

**ACREDITAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO**

Vidigal Fernandes Martins¹
Carlos Roberto Souza Carmo²
Camilla Soueneta Nascimento Nganga³

RESUMO: A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência a partir de padrões previamente aceitos (Manual de Acreditação de Hospitais para América Lanita e Caribe, 1998). As vantagens do hospital em possuir uma acreditação vão além de condições organizacionais e atingem aspectos sociais. Algumas dessas vantagens são, por exemplo: (a) aumento de segurança para os pacientes e profissionais; (b) melhora na qualidade da assistência; (c) melhora na construção de equipe e melhoria contínua; (d) criação de critérios e objetivos concretos adaptados à realidade hospitalar brasileira; e (e) planejamento para a melhoria contínua (ONA, 2011). O programa brasileiro de acreditação hospitalar desenvolvido pelo Ministério da saúde surgiu para proporcionar melhorias contínuas na qualidade dos cuidados prestados por hospitais. A qualidade envolve aspectos como a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos exigência do cidadão e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade. Este artigo tem como objetivo apresentar um estudo exploratório sobre o tema acreditação hospitalar no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação Hospitalar. Organizações de saúde. Brasil.

ABSTRACT: Accreditation is the procedure for assessment of institutional resources; voluntary, regular and reserve, which tends to ensure the quality of care from previously accepted standards (Accreditation Manual for Hospitals Lanita America and the Caribbean, 1998). The advantages of owning a hospital accreditation beyond reach of organizational conditions and social aspects. Some of these advantages are, for example: (a) increased safety for patients and professionals, (b) improvement in quality of care, (c) improvement in team building and continuous improvement, (d) establishment of criteria and specific objectives adapted to the reality Brazilian hospital, and (e) planning for continuous improvement (ONA, 2011). The Brazilian hospital accreditation program developed by the Ministry of Health was created to provide

¹ Mestre em Engenharia de Produção (UFSC). Professor da Universidade Federal de Uberlândia (FACIC-UFU). Doutorando em Administração EAESP/FGV. E-mail: vidigalfgv@gmail.com

² Mestre em Ciências Contábeis e Atuariais (PUC-SP). Professor da Universidade Federal de Uberlândia (FACIC-UFU). E-mail: carlosjj2004@hotmail.com

³ Bacharel em Ciências Contábeis (FACIC-UFU). Aluna do MBA em Controladoria e Finanças - FACIC-UFU e do Curso de Especialização em Docência no Ensino Superior – FACED-UFU. E-mail: camilla.soueneta@hotmail.com.

continuous improvements in quality of care provided by hospitals. The quality of such issues as the fulfillment of stated and implied needs of the customer, the cost of the citizen demands and diversity of goods and services it provides to the community. This article aims to present an exploratory study on the subject of hospital accreditation in Brazil.

KEYWORDS: Accreditation Hospitalar; Organizações health; Brazil.

Introdução

De acordo com Berwick (1994), nos Estados Unidos, a experiência do Programa Nacional de Demonstração da Melhoria da Qualidade (*National Quality Measurement and Reporting System*) demonstrou que a aplicação de programas de qualidade total nos hospitais conduziu diretamente à maior eficiência, com redução de custos, e que estes programas foram fundamentais para a sobrevivência de muitas organizações de saúde, constituindo-se em um importante ponto de partida para a competitividade nos anos seguintes.

Já no contexto brasileiro, Malik (1997) comenta que diversos prestadores dos serviços hospitalares tinham interesse pelo tema qualidade, porém, a realidade nacional na década de 1990 apresentava um distanciamento geográfico e pouca concentração, uma vez que o tema não era tão difundido. Com o passar dos anos, a realidade nacional mudou e o tema ficou bem mais difundido, salientando necessidades de compreensão acerca da qualidade no setor.

