



## ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASOS NO BRASIL

### Lúci de Fátima Emídio

Mestre em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação pela Universidade Católica de Brasília, Brasil. Diretora Executiva do Hospital Santa Marta, Brasil.

E-mail: [luciemidio@uol.com.br](mailto:luciemidio@uol.com.br)

### Luiza Beth Nunes Alonso

Doutora em Educação pela *Harvard University*, Estados Unidos. Professora da Universidade Católica de Brasília, Brasil.

E-mail: [lualonso@pos.ucb.br](mailto:lualonso@pos.ucb.br)

### Edilson Ferneda

Doutor em Ciência da Computação pela *Université Montpellier II*, França. Professor da Universidade Católica de Brasília, Brasil.

E-mail: [eferneda@pos.ucb.br](mailto:eferneda@pos.ucb.br)

### Helga Cristina Hedler

Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pelo Instituto de Psicologia pela Universidade de Brasília, Brasil. Professora da Universidade Católica de Brasília, Brasil.

E-mail: [helga@ucb.br](mailto:helga@ucb.br)

### Resumo

A contínua introdução de novas tecnologias no ambiente hospitalar exige processos educacionais permanentes, tanto na área técnica, quanto gerencial. A qualidade dos serviços de saúde e seu contínuo aperfeiçoamento são de interesse público e representam um indicador no atendimento a demandas sociais e da eficiência do Estado. No setor empresarial, representam um diferencial na escolha de hospitais. O objetivo da pesquisa foi descrever o processo de implantação da gestão da qualidade dos processos assistenciais, envolvendo a gestão clínica e a gestão administrativa de modo particular. Essa descrição constituirá um mapeamento das ações rotineiras para manter o selo de hospital acreditado. O método foi o estudo de casos múltiplos e a unidade de análise é a acreditação hospitalar. Participaram cinco hospitais, provenientes das cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre, acreditados pela Organização Nacional de Acreditação e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação. Os resultados demonstram as melhorias obtidas, os fatores facilitadores e dificultadores do processo de acreditação nas instituições em foco. As evidências levam a concluir, dentre outros aspectos, que os processos de relacionamento da instituição com o paciente garantem maior segurança ao paciente e ao público interno dos hospitais. Enfatiza-se a relevância do mapeamento e do aperfeiçoamento dos processos de assistência com base a gestão da excelência dos resultados.

**Palavras-chave:** Gestão da qualidade. Gestão hospitalar. Acreditação hospitalar.

### HOSPITAL ACCREDITATION: CASE STUDY IN BRAZIL

### Abstract

*The continuous introduction of new technology in hospital environment requires ongoing educational*

*processes both in the technical and managerial aspects. The quality of health services and their continuous improvement are of public interest once they are indicators of the fulfillment of social demands and government efficiency, and in the business sector they represent a difference in choosing hospitals. The objective of the research was to describe the process of implementing the quality management of care processes, involving clinical and administrative management, as well to provide a mapping of routine actions to keep the seal of accredited hospital. The method used was the multiple case study model being the analysis unit the hospital accreditation process. Five hospitals accredited by the National Accreditation Organization and by the Brazilian Accreditation Consortium from the cities of Brasília, Sao Paulo and Porto Alegre participated in the study. The results show the improvements obtained, the facilities and difficulties of the accreditation process in those hospitals. The investigated evidences lead to the conclusion, among others, that the processes of the institution's relationship with the patient can ensure greater safety to patient, as well to the hospital internal public. Mapping and improvement process of assistance based on the insertion of accreditation contribute to qualitative upgrading of hospitals.*

**Keywords:** *Quality Management. Hospital Management. Hospital Accreditation.*

## **1 INTRODUÇÃO**

A qualidade dos serviços de saúde e seu contínuo aperfeiçoamento são objetivos da Sociedade, do Estado e do Mercado. Atualmente, os profissionais da rede hospitalar convivem com o monitoramento e avaliação constante da infraestrutura hospitalar, dos processos e dos resultados dos serviços prestados (DONABEDIAN apud GASTAL; ROESSLER, 2006).

Torna-se contínua a necessidade de indicadores de desempenho que contemplem estruturas hospitalares que atuam de forma interativa em três grandes áreas: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados, o que tem sido definido como programas de acreditação hospitalar (CAMPOS; GASTAL; COUTO, 2008).

A acreditação hospitalar no Brasil, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), tem seus primeiros exemplos na década de 1990, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Estas iniciativas foram decisivas para a sistematização de processos de acompanhamento e avaliação, gerando o primeiro *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. O esforço de padronização foi aprovado pelas instituições hospitalares participantes e por representantes das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em junho de 1998 (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2007).

Não se trata, portanto, de apenas mais um processo de gestão da qualidade e sim do compromisso com a segurança, a ética profissional, os procedimentos e com a garantia da qualidade no atendimento à população. Procura-se beneficiar os usuários, os trabalhadores da saúde e a instituição hospitalar. Os hospitais credenciados se constituem em modelos para outras instituições na área da saúde, na perspectiva de fornecer olhares sobre quem necessita do atendimento, quem o presta e de como obter melhoria ou aprendizagem ao longo do processo.

## **2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL**

Um dos principais diferenciais da acreditação hospitalar é o de que a adesão é voluntária e reservada aos interesses internos. É, portanto, diferente dos processos de licenciamento, classificação, habilitação ou credenciamento já existentes e validados. Não é contraditório ou conflituoso, mas vai além ao destacar competência e qualidade (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002), como processos dinâmicos, vulneráveis às novas tecnologias e

práticas de gestão e ao aprofundamento educacional e cívico da população, cada vez mais consciente da importância da qualidade de bens e serviços na área da saúde.

Tradicionalmente, a área da saúde convive com profissionais de diferentes graus de autonomia quanto ao trabalho realizado. Por tratar-se de um campo de conhecimento interdisciplinar, os resultados dos serviços realizados decorrem da interface entre múltiplos agentes, o que resulta em processos em permanente reconfiguração devido às realidades da vida organizacional, sua mutabilidade, multiplicidade e paralelismo (FOGUEL; SOUZA, 1995).

