



UNIVERSIDADE LABORO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

ALESSANDRA CRISTINA SANTANA PICANÇO LIMA
MARIA NADIR DA COSTA MORAIS
VALÉRIA LOBÃO REIS
WILANDSON NEPONUCENO MARTINS

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
PERMANENTE DA MELHORIA NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

São Luís

2013

**ALESSANDRA CRISTINA SANTANA PICANÇO LIMA
MARIA NADIR DA COSTA MORAIS
VALÉRIA LOBÃO REIS
WILANDSON NEPONUCENO MARTINS**

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
PERMANENTE DA MELHORIA NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Curso ao Curso de Pós –
Graduação da Universidade Laboro, para obtenção do título
de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em
Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2013

**ALESSANDRA CRISTINA SANTANA PICANÇO LIMA
MARIA NADIR DA COSTA MORAIS
VALÉRIA LOBÃO REIS
WILANDSON NEPONUCENO MARTINS**

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
PERMANENTE DA MELHORIA NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Curso ao Curso de Pós –
Graduação da Universidade Laboro, para obtenção do título
de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em
Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama. (**Orientadora**)

“Quando a vida coloca diante de você um rio, não se pode contar com a sorte para fornecer um banco, é preciso mergulhar na água e nadar. Braçada a braçada, você precisa chegar ao outro lado”.

*Enrique

RESUMO

È essencial das instituições hospitalares, atenderem os pacientes da forma mais segura, ética e humanizada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas de saúde, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial. O objetivo da pesquisa foi estudar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação Hospitalar, a partir da literatura especializada. Os principais autores que dão sustentabilidade a esta pesquisa são Feldman e Vargas. Nesse sentido, a pesquisa se torna de grande relevância devido a sua temática sobre o programa de Acreditação Hospitalar, sendo parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Com isso, o desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

Palavras - chave: Acreditação Hospitalar. Qualidade dos serviços de Saúde. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

It is essential to the hospitals, meet the patients in the most safe, ethical and humane. Therefore, every hospital should be concerned with the continuous improvement of the quality of its management and support, seeking a harmonious integration of health, technological, administrative, economic assistance. The objective of the research was to study the knowledge of health professionals about the process of Hospital Accreditation from the literature. The main authors that give sustainability to this research are Feldman and Vargas. In this sense, the research becomes of great importance due to its thematic program on Hospital Accreditation, being an important part of this effort to improve the quality of care provided by hospitals in Brazil. Thus, the development of the Hospital Accreditation Program is a necessity in terms of efficiency and an obligation of the ethical point of view.

Keywords: Hospital Accreditation. HEALTH Quality of Health Care Professionals health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
2.1	Geral	10
2.2	Específicos	10
3	METODOLOGIA	11
3.1	Formulação da pergunta	11
3.2	Localização e seleção dos dados	11
3.3	Período	11
3.4	Coleta de dados	11
3.5	Análise e apresentação dos dados	11
4	REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1	Avaliação da Qualidade no âmbito Hospitalar	12
4.2	Acreditação Hospitalar (AH)	18
4.3	Certificações da AH	21
4.4	The Joint Commission on Accreditation of HELATH Care Organizations – JCAHO	24
4.5	Organização Nacional de Acreditação (ONA)	25
4.6	O papel dos profissionais de saúde no contexto da AH	26
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, 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 incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 2002).

Segundo Feldaman e Cunha 2005 no âmbito da avaliação da qualidade de instituições de saúde três aspectos são identificados à estrutura, o processo e os resultados. Os critérios de processos relacionam-se as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, tais como aspectos éticos e a assistência realizada. Assim, conceitua-se processo como um conjunto de atividades de trabalho inter-relacionadas que se caracteriza por requerer certos insumos e tarefas particulares, implicando um valor agregado com vistas a obter certos resultados visando à qualidade na assistência.

Alcançar a qualidade nos serviços é um desafio bastante complexo, pois, ao contrário dos bens, os serviços não podem ser armazenados para período de maior demanda, além de sua execução depende do executor da tarefa, do cliente envolvido e dos demais clientes. O grau de complexidade dos serviços é maior no segmento hospitalar, pois envolve vidas e pessoas que estão, em geral, com o aspecto emocional abalado em função das enfermidades (SILVA, 2008).

Com isso, para atender a gestão da qualidade dos serviços de saúde, foi definido um processo denominado de “Acreditação” que significa para as organizações acreditadas uma reputação, de empresa digna de confiança. O processo de acreditação é baseado num procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntários, periódico e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência a partir de determinados padrões previamente estabelecidos. A organização acreditadora utiliza de sua representação perante o mercado para revelar, “acreditar” nos serviços prestados por uma determinada instituição, mostrando a sua responsabilidade e o seu comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento á população (SILVA, 2008).

O objetivo dos padrões da Acreditação é ficar à frente dos últimos progressos técnicos nas organizações hospitalares. Se permitirmos que os padrões sejam mínimos, não teremos progressos técnicos. O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis como referência. (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

As instituições acreditadas estabelecem com os pacientes uma comunicação aberta e de confiança e para compreender e proteger os seus valores culturais, psicossociais e espirituais. Os pacientes são informados sobre seus direitos e sobre como agir com eles. Os profissionais são preparados para compreender e respeitar as crenças e valores dos pacientes, e para tratá-los com consideração e respeito, protegendo sua dignidade (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 2002).

