outorgada por 3 anos e depois renovada ou não.
- nos casos de acreditação provisória por 1 ano e no caso de a creditação ser dada no fim desse período porque os padrões se cumprem, o período de validade não poderá exceder os 2 anos;
- os estabelecimentos não acreditados deverão esperar pelo menos 1 ano antes de solicitar nova acreditação;
- acreditações sucessivas significarão, em princípio, melhorias e aumento no cumprimento dos níveis;
- em estabelecimentos pequenos, distantes, isolados e que resolvem patologias de baixo risco, poder-se-á admitir o não cumprimento de até 5 padrões para a acreditação plena e de até 10 para a provisória.

Os *Quadros 1 e 2* apresentam exemplos de padrões ou critérios de acreditação.

Quadro 1 – Indicadores Clínicos em Anestesia*

1. Complicação do Sistema Nervoso Central durante ou até 48 horas após a anestesia
2. Deficit neurológico periférico durante ou até 48 horas após a anestesia
3. Enfarte de miocárdio durante ou até 48 horas após a anestesia
4. Paragem cardíaca durante ou até 24 horas após a anestesia
5. Paragem respiratória durante ou até 24 horas após a anestesia
6. Morte durante ou até 48 horas após a anestesia
7. Reinternamento 24 horas após a anestesia
8. Internamento em cuidados intensivos até 1 dia depois da anestesia
9. Edema pulmonar durante ou até 48 horas após a anestesia
10. Pneumonite por aspiração durante ou até 2 dias depois da anestesia
11. Cefaleia postural até 4 dias depois de anestesia raquidea ou epidural
12. Lesões dentárias durante a anestesia
13. Lesões oculares durante a anestesia.

* Adaptado: Accreditation Manual for Hospitals 1992. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. EUA. (9)

Um exemplo do conjunto de assuntos sobre os que se debruça a acreditação é a *ordem* de 10 de Julho de 1991 que regula a acreditação na Catalunha agrupando os standards nos seguintes capítulos:

- Direcção, administração e funcionamento geral
- Direcção e serviços médicos
- Direcção e serviços de enfermagem
- Admissão
- Qualidade dos cuidados
- Direitos do doente
- Sugestões e reclamações
- Trabalho social
- Estrutura física, instalações, segurança e manutenção
- Internamento
- Internamento pediátrico

- Consultas externas
- Urgências
- Farmácia
- Banco de sangue
- Dietética
- Bloco cirúrgico geral
- Obstetria
- Unidade de imagiologia
- Laboratório
- Anatomia patológica
- Documentação clínica
- Biblioteca
- Esterilização
- Cozinha
- Lavandaria
- Limpeza

No Manual de acreditação apresentado pela OPAS/OMS⁴, os padrões são divididos em obrigatórios e não obrigatórios sendo também definidas algumas *condições de qualidade implícitas* e os direitos e deveres dos utilizadores. Os padrões mínimos obrigatórios estão assim agrupados:

- Organização da assistência médica:
 - Continuidade da assistência, transferências ou referências, ambulatórios, emergências, laboratório de análises clínicas, diagnóstico por imagem, hemoterapia, assistência obstétrica, centro cirúrgico, anesthesiologia, controle de infecções hospitalares.
 - Áreas técnicas de apoio:
 - Alimentação, lavandaria, limpeza, esterilização, farmácia, enfermagem, histórias clínicas e arquivo, estatísticas, segurança e saúde ocupacional, segurança geral, garantia de qualidade
 - Documentação física:
 - Projectos/Plantas.
 - Estrutura físico-funcional:
 - Acesso, circulação.
 - Instalações:
 - Sistema eléctrico, controle de excrementos, resíduos e potabilidade da água, conforto no internamento.
- Os padrões não obrigatórios incluem parâmetros sobre: cuidados intensivos, neonatologia, medicina nuclear, radioterapia, reabilitação e medicina física, serviço social e biblioteca.

O manual apresenta também exemplos de indicadores de resultados especificados por serviços ou especialidades, o que representa um certo avanço em relação a programas mais antigos.

