

**LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO
E GESTÃO EM SAÚDE**

**LEANDRA DA SILVA
ROSIMERE SOARES GOMES**

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA GESTÃO E DA
ASSISTÊNCIA**

Brasília
2011

LEANDRA DA SILVA
ROSIMERE SOARES GOMES

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA GESTÃO E DA
ASSISTÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORÓ-Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Brasília
2011

Silva, Leandra da.

O processo de acreditação hospitalar no âmbito da gestão e da assistência. Leandra da Silva; Rosimere Soares Gomes. – Brasília, 2011.

23f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Acreditação hospitalar. 2. Gestão de qualidade. 3. Assistência. 4. Saúde pública. Título.

CDU 614.2

LEANDRA DA SILVA

ROSIMERE SOARES GOMES

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA GESTÃO E DA
ASSISTÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORÓ-Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

AGRADECIMENTOS

A todos os professores, pelo empenho e dedicação no decorrer do curso.

À profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, orientadora do trabalho e pela sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Aos responsáveis pelo Curso na organização, presteza e atenção com os alunos, em especial a Sra. Eudes Garcez.

Ao instituto LABORO e suas instalações nos proporcionando condições e adaptações ideais para realização das aulas.

O presente trabalho propôs-se a realizar uma revisão considerando a literatura especializada, como objeto de investigação no processo de acreditação hospitalar no âmbito da gestão e assistência. Toda instituição hospitalar deve preocupar – se com permanente qualidade e melhoria de sua gestão e assistência, buscando uma integração multiprofissional e multidisciplinar harmônica. Neste contexto surge a acreditação hospitalar, como método de educação permanente dos seus profissionais, com melhoria de forma progressiva e contínua nos padrões de assistência aos clientes externos e internos. Assim sendo, o estudo apresenta como objetivo geral, analisar os princípios de acreditação hospitalar no âmbito da gestão e da assistência prestada. Após reflexão, considerou-se que o propósito da acreditação Hospitalar é reforçar o fato de que as estruturas e processos das instituições hospitalares são de tal ordem interligadas, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto final, sendo um método de consenso de racionalização, ordenação das organizações prestadoras de serviços de saúde e de educação permanente.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar. Gestão de qualidade. Assistência. Saúde pública.

ABSTRACT

This study aimed to conduct a review considering the literature, such as object research on hospital accreditation process in the management and care. Every institution hospital should worry - and with constant quality improving their management and support, seeking a multiprofessional and multidisciplinary integration harmonic. In this context the hospital accreditation, as a method of continuing education for their professionals, with a gradual improvement continuous patterns of assistance to external customers and internal. Thus, the study has as objective Overall, examining the principles of hospital accreditation in the management and assistance. After reflection, it was considered that the purpose of accreditation Hospital is to reinforce the fact that the structures and cases the hospitals are such interconnected, that the operation of a component interfere throughout the final set, and a method consensus of rationalization, sort of organizations providing health services and education permanent.

Key-words: Hospital accreditation. Health care quality. Management.

		p.
1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	10
3	METODOLOGIA	11
3.1	Revisão de literatura	11
4	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	12
4.1	Histórico da Acreditação Hospitalar	12
4.2	Primórdios da acreditação no Brasil	13
4.3	Conceitos de Acreditação Hospitalar	14
4.4	Processo de Acreditação Hospitalar para a gestão e assistência prestadas	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Segundo Covello (2009), a gestão é a capacidade de mobilizar recursos, traçar planos, programar o trabalho e estimular esforço. A inovação em gestão tem a capacidade única de criar vantagem de longo prazo para as empresas. As novas e poderosas ferramentas de comunicação permitiram as instituições a se tornarem menos controladoras e mais criativas.

Todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa. O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros (BRASIL, 2002).

A Acreditação Hospitalar, de acordo com a Sociedade Brasileira de Acreditação (SBA), em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Acreditação é um processo que as organizações de saúde utilizam para avaliar e programar a qualidade dos serviços prestados.

Significa identificar antecipadamente quais são os riscos possíveis durante o atendimento de um paciente e estimular a melhoria contínua dos processos internos a fim de evitar que esses riscos se tornem realidade.