Um dos pontos que tem relação com a **qualidade hospitalar** é o processo de **certificação**. Para Clark (1988), certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas. O lançamento de certificação e a avaliação da qualidade na saúde tiveram início no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar – PPH (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

No bojo da discussão da qualidade hospitalar e certificação, surge a temática relacionada à **acreditação**. De acordo com a Organização Nacional de Acreditação, doravante denominada apenas de ONA, a definição de **acreditação** consiste em um

sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado (ONA, 2011). A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência a partir de padrões previamente aceitos (OPNS, 1998).

As vantagens para o hospital em possuir uma acreditação, vão além de condições organizacionais e atingem aspectos sociais. Algumas dessas vantagens são, por exemplo: (a) aumento de segurança para os pacientes e profissionais; (b) melhora na qualidade da assistência; (c) melhora na construção de equipe; (d) criação de critérios e objetivos concretos adaptados à realidade hospitalar brasileira; e (e) planejamento para a melhoria contínua (ONA, 2011).

Para Bittar (1999), não há distinção entre certificação e acreditação. O primeiro termo é utilizado por instituições que se valem da norma ISO 9000 e o segundo por instituições como a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. Ainda segundo Bittar (1999) o processo de acreditação a partir deste último órgão foi iniciado no final do ano de 1998.

Trabalhos que investigam a qualidade percebida pelo paciente na área da saúde vem tomando corpo, por exemplo, Jun, Peterson e Zsidisin (1998), O'Connor, Trinh e Shewchuk (2000), Sower *et al* (2001), Ward, Rolland, Patterson (2005) e, ainda, Gregory *et al* (2010).

Adicionalmente, trabalhos que investigam unicamente o sistema de qualidade sugerido por institutos de acreditação também ganharam relevância com o passar dos anos, com destaque para Novaes e Paganini (1994-a), Schiesari (1999), Labbadia *et al* (2004); Feldman, Gatto e Cunha (2005), Feldman e Cunha (2006), e, ainda, Thornlow e Merwin (2009,).

Não obstante a este avanço empírico e teórico científico, parece evidente a existência de problemas no processo de acreditação para a melhoria da qualidade, uma vez que há a necessidade de planejamento, organização, coordenação/direção da instituição a ser acreditada. Dentre esses problemas, o conflito entre equipes funcionais parece ser um fator crítico para o sucesso do processo de acreditação. Nesse contexto, observa-se que tais problemas podem surgir de conflitos na execução de planos de ação

de áreas como infraestrutura, ambulatório/emergência, clínica-cirúrgica, diagnóstico e tratamento, recursos humanos, entre outros.

Ao vislumbrar que a avaliação da qualidade baseia-se em critérios que possuem duas naturezas distintas, objetivos e subjetivos, porém convergentes, percebe-se que a compreensão e a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários), a respeito da qualidade do serviço público, pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações, quanto por parte dos próprios profissionais, que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus clientes, estarão mais preparados para atender suas expectativas (FADEL; FILHO 2009). Por isso, o estudo acerca do processo de implantação da qualidade em organizações de saúde, em especial no contexto brasileiro, faz-se relevante.

Metodologia

No processo de pesquisa de abordagem qualitativa, “há um mínimo de estruturação prévia [...] e as teorias aplicáveis deverão ser empregadas no decorrer da investigação” (LAKATOS; MARCONI, 2011, p. 271).

Segundo Martins (2000, p. 28), os estudos bibliográficos visam “[...] conhecer as contribuições científicas sobre determinado assunto.” Ainda conforme observado por Martins (2000, p. 28), esse tipo de estudo “tem como objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto.”

Nesse contexto, este trabalho pode ser classificado como um artigo de revisão que tem por objetivo geral analisar e discutir, de forma exploratória, alguns dos trabalhos já publicados sobre a temática relacionada ao processo de qualidade e acreditação, com ênfase no contexto hospitalar do Brasil.