2. O organismo acreditador

É a organização que outorga a acreditação dos estabelecimentos de saúde, põe em funcionamento o processo de acreditação e elabora as normas a utilizar.

Inicialmente os organismos acreditadores eram associações científicas ou profissionais: a actual *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* estava formada por associações médicas e de hospitais e colégios de médicos, de cirurgiões e, posteriormente, de estomatologistas. O *Canadian Council on Health Facilities*

Quadro 2 – Padrões de Acreditação em Obstetrícia*

1. O responsável pelo Serviço de Obstetrícia deve ser um especialista em obstetrícia
 2. O serviço deverá dispor dos seguintes espaços:
 - área de dilatação
 - sala de partos
 - zona limpa com armazém de material esterilizado
 - zona de material sujo
 - vestiário
 - instalações sanitárias para o pessoal
 - instalações sanitárias para os utilizadores
 3. O Serviço terá acesso fácil e rápido a:
 - material, equipamento e medicação de reanimação cardiorespiratória e monitor desfibrilhador
 - bloco cirúrgico
 4. O Serviço deverá assegurar no mínimo:
 - presença física permanente de uma parteira
 - localização urgente de: obstetra; ajudante cirúrgico; anestesista; pediatra
 5. Existência de protocolo escrito sobre cuidados para:
 - gravidez normal
 - hipertensão arterial
 - diabetes
 - hemorragia
 - parto
 - puerpério
 - recém nascido
 6. Equipamento para reanimação de recém nascidos (RN):
 - material de entubação
 - material de aspiração
 - respirador manual
 7. Deverão existir pelo menos duas incubadoras, uma delas portátil
 8. Deverá existir articulação com um Serviço de pediatria. Se este não existir no hospital e tiver que ser de outro, haverá um documento escrito de colaboração
 9. Será realizada uma consulta pediátrica nas primeiras 24 horas a todos os RN
 10. Existirá um sistema de identificação dos nados vivos
 11. Para cada RN será elaborada uma história clínica própria que ficará junto à história clínica da mãe
 12. Deverão realizar-se a todos os RN todas as provas incluídas no Plano de diagnóstico precoce de doenças metabólicas
 13. Deverá registar-se a realização de HBsAg nas grávidas seguidas no hospital. Nas seguidas fora do mesmo haverá que se verificar se foi feito
 - Todos os RN de mãe HBsAg+ serão imunizados contra a Hepatite B
 - Deverá existir um responsável pelo cumprimento destas normas
 14. Existirá um registo de RN onde constam os dados de identificação e os dados clínicos.
 15. Caso de morte materna e/ou perinatal:
 - Protocolo escrito para avaliação da morte materna cumprido
 - Protocolo escrito para avaliação da morte perinatal cumprido
 - Registo da mortalidade materna
 - Registo da mortalidade perinatal
 16. Outros parâmetros de resultados:**
 - RN de baixo peso cuja gravidez foi seguida no serviço
 - RN com sofrimento fetal por anoxia ou hipoxia
 - RN com traumatismo do parto
 - RN com malformação congénita não diagnosticada
 - RN com doença hemolítica por isoimunização
- Nota: No momento da visita para acreditação estarão disponíveis:
- Protocolos
 - Registo de mortalidade materna
 - Registo de mortalidade perinatal
 - Registo de RN
 - Acordo escrito com hospital de referência
 - Ficheiro de detecção de doenças metabólicas

* Adaptado: Questionari d'acreditatió. Generalitat de Catalunya (16); ** Acrescentados no sentido de exemplificar padrões de resultado

Accreditation formou-se com representantes das Associações de Hospitais e de Médicos, do Colégio de Médicos e Cirurgiões, uma representação da Associação de Médicos Francófonos e da Associação de Enfermagem e, como ouvintes, 2 representantes do Governo.

O *Australian Council of Health Care Standards*, que surgiu posteriormente, inclui representantes das Associações de Médicos e Hospitais e de vários colégios profissionais (incluindo o de administradores de saúde) e da Associação de Enfermagem. Tem também uma grande

participação da Administração Pública (Governo Federal e Governos Estaduais).