O processo de acreditação hospitalar está baseada na criação de uma mentalidade voltada para a qualidade dos serviços prestados à população, promovendo com isso a lógica do desenvolvimento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade permitindo a melhoria contínua para as organizações de saúde. Com isso, a importância do conhecimento dos líderes, gestores e dos profissionais de saúde a respeito do instrumento de acreditação, como melhoria da assistência integral da saúde.

Esta pesquisa está desenvolvida em seis partes, a primeira se constitui a introdução, vislumbra-se uma lacuna da apresentação do texto, na segunda, contempla o corpo do trabalho, apresentando conceitos e idéias a acerca do processo de acreditação hospitalar, na terceira parte, refere-se aos objetivos propostos pelo trabalho de pesquisa, a quarta, refere-se à metodologia, apresentando o deslumbramento da pesquisa, na quinta divisão trata-se das considerações finais. Por fim apresenta-se a bibliografia que dá sustentabilidade à pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação Hospitalar, a partir da literatura especializada.

2.2 Específicos

- Enfatizar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos objetivos, vantagens do processo de acreditação hospitalar;
- Classificar os níveis de acreditação hospitalar, conforme ONA;
- Conhecer a relação dos níveis de acreditação para a obtenção de uma certificação hospitalar e a melhora da qualidade da assistência em saúde.

3 METODOLOGIA

A Metodologia é entendida como um conjunto de etapas ordenadamente dispostas que devam vencer na investigação de um fenômeno. Tendo como função mostrar ao pesquisador como andar no “caminho das pedras” da pesquisa, ajudá-lo a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo (SILVIA, 2001).

3.1 Formulação da pergunta: o que a literatura descreve sobre a ferramenta de Acreditação Hospitalar, como instrumento de avaliação permanente da melhoria na qualidade da assistência em saúde?.

3.2 Localização e seleção dos estudos: o artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, elaborada a partir de material, já publicado, constituído principalmente de livros, artigos periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet, entre outros tipos de publicação, de acordo com a proposta temática previamente selecionada.

3.3 Período: o processo de identificação e seleção da bibliografia será conduzido considerando como critérios de inclusão estudos publicados entre os anos 1996 e 2011.

3.4 Coleta de dados: consta questões relativas a bibliografia de grandes autores que remetem e contemplam os assuntos sobre Acreditação Hospitalar e como essa ferramenta poderá potencializar a qualidade da assistência em grandes hospitais.

3.5 Análise e apresentação dos dados:

1. Qualidade nos serviços de saúde
2. Acreditação Hospitalar (AH)
3. Avaliação da qualidade pelo mecanismo da AH
4. Instrumentos Reguladores do Sistema de Acreditação Hospitalar
5. Certificações da AH
6. The Joint Commission on Accreditation of HELATH Care Organizations – JCAHO
7. Organização Nacional de Acreditação (ONA)
8. O papel dos profissionais de saúde no contexto da AH

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico trata dos conteúdos que confirmam a pesquisa proposta neste Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

4.1 Avaliação da Qualidade no âmbito Hospitalar

A primeira legislação sobre a qualidade da assistência em saúde surgiu há cerca de 200 anos a.C., foi escrita pelo imperador da Babilônia, o Código de Hammurabi, que em sua essência preconizava. Não causar mal a alguém. Seguindo a mesma perspectiva, encontra-se o famoso juramento de Hipócrates, datado de 400 anos a.C, que refere “primum non nocere”. (primeiro não causar dano (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

A verdadeira e eficaz definição de qualidade é aquela que vem acompanhada dos valores e princípios que a organização se compromete a respeitar, onde os valores incluem pontos como: (MEZOMO, 2001).

Entende-se Qualidade:

Como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Na contemporaneidade, as organizações hospitalares exibem um sistema complexo de atendimento. Dessa feita, o ambiente de atuação dos profissionais apresentasse intrinsecamente ligado, tanto pela estrutura física, quanto pelos processos de atendimento (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Conforme os autores acima, agrega-se a isso a maior consciência da sociedade em relação aos seus direitos, o que faz com que os indivíduos exijam maior qualidade na assistência que lhe é prestada no âmbito da saúde. Conseqüentemente, a qualidade assistencial na área hospitalar tornou-se uma necessidade técnica e social.

Conforme Mezomo (2001) define qualidade como “um conjunto de propriedades de um produto ou serviço que o torna adequado à missão de uma organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos clientes”. Dentre as propriedades que dão qualidade a um serviço ou produto ele destaca as seguintes:

- a) efetividade - alcance dos objetivos previstos;
- b) eficiência - melhoria da relação custo-benefício;
- c) eficácia - resultado da combinação da efetividade e da eficiência;
- d) pertinência - adequação do serviço ou produto às necessidades dos clientes;
- e) suficiência - resposta total às necessidades dos clientes;
- f) acessibilidade - possibilidade de utilização do serviço ou produto;
- g) oportunidade - disposição do serviço ou produto no momento necessário;
- h) atualidade - oferecimento dos serviços atualizados com as tecnologias disponíveis no mercado;
- i) aceitabilidade - satisfação plena dos clientes internos e externos.