Qualidade e acreditação na Saúde

Qualidade na Saúde

Para tentar entender a qualidade nos serviços de saúde faz-se necessário voltar à história. Neste sentido, pode-se dizer que a **avaliação da qualidade** na saúde iniciou-se no século passado, a partir da atuação da enfermeira Florenece Noyes (1820-

1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Crimeia. Seu trabalho consistia em diminuir a circulação de pessoas estranhas aos serviços como forma de reduzir os efeitos negativos do meio hospitalar sobre os pacientes, portanto, ela utilizava a limpeza, o isolamento, a individualização do cuidado, dieta adequada, diminuição do número de leitos por enfermaria (SANTOS; MENDONÇA; OLIVEIRA, 2008). Destaca-se também como outro fato marcante, a formação do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS- American College of Surgeons) que estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Para Feldman, Gatto e Cunha (2005), nesse programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. No programa referido, três padrões podem ser destacados, e se se relacionavam à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; outro preconizava o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta; e o último, referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de no mínimo um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia.

Berwick (1994) adverte que a definição de qualidade na assistência em saúde pode ser entendida como a satisfação das necessidades dos clientes, considerando que este deverá ser objeto central das estratégias em busca da qualidade. A qualidade é uma medida de extensão, até a qual uma coisa ou experiência satisfaz uma necessidade, resolve um problema ou adiciona valor para alguém.

Qualidade e Avaliação dos Serviços de Saúde

A terminologia qualidade é particularmente valiosa se admitida a situação atual da gestão de serviços de saúde no país, ou seja, a pequena utilização de planejamento estratégico, a inexistência de um sistema de informações confiável, a ausência de um sistema de gestão fundamentado na melhoria de processo e centrado em resultados, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade, enfim, a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da sua estrutura organizacional e, principalmente, para a satisfação dos seus clientes e usuários (MALIK, 1996).

A avaliação da estrutura tem a finalidade de identificar as características gerais condicionantes da prestação da atenção à saúde, indicando que melhores condições estruturais seriam um primeiro condicionante de qualidade em saúde. Essa avaliação parte do pressuposto que, garantindo as condições mínimas ideais de funcionamento dos serviços de saúde, tem-se facilitada a obtenção de resultados favoráveis (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

Entretanto, conforme observam Carvalho, Rosemburg e Buralli (2000), as simples garantias de melhores condições estruturais não garantem a qualidade dos resultados, por isso, essa avaliação tem se demonstrado de menor importância em comparação à avaliação do processo e do resultado (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000). Os autores enfatizam que a avaliação do processo de trabalho está relacionada com a avaliação das atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente.

A avaliação dos resultados é a análise dos produtos finais em termos de saúde e a satisfação do usuário interno e externo. É o item mais complexo de se medir, pois envolve indicadores diversos e fatores psicológicos, sociais e econômicos que podem afetar os resultados. A partir dessa concepção, a etapa de análise dos dados oriunda da realidade faz-se primordial. Nesse sentido, Araújo, Simões e Silva (1978) afirmam que verificar sem interpretar, sem orientar e sem criticar é tarefa ineficaz e não interessa aos métodos científicos.

Malik (1996) reforça que sistemas de controle da qualidade são mais dinâmicos, pois buscam verificar qual a qualidade do procedimento realizado de acordo com critérios traduzidos como aquilo que se considera apropriado. Os procedimentos devem ser checados durante sua execução, mas com maior frequência, após estarem terminados.

Desse modo, conforme Novaes e Paganini (1994-b), percebe-se que a busca pela qualidade caracteriza-se como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos.

Resultados de pesquisa empíricas relacionada à qualidade na área da saúde

Fadel e Filho (2009) entrevistaram 82 usuários que estavam presentes nas unidades locais de saúde (ULS) do município de Florianópolis em 2006 e que obtiveram atendimento odontológico, e 45 cirurgiões-dentistas que trabalham nos consultórios odontológicos das ULS. Nesse trabalho, foi possível observar o cenário formado pelos fatores determinantes da qualidade, ou seja, tangibilidade, confiabilidade, pronto atendimento, competência, empatia, reputação dos serviços, segurança, acessibilidade, comunicação e compreensão das necessidades dos clientes, estes foram apontados pelos profissionais e pelos usuários. Os autores concluíram que os usuários valorizam mais os fatores da qualidade interpessoal do que aspectos técnicos do profissional, embora os levem em alta consideração.