O interesse em abordar o tema proposto advém do fato de que em uma gestão de qualidade devem-se identificar, antecipadamente, quais são os riscos possíveis durante o atendimento de um paciente, e estimular a melhoria contínua dos processos internos a fim de evitar que esses riscos se tornem realidade. As descobertas científicas, bem como o desenvolvimento tecnológico, têm direcionado o ser humano para uma melhor qualidade de vida

Portanto, faz-se necessário uma nova postura não só das políticas de saúde, bem como do incremento nas condições de trabalho de todos os profissionais de saúde. Para que o certificado de acreditação seja conferido é necessário que os colaboradores entendam a importância das normas, protocolos e indicadores de qualidade. Esse estudo se justifica pela relevância que a acreditação exerce em todas as áreas de um hospital. Por isso, é importante estar sempre inteirado das mudanças e avanços científicos.

2 OBJETIVO

Analisar os princípios de Acreditação Hospitalar no âmbito da gestão e da assistência, considerando a literatura especializada.

3 METODOLOGIA

3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre a Acreditação Hospitalar no âmbito da gestão e assistência?.
- **Localização e seleção dos estudos:** Foram considerados o estudo de publicações nacional e periódico indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, BIREME e Scielo.
- **Período:** 1910 a 2010
- **Coleta de dados:** Serão coletados dados relativos à acreditação hospitalar no seu contexto histórico, primórdios da acreditação no Brasil, conceitos de Acreditação e o processo de acreditação hospitalar para gestão e assistência prestada. Descritores (palavras-chave): acreditação hospitalar, gestão de qualidade e assistência hospitalar.
- **Análise e apresentação dos dados:**
 - Acreditação hospitalar
 - Histórico da Acreditação Hospitalar.
 - Primórdios da Acreditação no Brasil.
 - Conceitos de Acreditação Hospitalar.
 - Processo de Acreditação Hospitalar para a gestão e assistência prestada.

4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

4.1 Histórico da Acreditação Hospitalar

A avaliação da qualidade do cuidado ao paciente tem como um de seus precursores Ernest Codman, cirurgião norte-americano, que em 1910 formulou o Sistema de Resultados Finais [the end result system standardization]. Segundo esse sistema, o hospital deveria avaliar todos os pacientes e tratá-los enquanto fosse necessário, até a efetiva recuperação, gerenciando, assim, os resultados obtidos para avaliar a adequação dos cuidados prestados ao paciente. Caso houvesse alguma falha no resultado, o hospital deveria identificar suas causas para que casos semelhantes fossem tratados com sucesso no futuro. Na aplicação deste conjunto mínimo de padrões avaliou-se:

- Organização do Corpo Médico;
- Adequado preenchimento do prontuário; e,
- Recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao adequado tratamento do paciente.

No ano de 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos, 692 hospitais com 100 leitos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo Programa de Padronização HOSPITALAR (PPH). Em contrapartida em 1950, o número de Hospitais aprovados pela PPH chegou a 3290 (SCHIESARI, 1999).

4.2 Primórdios da Acreditação no Brasil

Em 1941, o então Ministério da Educação e Saúde cria a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) vinculada ao Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de coordenar, cooperar e orientar, em todos os níveis, estudos e soluções de problemas relacionados à atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento de instituições assistenciais de saúde, incentivando o desenvolvimento e a melhoria de instituições e serviços assistenciais. Em 1952 estabelecem-se os primeiros padrões para classificação de hospitais, que se classificaram em quatro classes (classe A, B, C e D), com requisitos específicos e exigências decrescentes. (SCHIESARI, 1999).

A história da Acreditação no Brasil começa no final dos anos 80, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, quando a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. O objetivo, segundo Novaes; Paganini (1994) era criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento. As Instituições Acreditoras (IACs) credenciadas, é que têm a responsabilidade de avaliar e certificar os hospitais com base em padrões e normas técnicas definidas pela ONA.

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos à implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação. Organização. A saúde no Brasil agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2000).