Pitt recomenda que o organismo acreditador seja¹¹:

- orientado pelos profissionais
- independente do governo
- não lucrativo
- educativo (textos de apoio, orientação, seminários, etc.)
- formado com a representação dos utilizadores.

Na Catalunha, o organismo acreditador é a Administração Pública, tendo sido a Generalitat de Catalunya quem o organizou. O Comité de Acreditação era integrado por 6 membros¹², existindo uma Comissão Assessora para os Estabelecimentos para doentes agudos, por sua vez formada por¹³:

- o Subdirector Geral de Avaliação e Acreditação da Direcção Geral de Recursos de Saúde (DGRS)
- o Chefe do Serviço de Autorização, Acreditação e Avaliação da mesma DGRS
- o Chefe da Secção de Acreditação e Controlo da Qualidade da DGRS
- um representante do Instituto Catalão da Saúde
- um representante do Conselho de Colégios Médicos da Catalunha
- um representante do Conselho de Diplomados em Enfermagem da Catalunha
- um representante da União Catalã de Hospitais
- um representante do Consórcio Hospitalar da Catalunha
- um representante do Agrupamento Catalão de Estabelecimentos de Saúde
- um representante dos estabelecimentos não incluídos nas 3 associações indicadas.

A OPAS/OMS⁴ recomenda que na composição exista:

- representação do Sector Público (especialmente Ministério da Saúde) e do Privado
- participação das Associações profissionais
- representação das Academias ou Associações científicas

e que o perfil dos acreditadores corresponda a profissionais de indiscutível prestígio e experiência para observar e analisar factos e documentos, fazer recomendações pertinentes e discutir com o estabelecimento as soluções possíveis.

O êxito dum programa de acreditação depende da credibilidade dos seus acreditadores no terreno¹¹ sendo, por isso, normalmente nomeados pelos seus pares.

A *Joint Commission* utiliza acreditadores no terreno a tempo inteiro, pelo que não realizam prestação de cuidados, embora tenham uma categoria senior, sendo eventualmente já reformados.

De todas as maneiras convem definir claramente dentro do organismo acreditador: quem define os critérios; quem os aplica; quem outorga a acreditação; quem verifica os factos no terreno; quem analisa; quem propõe. Se se admitir que cada programa de garantia de qualidade é um fato à medida, a acreditação é a alta costura, e o organismo acreditador aproveitando experiências externas, tem que ser constituído, de acordo com a realidade nacional.

Por exemplo, num país onde tradicionalmente a saúde

seja do sector público, se a acreditação fôr do sector privado, os incentivos e investimentos estatais não aumentariam substancialmente.

3. O processo de acreditação/programa de acreditação

Entende-se por processo de acreditação¹⁴ o conjunto de actuações, estudos, relatórios e outras medidas que permitam ao organismo acreditador tomar a decisão final de acreditar ou não determinado estabelecimento.

O processo inclui a definição de parâmetros mediante a procura de consensos, a definição do modelo institucional que se procura (naturalmente, foi definida previamente a missão, finalidade e atribuições do próprio organismo acreditador), a elaboração de um questionário de acreditação ou de um manual de acreditação, as formas de o aplicar e as de conseguir que se tomem medidas correctoras que melhorem os cuidados e os seus resultados.

Relativamente ao trabalho com o estabelecimento a acreditar, as fases são:

- o requerimento da acreditação feito pelo estabelecimento
- envio do questionário ao estabelecimento
- preenchimento do questionário de acreditação pelo estabelecimento
- devolução do questionário preenchido para primeira análise pelo organismo acreditador
- visita ao estabelecimento (duração de 3 a 5 dias)¹¹
- análise, por uma comissão multidisciplinar, das verificações efectuadas
- elaboração dum relatório aprovando a acreditação e definindo o seu prazo de validade, ou negando-a
- no caso de acreditação parcial, discussão com o estabelecimento de medidas de melhoria e do prazo para o seu cumprimento
- no caso do estabelecimento não ter sido acreditado, discussão das medidas necessárias e definição duma data para reapresentar candidatura.