Em dezembro de 2005, foi criada no Hospital Sírio-Libanês a Superintendência de Atendimento e Operações (SAO). Essa unidade passou a ser gerida por uma enfermeira que já ocupava o cargo de Gerente de Enfermagem há três anos e que implantou um Modelo de Gestão no Serviço de Enfermagem na Instituição (SIQUEIRA, 2003). O Programa de Gestão de Atendimento implantado foi inspirado nesse Modelo, integrando processos entre as recepções (áreas administrativas) e as áreas assistenciais do hospital.

De acordo com o trabalho de Rotondaro e Muto (2008), motivado por contingências de um mercado de saúde mais competitivo, o Hospital Sírio-Libanês sofreu uma reestruturação organizacional em 2005, passando de Instituição Familiar para uma Organização Corporativa. O principal objetivo foi manter a alta demanda de pacientes em função da qualidade e diversidade dos serviços prestados.

Em seu trabalho os autores (ROTONDARO; MUTO, 2008) observaram que a sensação de que o tempo do cliente não é importante faz-se presente em diversos processos de consumo. As filas e os tempos de espera são sintomáticos desta realidade. Como o conceito *Lean* está voltado para a geração de valor para o cliente e a eliminação de desperdícios (HINES; HOLWEG; RICH, 2004), esses sintomas têm um tratamento especial. Então, foi desenvolvido um processo que incorporasse mecanismos para evitar perdas de tempo. Assim, a pré-internação fez com que o cliente despendesse menos tempo com processos burocráticos, e o controle dos tempos de chamada possibilitou

ações para redistribuir a demanda e redirecionar postos/pessoas para atendimento, que, juntos, resultaram em diminuição do tempo total do processo admissional.

Rotondaro e Muto (2008) concluíram que as medidas adotadas surtiram efeito satisfatório já que houve uma considerável diminuição dos tempos entre a chegada do paciente e o seu encaminhamento para o apartamento, lembrando que a taxa de ocupação do Hospital tem sido em média de 85%.

O caso estudado por Siqueira (2002), consistiu na aplicação da metodologia para a melhoria da produtividade do Centro Cirúrgico de um hospital privado. Apesar dos autores não informarem qual hospital, eles constataram que este hospital apresentava uma elevada incidência de suspensão de cirurgias com graves conseqüências sobre a saúde dos pacientes e desempenho do hospital (SIQUEIRA 2002).

Por exemplo, em 1998 ocorreram 523 suspensões, cerca de 13% do total de cirurgias realizadas (3.993) (SIQUEIRA 2002). A análise dos registros do Centro Cirúrgico nos anos 1997 e 1998 identificou várias causas, ordenadas pela seguinte importância: (a) indisponibilidade de instalações, responsável por 44% das suspensões, (b) falhas no apoio, responsáveis por 21% das suspensões, (c) suprimentos, responsáveis por 19% das suspensões, (d) estado do paciente, responsável por 13% das suspensões e (e) diversos, responsáveis por 3% das suspensões.

Os resultados da pesquisa de Siqueira (2002) indicaram que a aplicação de técnicas e ferramentas de melhoria contínua ao ambiente hospitalar permitiram, entre outros benefícios: diminuir o tempo de espera para atendimento médico de 4 horas para 40 minutos; a diminuição de 30% no consumo de filmes usados em exames de Raio X e tomografia computadorizada, pela eliminação de desperdícios; a melhoria no atendimento aos usuários da endoscopia digestiva e a diminuição do tempo de espera para realização de exames de 30 dias para 1 semana.

