



ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A GESTÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS

Luiza Beth Nunes Alonso

Doutora em Educação pela Universidade de Harvard, Estados Unidos.
Professora da Universidade Católica de Brasília, Brasil.
E-mail: lualonso@pos.ucb.br

Clarisse Droval

Doutora em Gestão pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto D'ouro,
Portugal.
E-mail: cdroval@gmail.com

Edilson Ferneda

Doutor em Computação pelo *Laboratoire d'Informatique, Robotique et
Microélectronique de Montpellier*, França. Professor da Universidade
Católica de Brasília, Brasil.
E-mail: eferneda@pos.ucb.br

Luci Emídio

Mestre em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação pela
Universidade Católica de Brasília, Brasil. Diretora Executiva do Hospital
Santa Marta, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: luciemidio@uol.com.br

Resumo

A gestão clínica e administrativa passa necessariamente pela gestão e valorização do ser humano em todos os seus aspectos constitutivos. Fazer uma gestão hospitalar voltada para a qualidade assistencial é um desafio que precisa ser almejado. A avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde é matéria de interesse do setor privado, do Estado e da Sociedade. O objetivo deste artigo é verificar como a acreditação pode garantir maior segurança ao paciente, por meio do mapeamento e aperfeiçoamento dos processos de assistência, e também pela sua inserção como incremento qualitativo. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que permitiu analisar o impacto da acreditação nos processos assistenciais, levando à conclusão de que ela promove uma melhoria efetiva dos serviços prestados aos pacientes, de forma integrada e dinâmica.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Gestão Hospitalar. Acreditação Hospitalar.

HOSPITAL ACCREDITATION AND THE QUALITY MANAGEMENT OF CARE PROCESSES

Abstract

Hospital management necessarily involves clinical and administrative aspects related to the enhancement of human being in all institutional aspects. A major challenge to hospital management is to continuously ensure high quality standards of health care. The evaluation and certification of the quality of health services is a matter of interest to the private sector, State and Society. The purpose of this paper is to verify how accreditation can enhance the patient safety, by mapping and improving the health care processes, as well by its insertion as a quality increment. For this aiming, a bibliographical

research was carried out, allowing to understand the accreditation impact in healthcare processes, and leading to the conclusion that it promotes an effective improvement in the services offered to patients, in an integrated and dynamic fashion.

Keywords: Quality of Management. Hospital Management. Hospital Accreditation.

1 INTRODUÇÃO

A implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços, buscando assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde do País, é o objetivo geral da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Voltados para este objetivo, hospitais desenvolvem e implementam a avaliação da qualidade dos serviços assistenciais, contemplando investimentos em tecnologia, em treinamento humano e na aplicação de melhores práticas assistenciais. Estas organizações visam à qualidade dos serviços disponibilizados aos pacientes, tendo como foco a assistência qualitativa do atendimento.

Donabedian (1992) considera que qualidade em saúde é “o esforço permanente realizado no melhoramento da saúde, pela monitorização e avaliação continuada da estrutura, do processo e dos resultados da prestação dos serviços”.

Resultante da Gestão da Qualidade dos processos assistenciais, a acreditação hospitalar é o método internacionalmente mais difundido de avaliação externa. Definido como um procedimento de avaliação integral (sistêmico) da qualidade, o processo de implantação do Programa de Acreditação Hospitalar nas organizações hospitalares requer a estruturação de três macro-ações: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados. Estas ações, embora com identidades definidas, são indissociáveis, mantendo uma relação de interdependência (CAMPOS, 2008).

A Acreditação Hospitalar é uma metodologia desenvolvida para avaliar e validar a qualidade assistencial dos serviços médico-hospitalares prestados, por meio da descrição da prática desenvolvida e da utilização dos padrões assistenciais comumente aceitos. No Brasil, segundo a ONA (2006), surgem na década de 90, iniciativas relacionadas diretamente com a Acreditação Hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Frente a este cenário, a partir do Manual de Acreditação editado pela OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde (apud ONA, 2006) e das experiências estaduais, buscou-se elaborar um conjunto de opiniões com o objetivo de estabelecer padrões de avaliação comuns a todos. Assim, foi criada a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, aprovado em junho de 1998 pelas Instituições que trabalhavam com acreditação e pelos representantes das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde no Ministério da Saúde. Este manual é o instrumento de avaliação da qualidade institucional.

O processo de avaliação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos. Compara-se o que é encontrado nos serviços hospitalares com o padrão considerado como referência no desenvolvimento das atividades médico-hospitalares em que estejam contemplados os aspectos relacionados à segurança (estrutura), organização (processos) e práticas de gestão e qualidade (resultados). Dessa forma, verifica-se se o hospital atinge os critérios estabelecidos como desejáveis, a partir das definições contidas no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA, 2006).