Instituições que desenvolvem processos de acreditação hospitalar experimentam situações educacionais nas quais todos os seus participantes precisam discutir de forma aprofundada temas como eficiência e eficácia. É comum que determinados setores ofereçam resistência a tais programas, o que exige etapas de sensibilização e de diagnóstico institucional participativo, para posterior avaliação da situação e discussão de processos de aperfeiçoamento. Fazem parte permanente deste processo, o planejamento estratégico, o redesenho e a padronização de processos, a integração informacional e a análise e melhoria contínua.

Para que o processo de acreditação hospitalar não resulte apenas na redução de custos e otimização de recursos, é fundamental a interação entre a direção e o corpo de enfermagem, na busca de mecanismos de controle dos processos de trabalho no hospital, a terceirização de atividades meio, a informatização da maioria dos processos administrativos e forte ênfase na utilização de protocolos (BERNARDES et al., 2007). Isto exige uma nova cultura e clima organizacionais, onde a horizontalização de informações conviva com a adoção de decisões individuais e coletivizadas (resultante de um processo).

O processo de acreditação hospitalar, com as mudanças promovidas, realiza-se em etapas correspondentes os níveis inicial, intermediário e avançado, designados, respectivamente: **acreditado** (nível 1), **acreditado plena** (nível 2) e **acreditado com excelência** (nível 3).

Conforme consulta aos dados da ONA em maio de 2009, havia no Brasil 103 hospitais acreditados; em outubro de 2011, foram contabilizados 151. Em agosto de 2012, número de hospitais credenciados já estava em 318, indicando um aumento superior a 100% em apenas um ano. Esses serviços hospitalares estão dispersos geograficamente, com maior concentração no estado de São Paulo, seguido pelo estado de Minas Gerais, em qualquer um dos três níveis, conforme pode ser observado na Tabela 1.

No Sudeste se concentra o maior número de hospitais acreditados, seguidos pelos estados do Rio Grande do Sul e da Bahia. A região Norte conta com cinco. A região com o menor número é a Centro-oeste, com apenas três. Percebe-se também que entre os anos 2009 a 2012 o quantitativo de hospitais que passaram a ser acreditados cresceu de forma desigual entre as regiões.

Tabela 1 - Serviços hospitalares acreditados

| R<br>e<br>g<br>i<br>ã<br>o | UF        | Nível de acreditação |           |           |           |            |           |           |            |            | Total por UF |            |      | Total da região |      |      |
|----------------------------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|------------|--------------|------------|------|-----------------|------|------|
|                            |           | Nível 1              |           |           | Nível 2   |            |           | Nível 3   |            |            | 2009         | 2011       | 2012 | 2009            | 2011 | 2012 |
|                            |           | 2009                 | 2011      | 2012      | 2009      | 2011       | 2012      | 2009      | 2011       | 2012       |              |            |      |                 |      |      |
| S                          | PR        | 6                    | 5         | 6         | -         | 2          | 1         | 1         | 5          | 6          | 7            | 12         | 13   | 12              | 21   | 33   |
|                            | RS        | 2                    | 2         | 2         | 1         | 1          | 2         | 2         | 3          | 4          | 5            | 6          | 8    |                 |      |      |
|                            | SC        | -                    | 2         | 5         | -         | -          | 4         | -         | 1          | 3          | -            | 3          | 12   |                 |      |      |
| S<br>E                     | ES        | -                    | 2         | 2         | -         | -          | 2         | 3         | 2          | 4          | 3            | 4          | 8    | 78              | 11   | 241  |
|                            | MG        | 2                    | 5         | 5         | 9         | 4          | 25        | 5         | 14         | 28         | 16           | 23         | 58   |                 |      |      |
|                            | RJ        | -                    | 5         | 8         | 1         | -          | 4         | 5         | 6          | 7          | 6            | 11         | 19   |                 |      |      |
| C<br>O                     | SP        | 10                   | 19        | 41        | 24        | 24         | 62        | 19        | 26         | 53         | 53           | 79         | 156  | 4               | 7    | 12   |
|                            | DF        | -                    | 2         | 1         | 2         | 2          | 4         | 1         | 1          | 2          | 3            | 5          | 7    |                 |      |      |
|                            | GO        | -                    | 1         | 2         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | 1          | 2    |                 |      |      |
|                            | MS        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
| N                          | MT        | 1                    | -         | 2         | -         | 1          | 1         | -         | -          | -          | 1            | 1          | 3    | -               | 3    | 5    |
|                            | AC        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | AM        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | AP        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | PA        | -                    | 1         | 3         | -         | 2          | 1         | -         | -          | 1          | -            | 3          | 5    |                 |      |      |
|                            | RO        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | RR        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | TO        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
| N<br>E                     | AL        | -                    | 1         | 1         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | 1          | 1    | 9               | 13   | 27   |
|                            | BA        | 1                    | 1         | 9         | -         | 1          | 2         | 1         | 1          | 3          | 2            | 3          | 14   |                 |      |      |
|                            | CE        | -                    | 1         | 2         | 2         | 1          | 1         | -         | 1          | 1          | 2            | 3          | 4    |                 |      |      |
|                            | MA        | 1                    | 1         | 3         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | 1            | 1          | 3    |                 |      |      |
|                            | PB        | -                    | 1         | 1         | 1         | -          | -         | -         | -          | -          | 1            | 1          | 1    |                 |      |      |
|                            | PE        | 1                    | 1         | -         | -         | 1          | 2         | -         | -          | -          | 1            | 2          | 2    |                 |      |      |
|                            | PI        | -                    | -         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | -            | -          | -    |                 |      |      |
|                            | RN        | 1                    | 1         | -         | -         | -          | -         | -         | -          | -          | 1            | 1          | -    |                 |      |      |
| SE                         | -         | -                    | 1         | 1         | -         | -          | -         | 1         | 1          | 1          | 1            | 2          |      |                 |      |      |
| <b>TOTAL</b>               | <b>25</b> | <b>51</b>            | <b>94</b> | <b>41</b> | <b>39</b> | <b>111</b> | <b>37</b> | <b>61</b> | <b>113</b> | <b>103</b> | <b>151</b>   | <b>318</b> |      |                 |      |      |

Fonte: Organização Nacional de Acreditação (2007)

Mediante a análise desses dados, delineou-se esta pesquisa, com as características apresentadas na sequência.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Este é um estudo de casos múltiplos, com enfoque descritivo, realizado a partir de evidências documentais, entrevistas e observações. A abordagem de análise múltiplos casos segue os pressupostos estabelecidos por Yin (2001). Utilizaram-se fontes múltiplas de evidência, observações (visitas técnicas), aplicação de entrevistas a respondentes voluntários nos hospitais acreditados. As informações documentais e bibliográficas para constituição do quadro teórico foram obtidas em artigos científicos, dissertações, textos técnicos e documentos disponíveis no Ministério da Saúde e na ONA.