Em 2001 o Ministério da Saúde oficializou a Organização Nacional de Acreditação como instituição responsável para dar prosseguimento e divulgação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar - PBAH, já consolidado na Europa. O objetivo desse programa é melhorar a qualidade da assistência hospitalar, promovendo o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a eficácia na assistência em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Assim, a expressão tantas vezes dita, “o paciente é a razão de ser do hospital”, está tendo sentido, pelo menos àqueles interessados em uma prática administrativa calcada na melhoria contínua da qualidade (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

A primeira legislação sobre a qualidade da assistência em saúde surgiu há cerca de 200 anos a.C., foi escrita pelo imperador da Babilônia, o Código de Hammurabi, que em sua essência preconizava. Não causar mal a alguém. Seguindo a mesma perspectiva, encontra-se o famoso juramento de Hipócrates, datado de 400 anos a.C, que refere. *primum non nocere*. (primeiro não causar dano) (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Por muito tempo, manteve-se o conceito de que somente o médico era responsável pela assistência com qualidade. Essa percepção mudou a partir da atuação da enfermeira inglesa, Florence Nightingale, interessada em assuntos de gerência, que atuou na Guerra da Criméia, em 1854, quando introduziu algumas medidas inovadoras, tais como ventilação e uso de desinfetantes, melhorando o ambiente de cuidados aos pacientes, nos campos de batalha, diminuindo drasticamente a taxa de mortalidade nos hospitais (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Neste sentido, a avaliação e a garantia de qualidade se constituem pela estrutura e processos e pela mensuração de resultados da instituição. O uso extensivo dos indicadores por organizações de saúde estimulou muitas ações para melhorar os cuidados do paciente, evidenciando a melhoria de processos e resultados institucionais (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Atualmente, produzir produtos e serviços com qualidade considerando aspectos econômicos, de segurança e de desempenho evidencia-se como estratégia de sobrevivência empresarial (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

A tríade mais conhecida para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Avedis Donabedian, em meados de 1960, na qual conceituou três aspectos dessa abordagem: a estrutura, o processo e o resultado assistencial (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

No Brasil, as iniciativas de melhoria da qualidade têm sido desenvolvidas tais como o programa de acreditação hospitalar, a certificação pela ISO, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, a realização de auditorias de prontuário, de contas, de riscos, entre outros, expandindo-se em várias áreas profissionais, abrangendo diversos objetivos para a avaliação dos serviços de saúde, bem como ampliando o campo de atuação do enfermeiro (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

A atribuição de pesos específicos medindo a influência de cada um desses aspectos nos resultados finais da assistência permanece tarefa não resolvida ainda, no sistema de saúde brasileiro (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

A prestação de cuidados de qualidade se caracteriza pelos seguintes atributos: um alto grau de competência profissional e organizacional; uso eficiente dos recursos; redução a um nível mínimo de riscos de responsabilidade civil profissional e hospitalar, satisfação dos pacientes e de seus responsáveis, expectativa de retorno à comunidade, acessibilidade e equidade aos serviços de saúde bem como legitimidade à necessidade e opinião pública; padrões, indicadores e critérios que incentivam o desenvolvimento e aprimoramento da qualidade do cuidado ao paciente no que tange ao desempenho e evolução dos resultados organizacionais (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

A qualidade depende do desempenho das pessoas e das estruturas, sistema ou processos e dos recursos disponíveis para respaldar esse desempenho. Assim discutir qualidade enquanto produto do trabalho das pessoas significa compreender as pessoas e suas percepções a respeito dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-las e envolve-las no processo de mudança para a melhoria da qualidade dos serviços (FELDMAN, CUNHA, 2005).

Para Fitzsimmons, James A.; Fitzsimmons, Mona J. (2005, p.13,14) apresenta cinco dimensões da qualidade em serviços:

- Confiabilidade - habilidade na realização do serviço prometido, na consideração dos aspectos de confiabilidade e exatidão;
- Responsabilidade - pronto entendimento das necessidades do cliente, com o devido conhecimento e habilidade na prestação do serviço;
- Segurança - total atenção ao cliente, de modo a transmitir-lhe confiança e credibilidade no processo da prestação do serviço;
- Empatia - interesse pelo cliente de forma personalizada;
- Aspectos tangíveis - consideração da aparência física das instalações, equipamentos, pessoal e comunicação material, tudo em vista que o fornecedor do serviço deve proporcionar ao cliente condições ambientais sempre agradáveis.

Genericamente, a perspectiva do cliente que se interna em um hospital, é obter um diagnóstico da doença e receber tratamento adequado. Em suma, ter uma internação breve e sem intercorrências. Devido à complexidade técnica, o cliente carece de capacidade para avaliar a qualidade médico-assistencial. Este pode apreciar apenas o processo administrativo, o atendimento recebido durante a internação. A qualidade do serviço garante a satisfação do cliente, tanto comportamental, quanto de atitude, ou seja, ele está disposto a pagar mais pela qualidade e manter-se leal ao serviço (PORTELA; SCHMIDT, 2008).