Diante do exposto, percebe-se que a aplicação de técnicas e ferramentas de melhoria contínua aos ambientes hospitalares, além de factível, traz benefícios inquestionáveis.

Acreditação

A certificação tem por objetivo diferenciar produtos e fornecer incentivos para consumidores e produtores; a certificação é um instrumento econômico, cuja base é o

mercado (UPTON e BAS, 1996 *apud* PINTO, 1999). A certificação é a representação dos produtos que estão em conformidade com especificações (GRYNA, 1992).

Deslandes (1997) determina que é possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, admitindo a subjetividade inerente a qualquer avaliação tanto de um fato cotidiano como de um serviço ou programa especial.

A acreditação pode ser entendida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado (SILVA, 2009), que, nas experiências, brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia.

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De 692 hospitais com 100 leitos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo Programa de Padronização Hospitalar (PPH). Em contrapartida em 1950, conforme Roberts Coale e Redman (1987) e Schiesari (1999), o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3290.

Em 1949, após dificuldades, o Colégio Americano de Cirurgiões iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, a Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária para criar a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação denominado *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (SCHIESARI, 1999; FELDMAN; GATTO; CUNHA 2005).

Na década de 1960, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* buscou então modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência (SCHIESARI, 1999).

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica com a utilização do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional, e, finalmente, assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (SCHIESARI, 1999; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A mensuração de resultados passou a ser expressa em quatro níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação condicional.

Em 1941 foi criada a Divisão de Organização Hospitalar (DOH), do Departamento Nacional De Saúde, por sua vez vinculado ao então Ministério de Educação e Saúde, com o objetivo de administrar, em todos os níveis, a atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de gerenciar, sob todas as formas, as instituições de assistência (CAMPOS, 2006).

Por iniciativa da Associação Paulista de Medicina (APM), no início da década de 1990, foi criado um grupo que ficou responsável pelo desenvolvimento de estudos, visando a classificação de hospitais segundo critérios de qualidade, em algo semelhante à classificação por estrelas dos hotéis (CAMPOS, 2006).

Já em setembro de 1994, teve início no Rio de Janeiro o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde (PACQS), com participação de diversas instituições ligadas à saúde com o propósito de implantar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos de saúde (CAMPOS, 2006).

Então, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), em junho de 1995, o assunto acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde. A criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, da qual faziam parte além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Essa Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a

melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa (ONA, 2011).

Com a Constituição de 1988 definindo saúde como direito social universal, fazendo com que desta forma os hospitais deixassem de ser os centros do modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde, passou-se a observar atentamente o desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população (ONA, 2011).

O Ministério da Saúde vem desde meados de 1989 desenvolvendo e implementando a publicação de normas e portarias, criando a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esta organização, criada em maio de 1999, é o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde nacional. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização não governamental caracterizada como: pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência e atuação nacional (ONA, 2007).

Segundo Malik (2005), a Organização Nacional de Acreditação (ONA) possui parceria firmada com a ANVISA e tem em seu conselho de administração, entre outros membros, representantes dos financiadores da assistência médica, inclusive CONASS e CONASEMS (os conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde).

O modelo ONA atua de maneira descentralizada, credenciando organizações acreditadoras pelo país, mediante o cumprimento de critérios disponíveis no seu endereço eletrônico. Inicialmente envolvida apenas com hospitais, ela passou a se dedicar também a serviços independentes, desenvolvendo manuais, disponíveis para os interessados, inclusive pela internet (MALIK, 2005).

Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das instituições acreditadoras credenciadas pela ONA. Essa atividade é desempenhada pela equipe de avaliadores das instituições acreditadoras credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação - ONA específico.