A acreditação hospitalar possui uma abordagem educativa expoente. Baseada na prática profissional reflexiva, leva à elaboração e definição de novas maneiras de atuar sobre os problemas da instituição hospitalar. Ao decidir pela implantação da acreditação, a

organização hospitalar passa pela adequação dos processos assistenciais, padroniza os procedimentos assistenciais e documenta as práticas de desempenho das atividades em toda a organização.

A acreditação foi concebida para avaliar a qualidade da assistência médico-hospitalar, onde, de acordo com Quinto Neto e Gastal (1997), o esforço para construir um instrumento adaptado à realidade brasileira deu-se com base nos seguintes aspectos: o impacto insignificante dos programas de garantia da qualidade onde não existem programas de acreditação hospitalar; a falta de uma tradição de auto-avaliação e rigorosa revisão interna dos hospitais; a dificuldade dos administradores hospitalares em tomar decisões orientadas para procedimentos realizados pelo pessoal técnico; a carência de informações concretas sobre a eficiência, a adequação e a eficácia dos serviços de saúde; e a pressão externa sobre os serviços de saúde.

De acordo com a ONA (2006), a organização prestadora de serviços de saúde que adere ao processo de acreditação revela responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade ao atendimento à população.

Além de permitir a avaliação e a consequente distinção das organizações de saúde, o modelo adotado no processo de acreditação tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão, à medida que, com base nos requisitos e padrões, a organização tem a possibilidade de realizar um diagnóstico para: entender os requisitos para a melhoria do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender, de forma sistemática, seus pontos fortes e oportunidades para melhoria; e promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas da equipe.

Podem também ser citadas as vantagens do processo de acreditação para: melhoria contínua; qualidade da assistência; construção de equipe e função educativa; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; gerenciamento; e segurança para pacientes e profissionais.

O presente artigo, objetivando verificar como a acreditação pode garantir maior segurança ao paciente, estudando o mapeamento e aperfeiçoamento dos processos de assistência e ainda a inserção da acreditação como incremento qualitativo, ancora-se em uma pesquisa em diversas bases terciárias. Desde logo se constatou que são poucos os trabalhos científicos sobre o tema Acreditação Hospitalar com foco no seu processo de implantação. Diversos trabalhos podem ser destacados em Acreditação Hospitalar ou Qualidade dos Serviços de Assistência à Saúde, tais como os de Campos (1994), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), Oliveira et al (2003), Cecílio e Mendes (2004), Feldman et al (2005), Gastal e Roesler (2006) e de Bernardes et al (2007).

No entanto, poucos estudos esclarecem como se dá o processo de acreditação de uma instituição de saúde, nem quais os impactos dessa acreditação na cultura organizacional ou na qualidade dos serviços. Este trabalho explora esta lacuna no âmbito da acreditação hospitalar.

2 HOSPITAL

O hospital como instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doenças é uma percepção relativamente inovadora (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2001). Os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais uma dificuldade por vezes inaplicáveis (BITTAR, 2004).

Os primeiros hospitais datam do final do século 18 (FOUCAULT, 1981). Antes, eram considerados como locais que serviam para separar os enfermos da sociedade, para esperar a morte, havendo pouca ou quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente. É nesse

período que a Academia de Ciências da França buscou uma padronização para os hospitais existentes, cujo objetivo era estudar aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes da época em instituições que buscassem a assistência à saúde, um local de prática médica.

A formação médica, que não incluía atividade hospitalar, passou, após essa fase, a ser uma atividade rotineira, com visita e acompanhamento da evolução hospitalar dos pacientes realizadas por médicos, cujo trabalho era observar o comportamento dos doentes e tentar auxiliar a natureza no processo de cura.

As guerras levaram à necessidade da criação de hospitais militares, abundantes na Europa em séculos passados. Sua disciplina foi incorporada por estas instituições e influenciou o funcionamento hospitalar tal como se percebe atualmente, com fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças.

Atualmente, a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2001). Azevedo (1993) complementa que o hospital se constitui ainda em um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Para Mintzberg (1995), o hospital caracteriza-se por ser uma entidade profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controle dar-se-á por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos, monitores das diversas categorias profissionais.

Gurgel Junior e Vieira (2001) apontam as organizações hospitalares, públicas ou privadas, como inseridas em um ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Independente de suas naturezas, no entanto, ambas estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais.

Segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses: dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; dos acionistas em se tratando de hospitais privados, que objetivam o lucro; da rede de fabricantes e distribuidores de insumos; das seguradoras e planos de saúde que estabelecem uma relação comercial com o hospital; e, finalmente, dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde, o seu foco.

Conforme Bernardes et al (2000), vive-se um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. A medicina se integra cada vez mais na atividade econômica global, fazendo o hospital ser pensado progressivamente como empresa.

Ao pensar um hospital como empresa, é oportuna a descrição atual de hospitais arquitetonicamente modernos, com estruturas e instalações que se aproximam das hoteleiras, bem como refinados serviços de apoio nas áreas de alimentação e conforto para pacientes, acompanhantes e visitantes.

A partir da análise dos conceitos de sustentabilidade, de arquitetura hospitalar, de conforto e qualidade, é constatada a importância da preocupação que projetos hospitalares devam ter, desde o início, com os recursos naturais e a sua adequação ao meio ambiente (SAMPAIO, 2006). Os ambientes hospitalares, por estarem diretamente ligados à saúde do homem, requerem mais do que quaisquer outros, ambientes de conforto e de qualidade.

Conforto e qualidade, em se tratando de ambiente hospitalar, é a satisfação das necessidades tecnológicas da medicina, ou seja, ter espaços flexíveis que possam acomodar sofisticados equipamentos, constantemente redesenhados, satisfação dos pacientes,

permitindo tranquilidade, bem-estar, confiança e condições de uma pronta recuperação, bem como a satisfação da equipe de profissionais.

Para Sampaio (2006), ambientes hospitalares devem ter adequadas temperaturas, troca de ar e umidade, iluminação natural e artificial, contato com o meio externo, jardins para contemplação e passeios e, se inevitáveis, ruídos adequados.

Um esboço ultrapassado de um hospital caracteriza-se por um quarto branco, com paredes e tetos lisos, piso frio, total ausência de conforto, ou, em outras palavras, um ambiente nada acolhedor. Atualmente estas instalações estão sendo modificadas, com refinado retoque. Paredes brancas têm recebido cores e quadros, luminotécnica e paisagismo, compondo ambientes bonitos, agradáveis e alegres.

A modernização tem ocorrido não só na arquitetura, mas também na gestão hospitalar. É constante a busca pela qualidade, pela satisfação do paciente quanto ao atendimento na sua totalidade. Neste sentido, autores como Campos (1994), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), Oliveira et al (2003), Cecílio e Mendes (2004), Feldman et al (2005) e Bernardes et al (2007) confirmam a necessidade da gestão integrada e da qualidade, ambas voltadas para a acreditação.

3 AVALIAÇÃO E QUALIDADE ASSISTENCIAL NA SAÚDE

Para Gastal e Roessler (2006), processos de avaliação em geral não são recentes. Contudo, o conceito de avaliação como um processo fundamentado em premissas científicas e voltado para a aferição do desempenho de programas sociais só começa a se consolidar após a Segunda Guerra Mundial. Especificamente no setor da Saúde, nos anos sessenta e setenta do século 20, começa um esforço de consolidação de métodos, por iniciativa de vários autores e com várias vertentes, das quais se destacam a econômica, a das políticas públicas, a da epidemiologia, a da vigilância sanitária e a da saúde pública.

Feldman et al (2005) relatam que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde teve 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. Neste programa foi definido um conjunto de padrões que buscavam garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Estes padrões relacionavam-se à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, ao conceito de corpo clínico, ao preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta, e à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de, no mínimo, um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia. Estes padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e/ou serviços, como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a necessidade da assistência 24 horas, a avaliação dos resultados com o paciente ou a estrutura física do hospital.

Em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De seiscentos e noventa e dois hospitais com cem leitos avaliados, apenas oitenta e nove cumpriram os padrões preconizados pelo PPH. Em contrapartida, em 1950 o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a três mil duzentos e noventa.

Em 1949, o manual de padronização já apresentava cento e dezoito páginas, mas o Colégio Americano de Cirurgiões passou a ter dificuldades em mantê-lo, em parte devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, ao aumento do número de instituições, à complexidade e à grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial. A partir daí, o CAC criou 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 de outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria

e promoção da acreditação voluntária.

Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos hospitais (CCAH) que, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, empresa de natureza privada que procurou introduzir e enfatizar a qualidade na cultura médico-hospitalar em nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais, forçando a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, enfatizando aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Na década de 1960, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *Joint Commission* buscou modificar o grau de exigência. Para tal fim, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, contendo padrões ótimos de qualidade e considerando também os processos e qualidade da assistência.