Mezomo (2001) afirma que a qualidade nos serviços de saúde será alcançada se o processo de educação para a qualidade, dirigido a todos os níveis da organização for sério e persistente e se o processo não se limitar à disseminação de conceitos, devendo levar as pessoas a incorporarem novas atitudes e a terem uma nova mentalidade.

Segundo Avedis Donabedian apud Mezomo (2001, p. 25) define sete atributos ou componentes para a qualidade nos serviços de saúde:

- Eficácia - é a obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas).
- Efetividade - indica o grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efetivamente obtida.
- Eficiência - é a habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade deles.
- Otimização - é o equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e seu custo.
- Aceitabilidade - é a adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos pacientes e de seus responsáveis.

Legitimidade - é a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes.

Equidade - é a conformidade com o princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios entre os membros de uma população

Já para Donabedian (apud FELDMAN, 2004, p. 33, 34) afirma que a avaliação da qualidade na saúde é decorrente de três fatores:

- Estrutura - corresponde às características estáveis da assistência de saúde, envolvendo desde estrutura física e disponibilização de equipamentos até a capacitação dos profissionais que prestam assistência, passando pela organização dos serviços;
- Processos - atingem todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os clientes/pacientes, produzindo bases para a valorização da qualidade;
- Resultados - representam as mudanças atribuídas à assistência prestada, podendo referir-se tanto ao estado dos serviços de saúde, quanto aos conhecimentos absorvidos pelo paciente e familiar e ao comportamento dos pacientes ou familiares.

São identificados alguns atributos para a qualidade da atenção à saúde, definidos abaixo:

Oportunidade - corresponde à satisfação das necessidades de saúde no momento da solicitação, utilizando-se os recursos apropriados, de acordo com as características e gravidade de cada caso.

Continuidade - refere-se à aplicação, em sequência lógica, das ações que correspondem a cada uma das etapas do processo da atenção, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde.

Suficiência e integridade - provisão suficiente e oportuna dos recursos necessários para atender às necessidades de saúde de forma integral, em seus aspectos de promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação.

Racionalidade lógico-científica - utilização do saber médico e da tecnologia disponível para atender os problemas de saúde.

Satisfação do usuário e do prestador - complacência do usuário com o atendimento recebido, com os prestadores dos serviços e com os resultados do atendimento. Além disso, a satisfação dos prestadores com as condições de trabalho e o meio ambiente no qual estes são realizados.

Efetividade - é o grau máximo de melhora da saúde que é possível alcançar com a melhor atenção disponível.

Eficiência - é a capacidade de reduzir ao máximo os custos do atendimento sem se reduzir significativamente o grau de melhora da saúde.

Otimização - é o equilíbrio entre os custos e os benefícios do atendimento em saúde.

Aceitabilidade - é a conformidade do atendimento global com os desejos e expectativas dos pacientes e de seus familiares. Inclui aspectos relativos à

acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades e conformidades com os efeitos e custos do tratamento.

Legitimidade - é a conformidade com os princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis que regem a comunidade. (LONDONO, 2000, p. 29).

A qualidade nos serviços de saúde não está relacionada somente à atenção no atendimento prestado, mas a todo um conjunto de elementos que envolvem o conhecimento dos médicos, enfermeiros e auxiliares, e tecnologias disponíveis para o atendimento ao cliente/paciente. Deve-se dispor continuamente de melhorias para resultados sempre satisfatórios. A implantação de um Programa de Qualidade em uma instituição de saúde deve estar em permanente análise gerencial, de tal forma que haja um redimensionamento de recursos segundo as prioridades contingenciais dos serviços e a manutenção um equilíbrio constante entre os objetivos a curto e longo prazo (BRASIL, 2002).

Para se entender a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, deve-se entender o conceito de melhoria da qualidade nos termos a seguir:

A melhoria contínua da qualidade é um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planejamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes. (MEZOMO, 2001)

De acordo com Mezomo (2001, p. 18) sintetiza que a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde depende dos seguintes pontos:

1. Que todas as atividades principais da organização sejam diretamente relacionadas ao cumprimento de sua missão que consiste em atender (e exceder) as necessidades de seus clientes da maneira mais efetiva e eficiente possível.
2. Que exista um esforço coordenado de todos (diretoria, médicos e funcionários).
3. Que todos entendam os principais processos e sejam capazes de medir sua efetividade e eficiência e possam melhorá-los, se necessário.
4. Que todos acreditem na capacidade de cada um e na disposição de oferecer o melhor de si.

Chiavenato (1999) diz que “a ênfase na melhoria contínua reflete a tentativa de manter uma vantagem de qualidade ao longo do tempo, sempre buscando novos meios para melhorar incrementalmente o atual”.

Adotar um Programa de Qualidade, segundo Mezomo (2001), significa buscar melhorias contínuas no atendimento, na redução de custos, na diminuição de prazos e de desperdícios, conseqüentemente na eliminação de erros.