O presidente do Conselho de Administração da ONA, o médico ortopedista e administrador hospitalar Luiz Plínio Moraes de Toledo, destaca que: “O objetivo fundamental da organização não é emitir certificados, mas criar uma mentalidade de melhoria contínua nos serviços de saúde. A idéia é melhorar sempre. Tudo o que realizamos até hoje foi para criar essa mentalidade”. Ele concorda que ainda existem poucos hospitais acreditados hoje, mas espera que esse número cresça a cada ano.

A responsabilidade dos hospitais acreditados é grande. Além de manter o padrão, eles têm a tarefa de servir de exemplo de correto gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde, que querem ter como marcas a segurança, a qualidade e a ética. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2000).

4.3 Conceitos de Acreditação Hospitalar

Para Scrivens (1995) acreditação é um sistema de avaliação externa, desenvolvido para verificar a adesão dos serviços de saúde a um conjunto de padrões preestabelecidos.

Rooney; Ostemberg (1999) referem-se à qualidade da assistência prestada, uma vez que tem por princípio de que o hospital deve ser um ambiente seguro para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes. É geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, e não decorre de imposição legal ou regulamentar.

O verbete Acreditação não faz parte da maioria dos dicionários da língua portuguesa, mas o verbo acreditar tem como uma de suas definições conceder reputação; tornar digno de crédito, confiança; e o adjetivo acreditado tem como significado aquele/aquilo que tem crédito, que merece ou inspira confiança; autorizado ou reconhecido por uma potência junto à outra (HOLANDA, 1999).

Os autores Novaes; Paganini (1992), em conjunto com o Ministério da Saúde concordam que Acreditação Hospitalar tem caráter eminentemente educativo, visando à melhoria na qualidade do atendimento prestado, sem finalidade de fiscalização ou controle, sendo um sistema voluntário, periódico com base em padrões e normas pré-estabelecidas.

Para Jcaho (1998), a acreditação é um sistema de verificação externa e periódica, que objetiva promover a segurança e qualidade dos serviços de saúde prestados ao público, por intermédio de um conjunto de padrões estabelecidos. A avaliação é de caráter voluntário e verifica-se a conformidade diante desses padrões.

Na terminologia do Ministério da Saúde, Acreditação Hospitalar é o método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, expressando-se pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (BRASIL, 2001). Novaes; Paganini (1994) relatam que os padrões podem ser mínimo definindo o piso ou base e ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação.

4.4 Processo de Acreditação Hospitalar para a gestão e assistência prestada

As Instituições Acreditoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que tem a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional. A organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará revelando a sua responsabilidade e o seu comprometimento com segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2000).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, comparasse o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência. Assim sendo, verifica-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis (MALIK; SCHIESARI 1998).

O Ministério da Saúde aponta os itens de verificação onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre com determinado padrão e em que nível. Estas fontes podem ser documentos do hospital, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros.

A fase de avaliação e visita é composta por dois grandes momentos: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna e distribuição do Manual aos funcionários. A visita somente ocorrerá após a solicitação formal voluntária do hospital, à Instituição Acreditoras. A duração da visita dos avaliadores é variável em função do porte e da complexidade do hospital. Na visita, todos os setores e unidades são avaliados dentro de uma programação definida, junto aos responsáveis do hospital (BRASIL, 1999).

O relatório é elaborado pelos avaliadores para o Hospital e para a gerência da Instituição Acreditadora com um parecer final dos avaliadores (de consenso) sobre a indicação para a acreditação e em que nível. O Certificado é emitido pela Instituição Acreditadora e tem a validade de dois anos, para “Acreditado” e “Acreditado pleno”. Já o “Acreditado com Excelência” tem prazo de validade de três anos. Terminados estes prazos, as instituições devem submeter-se a um novo processo de avaliação.

Portanto a gestão e qualidade nos Serviços de Saúde dependem da busca contínua da melhoria dos processos de atendimento ao paciente, considerando a segurança do usuário e dos profissionais que trabalham no serviço, a distribuição eficiente dos recursos materiais, financeiros e humanos, a redução do desperdício; a adequação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a fim de possibilitar o melhor resultado possível em termos dos benefícios na saúde dos pacientes. Para tanto é necessária a implementação de ações em toda a organização a fim de aumentar a eficiência e a efetividade das atividades e dos processos.