Ademais, conforme Patton (2001), a estrutura da unidade de análise dos casos, pode ser enfocada mediante diferentes elementos para permitir a comparação. No delineamento deste estudo, enfocou-se a organização como um todo e a atividade foi a acreditação hospitalar.

### **3.2 Seleção dos casos**

Os cinco casos foram selecionados de forma a permitir a compreensão dos diferentes níveis de acreditação, sua história e seu desenvolvimento como processo de gestão hospitalar. Buscando identificar o que há em comum nos hospitais acreditados, considerando o modelo de Gestão da Qualidade implantado em cada um, o estudo foi realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre.

A unidade de análise dos casos foi o processo de acreditação hospitalar, independente do nível acreditado atual, seja pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e/ou pela Joint Commission on Accreditation of Hospitals, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação.

### **3.3 Meios de investigação**

Foram realizadas visitas técnicas aos hospitais acreditados, utilizando-se um questionário estruturado e entrevistas com profissionais especialistas em gestão da qualidade. Por meio do questionário, foram obtidas as seguintes informações: dados sobre os indicadores de gestão e de desempenho. A entrevista abordou temas referentes à gestão dos processos assistenciais, gestão administrativa e gestão clínica.

O contato com os hospitais pesquisados foi realizado de diferentes formas. Interação da pesquisadora com as instituições via telefone, para obter informações nominais do profissional responsável pela gestão da qualidade e implementação da acreditação; via endereço eletrônico, para apresentação e justificativa do pedido e agendamento da visita técnica; via presencial, onde ocorreu o levantamento das demais informações necessárias para formar o panorama dos processos de acreditação, das inter-relações humanas no nível da gestão e demais elementos que emergiram da situação *in loco*.

### **3.4 Etapas da pesquisa**

Na etapa inicial, consultou-se no *site* da ONA a relação de hospitais acreditados no Brasil, independente do nível de acreditação obtido. Localizados em cidades distintas, a seleção dos hospitais participantes deu-se pela abertura autorizada para a visita técnica e, ainda, pela disposição em colaborar com este estudo. Nesta fase, buscaram-se evidências e dados a partir de fontes secundárias para caracterizar o cenário dos hospitais acreditados no Brasil; na segunda fase, utilizou-se o mapeamento estruturado, com coleta de dados por meio de entrevistas e análises predominantemente qualitativas.

Após contatos telefônicos com os responsáveis dos hospitais, houve concordância em participar da pesquisa por parte de cinco hospitais localizados em Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Como resultado previsto, buscou-se apresentar um mapeamento para a implantação de um processo de acreditação hospitalar aplicável a qualquer instituição hospitalar.

Na Tabela 2 é descrito o perfil dos casos (hospitais) participantes da pesquisa.

Tabela 2: Perfil dos hospitais participantes

|                               | Hospital               |                        |                        |                        |                        |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                               | A                      | B                      | C                      | D                      | E                      |
| <b>Leitos</b>                 | 334                    | 343                    | 149                    | 380                    | 336                    |
| <b>Internações por mês</b>    | 1200                   | 1200                   | 800                    | 1200                   | 1200                   |
| <b>Núm. de Funcionários</b>   | 1950                   | 2000                   | 780                    | 2000                   | 1800                   |
| <b>Natureza</b>               | Privada                | Privada / Beneficente  | Privada                | Privada                | Privada                |
| <b>Tipo de atendimento</b>    | Particular e convênios |
| <b>Nível de complexidade</b>  | Alta                   | Alta                   | Alta                   | Alta                   | Alta                   |
| <b>Nível de acreditação</b>   | 3                      | 3 / Sim                | 1                      | 3                      | Sim                    |
| <b>Sistema de acreditação</b> | ONA                    | CBA/JOINT              | ONA                    | ONA                    | JOINT                  |

Fonte: Autoria própria

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O **Hospital A**, fundado em 1938, é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B, em maior volume, e a classe C, em menor volume, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros-saúde e clientes particulares.

É procurado por médicos, pacientes e empresas ofertantes de saúde suplementar. É acreditado pela ONA no nível 3 (acreditada plena), com certificação válida até 2012. Em 1991, o grupo de gerentes do hospital iniciou a discussão sobre o assunto qualidade. Com a predisposição positiva para a mudança e entendendo a importância de ter um processo de melhoria para a qualidade assistencial, a equipe de gerentes desenvolveu um projeto denominado *Controle Total da Qualidade*, apoiado nas necessidades identificadas de mudança na gestão hospitalar praticada. Esta mudança significava a adoção de uma administração participativa, onde os papéis gerenciais passariam por uma revisão.

Em 1992, o projeto foi discutido e aprovado pela Diretoria e teve sua consequente implantação. Em 1994, o hospital participou de programas regionais de controle de qualidade, recebendo em 1996, o Selo de Conformidade, o qual confirma o padrão de qualidade desenvolvido e implantado. Foi certificado pela Norma MBR ISO 9002 (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 1998). Outros certificados foram recebidos ao longo do tempo e, em 2007, o hospital conquistou a acreditação no nível Acreditado Pleno, com base nas diretrizes da ONA e requisitos do *Manual Brasileiro de Acreditação*. Com o início da gestão da qualidade, o hospital contratou consultoria externa para a implantação do conceito e ferramentas de qualidade, produtividade e reengenharia.