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* (JCAHO) passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, assumiu recentemente papel educativo, com monitoramento das atividades desenvolvidas, observados na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações. A mensuração dos resultados passou a ser expressa em quatro níveis: acreditação com distinção; acreditação sem recomendação; acreditação com recomendação; e acreditação condicional.

Para Feldman et al. (2005), a saúde foi uma das últimas organizações a adotar os modelos de qualidade, sendo que a utilização iniciou-se timidamente na área administrativa. Um dos fatores que vem contribuindo para superar esta situação é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares.

A partir do ano 2000, alterando o paradigma anterior, observa-se mudança no padrão de atendimento e na prestação de serviços nos hospitais da região central de São Paulo. Atualmente se enfatiza a qualidade na assistência à saúde em razão da competitividade do mercado.

Segundo a ONA (2007), as principais causas da demora da incorporação de práticas de qualidade nos serviços de saúde são: baixa competitividade; alta variabilidade dos serviços oferecidos; assimetria dos processos e colaboradores com motivações e interesses conflitantes; e usuários sem conhecimento ou referências técnicas que permitam fazer escolhas autônomas.

A ONA também cita fatores que interferem e fazem variar a qualidade nos serviços de saúde: variabilidade e localização; treinamento, experiência, especialização e a idade dos profissionais; condições do local onde se realiza o trabalho; financiamento e organização da assistência; características da organização de saúde; e características dos clientes.

Atualmente, o termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade é entendido como um processo de contínuo aprimoramento que estabelece progressivamente os padrões, resultados dos estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparações com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero – situação que, embora na prática possa não ser atingível, orienta e filtra toda ação e gestão da qualidade. É também um processo essencialmente cultural e, desta forma, envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da organização, estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos, padrões e produtos/serviços da entidade.

Feldman et al. (2005) entendem qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva e permanente atividade de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação desde a alta direção do hospital até seus funcionários localizados na base operacional.

Denabedian (2003) descreve qualidade em saúde como a capacidade articulada dos

profissionais, dos serviços, do sistema em si e da sociedade de configurar um conjunto harmônico:

[...] capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais bem treinados e justamente pagos, que os usuários possam utilizá-lo sempre e na medida de suas necessidades, sendo todo este conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania.

No Brasil, o primeiro estudo identificado de melhoria da qualidade na organização dos hospitais é o de Odair Pedroso em 1935, quando elaborou uma Ficha de Inquérito Hospitalar (Quadro 1) para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, atualmente extinto.

Quadro 1 - Elementos da Ficha de Inquérito Hospitalar [São Paulo, 1935]

1	Corpo Clínico. Organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente.
2	Corpo Administrativo
3	Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno
4	Serviços Radiológicos e Fisioterápicos
5	Laboratório Clínico
6	Necrotério com equipamento para necropsia
7	Salas de Operações com equipamentos suficientes e anexos
8	Farmácia
9	Serviços Auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção...)

Fonte: Feldman et al. (2005)

4 PADRONIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR

No sistema de saúde brasileiro, as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde sempre partiram ao poder público. Os esforços neste sentido datam da década de 1930, com o Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, no qual se formulou uma primeira proposta de regionalização e hierarquização de serviços, que não chegou a ser implantada, mas serviu de inspiração para outras classificações criadas posteriormente, (AZEVEDO, 1993).

Em 1951, com o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões realizado em São Paulo, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para Centros Cirúrgicos e estudados tanto os aspectos de planta física como a organização destas unidades, descritos no Quadro 2. Foram ainda estabelecidos os componentes do prontuário médico, bem como algumas normas gerais para a organização dos hospitais.

Quadro 2 - Padrões mínimos de funcionamento para um Centro Cirúrgico Hospitalar [São Paulo, 1951]

1	Chefia: A administração do centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada
2	Pessoal: Deverá ter número suficiente, devidamente treinado
3	Regulamento: O regulamento do centro cirúrgico deverá fazer parte do regulamento do hospital
4	Rotinas: Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos
5	Avaliação do trabalho profissional: Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião
6	Prontuário Médico: a) nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b) ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o

prontuário ser assinado pelo médico responsável

Fonte: Feldman et al. (2005)

Em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários já possuía padrões para credenciamento dos serviços hospitalares. Tais critérios abrangiam: planta física (vinte e três itens – trezentos pontos), equipamentos (dez itens – duzentos e vinte pontos) e organização (dez itens – quatrocentos e oitenta pontos), especificando itens para a área “estrutura” como classificada ainda hoje. O Instituto estabeleceu também o Relatório de Classificação Hospitalar, que possuía três áreas: planta física, equipamento e organização, num total de trezentos e trinta e três itens. Este relatório, porém, sofreu crítica devido à excessiva ênfase aos aspectos físicos e a pouca importância aos aspectos humanos, e quase nenhuma menção à produção e produtividade (processos), sem falar em resultados (AZEVEDO,1989). Atualmente estes critérios continuam sendo utilizados, entretanto, foram acrescentados outros descritos em manuais e livros, complementando o processo inicial.

