



A POLÍTICA PÚBLICA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: QUALIFICAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

THE PUBLIC POLICY OF HOSPITAL ACCREDITATION: QUALIFICATION OF THE RIGHT TO HEALTH

Carolina Ellwanger¹
Vidal Serrano Nunes Junior²

RESUMO

Ao disciplinar que saúde é um direito social fundamental, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o poder público deverá garantir o direito à saúde com ações de promoção, proteção e recuperação. A excelência na gestão da saúde é um dos pressupostos elementares para a efetivação da dignidade da pessoa humana. Neste sentido, o objetivo do trabalho é analisar a política pública da acreditação hospitalar como mecanismo de qualificação do Sistema Único de Saúde, possibilitando o atendimento adequado à população.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar; Hospital; Política Pública; Qualidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In disciplining that health is a fundamental social right, the Federal Constitution of 1988 established that the public power should guarantee the right to health with actions of promotion, protection and recovery. Excellence in health management is one of the basic assumptions for the realization of the dignity of the human person. In this sense, the objective of the study is to analyze the public policy of hospital accreditation as a mechanism for qualification of the Unified Health System, enabling adequate care to the population.

Keywords: Hospital Accreditation; Hospital; Public Policy; Quality; Health Unic System.

¹ Doutoranda em Direito pela Instituição Toledo de Ensino - ITE. Mestre em Direito pela UNISINOS. Participante do grupo de estudos: A efetividade dos direitos fundamentais (ITE/SP). Professora universitária – UDC/PR. Paraná (Brasil). E-mail: carolellwanger@yahoo.com.br

² Livre-docente, Doutor, Mestre em Direito pela PUC/SP. Professor da Faculdade de Direito da PUC/SP e do Programa de Estudos pós-graduados da Instituição Toledo de Ensino de Bauru. Procurador de Justiça. São Paulo (Brasil).



1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal estabeleceu que o direito à saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser prestada através de políticas públicas capazes de reduzir o risco de doenças e outros agravos.

O direito à saúde é elevado a categoria de direito social fundamental, sendo assim, pode ser considerado um fenômeno polifacético: a prestação do bem-estar de cada um depende da ampla cooperação do Estado e indivíduos.

Ocorre que esta cooperação prescinde de qualificação. É público e notório que o atendimento no SUS – Sistema Único de Saúde – não consegue atingir na plenitude o que se propôs no papel. Os hospitais públicos sofrem todos os tipos de deficiências, sendo a exceção o caso de atendimento plenamente eficiente.

Diante desse patamar é que se discute a política pública da acreditação hospitalar, instituída pela Portaria GM/MS n.º 583, de 17 de abril de 2001. Tal política pública visa criar padrões de gestão hospitalar objetivando maior eficiência do serviço prestado.

A excelência na gestão da saúde é um dos pressupostos elementares para a efetivação da dignidade da pessoa humana. Neste sentido, o objetivo do trabalho é analisar a política pública da acreditação hospitalar como mecanismo de qualificação do Sistema Único de Saúde, possibilitando o atendimento adequado à população a partir da eficiência da gestão hospitalar.

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho se divide na análise do direito à saúde como meio de efetivar a dignidade; na fundamentação do Sistema Único de Saúde; na análise do funcionamento da acreditação hospitalar; e, por fim, no panorama da acreditação no território brasileiro.

A metodologia utilizada para o trabalho foi dedutiva, através de pesquisa bibliografia e documental. A pesquisa documental foi realizada com base em dados do Ministério da Saúde e da Organização Nacional de Acreditação, a partir de informações disponíveis nos endereços eletrônicos de referidos órgãos, foram realizadas compilações, planilhas e interpretações de dados.

2. O DIREITO A SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A partir de 1970 vislumbra-se uma abertura material nos ordenamentos tipificadores do discurso constitucional, em virtude da crescente complexidade das relações sociais. Esta abertura se opõe ao classicismo constitucional, baseado no iluminismo do séc. XVIII, e reconhece o



princípio da dignidade da pessoa humana como epicentro do extenso catálogo de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (CASTRO, 2010).

Neste prisma, o neoconstitucionalismo surge como uma evolução constitucional, calcada no caminho da superação do preconceito individualista:

O fenômeno da abertura constitucional ou da constitucionalização em aberto, que assinala o constitucionalismo pós-moderno, radica, assim, fundamentalmente (...) no cânone da dignidade e da expansão ilimitada da personalidade humana, alçando em forja central da eclética e difusa produção de valores e princípios encarecidos pela sociedade contemporânea. Essa compreensão da evolução constitucional em seu aspecto material e temático busca fotografar a caminhada do constitucionalismo liberal, marcado pelo preconceito individualista, em direção ao constitucionalismo dito societário ou comunitário do fim do milênio passado. (CASTRO, 2010, p. 20-21).