Segundo Taublib (1998), o primeiro passo, para a implantação da qualidade é fazer com que as pessoas sintam interesse pelo tema, de modo a sensibilizá-los ao total

envolvimento com a gestão da qualidade, e que agreguem valor não só para o desenvolvimento de suas tarefas, mas também para o seu cotidiano fora da organização.

Cherubin (1998, apud BERTELLI, 2004, p. 8), afirma que “recursos humanos são os principais componentes do hospital em sua prestação de serviço. São eles que transportam e manifestam a imagem do hospital”. No processo de acreditação hospitalar os profissionais de saúde são avaliados quanto à sua interação e conscientização para a qualidade e melhoria contínua dos processos.

De acordo com Vargas et al, (2007) Qualidade é tudo o que alguém faz ao longo de um processo, incluindo a estrutura utilizada, para garantir que um cliente, depois da saída do hospital/instituição de saúde ou durante a permanência na mesma, obtenha exatamente aquilo que deseja, ou seja, o que o “satisfaz no uso”. Em suma, a qualidade também é medida por ausência de reclamações e presença de aspectos desejados – custo acessível e resultado positivo no atendimento.

Por sua vez, pensar em qualidade do cuidado implica ultrapassar a lógica dos processos, das estruturas e dos resultados, quando a articulamos à questão da responsabilidade social dos profissionais e serviços de saúde. Responsabilidade social do hospital com a comunidade, no sentido de retornar lhe o investimento em forma de benefícios em saúde, como retorno do investimento realizado com recursos públicos. (VARGAS et al 2007).

Conforme os autores citados acima, a qualidade deveria: abranger a avaliação de todo sistema; proporcionar acesso aos serviços necessários e apropriados para todos; atender às expectativas da população e detectar se o estado de saúde está melhorando. Além destes aspectos arrolados, o foco da qualidade está no acesso ao cuidado; na definição da herança cultural, das características sociais, demografias, geografia ou diagnósticas; na inclusão dos mais vulneráveis e na detecção da fonte de vulnerabilidade e da seriedade do problema de saúde. Assim, qualidade é redimensionada como uma das importantes balizas do direito à proteção da saúde.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade total na administração hospitalar, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários setores (Nogueira, 1999).

4.2 Acreditação Hospitalar (AH)

Accreditação é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Accreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Já pra Lima e Erdmann (2006.p. 20) conceituam como:

A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo observados.

Já para Feldman, Gatto e Cunha (2005) a acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam.

A Accreditação surgiu em 1912, na América do Norte, com o Colégio Americano de Cirurgiões que, em 1950, aliando-se ao Colégio Americano de Clínicos e à Associação Canadense de Hospitais, cria a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Em 1970, divulgam-se os padrões ótimos de assistência que sai da original estrutura hospitalar para processos e resultados. Em 1987, com nova denominação, Joint Commission on Accreditation of HEALTH care Organizations (JCAHO), torna-se mais clínico o monitoramento das atividades, focando o desempenho organizacional e as questões relativas ao atendimento médico propriamente dito. Em 1988, passa a incluir também a assistência domiciliar e, recentemente, toda a rede de serviços de saúde (LIMA; ERDMANN, 2006).

Segundo Lima e Erdmann (2006) a AH é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes. Sua viabilização se dá através do Manual Brasileiro de Accreditação Hospitalar (MBAH) e da Organização Nacional de Accreditação (ONA).

O Programa Brasileiro de Accreditação Hospitalar (PBAH) foi oficialmente lançado em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência a Saúde em Budapeste, bem como o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. Posteriormente, foram elaboradas propostas para o Sistema Nacional de Accreditação, 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 (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Conforme Lima e Erdmann (2006) o Ministério da Saúde (MS) propõe a participação voluntária das instituições de saúde no processo de Acreditação Hospitalar (AH), estimulando-as à melhoria contínua da qualidade e integração à sociedade civil. Este processo é resultado de um conjunto de ações desenvolvidas e coordenadas pela Secretaria de Políticas de Saúde, utilizando o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Dentro desse contexto, surge o Programa Brasileiro de Acreditação hospitalar que, após teste piloto para sua avaliação, permitiu a inclusão de excelentes sugestões de consultores técnicos e representantes das instituições que hoje trabalham com acreditação. O Ministério da Saúde, responsável pela determinação de políticas globais de saúde, poderá estabelecer como meta que, dentro de um determinado período de tempo, o Programa de Acreditação Hospitalar seja implantado em todos os hospitais do país e, para tanto, deverá ter como base duas importantes variáveis: avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados e, os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição (SILVIA, 2003).

Na sistemática de avaliação, a condução do processo de mudança é feita pelas lideranças, com clareza das estratégias, valores e metas, com foco nos clientes, na responsabilidade social, e as decisões devem ser baseadas em dados. Portanto, há necessidade de qualificação das pessoas e o domínio dos processos, induzindo a um sistema de gestão voltado para resultados (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Estes níveis foram definidos segundo os itens de verificação, que apontam as fontes de provas dos avaliadores da instituição acreditadora, indicando que o estabelecimento de saúde está cumprindo determinado padrão e nível. (BRASIL, 2002).