Em abril/maio de 1999 foi criada a ONA, organização privada sem finalidade lucrativa e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação, em nível nacional, de um processo permanente de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade. Dentro do processo de acreditação iniciou-se a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, a elaboração de um código de ética e a qualificação e capacitação de avaliadores. Objetivando contribuir efetivamente para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde e atingir a plena satisfação de seus clientes, a ONA estabeleceu o planejamento, a padronização, a análise e a melhoria contínua de seus processos e resultados, como alicerces organizacionais permanentes de sua gestão, fazendo disso, a sua política de qualidade (ONA, 2006).

5 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Acreditação é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações prestadoras de Serviços Hospitalares (ONA, 2006). A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que visa garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Estes padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, indicativos de diferentes níveis de satisfação e qualificação.

No Brasil, a Acreditação Hospitalar pode ser conferida pelo Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA, com acreditação obtida em níveis progressivos; e também pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, este, representante da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Nesta opção para acreditação, não há níveis, somente o Selo de Acreditado.

Dentro do SBA, 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 SBA e o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006).

Para identificar as origens da acreditação, Schiesari (1999) apresenta um estudo que resgata a evolução histórica da acreditação hospitalar. Nele é citado que, inicialmente, os sistemas de acreditação foram desenhados para proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo, o trabalho estendeu-se para outras áreas de assistência à saúde com outras finalidades como educação, consultoria, participação e profissionalismo.

Segundo Feldman et al. (2005), desde 1970 o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar inicialmente com a publicação de Normas e Portarias. Para a

Organização Mundial da Saúde – OMS, a partir de 1989, a acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Em 1990 foi realizado um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina.

Segundo Quinto Neto e Gastal (1997), no Rio Grande do Sul, em 1995, o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, em associação com a Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente e o SEBRAE/RS (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio Grande do Sul), desenvolveu um projeto de pesquisa com o propósito de determinar padrões de qualidade hospitalar. Também em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, baseada em experiência com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, estendeu a preocupação com a qualidade, utilizando para tanto o processo de acreditação (SCHIESARI, 1999).

No Rio de Janeiro, em agosto e setembro de 1997, o Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde – PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA, contando com o apoio da Fundação Cesgranrio, criada pelas Universidades Estaduais do Rio de Janeiro para avaliação do processo educacional. A Fundação implantou a avaliação também na área da Saúde, trazendo para o cenário da acreditação outra faceta da avaliação: a de ramo de negócios. Em dezembro de 1997, o CBA realizou um seminário com a assessoria da *Joint Commission* para elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Nessa ocasião, com essa associação a *Joint Commission*, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde.

Segundo Feldman et al. (2005), retomando o desenvolvimento da acreditação na América Latina, em abril de 1992, a OPAS promoveu em Brasília, o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, no qual foi apresentado o Manual de Acreditação da OPAS. Neste seminário surgiram algumas conclusões sobre como controlar a qualidade dos serviços de saúde, destacando-se que a acreditação seria um mecanismo válido para controlar a qualidade. O manual de acreditação proposto seria um instrumento importante para iniciar o processo e os participantes levariam a discussão para suas entidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover esta cultura. Em março do mesmo ano, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizaram o Simpósio “Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde” do qual participaram, entre outros, os representantes da *Joint Commission* e do *Canadian Council on Health Services Accreditation* e entidades nacionais. O Programa Brasileiro de Acreditação foi lançado oficialmente em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência a Saúde em Budapeste.

Posteriormente, foram elaboradas propostas para o Sistema Nacional de Acreditação, ou seja, as normas básicas do processo de acreditação: credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores, código de ética e programa brasileiro de acreditação hospitalar.

Segundo Hortale et al. (2002), a palavra acreditação é pouco conhecida na língua portuguesa. Os termos *dar crédito a*, *conceder reputação a*, *crer* ou *ter como verdadeiro* estão relacionados a acreditar. Acreditado (particípio de acreditar) significa *que tem crédito, que inspira ou merece confiança, autorizado ou reconhecido por alguém junto à outra*.