Nessa busca pela melhoria apresentam-se quatro dimensões que podem ser consideradas: uma relacionada à técnica, outra à segurança da assistência e da atenção, a terceira à satisfação do paciente e a quarta relacionada a custos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001). Donabedian (2003), considerando as três primeiras, sistematiza como cuidado técnico, cuidado interpessoal e amenidades (infraestrutura), que envolvem a adequação do diagnóstico e tratamento, segurança e a satisfação do paciente no ambiente onde se oferece atenção à saúde.

Kotaka et al (1997), já destaca que uma avaliação feita pelos usuários é de grande relevância, mas deve-se considerar a dificuldade de serem aferidas por se tratar de mensuração de opiniões, influenciados por diferentes situações, expectativas e valores culturais, mas essas avaliações não devem ser descartadas, afinal atender aos usuários com respeito é a missão de qualquer organização hospitalar.

O objetivo final da avaliação é ajudar na tomada de decisão precisando-se questionar a influência do avaliador a respeito das informações fornecidas (Contandriopoulos et al., 2002). Neste sentido, justifica-se a avaliação externa realizada por profissional especializado. Neste caso, o avaliador não tem interesse nos resultados da avaliação, a acreditação baseia-se em padrões estabelecidos e reunidos em um manual cuja aplicação implica procedimentos sistemáticos e rigorosos na coleta e análise das informações, exigindo uma postura imparcial e ética.

Segundo Novaes (2000), uma avaliação da qualidade do serviço pode constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão, podendo os dados que compõem o instrumento de avaliação ser relativos à condição estrutural (recursos humanos, equipamentos etc.), aos processos que definem uma prática (cuidado prestado ao paciente) e as medidas que permitem a mensuração de resultados dessa prática (estado de saúde do paciente).

O desenvolvimento de atividades de acreditação vem se constituindo em uma forma específica de avaliação, gestão e garantia da qualidade, constituindo-se em uma forma combinada de avaliação para decisão e avaliação para gestão (NOVAES, 2000).

O Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares avalia a organização de maneira sistêmica onde estruturas e processos se relacionam e interferem em todo o conjunto da organização e, conseqüentemente, no resultado final, sendo assim, no processo de avaliação e na lógica da acreditação não se avalia um setor ou departamento isoladamente. Essa avaliação considera 03 níveis de classificação, caso a organização não atenda à verificação integral da conformidade de todos os serviços da organização de saúde em determinado nível, será certificada considerando o menor nível alcançado. A Classificação utilizada pela ONA é:

Padrão Atributo Geral Princípios orientadores:

- Nível 1 Segurança (estrutura):
- Habilitação do corpo funcional;

- Segurança para o paciente, atenção aos requisitos normativos e de estrutura para a organização segura da assistência; e,
- Estrutura básica (recursos) configurados, existente e orientada em conformidade com uma execução consistente com a sua finalidade, complexidade ou missão.
- Nível 2 Segurança (estrutura) Organização (processos):
- Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, disponíveis e atualizados;
- Evidências de introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nos procedimentos médicos e assistenciais; e,
- Evidências de modelo organizacional e de processos orientados para a satisfação do cliente (paciente).
- Nível 3 Segurança (estrutura) Organização (processos):
- Práticas de gestão e qualidade (resultados); e,
- Evidências de ciclos de melhoria em todas as áreas, com impacto sistêmico na organização (BRASIL, 2002).

Sistema de informação institucional, baseado em indicadores operacionais, econômicos e de qualidade, com comparações com referenciais externos e evidências estatísticas de melhoria nos resultados institucionais.

Sistema de verificação da satisfação dos clientes (internos e externos), evidências objetivas do impacto do programa institucional de qualidade e produtividade (BRASIL, 2002).

As Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) serão certificadas e receberá a qualificação de acordo como o nível em que esteja em conformidade com os padrões. Existem 3 tipos de qualificação: Acreditada, Acreditada Pleno e Acreditada com Excelência.