O instrumento de avaliação permite formular um diagnóstico do estágio de desenvolvimento gerencial, que pode ser utilizado como ferramenta de gestão para planejar ações aspirando à melhoria (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Portanto, a qualidade do serviço garante a satisfação do cliente, tanto comportamental, quanto de atitude, ou seja, ele está disposto a pagar mais pela qualidade e manter-se leal ao serviço (PORTELA E SCHMIDT, 2008).

Segundo Berwick (1994) apud Gurgel e Vieira (2002, p. 23), a intervenção dos programas não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), enfim, todas as áreas da

organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como “amortecedores” seriam os objetos destes programas.

4.3 Certificações da AH

Conforme Mezomo (2001, p. 13) justifica o processo de certificação hospitalar:

O processo de Certificação encontra sua maior justificativa na própria razão de ser dos Serviços de saúde, que é de garantir total qualidade nos resultados oferecidos aos seus clientes. É uma questão de fidelidade à missão e respeito aos direitos das pessoas que se entregam confiantes aos que lhes prestam cuidados.

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 (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

O objetivo dos padrões da Acreditação é ficar à frente dos últimos progressos técnicos nas organizações hospitalares. Se permitirmos que os padrões sejam mínimos, não teremos progressos técnicos (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se 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. Itens de verificação apontam as fontes 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 (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

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 (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Segundo Manual Brasileiro de Acreditação (2002, p.19), o processo de avaliação dividiu-se nas seguintes fases:

Fase 1 – Pré-acreditação

Nesta fase, os Estabelecimentos Assistências de Saúde (EAS) avaliam seus serviços ou unidades, preparando-se para a visita dos avaliadores da instituição acreditadora.

Fase 2 - Avaliação

Os EAS's manifestam o interesse de serem avaliados a uma instituição acreditadora, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que coleta os dados necessários para formular a proposta.

Fase 3 - Contratação da Instituição Acreditadora

Os EAS's selecionam uma instituição acreditadora, envia um questionário preliminar e solicita a documentação legal ao estabelecimento de saúde, analisando tais documentos para efetivar a contratação. Após análise e assinatura do contrato, este é encaminhado à ONA.

Fase 4 - Aprovação do Relatório de Avaliação pela ONA

A avaliação terminará após aprovação do relatório de avaliação emitido pela instituição acreditadora e pela ONA, que deverá confirmar e, em caso de não discordância entre os resultados, o estabelecimento de saúde receberá o certificado de acreditação (ONA, 2006).

O relatório é elaborado pelos avaliadores para o Hospital 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, a instituição deve submeter-se a um novo processo de avaliação (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Os serviços hospitalares em avaliação pela ONA são: liderança e administração; serviços profissionais e organização da assistência no qual a enfermagem está inserida; serviços de atenção ao paciente/cliente; serviço de apoio ao diagnóstico; serviços assistenciais e de abastecimento; serviços de infraestrutura e apoio logístico; ensino e pesquisa (VARGAS et al, 2007).

Para fins de avaliação a ONA distingue três níveis. Ou seja, para atingir o nível 1 as instituições necessitam priorizar a estrutura e a segurança; no nível 2 acrescenta-se a descrição e o registro dos processos internos e, para conseguir o melhor nível de acreditação, que é o 3, elas devem focar os processos vinculados à sua estratégia e melhoria contínua da qualidade. Para se alcançar o nível 3, todos os serviços deverão obter o nível de acreditação 3. Logo, se apenas um dos serviços obtém nível 2, toda a instituição recebe a acreditação nível 2 com suas respectivas consequências, pois menor nota, significa menores recursos disponibilizados (VARGAS et al, 2007).

Já o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002, p. 26. 27) especificar e detalha os níveis:

NÍVEL 1

As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Princípio: SEGURANÇA

Habilitação do corpo funcional;

Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médicos-sanitários;

Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas.

NÍVEL 2

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna.

Princípio: SEGURANÇA e ORGANIZAÇÃO

Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis e, aplicados;

Evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médicos-sanitários;

Evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

NÍVEL 3

As exigências deste nível contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médicos-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Princípio: SEGURANÇA, ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DE GESTÃO E QUALIDADE

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 sistemas 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.

Contudo, as instituições não atingem, normalmente, o nível 3 de Acreditação por deixarem a desejar na elaboração dos indicadores epidemiológicos, que deveriam ser utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial e na comparação de resultados obtidos com referenciais e análise do impacto gerado junto à comunidade e ao sistema de análise da satisfação dos usuários (VARGAS et al, 2007).

4.4 The Joint Commission on Accreditation of HELATH Care Organizations – JCAHO

Segundo Costa apud Feldman (2009) uma das mais ativas entidades participantes de programas ou atividades voltadas a avaliar, monitorar e identificar elementos dessa “assistência insegura”, corresponde a Joint Commission Internacional – JCI, sendo a maior e mais antiga agência acreditadora dos Estados Unidos, fundada em 1951, a JCI atua em diversos países do mundo, desenvolvendo a metodologia da Acreditação Hospitalar.