Quinto Neto e Gastal (1997) definem acreditação hospitalar como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Ainda conforme os autores, a análise e a confrontação entre o modelo da acreditação hospitalar e os critérios de excelência, e seus sistemas de avaliação correspondentes, permitem concluir que são

complementares, desde que seja adotado um enfoque integrador. A acreditação hospitalar cumpre, para a saúde, o papel dos sistemas ISO nas organizações empresariais.

A ONA (2006) define acreditação como:

[...] um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada, jamais uma forma de fiscalização.

Hortale et al. (2002) sinalizam que o termo acreditação tem como noções centrais a confiança e a qualidade, e pode ser entendido como um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade, além de se caracterizar como um processo educacional que introduz nas instituições a cultura da qualidade e analisa e atesta o seu grau de alcance por elas.

A acreditação deve ser diferenciada de outros processos como o licenciamento, a classificação, a habilitação ou o credenciamento, pois propõe a participação voluntária, estimulando as instituições a um comportamento de procura contínua da qualidade.

O conceito de acreditação pode, então, ser sintetizado como uma ferramenta de gerenciamento coletivo da qualidade, consistindo em produzir o reconhecimento social de uma determinada competência, fazendo com que a instituição seja inscrita numa perspectiva de melhoria contínua.

Hortale et al. (2002) destacam dois de seus principais vetores: competência e qualidade. Para esses autores, competência é a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade. Pode-se caracterizar como um processo dinâmico, em que predominam práticas compartilhadas entre os atores envolvidos, que se fortalecem em um contexto de transformações tecnológicas e de formas de gestão em busca da melhoria da qualidade na produção de bens e serviços.

A área da saúde, entendida enquanto um setor de prestação de serviços, apresenta algumas especificidades na sua organização e também no seu processo de trabalho que justificam a discussão da ideia de competência. Para Offe (apud HORTALE et al., 2002), o setor de serviços é definido como um trabalho reflexivo, onde o trabalhador elabora e mantém o próprio trabalho. Seu processo de trabalho pode ser resumidamente descrito como heterogêneo e descontínuo, sendo difícil sua normalização técnica e a avaliação da sua produtividade. É complexo e fragmentado, decorrente da diversidade de profissões e profissionais que nele atuam, além de uma grande diversidade de usuários e tecnologias utilizadas.

O segundo vetor, igualmente importante, citado por Hortale et al. (2002), é a qualidade. A explicitação da qualidade é de uso antigo. Desde o século 19, na área industrial, foram criados tipos de controles eficientes para evitar que produtos manufaturados inadequados para o uso chegassem aos clientes. Eram denominados de “controle de qualidade”. Na área empresarial, de acordo com a *International Organization for Standardization* (ISO), qualidade significa “a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 1994).

Antes considerada um fator desejável nos produtos e serviços, a qualidade passou a ser indispensável e elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários. Na saúde não seria permitido ser de outra forma. O uso da metodologia e das ferramentas da qualidade torna-se particularmente importante ao ser considerada a condição atual da gestão de serviços de saúde. Na área da atuação médica, por exemplo, suas definições são exploradas a partir do princípio de que cuidado é um atributo que pode ter um

maior ou menor grau de qualidade (DONABEDIAN, 1980).

Para Demo (1995), é equívoco pretender confronto dicotômico entre qualidade e quantidade. Elas não são coisas estanques, mas facetas do todo. Por mais que se possa admitir qualidade como “algo mais” e mesmo “melhor” que quantidade, no fundo uma jamais substitui a outra, embora seja sempre possível preferir uma à outra. Qualidade tem a ver com profundidade, perfeição, principalmente com participação e criação. Também é uma questão de competência dos indivíduos, precisa de consciência crítica e da capacidade de ação.

Neste sentido, a acreditação hospitalar pode ser entendida como sendo a avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar prestada, podendo o hospital ser total ou parcialmente acreditado. No entanto, o processo de acreditação passa por mudanças de conceitos, concepções e conhecimentos congelados. Segundo Foguel e Souza (1995), para se ter a possibilidade de êxito num processo de implantação de um programa qualquer dentro de uma organização, neste caso hospitalar, é necessária a compreensão do conjunto de variáveis que compõem a realidade da vida organizacional, a dinâmica do mundo comportamental das organizações, bem como do processo de desenvolvimento das organizações.

Em se tratando do setor hospitalar, observa-se uma grande resistência aos programas de qualidade com foco na acreditação por parte dos médicos. Eles, historicamente, detêm o poder dentro destas organizações e não veem como necessária a ideia de contenção de custos, nem uma avaliação dos seus trabalhos, numa perspectiva de medir a qualidade, além de se sentirem fiscalizados e terem receio de perder a autonomia na condução clínica dos pacientes.