Acerca dos processos de melhoria da qualidade e acreditação, destaca-se o trabalho de Cunha e Feldman (2005). Os autores realizaram um estudo exploratório, descritivo e quantitativo sobre a qualidade na área da saúde. Os dados foram coletados a partir de sete empresas credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação. Os

autores identificaram 79 critérios de avaliação dos serviços de enfermagem categorizados em oito modelos, que foram divididos em grupos A, B e C, sendo, respectivamente, 32 critérios de processos assistenciais, 32 critérios administrativos e 15 critérios de ensino-pesquisa. O serviço de enfermagem foi avaliado com destaque no grupo C.

Percebe-se que o processo de acreditação é um tema muito recente e, portanto, ainda pode ser muito explorado pela pesquisa e produção de trabalhos científicos nessa área do conhecimento.

Considerações finais

Classificado como um artigo de revisão, de natureza exploratória, a presente pesquisa teve por objetivo analisar e discutir, alguns dos trabalhos já publicados sobre a temática relacionada ao processo de acreditação, com ênfase na qualidade e na acreditação hospitalar no Brasil.

Para tanto, inicialmente, procedeu-se à revisão bibliográfica acerca da produção científica, internacional e nacional, relacionada às melhorias oriundas do processo de qualidade na área da saúde.

Em uma segunda etapa, foram abordadas as temáticas envolvendo a qualidade e avaliação dos serviços de saúde, com especial ênfase em estudos desenvolvidos no contexto brasileiro. Ao término dessa etapa ficou evidente que a aplicação de técnicas e ferramentas de melhoria contínua aos ambientes hospitalares, além de factível, traz benefícios inquestionáveis tanto para as instituições propriamente ditas quanto para os usuários dos serviços de saúde.

Na terceira e última etapa dessa revisão bibliográfica foi abordada a temática relativa ao processo de acreditação no contexto da saúde. Sendo que, ao final dessa seção do trabalho pôde-se perceber que o processo de acreditação é um tema recente e, portanto, ainda pode ser muito explorado pela pesquisa e produção de trabalhos científicos nessa área do conhecimento.

Referências

ARAUJO, M.V., SIMOES, C., SILVA, C.L. (1978) “Auditoria em enfermagem”. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 31, n.4, p. 466-477.

- BERWICK, D. M. (1994) Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde: melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo. Makron Books.
- BITTAR, O. J. N. V. (1999) “Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde”. Revista da Associação Médica Brasileira, v.45, n.4, p. 357-363.
- CAMPOS, A. C. B. (2006) Avaliação de uma instituição hospitalar com base no programa de acreditação hospitalar. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria.
- CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. (2000) “Avaliações de ações e serviços de saúde”. Revista Mundo Saúde, n.24), p. 72–88, Jan./Fev..
- CHU, H. L.; LIU, S. Z.; ROMEIS, J. C. (2002) “Does the implementation of responsibility centers, total quality management, and physician fee programs improve hospital efficiency? Evidence from Taiwan hospitals”. Medical Care, v. 40, n. 12, p. 1223-1237.
- CLARK, G. B. 1988 Laboratory regulation, certification and accreditation. In: SNYDER, J. R.; WILKINSON, D. S. Management in laboratory medicine. 3. ed.. Lippincot.. p. 369-393.
- CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. (2005) “Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar”. Revista Brasileira Enfermagem, v.58, n.1, p.65-69.
- DESLANDES, S. F. (1997) “Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde”. Caderno de Saúde Pública, v. 13, p. 103-107.
- FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. (2009) “Percepção de qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso”. Revista de Administração Pública, v. 43, n. 1, p. 07-22, Jan./Fev..
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paulista Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.
- FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. (2006) “Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar”. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 540-545.
- GREGORY, D. M. et al. (2010) “Predictors of perceived health care quality for registered nurses during and after health care reform”. Health Care Management Review, v. 35, n. 4, p. 301-311. Out./Dez..
- GRYNA, F. M. Marketing. (1992) In: JURAN, J. M. Controle de qualidade: Handbook. São Paulo. Makron Books.