No processo de conscientização dos colaboradores, médicos e fornecedores, a estrutura do hospital foi utilizada para criar multiplicadores, proporcionando o estabelecimento de uma linguagem comum. O processo de conscientização sobre a importância da qualidade induziu os profissionais lotados nos serviços terceirizados, condição facilitadora de mudanças da cultura organizacional. Sob a orientação do programa de qualidade desenvolvido pela gestão da qualidade, foi estruturada uma pesquisa de satisfação do paciente com o hospital, feita na residência do paciente, após a alta hospitalar. A intenção desse método foi avaliar o melhor momento de coleta da satisfação do paciente, tornando a percepção do paciente livre de qualquer sentimento partidário. Atualmente, o hospital trabalha com dois tipos de informações: Canal de Manifestação do Paciente, feito no momento do atendimento, caso este se sinta insatisfeito com o atendimento, e Pesquisa de

Satisfação, realizada por um instituto especializado no assunto. O Hospital percebe estes tipos de informações como distintos.

Na atual cultura de qualidade vivida pelo hospital, o Selo de Acreditação é consequência da qualidade assistencial criada a partir do modelo de gestão da qualidade, idealizado para garantir a segurança do atendimento e a constante satisfação do paciente.

A implantação setorial de indicadores de qualidade, amplamente divulgados e periodicamente analisados, retrata a necessidade de ações de correção de não-conformidades identificadas. Quanto a pontos de fragilidade, tem-se o sub-registro de não-conformidades setoriais, por não ser totalmente monitorado, e a pouca participação dos médicos visitantes. Para superar esse ponto, a enfermagem procura atuar mais próxima ao médico, onde o enfermeiro não é somente assistencial e, sim, um gestor da qualidade na assistência.

Como ponto forte, o hospital apresenta o modelo de gestão da qualidade assistencial implantado em toda a unidade. Nesse modelo, há indicadores de qualidade que demonstram a segurança, a organização e os resultados da assistência aos pacientes, que também promovem a antecipação de ações corretivas. A presença permanente de uma equipe interna de auditores facilita o processo de melhoria contínua, promovendo a qualidade a todo o tempo, independente do período de renovação do selo de acreditação.

O **Hospital B** é de natureza privada e também beneficente. Atua na alta complexidade de serviços médicos, atendendo fortemente a classe A e muito pouco a classe B. A classe C é atendida por programas beneficentes. Os serviços médicos e hospitalares são prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros-saúde e clientes particulares. É acreditado pela *Joint Commission* e atualmente encontra-se no segundo ano acreditado (acreditada plena). Iniciou o processo de acreditação implantando a gestão da qualidade nos processos assistenciais. Com ele presente em todos os departamentos do hospital foi possível melhorar os processos, documentar e padronizar as rotinas, resultando que todos usam o mesmo procedimento ao prestar assistência ao paciente.

Para buscar a acreditação, o hospital contratou a consultoria externa do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), credenciada da *Joint Commission*, para diagnosticar e viabilizar o processo. Com a acreditação, o hospital percebeu a mudança do pensamento assistencial, iniciando um projeto de cuidado focado, onde a enfermagem é a responsável pela gestão administrativa dos serviços de apoio, para proporcionar melhor assistência ao paciente, garantindo, assim, a qualidade no atendimento ofertado. Também com a acreditação houve mudanças e melhoria na segurança da assistência, na comunicação verbal e visual, na elaboração, implantação e documentação dos protocolos, em atendimento a um dos requisitos do processo, qual seja o de registrar tudo que se relaciona com o desempenho das atividades assistenciais.

Um fator importante que fez com que o hospital buscasse a acreditação foi o fato de que pacientes de outros países procuram hospitais detentores de selo de acreditação.

O ponto forte deste hospital é a excelência do corpo clínico e a alta tecnologia empregada, bem como a preocupação os gestores com a qualidade e em treinar e atualizar multiplicadores internos, focados na manutenção do selo conquistado, para garantir a segurança, a organização e os resultados da qualidade a qualquer termo.

O **Hospital C** é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A, B e C, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros-saúde e clientes particulares.

Ao iniciar o processo de acreditação, o hospital percebeu a necessidade de implantar a gestão da qualidade. Neste sentido, houve a revisão de indicadores institucionais, voltando-se para indicadores específicos de qualidade na assistência, intitulados *Índice Geral de Procedimentos Médicos de Assistência e Práticas Inovadoras de Gestão de Saúde Mensalmente*; é feita uma análise crítica dos indicadores referente ao mês anterior, com o

objetivo de tornar público o desempenho do hospital.

Atualmente, o hospital é acreditado pela ONA no nível 2 (acreditada plena) e está buscando a acreditação pela Joint Commission. Para a acreditação pela ONA, não contratou consultoria externa, o que ocorreu quando da busca de acreditação pela Joint Commission. Porém, a consultoria não foi total; focou-se nos itens que apresentavam maior dificuldade no processo de implantação.

Há, no hospital, um escritório da qualidade que faz, rotineiramente, auditoria interna na execução dos processos assistenciais, com vistas a manter o selo de acreditação. Esse escritório funciona como unidade autônoma de acompanhamento e aconselhamento das unidades assistenciais, reportando-se diretamente à Superintendência.

Com a acreditação, o hospital melhorou as suas práticas assistenciais, apresentou numa visão sistêmica do todo, o que mudou a classificação local do hospital para um nível acima, auferindo melhores ganhos financeiros. Há, porém, uma dificuldade em compartilhar os protocolos implantados pelo hospital, provocada pela visão de hospital aberto. Isso proporciona um percentual sem controle de não-conformidade, que está sendo acompanhado por um setor de gerenciamento de riscos.

O **Hospital D** é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B e parte da classe C, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros-saúde e clientes particulares.

É acreditado pela ONA no nível 3 (acreditada com excelência) e iniciou o processo de acreditação com a gestão da qualidade, implantando um Comitê de Qualidade e Segurança, que realiza periodicamente uma análise crítica institucional.

Nesse hospital, é a gestão clínica que discute a assistência e define os processos, protocolos e métodos assistenciais. A qualidade assistencial é compreendida como aplicabilidade de procedimentos, monitorados por uma equipe interna de auditoria. A gestão clínica entende que é o médico que *tem a vida do paciente nas mãos*. Isso faz a atividade médica ser solitária, única, individual e autônoma.

O hospital aponta como pontos fortes da acreditação a consolidação da gestão clínica, a cultura da segurança e o fortalecimento do foco de apoio no processo assistencial.

A fragilidade do hospital está na informalização de alguns processos assistenciais, especificamente aqueles desenvolvidos e gerenciados por médicos que não dispõem de conhecimento abrangente de gestão.