Para Oliveira et al (2003), com o passar do tempo, as organizações tiveram que se adaptar às exigências de um mercado globalizado e dinâmico. Tais exigências envolvem conceitos de eficiência e eficácia, otimização de recursos, lucratividade e qualidade, entre outros. Ao se tratar de organizações hospitalares, estas exigências não poderiam ser diferentes, e isto leva necessariamente ao desenvolvimento, por parte dos hospitais, de programas que visam o melhor atendimento das necessidades sociais. Dentre os programas elaborados, destaca-se o de acreditação.

Para Cecílio e Mendes (2004), a década de 1990 foi rica em propostas e experiências de mudanças de modelo de gestão nos hospitais públicos e privados brasileiros. Ao ser pensado como empresa, muitos autores têm comentado sobre alguns caminhos que têm sido seguidos na busca de uma renovação da gestão dos hospitais. Na visão de Bernardes et al (2007), um deles, e talvez o mais frequente, tem sido a radicalização no processo de racionalizar as práticas médico-hospitalares ao apoiar e reforçar, de forma expressa e intencional, um ou mais dos seus componentes, ou seja, tratar os médicos como clientes da organização, criando novas formas de relacionamento hospital/médico. Outros componentes igualmente importantes são, entre outros: a estreita aliança mantida entre a direção e o corpo de enfermagem, buscando criar mecanismos de controle dos processos de trabalho no hospital; a terceirização de atividades meio; a informatização da maioria dos processos administrativos; a forte ênfase na utilização de protocolos e adoção de mecanismos de acreditação hospitalar.

6 A LÓGICA E O MÉTODO DE ACREDITAÇÃO

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006), a aplicabilidade do modelo é genérica, valendo para organizações de qualquer porte, perfil ou característica, não apresentando recomendações quanto a ferramentas técnicas, processos ou metodologias, ou seja, caracteriza-se por não ser prescritivo.

O processo de acreditação hospitalar necessita da participação de toda a equipe multidisciplinar envolvida com a qualidade do atendimento prestado ao paciente, incluindo

diretores, administradores, técnicos, médicos, enfermeiros, enfim, precisa transpor a barreira hierárquica. Esta integração será facilmente reconhecida na configuração dos indicadores de qualidade, que servirão de controle para a avaliação dos resultados obtidos.

De acordo com a ONA (2006), o processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus funcionários. Dessa forma, o SBA considera que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Sendo assim, no processo de avaliação e na lógica do SBA, não se avalia um setor ou um departamento isoladamente.

Para avaliar a qualidade assistencial nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde são utilizados instrumentos de avaliação (Manual Brasileiro de Acreditação) específicos, definidos em Norma do Processo de Avaliação (NA) específica, segundo a especialidade e a atividade fim desenvolvida pela organização de saúde.

Os instrumentos de avaliação são compostos de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é segurança, do Nível 2 é segurança e organização e do Nível 3 é segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. Para cada nível são definidos itens de orientação que norteiam o processo de visita e a preparação da entidade para a avaliação.

A ONA preconiza que o processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil de cada organização de saúde avaliada.

Para o processo de acreditação hospitalar, a ONA (2006) definiu seções, subseções, padrões, itens de orientação e níveis. Destes, para este artigo, se destacam os itens mencionados no Quadro 3.

O Nível 1 descreve o princípio da *segurança* (estrutura) para dar assistência ao paciente. Conforme Gastal e Roessler (2006), as exigências nesse nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade assistencial prestada ao paciente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, dispondo de recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e do responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Para a instituição ser a acreditada neste nível é obrigatório o atendimento na totalidade dos seguintes requisitos: habilitação do corpo funcional; atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários; e estrutura básica capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas. Quando a organização de saúde cumprir integralmente o Nível 1 em todos os setores, ela será distinguida com a condição de ACREDITADA.

O Nível 2 trata da *organização*, ou processos executados na assistência ao paciente. As exigências deste nível contemplam evidências de adoção de planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna. Neste nível são validados os requisitos de: existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, e aplicados; evidência da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários; e evidência de atuação focalizada no cliente/paciente. Quando a organização de saúde cumprir integralmente os Níveis 1 e 2, em todos os setores, ela será distinguida com a condição de ACREDITADA PLENA.