O eixo central do neoconstitucionalismo, e aqui se enquadra a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é o princípio da dignidade da pessoa humana. Tal princípio deve ser entendido de maneira ampla, a fim de possibilitar que o sistema constitucional possa garantir que o fim da proteção do Estado seja o homem, assim, pode ser definida como:

A qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2001, p. 60)

Desta forma, a dignidade da pessoa humana é mais do que um direito fundamental, constitui-se como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, do que um direito fundamental. Assim, a dignidade é fundamento de todos os direitos fundamentais.

Nessa seara, tem-se que a Constituição Federal pode ser entendida como *locus* privilegiado de emanção de garantias de direitos. Ao instituir a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental, essencial que se visualize todos os direitos a partir desta “ótica”.

O princípio da dignidade da pessoa humana ganha notório destaque a partir da 2ª guerra mundial. Isso, pois, combate-se a visão do positivismo jurídico. Com as atrocidades cometidas durante a 2ª guerra mundial, calcadas na pretensa legalidade do discurso de Hitler, vislumbra-se a necessidade de se conhecer textualmente a existência da dignidade humana.

Com o princípio da dignidade da pessoa humana fundamentando o neoconstitucionalismo, o homem figura como a *ratio essendi* de um direito justo. Desta feita, o direito fica proibido de apresentar qualquer forma que leve a degradação, alvitramento ou coisificação do homem. (SOARES, 2010, p. 128)



A efetivação da dignidade perpassa pela seara da saúde. Ao disciplinar que saúde é um direito fundamental, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o poder público deverá garantir o direito à saúde com ações de promoção, proteção e recuperação.

A saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Razão pela qual, a Organização Mundial da Saúde conceitua saúde como bem jurídico coletivo em desenvolvimento, ou seja, como bem que depende da cooperação de Estados e indivíduos.

Neste limiar, sob a ótica jurídica, a saúde deve implicar aspectos individuais, sociais e de desenvolvimento:

(...) sob o aspecto jurídico, devemos entender saúde como o bem fundamental que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento visa assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. Ninguém pode, portanto, ser individualmente responsável por sua saúde. Com efeito, o aparecimento de doenças pode estar ligado mais diretamente a características e fatores individuais, embora não deixe de apresentar traços que o liguem à organização social ou política. (NUNES JUNIOR; DALLARI, 2010, p. 13)

A saúde não pode se limitar ao aspecto individual; devendo transcender para o contexto de saúde pública. Visando resguardar a saúde como bem maior de todos, assegurado pelo Estado e pensado enquanto política pública, a Constituição Federal de 1988 elegeu a saúde como direito social (art. 6º CF/1988), estando estruturado dentro dos direitos fundamentais.

A previsão constitucional dispõe que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças e outros agravos, por meio do acesso universal e igualitário para todos, promovendo a recuperação, proteção e promoção de todos (art. 196 CF/1988).

Ao dispor que a saúde deve ser tratada por meio de políticas sociais e econômicas, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o Estado deve tratar o indivíduo e também a coletividade. Desta forma, não basta para concretização do direito a saúde que o indivíduo tenha acesso a médico/remédios, tornando-se premente que ele tenha também uma condição de vida adequada na coletividade. Assim, por exemplo, compete ao Estado tratar de maneira preventiva e diferenciada as doenças infectocontagiosas: primeiramente para salvar a vida do indivíduo que se encontra doente; e, também, para preservar a condição de bem estar dos demais que não estão infectados. Logo, muito mais do que tratar, deve-se evitar a propagação da doença.

Por necessitar de política pública pode-se dizer que o direito a saúde configura-se como uma norma de direito programático.



Toda a matéria privada na área da saúde tem relevância pública; ou seja, mesmo os trabalhos desenvolvidos por particulares na área da saúde deverão seguir as normas e fiscalizações/controle do setor público.

O sistema público que visa resguardar e proteger o direito à saúde denomina-se SUS (Sistema Único de Saúde) encontrando-se respaldado na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.8.080/90. Destaca-se que o SUS é um sistema único, devendo ser conduzido de maneira solidária entre os entes federativos.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é organizado de acordo com três diretrizes (art. 198 CF/1988): descentralização, com direção única em cada esfera do governo; assistência integral; participação da comunidade.