O **Hospital E** é de natureza privada, disponibiliza serviços médicos de alta complexidade, atendendo as classes A e B, com serviços médicos e hospitalares prestados a usuários de convênios, planos de saúde, seguros saúde e clientes particulares.

É acreditado pela Joint Commission e está em sua segunda acreditação. O processo de acreditação iniciou com a criação no hospital do *Programa de Auditoria para a Melhoria da Qualidade*. Participou de programas de avaliação local, para atestar o *status* da qualidade assistencial no qual ele se encontrava.

A consultoria do CBA foi contratada para realizar uma avaliação diagnóstica da instituição e adequar um processo de educação cultural dos atores envolvidos na assistência, voltado para a qualidade.

Após a acreditação, o hospital em questão desfruta de um reconhecimento nacional e internacional em qualidade nos seus processos assistenciais. No entendimento dos seus gestores, qualidade é uma condição para manter o compromisso de atuar na manutenção da melhor assistência e não somente um instrumento de avaliação em si.

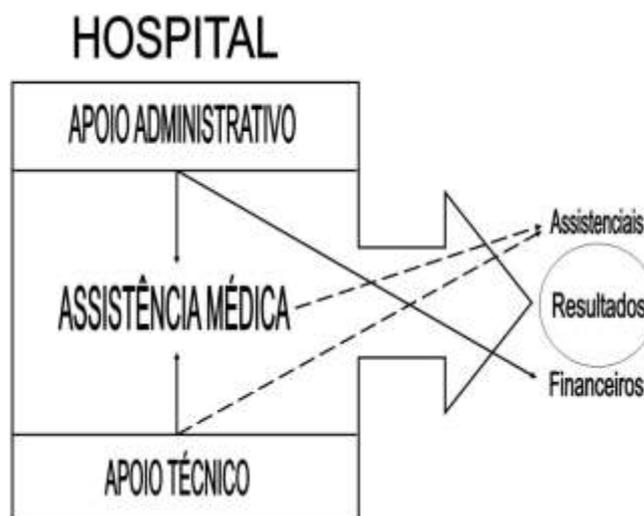
A cultura médica de participação no processo de desenvolvimento de melhores práticas de assistência está consolidada, no momento em que o médico se vê como cliente, em alguns momentos, e como parceiro, em outros.

A manutenção do selo de acreditação é realizada para todas as atividades por meio de ações da equipe interna de auditoria, formada por colaboradores treinados para acompanhar a execução dos processos e protocolos assistenciais previamente definidos.

#### Síntese da análise dos resultados

A partir dos dados coletados nos hospitais pesquisados para alcançar patamares de qualidade que a acreditação oferece, evidenciou-se fortemente a necessidade de promover a integração dos processos assistenciais, envolvendo a gestão administrativa e a gestão clínica (gestão médica). Reforçando esta percepção, a Figura 1 reflete a importância desta visão.

Figura 1 - Processo integrado de gestão hospitalar



Fonte: Emídio (2009)

É importante e necessário que a definição dos processos assistenciais se dê pela gestão clínica em conjunto com a equipe técnica (apoio técnico), apoiada pela gestão administrativa.

Os processos e as práticas assistenciais definidos pela gestão clínica e alinhados com a gestão administrativa podem assegurar a qualidade assistencial, uma vez que o foco principal da gestão administrativa é o resultado financeiro e o foco principal da gestão clínica é o resultado assistencial. Neste sentido, a gestão administrativa, por meio das suas diversas áreas de atuação, como: compras, estoque, logística, contabilidade, marketing, atendimento e manutenção, entre outras, apoia a gestão clínica com o rastreamento do custo financeiro para que a instituição hospitalar tenha resultados operacionais positivos. Também a área técnica - enfermagem, nutrição, farmácia, entre outras - apoia e executa os processos assistenciais definidos pela gestão clínica, ambas com foco no resultado assistencial.

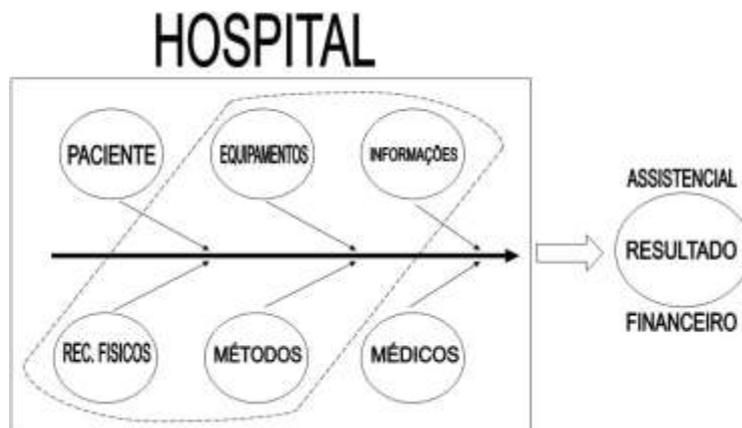
O equilíbrio no desempenho das atividades, administrativas e técnicas torna sólida e válida a qualidade assistencial, fator reconhecido pelas equipes médicas e pelos pacientes e demais beneficiários dos serviços hospitalares.

A gestão clínica precisa reconhecer a sua importância e entender a razão do seu envolvimento com o processo de gestão de um hospital. Todas as atividades hospitalares se iniciam com um atendimento médico. No ato desse atendimento, é o médico quem define a assistência que será praticada. Esta é uma decisão autônoma, poucas vezes debatida, em função da singularidade da decisão do profissional. Sendo assim, a gestão administrativa deve disponibilizar os insumos e equipamentos necessários à assistência indicada pelo médico, numa busca incessante de oferecer condições adequadas de trabalho e produção na atividade-meio para que a atividade-fim seja contemplada na sua totalidade. Certamente, a qualidade

assistencial é produto do alinhamento dos focos principais, aqui entendidos como financeiro e assistencial.

A Figura 2 reforça o envolvimento da gestão administrativa no processo qualitativo da assistência. O paciente é considerado cliente, que busca atendimento médico no hospital. O médico não deve ser visto unicamente como cliente; deve ser reconhecido como um importante canal de demanda (é comum o paciente escolher o hospital por causa do médico). Toda a infraestrutura funcional é de responsabilidade da gestão administrativa, a qual deve disponibilizar os meios para que o médico possa atender o paciente e encaminhar as soluções do atendimento, satisfazendo as necessidades do paciente. Equipamentos e insumos, integração e disponibilidade informacional, recursos físicos, bem como os meios para a execução dos processos assistenciais definidos e documentados, devem estar à disposição da gestão clínica, de forma a garantir a qualidade da assistência ao paciente.