O programa de Acreditação a Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a Joint buscou então modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o Accreditation Manual for Hospital contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Nos últimos anos, a Joint Commission Accreditation of HEALTH care Organization (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, finalmente assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Conforme Feldman (2009, p. 26) as metas definidas pela JCL e seus respectivos protocolos de conduta são:

- Usar ao menos dois métodos para identificar o paciente quando administra medicamentos, sangue ou hemocomponentes, coleta de exames laboratoriais ou prestar qualquer outro tratamento ou procedimento;
- Melhorar a comunicação efetiva (prescrições/exames diagnósticos);
- Melhorar a segurança para medicamentos de risco;
- Eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados;
- Reduzir o risco de adquirir infecções;
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas.

A Joint Commission International recomenda que programas eficazes sejam amplos, atendam além do mínimo exigido em legislações e tenham em seu escopo ações como sistema de coleta, administração, análise e comunicação dos dados com plano de melhoria contínua; políticas e procedimentos formais; programas de estudos, educação e treinamento; colaboração e interface com todos os departamentos da instituição (SILVIA e LACERDA, 2011).

4.5 Organização Nacional de Acreditação (ONA)

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 realizador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente. E se constitui, ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993 apud GURGEL e VIEIRA 2002, p. 13).

Segundo Feldman (2009) a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é um ONG de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, tendo como objetivo a implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência á saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação.

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 (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

A Organização Nacional de Acreditação - ONA, criada em maio de 1999, é o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito nacional. O modelo de manual da ONA utiliza três níveis de padrões de avaliação que vai do mais simples ao mais complexo, incluindo a descrição de critérios que devem ser cumpridos integralmente por todos os serviços e departamentos, para que seja aceita a conformidade institucional. Os critérios são avaliados e ou verificados durante a visita dos avaliadores. O grupo normalmente é formado por enfermeiro, médico e administrador que, depois, elaboram o parecer avaliativo (FELDMAN E CUNHA, 2006).

Em 1997, o Ministério da Saúde inicia um programa denominado Acreditação Hospitalar, que é de cunho voluntário e pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar à população, autoridades sanitárias e fornecedores/consumidores de serviços de saúde, um padrão de qualidade compatível com uma referência externa. Assim, atualmente, no Brasil, duas organizações destacam-se por disponibilizarem elementos capazes de monitorar a qualidade nos estabelecimentos de saúde: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), ligada ao Ministério da Saúde, e a norte-americana JCAHO (VARGAS et al, 2007).

Em 2001 o Ministério da Saúde oficializou a Organização Nacional de Acreditação como instituição responsável para dar prosseguimento e divulgação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar - PBAH, já consolidado na Europa. O objetivo desse programa é melhorar a qualidade da assistência hospitalar, promovendo o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a eficácia na assistência em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

4.6 O papel dos profissionais de saúde no contexto da AH

Na área da saúde, constatamos uma preocupação crescente dos diversos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades, pois cada um deles objetiva qualificar cada vez mais o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade (SOUSA; BARROS, 1998).

No caso dos hospitais, devido ao custo do trabalho, são estabelecidas metas de aumento da produtividade para equilibrar o orçamento (Bittar, 1996). Mas os autores sugerem que o pessoal de saúde não pode ser visto somente como custo, uma vez que é protagonista dos processos de reforma (POZ; NOVICK et al, 2000).

A partir de Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Criméia em 1854, já representam um marco para a qualidade da assistência de enfermagem. Ou seja, ela, ao incrementar o agrupamento dos pacientes por tipo de tratamento, estabeleceu um precedente, por exemplo, para o atual conceito de triagem. Além disso, utilizou sistematicamente dados de mortalidade para melhorar os cuidados prestados aos soldados feridos. Florence recomendava, também, o agrupamento dos pacientes mais graves e com maior grau de dependência em um setor onde a enfermagem possa manter uma vigilância e atendimento constantes. Mas, a sua preocupação central são os fatores ambientais (ar e água limpos, controle de ruídos, rede de esgotos adequada, diminuição da sensação de frio, entre outros) e as formas pelas quais estes afetam a recuperação do paciente (VARGAS et al, 2007).

No âmbito de enfermagem, sempre existiu ações informais para auferir a qualidade da assistência, representadas pela preocupação das enfermeiras em seguir rigorosamente os procedimentos executados, acreditando-se, com isso, que seriam assegurados os resultados almejados (VARGAS et al, 2007).

A acreditação possibilita aos profissionais de todas as categorias a discussão, com largo embasamento técnico-científico, dos procedimentos e protocolos. A exigência da organização e do estabelecimento de idéias e condições de funcionamento destas categorias profissionais possibilita uma adequada e integrada relação com a direção da instituição e os demais profissionais em atividade (SILVA, 2008).

Segundo Vargas et al (2007) o elemento humano que presta a assistência, com seus valores morais, sua formação profissional, sua atualização técnico-científica e o seu comprometimento influenciam muito mais na qualidade da assistência e na produtividade.