A descentralização é um processo dinâmico em que União e Estados, paulatinamente, devem transferir a gestão de suas ações e recursos na área de saúde para os Municípios: “as três esferas da federação têm obrigações recíprocas e permanentes com relação à saúde, de tal forma que se uma delas não cumpre adequadamente suas obrigações, a outra deve fazê-lo” (SERRANO, 2012, p. 118). Logo, se pretende a descentralização da execução visando atendimento adequado ao cidadão; jamais se estará descentralizando a responsabilidade da assistência para com a saúde (que permanecerá com todos os entes):

Todos os entes federados são, desta forma, gestores do sistema de saúde, cujas diretrizes são nacionais, sendo certo que a atuação se dará de forma descentralizada. Assim, ao cabo de um processo paulatino e dinâmico, o Município deve assumir a gestão plena das ações e recursos em matéria de saúde, sem prejuízo da necessidade de financiamento e organização nacional do sistema pela União e da agregação, sobretudo na alta complexidade, de ações estaduais.

Não há hierarquia entre os entes federados, mas a distribuição de competências e, dentro dos limites desta, os Estados e Municípios devem desenvolver as respectivas políticas e gestões próprias de saúde, porém de forma concatenada e com responsabilidade comum e solidária perante a população. (SERRANO, 2012, p. 119).

Por assistência integral compreende-se que o sistema deve envolver todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Lei 8.080/90.

Art. 7º: (...)

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Essa diretriz visa resguardar a dignidade da pessoa humana, a igualdade e o acesso universal. Diante dessa diretriz entende-se que não é adequado que o Estado recusar atendimento

em caso, por exemplo, de um custo elevado para o tratamento. Pelo contrario, o direito à vida e à saúde constitui-se um direito inalienável, devendo ser privilegiado em detrimento de interesses financeiros. “A integralidade, em outras palavras, nada mais significa do que privilegiar a vida em detrimento de interesses orçamentários da administração – o chamado interesse público secundário.” (NUNES JUNIOR; DALLARI, 2010, p. 92)

A partir da diretriz da assistência integral entende-se não ser possível negar, por exemplo, um medicamento a determinado paciente por este não estar inserido em uma lista pré-determinada. Isso porque, a saúde não pode ser medida em listas prévias, mas sim a partir da necessidade do caso concreto.

O SUS deve possuir um sistema padronizado, contudo, a padronização não deve limitar o direito, assim, um determinado medicamento por ser alterado por um similar com os mesmos efeitos para o caso concreto, mas o direito de usufruir do medicamento não pode ser negado. Neste sentido, necessário observar que o que pode ser negado é o medicamento experimental, que se configura como medicamento que esta em fase de experimentação, neste tipo de medicamento não há clareza científica sobre os seus resultados e seus efeitos colaterais. Não deve ser ministrado a ninguém, salvo se a pessoa se dispuser em participar do processo de pesquisa.

A terceira diretriz do SUS é a participação da comunidade, que se observa a partir de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Lei 8.142/90

Art. 1 (...)

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Tais conselhos possuem caráter permanente e deliberativo; estas características visam gerar estratégias de controle e execução das políticas públicas junto ao gestor correspondente.

Assim, observa-se que a saúde deve ser propiciada de maneira integral e completa; de maneira preventiva e curativa.

Diante da necessidade do Estado fornecer a saúde a todos, e de muitas vezes da incapacidade de fazê-lo de maneira adequada, observa-se o fenômeno da judicialização da saúde. Através deste instituto tem-se o pedido jurisdicional para a guarida dos direitos sociais à saúde.



No intuito de eximir-se da responsabilidade imposta, o Estado faz sua defesa fundamentando-se no caráter programático das normas concernentes à saúde, na teoria da reserva do possível, na discricionariedade e na tripartições das funções.

Contudo, tais linhas argumentativas não devem prosperar.

Conforme já delimitado, as tripartições das funções na seara da saúde servem para balizar a execução das ações. Jamais eximir qualquer ente federativo de sua responsabilidade. A responsabilidade é “una e indivisível”; os entes são responsáveis solidariamente. Obviamente que a execução deve ser repartida, mas esta repartição visa justamente fornecer ao cidadão um serviço organizado e ágil.

Por sua vez a teoria da reserva do possível também não deve ser utilizada como obstáculo à realização de comandos destinados a promover a saúde da população. Isso pois, o direito a saúde encontra respaldo no mínimo existencial e vital, ligado diretamente ao conceito de dignidade da pessoa humana.

O mínimo existencial corresponde, então, a um conjunto de situações materiais indispensáveis à existência digna, condizente não apenas com a sobrevivência física e na manutenção do corpo, mas também espiritual e intelectual, sem o que não se viabiliza a possibilidade de participação dos indivíduos nas deliberações públicas e muito menos a de ser capaz de tomar as rédeas de seu próprio desenvolvimento. (SALAZAR, GROU, 2009, p. 40)

Assim, não se pode utilizar de fundamentação orçamentária para restringir um direito fundamental ligado diretamente à sobrevivência. A teoria da reserva do possível não tem aplicação frente às normas constitucionais que atribuem direitos subjetivos a seus destinatários.