Quadro 3 - Padrões e itens de orientação do SBA

Nível	Padrão	Itens de Orientação
Nível 1: Segurança (Estrutura)	Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme a legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade técnica conforme legislação; • Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; • Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); • Identificação, gerenciamento e controle dos riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.
Nível 2: Organização (Processos)	Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação, definição, padronização e documentação dos processos; • Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; • Estabelecimento dos procedimentos; • Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; • Definição de indicadores para os processos identificados; • Medição e avaliação dos resultados de processos; • Programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; • Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.
Nível 3: Excelência na Gestão (Resultados)	Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referências externas pertinentes, bem como de evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implantadas, decorrentes do processo de análise crítica.	<ul style="list-style-type: none"> • Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); • Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referências externas pertinentes; • Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; • Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos; • Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; • Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; • Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

Fonte: ONA (2006)

No Nível 3, por contemplar *práticas de excelência* ou resultados, as exigências contém evidências de políticas institucionais de melhoria contínua para: estrutura, novas tecnologias,

atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, assim como evidências objetivas de atualização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Para este nível são requisitos essenciais: evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico, utilização de sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; utilização de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico. Quando a organização de saúde cumprir integralmente os níveis 1, 2 e 3, em todos os setores, ela será distinguida com a condição de ACREDITADA COM EXCELÊNCIA.

De acordo com a ONA (2006), as Normas para o Processo de Avaliação sistematizam a metodologia de avaliação para cada tipo de organização de saúde. Tais normas envolvem desde as diretrizes para inscrição no processo de avaliação até o término do processo.

7 CONCLUSÕES

É possível sintetizar o processo de acreditação pelas seguintes etapas: sensibilização, diagnóstico institucional e avaliação. Neste processo estão presentes os seguintes instrumentos: planejamento estratégico, redesenho e padronização de processos, integração informacional e análise e melhoria contínua.

No instrumento *Planejamento Estratégico*, são considerados como fatores críticos de sucesso: objetivos claros, envolvimento dos líderes, certeza da mudança, acompanhamento e comunicação. No *Redesenho de Processos* os fatores críticos de sucesso são: envolvimento dos executores, alinhamento com os objetivos estratégicos, indicadores, plano de transição e padronização e treinamento. Para *Integração informacional* são fatores críticos de sucesso: estrutura, alinhamento de conceitos e capacitação em ferramentas de qualidade. Para *Análise e Melhoria Contínua* consideram-se como fatores críticos de sucesso: sistemática de acompanhamento, mensuração dos resultados, transparência e aprendizado contínuo.

Em todo o processo de acreditação é importante trabalhar conceitos e objetivos claros, mensurar resultados, cuidar para não criar esqueletos institucionais, pois, mesmo estando tudo bem descrito, os processos precisam estar amplamente divulgados em toda a instituição e entendidos pelos executores.

Com a adoção dos padrões propostos pela acreditação, a instituição hospitalar passa a ser 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, 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 comprovada, 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.

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.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000 - Normas de gestão da**

qualidade e garantia da qualidade. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.

AZEVEDO, A. C. **Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos.** São Paulo: USP, 1989. 346 p. Tese (Livre-Docência), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1989.

AZEVEDO, A. C. Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**, Brasília, v. 1, n. 1, 1993.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

BITTAR, O. J. N. V. Cultura & qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais: **Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**, Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004. 212p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecílio, L. C. de O. **Inventando a Mudança na Saúde**, São Paulo: HUCITEC, p. 29-87, 1994.

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA.** Belo Horizonte: UFMG. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Infectologia e Medicina Tropical), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

CECÍLIO, L. C. de O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, 2004.

DEMO, P. **Educação e qualidade.** 2.ed. Campinas: Papirus, 1995.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality: assessment and monitoring.** v. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QualVer Bull**, v. 18, p. 356-60, 1992, 1980.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: University Press, 2003.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, São Paulo, 2005.

FOGUEL, S.; SOUZA, C. C. **Desenvolvimento organizacional.** 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1981.

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento Sanitário e acreditação.** Módulo 2: Multiplicadores: avaliação e qualidade. Brasília: ONA, 2006.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais,** Recife: Fundação FIOCRUZ, 2001.

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, 2002.

MINTZBERG, H. A. Adhocracia. In: **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, D. V.; GODOY, L. P.; KERPEL, C. L.; RIBEIRO, R. P. Acreditação hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde. XXIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, **Anais...** Ouro Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2006.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**, Porto Alegre: Ed. IAHCS, 1997.

SAMPAIO, A. V. C. F. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade**. Proposta de um instrumento de avaliação. São Paulo: USP. 402 f. Tese (Doutorado–Área de Concentração: Estruturas Ambientais Urbanas) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2006.

SCHIESARI, L. M. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. São Paulo: USP. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

Artigo recebido em 08/05/2014 e aceito para publicação em 30/10/2014