Novais e Paganini⁴ admitem que um passo prévio à acreditação é o licenciamento dos estabelecimentos de saúde e a definição do tipo de estabelecimento que será acreditado, bem como:

- pagamento das despesas da acreditação segundo tabelas definidas
- um intervalo de 1 mês entre a recepção do questionário no estabelecimento e a visita ou auditoria
- comunicação da direcção do estabelecimento ao pessoal e aos utentes da data em que se realizará a visita para acreditação, pedindo a sua colaboração
- a comunicação da decisão final da entidade acreditadora será confidencial
- a divulgação da acreditação é da responsabilidade do estabelecimento; quando forem definidos níveis são para utilização interna da entidade acreditadora e do estabelecimento, o resultado público é a acreditação ou não acreditação
- o resultado poderá ser apelado só uma vez.

Este tipo de factos deve variar de um país para outro, conforme a realidade nacional e os objectivos do programa de acreditação, mas terão sempre que ser definidos

previamente, sendo por isso apresentados aqui só a título de exemplo.

EXPERIÊNCIAS EM ACREDITAÇÃO

1. Mesmo reconhecendo algumas limitações de eficácia, evidenciadas no campo jurídico, os EUA são o exemplo típico e bem sucedido da acreditação. Mais de 5.000 hospitais acreditados através de padrões de estrutura, processo e resultado assim o indicam. No entanto, não são de ignorar os custos de acreditação, nem as distorções verificadas no sistema de avaliação da qualidade que levaram as Comissões de Gestão de Riscos (Risk management) a converterem-se em escritórios de advocacia preventiva, perdendo o principal objectivo da análise da qualidade: a observação do efeito dos cuidados na saúde da população⁴. Mas, este facto, até vem reforçar a necessidade da acreditação.

2. A acreditação no Canadá começou na prática nos primeiros anos da década de 50¹⁵, directamente ligada ao programa americano. A partir de 1959 o programa é descrito como voluntário, independente, nacional, bilingue e não lucrativo. Actualmente o *Canadian Council of Health Facilities Accreditation* (CCHFA) elabora standards para hospitais de agudos, cuidados prolongados, saúde mental e reabilitação. Como já foi referido, na sua direcção estão representadas as principais organizações médicas, a Associação Canadense de Hospitais, a Associação Canadense de Enfermagem e a Associação Canadense de Cuidados Prolongados.

O CCHFA tem um conjunto de supervisores de aproximadamente 220 profissionais senior (médicos, enfermeiros e administradores) que devem realizar visitas de acreditação pelo menos durante 2 semanas por ano, sendo pagos para isso. Em 1990, estavam acreditados 74% do total de hospitais de agudos, 32% dos estabelecimentos de cuidados prolongados, 79% dos centros de saúde mental e 65% dos de reabilitação.

3. Na Austrália, o *Australian Council of Health Care Standards* acreditou o seu primeiro hospital em 1974. Hoje, o conselho inclui 20 organizações de hospitais, de médicos, de enfermagem e governo, e acredita hospitais de agudos, hospitais psiquiátricos, casas de repouso, centros/hospitais de dia e centros de enfermagem e de cuidados domiciliários. Cada ano realizam-se aproximadamente 140 visitas de acreditação por um conjunto de aproximadamente 200 pessoas. As creditações são outorgadas por períodos que variam entre os 1 e 5 anos, segundo o nível conseguido. Mais de 40% de camas hospitalares de agudos têm sido acreditadas. O Conselho, com os Colégios Médicos, comprometeram-se a elaborar indicadores clínicos para incluir no processo de acreditação (1993). O programa australiano tem colaborado com a Nova Zelândia na organização dum programa de acreditação nesse país.

4. A Catalunha foi a primeira experiência de acreditação na Europa e, desde então, realizaram-se 3 processos de acreditação: em 1981, 1983 e 1991⁸.

Os standards publicam-se em forma de legislação e são elaborados e revistos pelo Departamento de Saúde, colégios profissionais, associações médicas e grande número de peritos independentes. O questionário de acreditação tem pelo menos 800 itens.

Em 1981, 1983 e 1991 os hospitais na Catalunha eram respectivamente 173, 189 e 167. Nos mesmos anos os hospitais que pediram acreditação foram 143, 126 e 100.