Figura 2 - Atores envolvidos na gestão hospitalar



Fonte: Emídio (2009)

No entanto, é necessária a abertura da gestão clínica para a análise crítica institucional, a qual envolve as atividades médicas, com indicadores de qualidade assistencial. Há no meio médico reconhecida resistência em aceitar ser objeto de avaliação num processo de qualidade assistencial.

Outra percepção desta pesquisa é a presença das características comuns a todos os hospitais participantes deste trabalho, que decidiram pela implantação da gestão da qualidade e posteriormente buscaram a acreditação. O Quadro 1 evidencia essa similaridade:

**Quadro 1** - Características comuns aos hospitais acreditados

| <b>Qualidade</b>                                  | <b>Monitoramento da qualidade</b>                                    |
|---|--|
| - Decisão para mudar processos                    | - Criação de equipe de auditoria interna                             |
| - Mudança de conceitos institucionais             | - Formação de multiplicadores  |
| - Apoio da Direção                                | - Análise Crítica Institucional                                      |
| - Preocupação com a qualidade                     | - Identificação de não conformidades                                 |
| - Desenho de um programa de qualidade             | - Identificação de ações de correção                                 |
| - Gestão da Qualidade                             | - Ações de correção antecipada                                       |
| - Gestão Clínica                                  | - Envolvimento de todos os recursos e insumos assistenciais          |
| - Criação de indicadores de qualidade             | - Pesquisas de satisfação dos clientes internos e externos           |
| - Padrões de assistência                          |  |
| - Monitoramento contínuo                          |  |
| - Cultura de qualidade                            | <b>Organização (processos)</b>                                       |
| - Análise crítica periódica                       | - Padronização e documentação dos processos                          |
| <b>Processo de Acreditação</b>                    | - Documentação dos procedimentos e registros atualizada e disponível |
| - Implantação da Gestão da Qualidade              | - Programas de treinamento e educação continuados                    |
| - Assessoramento interno e externo                | - Participação dos funcionários para a melhoria dos processos        |
| - Contratação de Consultoria externa              |  |
| - Participação em Programas de Certificação local |  |
| - Processos assistenciais bem definidos           | - Resultados medidos e avaliados                                     |
| - Criação de memória das decisões tomadas         | <b>Excelência na Gestão (resultados)</b>                             |
| - Consolidação dos processos assistenciais        | - Indicadores de desempenho Institucionais                           |
| <b>Segurança (estrutura)</b>                      | - Institutos de Ensino e Pesquisa                                    |
| - Estrutura física adequada                       | - Análise crítica institucional sistemática                          |
| - Controle dos insumos assistenciais              | - Fortalecimento da marca  |
| - Responsabilidade técnica conforme legislação    | - Busca pelo Reconhecimento dos pacientes                            |
| - Dimensionamento adequado do corpo funcional     | - Tomada de decisão baseada em indicadores                           |
| - Controle e gerenciamento de riscos              | - Planejamento de melhoria contínua                                  |
| - Condições operacionais adequadas                |  |

Fonte: Autoria própria

As características comuns consolidam as práticas para iniciar, obter, monitorar e manter o selo de acreditação.

Os hospitais participantes deste estudo identificaram indicadores de qualidade que servem como instrumentos para a análise crítica institucional. Os Quadros 2 e 3 apresentam, respectivamente, os indicadores institucionais e os indicadores de desempenho da gestão da qualidade em um setor de atendimento comum aos hospitais. Para cada indicador é definida uma meta anual e os valores observados mensalmente.

**Quadro 2** - Itens da planilha de indicadores institucionais

| <b>Qualidade</b>                          | <b>Estratégicos</b>                  |
|---|--------------------------------------|
| - Satisfação Cliente Paciente - Hospital  | - Certificação Local                 |
| - Satisfação Cliente Médico - Hospital    | - Acreditação ONA / JCI              |
| - Resposta Reclamação cliente - ≤ 7 dias  | - Taxa de Ocupação Hospitalar        |
| - Satisfação Cliente Interno - Intersetor | - Número de Cirurgias                |
| <b>Gestão de Pessoas</b>                  | - Número de Partos                   |
| - Absenteísmo – corporativo               | - Número de Atendimentos em PS       |
| - Turn over – corporativo                 | - Número de Exames Realizados        |
| - Acidente de Trabalho                    | <b>Assistenciais</b>                 |
| - Treinamento homem / hora                | - Infecção Hospitalar Geral          |
| - Produtividade                           | - Infecção Hospitalar – UTI adulto   |
| - Avaliação de Desempenho                 | - Infecção Hospitalar – UTI Neonatal |
| - Atualização Profissional                | - Infecção Hospitalar – Berçário     |
| <b>Responsabilidade Social</b>            | - Infecção Hosp. Clínica Cirúrgica   |
| - Geração de Resíduos Recicláveis         | - Infecção Hosp. Maternidade         |
| - Reciclável de Papel – Kg                | - Infecção Hosp. Transplantes        |
| - Reciclável de Plástico – Kg             |                                      |
| - Reciclável de Alumínio – Kg             |                                      |
| - Reciclável de Papelão – Kg              |                                      |