Logo, cabe ao poder público a organização de políticas públicas capazes de equalizar a balança do direito à vida e do direito à saúde. Não podendo sacrificar nenhum direito em detrimento dos demais, uma vez que se um único direito fundamental não alcance a plenitude, como consequência os demais direitos também não alcançarão. A simultaneidade é imprescindível.

Neste viés necessário a observância do *modus operandi* do poder público visando prestar um serviço de saúde adequado à população.

4. A QUALIDADE DO ATENDIMENTO A PARTIR DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Sendo a saúde um direito social fundamental, compete ao poder público a criação de políticas públicas capazes de efetiva-lo. Contudo, essa efetivação só pode ser considerada plenamente eficaz quando a qualidade do serviço prestado/colocado à disposição da população possui qualidade inquestionável.



Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade no setor de saúde abarca um conjunto de elementos: alto grau de competência profissional; eficiência na utilização de recursos; mínimo risco aos pacientes; alto grau de satisfação dos pacientes; e, efeito favorável na saúde. (D'INNOZENZO; ADAMO; CUNHA, 2006, p. 85).

Desta forma, ao questionar a eficiência do serviço de saúde prestado, deve-se atentar tanto para a competência de quem atende, quanto ao serviço propriamente dito, e, para o resultado advindo com a utilização dos recursos colocados à disposição do paciente. No intuito de aprimorar os serviços de saúde foi criado, pelo Ministério da Saúde, no ano de 1995, o Programa e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995).

No intuito de garantir a eficiência do programa da qualidade em saúde, o Ministério da Saúde passou a adotar medidas para implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros. Assim, no ano de 2001 foi regulamentado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (Portaria GM/MS n.º 583, de 17 de abril de 2001).

A Organização Nacional de Acreditação – ONA – define a acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, possuindo um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua.

A criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde tornou-se um fenômeno universal, deixando de ser um mero conceito teórico para ser uma realidade cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. Ademais, a avaliação constitui um pilar fundamental de garantia da assistência na saúde e é entendida como sendo um instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para mensurar os esforços da organização, qualidade dos serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social. Nesse contexto, a Acreditação Hospitalar se apresenta como um dos métodos de avaliação dos recursos das organizações de saúde, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecido. (MANZO; BRITO; CORREA, 2012)

A acreditação hospitalar passa a ser vista como mecanismo capaz de quantificar e qualificar a assistência no setor de saúde. No Brasil, a partir da Portaria GM/MS n.º 583/2001, o entendimento é que os hospitais e demais serviços de saúde deverão se adequar aos padrões mínimos exigidos pela acreditação. Tais diretrizes balizadoras dos trabalhos são expostas no Manual de Acreditação Hospitalar, atualizados e coordenados pela Organização Nacional de Acreditação. Assim dispõe a referida portaria:

Considerando que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos;



Considerando a adoção pelo Ministério da Saúde do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, que estabelecem os itens a serem avaliados, de forma explícita e objetiva, no desenvolvimento do processo de Acreditação;

Considerando a existência da Organização Nacional de Acreditação – ONA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, integrado por entidades de caráter nacional, representando entidades prestadoras de serviço de saúde, compradoras de serviços de saúde e privadas que se pautam por princípios que regem o direito público, que tem por objetivo geral a promoção e o desenvolvimento do processo de Acreditação no país, resolve:

Art. 1º Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

Parágrafo único. O reconhecimento de que trata este Artigo está vinculado ao Convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Nacional de Acreditação – ONA, que estabelece os critérios, compromissos, deveres e obrigações a serem cumpridos pela partes envolvidas, **de maneira a garantir que o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar ocorra sob a ótica de política pública.** (grifo nosso)

A instituição da acreditação hospitalar enquanto política pública reforça a necessidade de primar pela qualificação dos serviços prestados na seara da saúde, qualificando assim o serviço prestado pelo SUS.

Política pública pode ser definida como “programas de ação governamental, em cuja formação há um elemento processual estruturante” (BUCCI, 2013, p. 109). A expressão “processual” refere-se a “uma sucessão de etapas da vida institucional de uma política pública, desde a inserção do problema na agenda política até a implementação da decisão, passando pela formulação de alternativas e a tomada da decisão em si.” (BUCCI, 2013, p. 109)

A formulação de alternativa as dificuldades de implantação de um atendimento de qualidade inquestionável no setor da saúde pública, perpassa pela acreditação hospitalar. Com a acreditação visa-se balizar o mínimo necessário para um atendimento eficiente.