Em 1981 e 83 nenhum hospital foi acreditado por 3 anos; em 1981, 95 foram acreditados por 1 ano e 48 não acreditados; em 1983, 121 acreditados por 1 ano e 5 não acreditados. Como já referido, os não acreditados eram hospitais de agudos que se reorientaram para cuidados prolongados porque não puderam vender serviços *convencionados*.

Em 1993 a análise dos 100 questionários de acreditação apresentados, mostra que os standards foram cumpridos em 83,3%³; que 30 hospitais atingiram entre 81 e 85% de cumprimento dos standards, 33 hospitais ultrapassaram os 85% de cumprimento e 26 hospitais não atingiram os 80%. Os standards são suficientemente altos para não se cumprir em 100% mas não tanto como para excluir da acreditação um grande número de hospitais.

O seu cumprimento foi diferente nos diversos sectores hospitalares. O melhor cumprimento verificou-se nos standards de farmácia (97,6%) e o pior nos de anatomia patológica (54,2%).

Além da farmácia, com mais de 90% de cumprimento estavam: enfermagem, documentação clínica, admissão, esterilização, serviços médicos, cozinha, ginecologia e obstetricia, urgências e, cirurgia e anestesia.

Com menos de 75% encontraram-se: garantia de qualidade (74,9%), dietética (73,4%), assistência social (73,4%), consultas externas (72,0%) e internamentos (69,0%).

A experiência de acreditação na Catalunha considera-se importante e positiva, permitindo a implantação dum processo contínuo de avaliação, útil em termos de auditoria médica e decisivo na melhoria da qualidade dos cuidados.

5. O Reino Unido, tem preparado diversos documentos sobre standards e realizado visitas de acreditação. O King's Fund Centre for Health Services Development tem tido um papel fundamental no desenvolvimento destas actividades, estudando a factibilidade dum questionário em 6 distritos do Serviço Nacional de Saúde e em 2 hospitais que voluntariamente quiseram participar, bem como uma avaliação do impacto da actividade¹⁰. No Reino Unido a acreditação é amplamente utilizada com fins docentes pelos colégios médicos e pelo English National Board¹⁵.

6. Na França, a Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale é o organismo estatal que se tem ocupado da acreditação, mas não existe um programa nacional.

7. Na China, começou há poucos anos (1992) um programa de acreditação de iniciativa e responsabilidade estatal. Os standards foram elaborados para 3 níveis de

hospitais diferentes: locais, distritais e escolares. A duração da acreditação é de 3 anos, sendo possível ao governo fechar os hospitais que não conseguirem cumprir, depois de um período razoável de tempo, os requisitos definidos. O principal desafio é dispor de pessoal capacitado para fazer as visitas de acreditação cujo número se estima em 120.000 indivíduos (calculando 3-4 indivíduos para visitas de 3 dias em cada estabelecimento)¹⁴.

8. Na América Latina e Caraíbas, a OPAS/OMS elaborou um conjunto de requisitos mínimos de préacreditação e de standards, alguns deles aqui citados.

9. Em Portugal, existem alguns marcos importantes para a implementação da acreditação, nomeadamente:

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto), Base XIX nas competências das autoridades de saúde, Base XXX sobre a avaliação permanente do Serviço Nacional de Saúde, Base XXXVIII: que define que as instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos ficam sujeitas ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde; e base XXXIX, pela qual as organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância da qualidade por parte do Estado.

O Decreto Lei 11/93, de 15 de Janeiro, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente o seu artigo 38 (poderes de fiscalização do Estado).

O Decreto Lei 345/93, de 1 de Outubro, que cria a Direcção-Geral da Saúde incluindo no seu Serviço de Promoção e Garantia de Qualidade uma Divisão de Acreditação e Auditoria com as seguintes atribuições: propor a acreditação inicial e continuada, pronunciar-se sobre pedidos de licenciamento, propor e efectuar auditorias, avaliar o cumprimento dos padrões de qualidade definidos propondo as medidas de melhoria pertinentes e uma Divisão de Estudos e Modernização que define os padrões de qualidade a atingir.