Fonte: Autoria própria

**Quadro 3**: Itens da planilha de indicadores de desempenho (Exemplo: UTI adulto)

| <b>Indicadores institucionais – Enfermagem</b>      | <b>Indicadores assistenciais – Setorial</b>       |
|---|---|
| - Incidência de úlcera por pressão                  | - Risco de mortalidade x mortalidade real – anual |
| - Troca de SNE por obstrução                        | - Infecção Hospitalar – UTI adulto                |
| - Incidência de extubação acidental                 | - Densidade de IH Respiratória                    |
| - Incidência de Flebites                            | - Densidade de IH Urinária                        |
| - Acidentes com o paciente – queda                  | - Densidade de IH corrente sanguínea / cateter    |
| - Incidência de lesão cutâneo mucosa                | - Incidência de úlcera por pressão                |
| - Taxa de ocupação                                  | - Incidência de lesão cutâneomucosa               |
| - Paciente Dia                                      | - Incidência de pressão alta do cuff              |
| - Taxa de mortalidade                               | - Incidência de pressão baixa do cuff             |
| - Turn over   | - Incidência de eficácia da higiene oral          |
| - Absenteísmo                                       | - Incidência de Flebite                           |
| - Acidente de trabalho – enfermagem                 | - Incidência de queda de paciente                 |
| - Treinamento homem /hora – enfermagem              | - Incidência de extubação acidental               |
| <b>Indicadores de qualidade</b>                     | <b>Indicadores de gestão de pessoas</b>           |
| - Satisfação cliente paciente enfermagem            | - Absenteísmo                                     |
| - Satisfação cliente equipe médica UTI              | - Turn over                                       |
| - Satisfação cliente interno – intersetorial UTI    | - Acidente de trabalho                            |
| - Satisfação cliente interno – intersetorial Físio  |   |
| - Satisfação cliente interno – intersetorial Fono   |   |
| - Satisfação cliente médico – hospital – enfermagem |   |

Fonte: Autoria própria

Quanto aos indicadores necessários à avaliação da qualidade institucional, no item “qualidade”, é medido o nível de satisfação do paciente e do cliente nas relações com o hospital. No item “estratégicos”, medem-se os objetivos definidos para a instituição em um determinado período. No indicador “assistenciais”, são mensurados os resultados da qualidade da assistência. Em “gestão de pessoas”, a relação existente entre o hospital e os recursos humanos é avaliada e analisada como resultante de um processo de educação continuada e atualização contínua, promovidos pela instituição e validados pela população funcional. E o indicador “responsabilidade social” deixa clara a preocupação com o meio-ambiente, no qual o hospital está inserido.

Os indicadores de desempenho contemplam importantes itens relacionados ao desempenho dos recursos humanos que executam a assistência ao paciente.

Tanto os indicadores institucionais, quanto os indicadores de desempenho, devem ser adaptados às necessidades de cada hospital, embora sejam comumente utilizados por várias instituições de saúde. Precisam ser atualizados mensalmente e são utilizados para a análise crítica institucional.

Pela semelhança encontrada nos hospitais participantes deste estudo, os indicadores compilados representam basicamente o comum à gestão da qualidade desenvolvida nas mesmas instituições em condições operacionais semelhantes. Mesmo com a suposição de haver reservas por parte das instituições hospitalares acreditadas em descrever seus processos, bem como em divulgar suas normas, diretrizes e padrões, que permitam identificar elementos que facilitam ou dificultam a implantação da qualidade assistencial e da acreditação hospitalar, os hospitais se apresentaram solidários ao estudo, apresentando e descrevendo a singularizada infraestrutura do processo de gestão da qualidade, o que é peculiar de cada instituição de saúde, nem sempre divulgada.

Em conformidade com o encontrado nos hospitais acreditados, é possível sintetizar o processo de acreditação pelas seguintes etapas: (i) sensibilização, (ii) diagnóstico institucional e (iii) avaliação.

Nesse processo, estão presentes os seguintes instrumentos: (i) planejamento estratégico, (ii) redesenho e padronização de processos, (iii) integração informacional e (iv) análise e melhoria contínua.

No instrumento *Planejamento Estratégico*, são considerados como fatores críticos de sucesso: (i) objetivos claros, (ii) envolvimento dos líderes, (iii) certeza da mudança, (iv) acompanhamento e (v) comunicação.

No instrumento *Redesenho de Processos*, os fatores críticos de sucesso são: (i) envolvimento dos executores, (ii) alinhamento com os objetivos estratégicos, (iii) existência de indicadores, (iv) plano de transição e (v) padronização e treinamento.

No instrumento *Integração informacional*, são fatores críticos de sucesso: (i) estrutura, (ii) alinhamento de conceitos e (iii) capacitação em ferramentas de qualidade.

No instrumento *Análise e Melhoria Contínua*, consideram-se fatores críticos de sucesso: (i) sistemática de acompanhamento, (ii) mensuração dos resultados, (iii) transparência e (iv) aprendizado contínuo.

Em todo o processo de acreditação, é importante trabalhar os conceitos e objetivos de forma clara e consensual, mensurar resultados e cuidar dos processos de aplicabilidade de forma contínua e sistemática, com o objetivo de interiorizar uma nova cultura organizacional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção das variáveis de composição da qualidade assistencial foi apresentada (i) pelos indicadores de qualidade, (ii) pela padronização e documentação dos processos, (iii) pelos protocolos institucionalizados. No decorrer deste estudo, essas variáveis estavam

presentes em todos os hospitais acreditados participantes. Com as evidências encontradas em relação à constante movimentação das gestões para manter o hospital reciclado, atualizado e auditado internamente, foi possível identificar as bases para iniciar um processo de acreditação hospitalar. Essas bases são (i) documentos, (ii) o envolvimento necessário de todos os profissionais, (iii) os relacionamentos mantidos entre os diferentes setores do hospital, (iv) o estabelecimento e a disponibilização de manuais orientadores dos processos de trabalho, (v) o cumprimento das rotinas e (vi) os protocolos estabelecidos.

Quanto aos benefícios obtidos pelo hospital acreditado, podem ser descritos o reconhecimento, (i) por parte dos médicos, que procuram hospitais acreditados para procedimentos de maior complexidade, pois, percebem a rigidez e a segurança no cumprimento das atividades assistenciais; (ii) por parte dos funcionários, que se orgulham por estarem inseridos numa instituição diferenciada e, em muitos casos, eleitas em pesquisa de melhores empresas para se trabalhar; (iii) por parte das empresas de saúde suplementar, que auferem melhor remuneração dos hospitais acreditados pelos serviços prestados aos seus usuários; e (iv) pela comunidade local, nacional e internacional, pela garantia da assistência com qualidade.