O manual brasileiro de acreditação hospitalar é um instrumento de avaliação da qualidade da instituição de saúde. O manual é dividido em seções e subseção capazes de avaliar os serviços, setores, unidades e a consistência sistêmica do serviço de saúde. A acreditação divide-se em três níveis, determinados pelo grau de complexidade dos requisitos auferidos.

O primeiro nível da acreditação hospitalar (nível 1 – hospital acreditado) predispõe o princípio da segurança. A segurança em um setor de saúde é determinada pelo atendimento aos requisitos formais, técnicos e de estrutura das atividades, devendo o hospital, para atingir este nível da acreditação, demonstrar que atua de acordo com toda a legislação correspondente ao serviço prestado, além de possuir responsáveis técnicos habilitados nas diversas áreas hospitalares.

O segundo nível da acreditação hospitalar (nível 2 – hospital acreditado pleno) tem como pilar o princípio da organização dos processos. Para esta acreditação observa-se o gerenciamento



dos processos e suas interações sistêmicas, analisando a realização de mecanismos capazes de medir e avaliar os procedimentos hospitalares, bem como a organização e desenvolvimento de programas de educação e treinamentos continuados.

Já o terceiro e último nível da acreditação hospitalar (nível 3 – hospital acreditado com excelência) foca-se nos resultados a partir da excelência da gestão. Para ser acreditado com excelência, o hospital deve comprovar que atende indicadores capazes de mensurar o desempenho dos processos, faz comparações destes indicadores com referenciais externos, apresenta inovações e melhorias implantadas a partir das análises críticas realizadas.

Assim, enquanto o primeiro nível da acreditação hospitalar atende os pressupostos básicos (legais) para a manutenção de um hospital, o segundo nível preocupa-se com a organização de processos e a interação entre as áreas objetivando um aumento de eficiência, e o terceiro nível objetiva a avaliação de indicadores e inovações.

A título exemplificativo, a diferença entre os três níveis de acreditação pode ser elucidada com a análise dos pré-requisitos necessários para a acreditação referente ao setor de enfermagem do hospital. De acordo com o manual brasileiro de acreditação hospitalar o serviço de enfermagem compreende a previsão, a organização e a administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 40)

Para que o hospital obtenha a acreditação nível 1, deverá observar os seguintes requisitos mínimos (setor de enfermagem): possuir responsável técnico habilitado; possuir supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas; a chefia do serviço deve coordenar a seleção e dimensionamento da equipe de enfermagem; o número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser adequados às necessidades de serviço; a escala deve assegurar a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas; deve ocorrer o registro em prontuário dos procedimentos relativos à prescrição médica, aos enfermagem e à controles pertinentes; e, deve-se fazer presente os registros de enfermagem no prontuário do cliente/paciente completos, legíveis e assinados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 40)

Para a acreditação nível 2, além dos pré-requisitos exigidos para a acreditação nível 1, o hospital deverá comprovar que possui: manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); programa de educação e treinamento continuado; grupos de trabalho para a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos



indesejáveis; e, procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao cliente/paciente e seguimento de casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 40-41)

A acreditação nível 3, somam-se aos requisitos listados acima, a apresentação pela área de enfermagem de: avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus respectivos resultados; indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial; comparação de resultados com referenciais adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade; e, sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 41)

O manual traz a análise detalhada dos requisitos mínimos para cada serviço/área/especialidade ofertada no âmbito hospitalar. Caberá ao estabelecimento de saúde a comprovação de todos os requisitos exigidos. Para a obtenção do nível mais elevado da acreditação hospitalar, o estabelecimento necessitará organizar o gerenciamento dos riscos a que se encontra submetido, de modo que eventuais falhas sejam rapidamente identificadas e tratadas, além da criação de planos de ação evitando que a falha se repita no futuro.

Ao estabelecer o gerenciamento de riscos, o hospital necessitará dimensionar e dividir os riscos conforme a gravidade. O glossário da Organização Nacional de Acreditação conceitua:

Risco: é a probabilidade em que um incidente ocorrerá.

Evento Sentinela: para a OMS o evento Sentinela é um incidente inesperado envolvendo a morte ou danos físicos e/ou psicológicos graves, ou o risco do mesmo. Ferimentos graves incluem especificamente a perda de membro ou função.