HINES, P.; HOLWEG, M.; RICH, N. (2004.) “Learning to evolve: a review of contemporary lean thinking”. *International Journal of Operations & Production Management*. v. 24, n. 10, p. 994-1012.

JUN, M.; PETERSON, R. T.; ZSIDISIN, G. A. (1998) “The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results”. *Health Care Management Review*, v. 23, n. 4, p. 81-96. out..

LABBADIA, L. L. et al. (2004) “Processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira”. *Revista Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, v.12, p.83-87.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (2011) *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo. Atlas.

MALIK, A. M. (1996) “Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado”. *Cadernos - Fundap*, p. 7-24, Jan./Abr..

MALIK, A. M. . (1997) “Cidades Saudáveis: Estratégia em Aberto”. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 06, n. 02, p. 19-30.

MALIK, A. M. (2005) “Quem é responsável pela qualidade na saúde?”. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 2, p. 351-364, Mar./Abr..

MARTINS, G. de A. (2000) *Manual para elaboração de monografias e dissertações*. 2. ed. São Paulo. Atlas.

OPNS - Organização Pan-americana de Saúde (1998) *Manual de acreditação de hospitais para América Latina e Caribe*. Washington D.C.. Organização Pan-americana de Saúde.

NOVAES H. M., PAGANINI, J. M. (1994-a) *Padrões e indicadores de qualidade para hospitais*. Brasil. Organização Pan-americana de Saúde.

NOVAES, H.M., PAGANINI, J.M. (1994-b) *Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais*. (Brasil). Washington, D.C.: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/HSS/ 94.05,).

O’CONNOR, S. J.; TRINH, H. Q.; SHEWCHUK, R. M. (2000) “Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality”. *Health Care Management Review*, v. 25, n.2, p. 7-23. Spring.

ONA-ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (2011). Disponível em ONA: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em 28 out. 2011.

PINTO, L. F. G. (1999) Certificação agrícola socioambiental: iniciativa piloto para a cana-de-açúcar. São Paulo. Informações Econômicas.

ROBERTS, J. C.; COALE, J. G.; REDMAN, M. A. (1987) “A history of the joint commission of accreditation of hospitals”. *Journal of American Medical Association*, v. 258, n. 7, p. 936-40.

ROTONDARO, R. G; MUTO, M. (2008) “Melhoria de atendimento em um hospital privado da cidade de São Paulo”. In: 28. Encontro Anual de Engenharia de Produção – ENEGEP. Anais.... Rio de Janeiro.

SANTOS, E. S.; MENDONÇA, E. M.; OLIVEIRA, G. N. (2008) “Atendimento hospitalar: qualidade e satisfação como forma de medir e avaliar a humanização da assistência em saúde”. *Revista Conquer da Faculdade São Francisco de Barreiras*, v. 3, p. 1-8.

SCHIESARI, L. M. (1999) Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

SILVA, L. F. N. S. (2009) Reorientação do Gerenciamento de risco hospitalar do instituto nacional de traumatologia e ortopedia. Rio de Janeiro. FioCruz.

SIQUEIRA, I. L. C. (2003) Avaliação de um modelo empírico de hestão implantado em unidades de internação de um hospital privado. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SIQUEIRA, J. (2002) “Gestão da qualidade na saúde”. In: 11. Encontro De Gestão Sistemática, Anais.... São Paulo.

SOWER, V. et al (2001) “The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale”. *Health Care Management Review*, v. 26, n. 2, p. 47-59. Spring.

THORNLOW, D. K.; MERWIN, E. (2009) “Managing to improve quality: the relationship between accreditation standards safety practices and patient outcomes”. *Health Care Management Review*, v. 34, n. 3, p. 262-272. Jul./Set..

WARD, K. F.; ROLLAND, E.; PATTERSON, R. A. (2005) “Improving outpatient health care quality: understanding the quality dimensions”. *Health Care Management Review*, v. 30, n. 4, p. 361-371. Out./Dez..