O Decreto Lei 13/93, de 15 de Janeiro, que regula o licenciamento e fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde e o Decreto Regulamentar 63/94, de 2 de Novembro, que estabelece os requisitos a cumprir pelas unidades privadas de saúde previstos no nº 2 do artigo 1 do Decreto Lei 13/93.

O Decreto Regulamentar 42/93, de 27 de Novembro que regulamenta o licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos que actuam no campo da prevenção secundária na área da toxicoddependência.

O Decreto Regulamentar 44/93, de 17 de Dezembro que regula as condições de licenciamento e fiscalização dos laboratórios com actividades de diagnóstico, monitorização terapêutica e prevenção.

As orientações estratégicas regionais para a Qualidade no período 1992-95 para os Cuidados Primários, elaboradas por um grupo de consenso e aprovadas pelo respectivo

Director Geral, uma das quais é a necessidade de implementar a acreditação dos estabelecimentos de Saúde.

As linhas estratégicas da Direcção Geral dos Hospitais para 1992/94 em que o seu ponto 4, Acreditação de Hospitais Públicos e Privados, sublinha a importância das Associações Profissionais e das Associações de Hospitais na definição de standards de qualidade que possam vir a ser avaliados pelos seus pares e que originou a elaboração de um vasto questionário de acreditação.

Mais recentemente (1994), na Direcção Geral da Saúde, a criação de um grupo multidisciplinar para estudar parâmetros de acreditação nos blocos cirúrgicos.

Por outro lado, as normas da série NP EN ISO 9000 adaptadas aos Serviços de Saúde, podem dar um contributo importante.

Existem portanto em Portugal antecedentes importantes que facilitam a implementação dum programa de acreditação. Há, no entanto, um vasto trabalho a cumprir na definição de padrões de qualidade e na definição do papel dos intervenientes, nomeadamente dos profissionais, tanto na elaboração dos standards como no organismo acreditador, que deverá ter uma forte orientação técnica e no qual, além da representação profissional (Colégios e Associações), deverão existir as do Estado, do sector privado e dos utilizadores.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS/EURO - Glossário de Termos. DGSCP. 1988
2. JESS, W F: Hospital Accreditation: a key to effective quality assurance. European Newsletter of QA 1986; 3: 1
3. VIÑAS LL, BOHIGAS E FERRANDIZ: Acreditement com a método de control de qualitat assistencial. Salut Catalunya 1988; 2: 1
4. NOVAIS HM, PAGANINI JM: Padrões e indicadores de qualidade para hospitais. Organização Panamericana da Saúde/OMS. INUMED. Brasil. Edição do OPAS/HSS/94.05. revisto.
5. GRAHAM NO: Historical Perspective and Regulation Regarding Quality Assessment in Quality Assurance in Hospitals. Ed. Aspen, Rockville MD 1990
6. MELANGHIN CP, KALUZNY AD: Continuous Quality Improvement in Health Care. Aspen Inc. Mariland 1994
7. Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. OMS/EURO. Developpement Continu de la Qualité des Soins: Proposition de Politique Nationale. Copenhague 1995
8. VIÑAS LL: La acreditación de los hospitales en Catalunya, 12 años de experiencia. X Congreso Internacional da Internacional Society for Quality Assurance. Maastricht. Holanda 1993
9. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Accreditation Manual for Hospitals. 1992
10. PITT CHRISTINE: Organizational Audit. International Journal of Health Care Quality Assurance. MCB University Press. 1990; 3: 3
11. BOHIGAS L: in Acreditació hospitalaria. Salut de Catalunya 1991; 5: 3
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Ordre d'acreditación de 21.XI.81.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Ordre d'acreditación de 6.XI.92.
14. HEIDEMANN EG: The contemporary use of standards in Health Care. WHO. Genève 1993 (WHO/SHS/DHS/93.2).
15. RENWICK PA: Quality Assurance in Health Care. The theoretical context. International Journal of Health Care Quality Assurance. University Press 1992; 5: 9, 29-34
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Questionari d'acreditació. Barcelona, 1992