Na perspectiva do objetivo geral e dos objetivos específicos estabelecidos, o estudo possibilitou identificar e discutir as variáveis de análise e avaliação inerentes ao processo de acreditação; no entanto, a consolidação destas variáveis não é prescritiva, pois são dependentes e peculiares de cada hospital. Tais variáveis são: (i) gestão da qualidade; (ii) gestão clínica; (iii) apoio dos níveis estratégico, tático e operacional; (iv) uso de indicadores de qualidade assistencial; (v) padronização e documentação de processos; (vi) aplicação de protocolos de atendimento; (vii) envolvimento das pessoas; (viii) uso de consultorias interna e externa; (ix) monitoramento contínuo dos processos assistenciais; (x) comprometimento com os resultados obtidos pela acreditação hospitalar; (xi) programas educacionais voltados para a manutenção do selo de acreditação.

E ainda, os elementos que facilitam e dificultam o processo de acreditação hospitalar:

a) Elementos facilitadores: (i) decisão em tornar-se um hospital acreditado; (ii) implantação da gestão da qualidade; (iii) redefinição e documentação dos processos assistenciais; (iv) gestão clínica bem definida; e (v) participação e envolvimento de todos os profissionais da assistência.

b) Elementos dificultadores: (i) não interesse da instituição; (ii) processos não definidos e não documentados; (iii) dificuldade operacional; (iv) custo financeiro na implementação de mudanças culturais; (v) paradigmas assistenciais consolidados na gestão hospitalar; (vi) pouco envolvimento dos médicos no resultado operacional do hospital.

Neste estudo, não foi possível informar os procedimentos médicos realizados nos hospitais pesquisados, tais como: tipo e complexidade de cirurgias, procedimentos cirúrgicos efetuados em pronto-socorro, em ambulatório e, ainda, nos serviços médicos terceirizados. Da mesma forma, o tipo de internações, considerando tratamento clínico e/ou cirúrgico. Sendo assim, o detalhamento do nível de complexidade dos hospitais não pode ser plenamente analisado.

## 6 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo, obedecendo aos macroprocessos exigidos das instituições de saúde, contidos no *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar - segurança*, relacionado à estrutura; **organização**, relacionado a processos assistenciais; **excelência na gestão**, relacionado aos resultados, sugerem que a acreditação hospitalar proporciona a melhoria contínua dos serviços médico-hospitalares prestados, alicerçada numa gestão da qualidade dos processos assistenciais.

Também sugerem que os hospitais acreditados são considerados diferenciados, reconhecidos pela comunidade médica, pelos funcionários, fornecedores, empresas de saúde suplementar, pelos pacientes e também pela comunidade. Do ponto de vista de gestão da qualidade, os processos são monitorados pelas equipes de auditoria interna e pelos agentes multiplicadores, resultando em um aprimoramento contínuo.

Os achados evidenciaram o quanto o hospital se organiza em relação aos serviços prestados. Por ter os processos identificados, padronizados e documentados, a validação da qualidade na assistência torna-se imperativa, traduzindo em maior eficácia no resultado assistencial.

Em todos os hospitais pesquisados, em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, o processo de acreditação foi resultante da implantação da gestão da qualidade. A busca pela acreditação fez com que os hospitais desenvolvessem ações de melhoria dos processos assistenciais, padronização e documentação das rotinas estabelecidas para a atenção aos pacientes. A gestão da qualidade está presente em todos esses hospitais e em cada hospital como um todo.

A manutenção contínua dos processos, alinhados diariamente pela gestão da qualidade, e a auditoria interna, feita periodicamente em toda a instituição, são fatores que motivam a melhoria contínua, resultando na percepção dos pacientes da existência de melhor assistência, a partir dos processos e padrões de segurança amplamente divulgados. Um dos aspectos mais destacados é o enfoque educativo e não punitivo do controle da qualidade, feito pela gestão da qualidade.

Com isto, a manutenção do selo de acreditação é dependente de uma gestão da qualidade, alinhada às melhores práticas de assistência. A acreditação melhora a segurança, muda o pensamento dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, melhora a comunicação e a documentação interna e externa e promove a atualização contínua.

Com a implantação da acreditação, a instituição hospitalar é vista como um todo, na sua integralidade. A existência de um programa de acreditação hospitalar, focado na qualidade dos processos assistenciais, proporciona normas e rotinas, descrição de processos, guias, manuais para serem seguidos e isto, conseqüentemente, contribui para a padronização da assistência e melhoria contínua da qualidade.

A acreditação representa uma distinção que a organização de saúde recebe pela qualificação evidenciada, ao mesmo tempo em que sinaliza para os clientes internos e externos, bem como para a comunidade em geral, que alcançou um padrão de gestão do negócio e da assistência, externamente reconhecido.

O diferencial de um hospital é a qualidade dos seus processos assistenciais. Os mecanismos internos que conduzem às ações das equipes multiprofissionais e a imagem que eles transmitem devem estar estritamente alinhados com os programas de qualidade, que serão avaliados num processo de acreditação hospitalar.

Não foi possível contemplar, neste trabalho, uma análise refinada dos itens de avaliação dos níveis de acreditação constantes no *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, verificando se há, por parte dos hospitais, dificuldades em atender a todos eles. Outra lacuna deixada foi não saber como os hospitais praticam a gestão do conhecimento, uma vez que as instituições de saúde acolhem multiprofissionais, cada um com uma formação distinta, autônoma e necessária para a prática das atividades médico-hospitalares. São estudos que poderão ser realizados futuramente.

## REFERÊNCIAS

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e

- participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007.
- CAMPOS, L. I.; GASTAL, F. L.; COUTO, R. C. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação**. 2008. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- EMÍDIO, L. **Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais e Acreditação Hospitalar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.
- FOGUEL, S.; SOUZA, C.C. **Desenvolvimento organizacional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GASTAL, F.L.; ROESSLER, I. F. Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação (Módulo 2 – multiplicadores: avaliação e qualidade). Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.
- HORTALE, V. A.; OBBADI, M.; RAMOS, C. L. A Acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, nov./dez. 2002.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **NBR ISO 9002: quality systems: model for quality assurance in production, installation and servicing**. [S.l.], dez. 1994.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília-DF, 2006.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. A acreditação de serviços de saúde. Cidade, 2007. Disponível em: [www.ona.org.br](http://www.ona.org.br). Acessos em: 01 maio 2009, 8 ago. 2011, 18 ago. 2012.
- PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. 3rd. ed. Thousand (EUA): Sage Publications, 2001.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

---

Artigo recebido em 08/10/2012 e aceito para publicação em 20/03/2013

---