No processo de Acreditação, tem sido reforçado que o papel de um corpo de enfermagem comprometido com o programa de qualidade é fundamental, pois é ele, entre todos os que trabalham nos hospitais, o único grupo profissional com presença permanente, familiarizado durante e depois da formação acadêmica com temas gerenciais e de auditoria clínica e com habilidade ímpar para assessorar a implementação e a monitorização de todo o processo (VARGAS et al, 2007).

O modelo assistencial baseia-se no enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de

melhoria; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço, em comparação com referenciais adequados e de impacto junto à comunidade (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de certificação de Acreditação Hospitalar aponta um caminho prospero na qualidade da melhoria da assistência aos pacientes de uma forma geral, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade.

Com isso, a padronização dos processos de avaliação vem crescendo e aprimorando a identificação de indicadores, critérios e de padrões, cada vez mais altos e efetivos para os serviços hospitalares. Além disso, o amanhã será das organizações que possuírem algum tipo de certificação, logo, isto irá evidenciar o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, atendendo as expectativas de todos os clientes, chegando então excelência.

Contudo, é neste mesmo futuro que a certificação hospitalar, potencializará nas empresas hospitalares, não somente um fator de diferenciação entre as redes hospitalares, mas sim, uma exigência imposta pelo mercado para utilização dos serviços prestados de saúde, exigindo aos hospitais a se qualificarem, visto que a certificação proporciona diversos benefícios para os clientes, funcionários e até mesmo para o próprio estabelecimento.

Portanto, se torna de grande relevância a importância da Acreditação hospitalar como melhoria dos serviços de saúde e conseqüentemente a isso, o aumento da qualidade oferecida a todos os clientes que requerem cuidados assistências, e que desejar-se que as organizações que possuírem algum tipo de certificação e que de certa forma, isto romperá o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para curso de pós graduação: noções e práticas**. 6 ed. São Paulo: 2004.

BERTELLI, Sandra Benevento (Coord.). **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualytimark, 2004.

BITTAR, OJN. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus. 1999.

LONDONÕ, Gustavo Malagon, et al. **Administração hospitalar**. 2. ed. Buenos Aires - Argetina: Pan-americana, 2000.

FELDMAN, Liliane Bauer. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: Prevenção de danos, Notificação, Auditoria de risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2009.

_____. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Identificação Dos Critérios de Avaliação de Resultados do Serviço de Enfermagem nos Programas de Acreditação Hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem 2006**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_78522005000300007>. Acesso em: 11 maio, 2011.

_____. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Rev Bras Enfermagem**, jan-fev de 2005.

FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. GATTO, Maria Alice Fortes. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.** 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141378522005000300007. Acesso em: 11 maio 2011.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços: operações, estratégias e tecnologias da informação.** Trad Jorge Ritter. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

GURGEL, Garibaldi Dantas Júnior; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002.

MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117 3.^a Edição **Revista e Atualizada. Brasília – DF**, 2002.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.

NOGUEIRA, LCL. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** EDG, Belo Horizonte, 1999.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enferm.** 2006.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Serviços hospitalares.** Disponível em www.ona.org.br/ona/site/index_institucional.jsp. Acessado em: 04 out. 2006.

PORTELA, Odete Teresinha; SCHMIDT Alberto Souza. Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão Hospitalar. **Rev. Acta Paul Enferm.** 2008.

POZ MD, Galin P, NOVICK M, Varella. 2000. Relaciones l a b o rales em el sector salud. Propuesta In teragen ci a l O P S - Cepal- OIT. Organización Panamericana de La Salud , Q u i to.

QUINTO, Neto, A. **A busca da qualidade nas organizações de saúde.** Editora Dacasa, Porto Alegre, 2000.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. **Rev. Atual**. Florianópolis, 2001.

SILVIA, Cristiane Pavanello Rodrigues; LACERDA, Rúbia Aparecida. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Rev. Saúde Pública** 2011.

SILVIA, Ruvani Fernandes. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2003. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf.

SILVIA, Thiago Augusto Ferreira. **Acreditação Hospitalar: fatores facilitadores e dificultadores do processo no Hospital Santa Rita**. Monografia do curso de Administração da Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

SOUSA, Valmi Delfino; BARROS, Alba Lucia Botura Leite. O Ensino do Exame Físico em Escolas de Graduação em Enfermagem do Município de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, julho.1998.

TAUBLIB, Davis. **Controle de qualidade total: da teoria à prática em um grande hospital: relato da experiência de 4 anos no Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Terezinha**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

VARGAS, Maria Ambrosina, et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. **Rev. Bras.Enferm, Brasília**, 2007.

Lima, Alessandra Cristina Santana Picanço

Acreditação hospitalar como instrumento de avaliação permanente da melhoria na qualidade da Assistência em Saúde / Alessandra Cristina Santana Picanço Lima, Maria Nadir da Costa Morais, Valéria Lobão Reis, Wilandson Neponuceno Martins. – São Luís, 2013.

32 f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, 2013.

1. Instituição hospitalar. 2. Qualidade dos serviços. 3. Profissionais de saúde. I.
Título

CDU 355.72:658.56