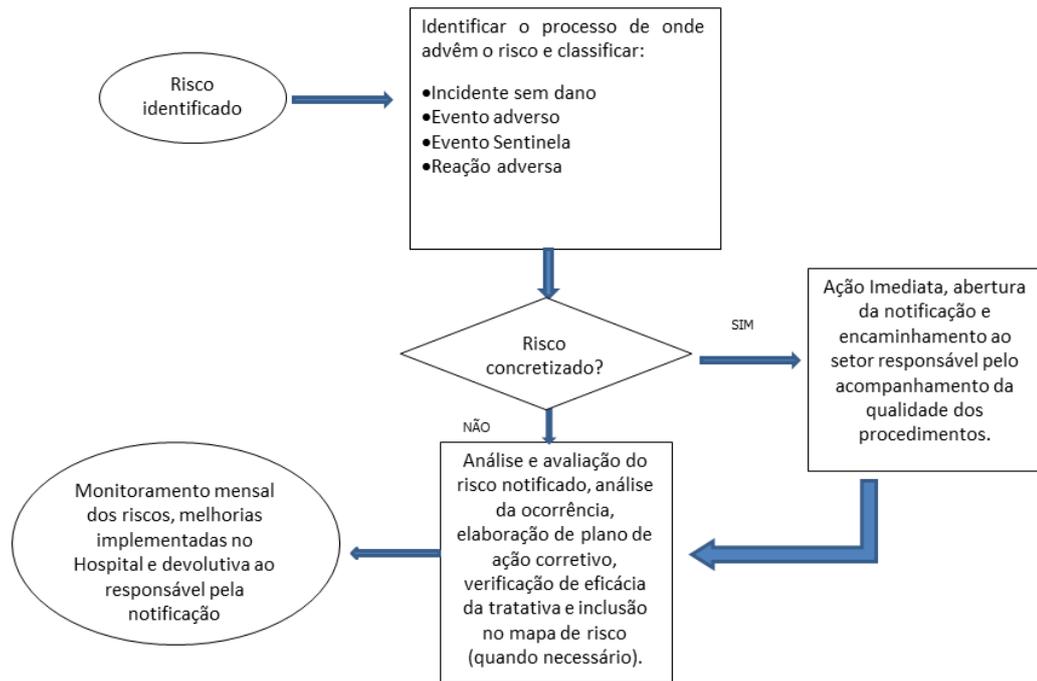
Incidente com Dano (evento adverso): é um incidente que conduz ao dano ao paciente, por exemplo, se a unidade errada de sangue foi infundida, e o paciente morreu de uma reação hemolítica.

Incidente sem Dano: é um evento que alcançou o paciente, mas nenhum dano foi observado, por exemplo, se a unidade de sangue foi infundida, mas não era incompatível.

Reação Adversa: dano inesperado resultante de uma ação justificada, onde o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu. (grifo nosso) (ONA, 2016, p. 16-17)

Assim, para cada risco deverá ser avaliado o grau de impacto para o paciente (evento sentinela, incidente com dano, incidente sem dano e reação adversa). Com base no grau e considerando se houve risco concretizado, deverá ser avaliado o caso concreto para providencias (plano de ação, verificação da eficácia das ações implementadas no plano e, inclusão em um mapa de risco) que reduzam a ocorrência de novos eventos.

Estas ações de análise, tratamento e síntese dos riscos podem ser explicitadas por meio de um fluxograma de gerenciamento de riscos:



O sistema da acreditação hospitalar concretiza a aplicação da legislação vigente, além de efetivar a qualidade no atendimento ao usuário. Isso, pois, a partir do gerenciamento dos riscos aos quais os pacientes (destinatários do serviço) e os colaboradores (profissionais que possibilitam o atendimento) ficam expostos, é possível minimizar efeitos secundários do atendimento de saúde, como por exemplo: infecções hospitalares e internações por longo período de tempo.