Qualificação Nível Validade do Certificado:

- Não Acreditado;
- Não atende aos padrões de acreditação;
- A não conformidade maior ou menor é especificada por determinados padrões; e,

- Não recebe.

Acreditada Atende aos padrões do nível 1:

- 02 anos da data de homologação pela ONA.

Acreditada Pleno Atende aos padrões do nível 2:

- 02 anos da data de homologação pela ONA.

Acreditada com Excelência Atende aos padrões do nível 3:

- 03 anos da data de homologação pela ONA (BRASIL, 2002).

Caso não esteja em conformidade com os padrões estabelecidos no Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares a OPSS poderá ser indicada a não conformidade maior ou não conformidade menor, de acordo com as Normas Orientadoras da ONA (1999), sendo qualificada como não acreditada.

Portanto buscar qualidade pode vir a aumentar os custos, mas o uso desnecessário e inadequado de serviços aumenta os custos sem acrescentar qualidade, resultando no desperdício de recursos que poderiam ser utilizados para implementar ações sociais, ou seja, esse desperdício pode vir a afetar o acesso à assistência e à continuidade da atenção (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Acreditação dos serviços de saúde é uma ferramenta que está sendo utilizada mundialmente, ela tem evoluído seus processos continuamente para dar conta de alcançar com excelência seus objetivos, tem sido uma oportunidade das instituições de saúde melhorar a qualidade do atendimento, atenção e cuidado ao paciente. Identifica-se a necessidade de uma mudança cultural nas instituições de saúde, qualificação dos profissionais, liderança, comprometimento, dentre outros fatores, para a adesão e sucesso do processo. Após reflexão, considerou-se que o propósito da acreditação Hospitalar é reforçar o fato de que as estruturas e processos das instituições hospitalares são de tal ordem interligadas, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto final, sendo um método de consenso de racionalização, ordenação das organizações prestadoras de serviços de saúde e de educação permanente.

Entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação, proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança superando as expectativas dos seus clientes com a essência da excelência dos padrões da Acreditação Hospitalar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Inovação gerencial em serviços de públicos de saúde e cidadania**. Brasília, 2002. p. 80.

_____. _____. _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, 1999.

_____. _____. _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2002.

_____. _____. _____. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0931_m.pdf. Acesso em: 5 dez. 2010.

_____. _____. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília, DF: Organização Nacional de Acreditação, 2000.

_____. _____. **Fundadoras Associadas Acreditadoras**. Monografia. Disponível em: <http://ona.terra.com.br/conteudoona/historico.html>. Acesso em: 8 dez. 2010.

CASTRO, A.A. Formulação da pesquisa. In: CASTRO, A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 4 jul. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação na área da saúde, conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-48.

COVELLO, R. J. **Gestão baseada em times de trabalho**: Inovação na gestão. Disponível em: <http://www.entendaacreditacao.com.br/artigos>. Acesso em: 29 nov. 2010.

DONABEDIAN, A. A. *Gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

HOLANDA, A.B. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

KOTAKA, F. et al. Avaliação pelos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n. 2, p. 171-7, 1997.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION. **Standards for Hospital Draft**. 1998.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE: Disponível em: <http://www.jacho.com>>. Acesso em: 4 jul. 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade De São Paulo, Faculdade De Saúde Pública, 1998. (Saúde Cidadania, 3).

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p. 547-59, 2000.

_____; PAGANINI, J.M. **Garantia de qualidade**: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. OPAS, 1992. (Série silos n.13).

_____. _____. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde**: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (Dc): Organização Panamericana de Saúde, 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La transformacion de la gestión de hospitales en américa latina y el caribe**. Washington, D.c: Organización Panamericana De La Salud, 2001. p. 365.

ROONEY, A. L.; VAN OSTEMBERG, P. R.; LICENSURE. **Accreditation and certification**: approaches to health care quality. Bethesda, Md: Usaid Quality Assurance Project, 1999.

SHIESARI, L.M. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil**: evolução histórica e referências externas. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999.

SCRIVENS, E. **Acreditation**: protecting the professional or the consumer?
Buckingham: Open University Press, 1995.