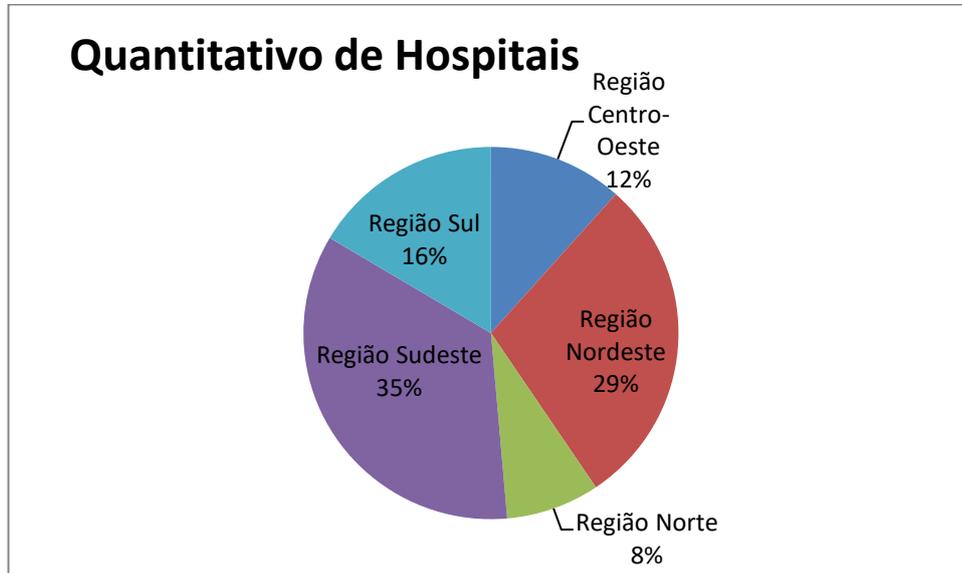
5. HOSPITAIS BRASILEIROS ACREDITADOS

Observa-se que o primeiro nível da acreditação hospitalar analisa se o hospital compromete-se com todos os requisitos da legislação. Ou seja, o hospital deve comprovar que cumpri rigorosamente a lei. A partir deste aspecto, poderia se questionar: existe algum hospital que não possui pelo menos o nível inicial da acreditação? Sim. E são inúmeros. Os dados da Organização Nacional de Acreditação – ONA (base: agosto/2016) demonstram que ao todo são certificados apenas 251 (duzentos e cinquenta e um) hospitais no Brasil. Sendo que deste número 93 (noventa e três) são acreditados com excelência; 87 (oitenta e sete) são acreditados pleno; e, 71 (setenta e um) possuem acreditação nível 1.

O quantitativo de hospitais acreditados é ínfima se comparada com o total de hospitais brasileiros, apenas 3,75% dos hospitais são acreditados. Segundo dados do Ministério da Saúde – CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – base: agosto/2016), existem



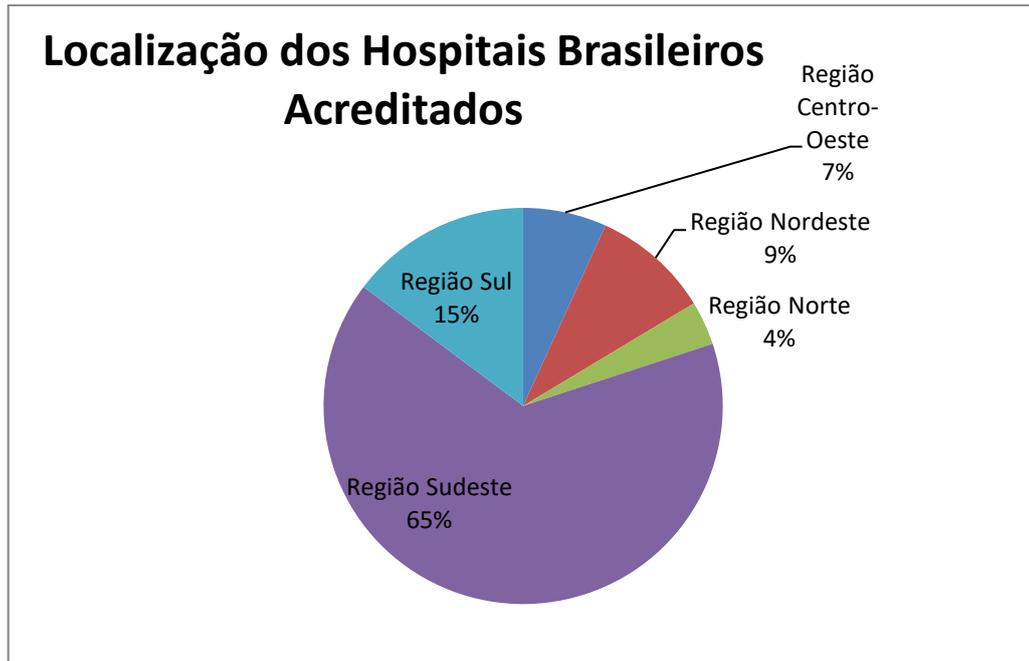
6.701 (seis mil setecentos e um) hospitais no Brasil, dividido em hospitais especializados, hospitais gerais e hospitais dia. Assim localizados:



Fonte: Dados interpretados a partir das informações do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Comparando-se a localização dos hospitais brasileiros com a localização dos hospitais acreditados, verifica-se que as regiões com maior número de hospitais também são as regiões com maior número de hospitais acreditados. Contudo, os percentuais não são mantidos na mesma proporcionalidade.

Os hospitais acreditados estão distribuídos, em sua maior parte na região sudeste, seguido pela região sul do país. O Estado com maior número de hospitais acreditados é São Paulo, contando com 95 (noventa e cinco) hospitais; seguido por Minas Gerais (quarenta hospitais acreditados) e Rio de Janeiro (com 22 hospitais acreditados). Visualiza-se o seguinte panorama da distribuição dos hospitais acreditados no território brasileiro:



Fonte: Dados interpretados a partir das informações do site da Organização Nacional de Acreditação, 2016.

Considerando a subdivisão da acreditação em seus três níveis e a localização de referidos hospitais, depreende-se o percentual por região permanece muito próximo ao percentual global.

Os hospitais acreditados nível 1 estão localizados: 58% na Região Sudeste; 18% na Região Sul; 10% na Região Nordeste; 8% na Região Centro-Oeste; e, 6% na Região Norte.

Já os hospitais acreditados pleno, nível 2, estão localizados: 63% na Região Sudeste; 16% na Região Sul; 12% na Região Nordeste; 8% na Região Centro-Oeste; e, 1% na Região Norte.

Os hospitais acreditados com excelência, nível 3, localizam-se: 73% na Região Sudeste; 11% na Região Sul; 8% na Região Nordeste; 4% na Região Centro-Oeste; e, 4% na Região Norte.

O procedimento de acreditação hospitalar é um método racionalização da qualificação das atividades hospitalares. Considerando os dados obtidos, é possível depreender que muito embora os locais com maior número de estabelecimentos hospitalares sejam também os que possuem maior quantitativo de estabelecimentos acreditados, a proporção não é mesma. Apenas a região Sudeste e Sul concentram 80% (oitenta por cento) dos hospitais acreditados, ou seja, hospitais reconhecidos por oferecer atendimento de qualidade.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos fundamentais são complementares, de modo que a ausência de um permeia a ineficiência dos demais. O direito a vida, pressupõe uma vida digna. Para atingir a dignidade o direito social a saúde se impõe. A saúde é um bem jurídico de desenvolvimento social.

Ocorre que não se pode compreender o direito a saúde desvinculando-se da qualidade da prestação do mesmo. Qualificar qualquer serviço é importante, ocorre que, a qualificação na seara da saúde é essencial: a ausência da qualidade pode levar (e muitas vezes levam!) ao óbito.

Neste sentido foi implementada a política pública da acreditação hospitalar. Tal política prevê a priorização da qualidade de atendimento, através da certificação denominada “acreditação”. Muitos hospitais passaram pelo processo de acreditação hospitalar, ocorre que este universo ainda é extremamente pequeno se comparado com o montante de hospitais no Brasil.

A análise da política pública da acreditação demonstra que este procedimento ainda é voluntário e desejado. Por isso, os hospitais que não passam pelo procedimento de acreditação não sofrem sanções administrativas e pecuniárias.

Considerando que a qualidade no atendimento é inegável dos hospitais que implementam as diretrizes nacionais da acreditação, questiona-se: não seria o momento de rever a política pública para tornar o procedimento obrigatório?

Ao buscar analisar o formato da acreditação, demonstrando como os riscos ao paciente são tratados em hospitais acreditados, conclui-se pela resposta positiva. Contudo necessário um alerta: devem-se rever os custos para o procedimento de certificação; muito embora a ONA – Organização Nacional de Acreditação seja uma instituição não governamental sem fins lucrativos, os custos de todo o procedimento são elevados. A obrigatoriedade da acreditação passa pela revisão da política de custos de todo o procedimento.

A utilização da acreditação hospitalar pode auxiliar a potencialização dos procedimentos de gestão. Uma gestão eficiente leva a um atendimento de qualidade. Assim, entende-se que o aprimoramento da política pública já existe, pode gerar um aumento na qualificação dos atendimentos já realizados. Um ganho social e a uma efetivação de direitos fundamentais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTRO, Carlos Roberto Siqueira. **A constituição aberta e os direitos fundamentais: ensaios sobre o constitucionalismo pós-moderno e comunitário**. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI Nilce Piva; CUNHA Isabel Cristina. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. 1. ed. Brasília: Ver. Bras. Enfermagem, 2006.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORREA, Allana dos Reis. **Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

NUNES JUNIO, Vidal Serrano e DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Norma Orientadora n. 20_conceitos para o sistema brasileiro de acreditação**. São Paulo: ONA, 2016. Disponível em https://www.ona.org.br/z1files/pub/146955348643895_NO_20_Conceitos-para-o-Sistema-Brasileiro-de-Acreditacao-ONA_14.06.2016.pdf. Acesso em 01 de setembro de 2016.

SALAZAR, Andrea Lazzarini e GROU, Karina Bozola. **A defesa da saúde em juízo**. São Paulo: Verbatim, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O sistema único de saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2012.

SOARES, Ricardo Mauricio Freire. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. São Paulo: Saraiva, 2010.