

IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO E DA GESTÃO DE QUALIDADE EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS NO BRASIL E NO MUNDO: ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

IMPACT OF ACCREDITATION PROGRAMS AND QUALITY MANAGEMENT IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS IN BRAZIL AND IN THE WORLD: STUDY OF INTEGRATIVE REVIEW

DIONÉIA PAULA BODEVAN DE SOUSA¹, MARIA DE LOURDES MACHADO-TAYLOR², LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA^{3*}

1. Doutora em Gestão pela Universidade Trás-dos-Montes e Alto Doro, Vila Real, Portugal. Docente da Universidade FUMEC, Brasil, enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. 2. Ph.D e Doutora em Estudos em Administração pela Universidade do Minho (Portugal) e pesquisadora na Agência para avaliação e acreditação do ensino superior (A3ES) e associada ao Centro de Pesquisadores Senior do Centro para Pesquisa sobre Políticas para o Ensino Superior (CIPES), Portugal; 3. Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV, MG. Professora titular do curso de medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG. Pesquisadora do Instituto de Ciências da Saúde, INCISA, UNEC.

* Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 21/12/2015. Aceito para publicação em 10/02/2016

RESUMO

O impacto dos programas de gestão de qualidade implantados nos hospitais, do Brasil e do mundo, é marcado pelos benefícios alcançados em várias áreas, pois favorece a identificação dos problemas que os serviços enfrentam e que ocasionam insatisfação e insegurança nas pessoas, sejam essas, usuários dos serviços de saúde ou profissionais da área de saúde. Na verdade, preocupações têm sido levantadas no meio científico sobre o real impacto da acreditação, se ela não resultaria apenas em mudanças organizacionais interferindo assim nas normas e na tomada de decisões ou se promoveria realmente melhorias dos serviços de saúde. Outros autores afirmam ainda que existe, atualmente, falta de evidências sobre a eficiência e eficácia destes programas e os fatores que se relacionam com sua implementação bem-sucedida. E, permanece ainda a falta de fortes evidências que suportem a eficácia da acreditação em serviços de saúde, além de se ressaltar a existência de gaps no conhecimento produzido por pesquisas empíricas. Diante disso, este estudo teve como propósito avaliar o impacto dos processos de acreditação e certificação de qualidade dos serviços de saúde nos hospitais do Brasil e do mundo, a partir de uma revisão integrativa, envolvendo, ao final, 82 artigos extraídos de diferentes bancos de dados que tratavam sobre o tema. Após a análise dos artigos, através de uma matriz de resultados, estes foram separados em seis grupos conforme o tema que tratavam, foram então apresentados e discutidos. Concluiu-se ao final que os programas de acreditação e qualidade apresentam impacto positivo nos serviços de saúde, principalmente nos primeiros dez anos de implantação, mas que alguns desafios permanecem como os custos econômicos e financeiros que a implantação desses programas geram para as organizações, o estresse que se instala junto aos funcionários, a inexistência de uma metodologia que promova a escolha de padrões e indicadores, que permitam avaliar o desempenho dos serviços hospitalares de forma mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade em saúde, acreditação,

hospitais, revisão integrativa.

ABSTRACT

The impact of quality management programs deployed in hospitals, of Brazil and the world, is marked by the benefits achieved in various areas, because it favors the identification of problems that face and that cause dissatisfaction and insecurity in people, are those users of health services or health professionals. In fact, concerns have been raised in the scientific world about the real impact of accreditation, if she wouldn't work only on organizational changes in standards and interfering in the decision-making or if it would promote really improvements of health services. Other authors claim even though there is currently lack of evidence on the efficiency and effectiveness of these programs and the factors that relate to its successful implementation. And, remains the lack of strong evidence to support the effectiveness of accreditation in health services, in addition to noting the existence of gaps in the knowledge produced by empirical research. Given this, the purpose of this study was to evaluate the impact of the processes of accreditation and certification of quality of health services in hospitals of Brazil and the world, from an integrative review, involving, at the end, 82 articles extracted from different databases that dealt on the topic. After the analysis of the articles through an array of results, these have been split into six groups depending on the topic, were then presented and discussed. It was concluded at the end that the accreditation and quality programmes feature positive impact on health services, especially in the first ten years of implementation. However, some challenges remain as economic and financial costs that the implementation of these programs generate for organizations, stress that installs with the employees, the lack of a methodology that promotes the choice of standards and indicators, to assess the performance of hospital services more effectively.

KEYWORDS: Health quality, accreditation, hospitals, integrative review.

1. INTRODUÇÃO

A gestão pela qualidade é um dos grandes desafios dos serviços, sejam eles públicos ou privados. O exercício da gestão preocupa-se com a desburocratização dos processos e busca a satisfação dos clientes/pessoas. A busca pela qualidade nos serviços públicos tornou-se uma prioridade devido aos cidadãos estarem cada vez mais exigentes em relação aos serviços que a sociedade e a Administração Pública lhes vêm prestando. E ainda, devido aos custos econômicos e sociais resultantes de um serviço onde a qualidade não seja satisfatória, seja pelo extravio de documentos, pela ausência de pontualidade, pela má organização¹.

As instituições hospitalares têm se preocupado cada vez mais com os custos para elaborar mecanismos de controle de gastos, fundamentais para sua manutenção e para realizar investimentos em tecnologia, pois sem esse conhecimento não sobrevivem no mercado. A necessidade de controle dos gastos se deve à insuficiência e uso ineficiente de recursos, dificuldade no controle de custos e aumento dos gastos. Em Saúde, o incremento dos gastos decorre do aumento de demanda nos serviços, na cobertura, além da complexidade, das intervenções resultantes do aumento da tecnologia, da longevidade e da maior exigência da população². O usuário passou a compreender seu papel de consumidor do produto que estas oferecem, se inteirando de seus direitos e se tornando cada vez mais exigente com o atendimento prestado. Esta mudança de comportamento tem levado estas instituições a primarem de maneira crescente pela qualidade³. Conforme Fitzsimmons (2005)⁴, o escopo da qualidade em serviços de saúde obviamente vai além da qualidade dos cuidados ao paciente; ela também inclui o impacto sobre a família e sobre a comunidade.

No Brasil, desenvolve-se já há alguns anos instrumentos oficiais de avaliação da *performance* das organizações hospitalares, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total. Trata-se da Acreditação Hospitalar⁵, um programa que se propõe a gerar uma consciência no setor hospitalar sobre a necessidade de melhoria contínua na qualidade da assistência prestada aos clientes ou usuários dos serviços.

Os termos Certificação e Acreditação podem ser explicados como: Certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente que uma entidade ou indivíduo atingiu certas qualificações predeterminadas⁶. A Certificação de uma empresa consiste no reconhecimento formal por um Organismo de Certificação independente, afirmando que a empresa está em conformidade com o exigido pelas normas. O processo de Certificação de uma organização inicia-se em uma auditoria de diagnóstico e termina em uma auditoria externa de concessão

(www.ipac.pt). "Acreditação" é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definem o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação⁶.

O termo "Acreditação" não é encontrado em nossos dicionários e o verbo "acreditar", que vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder à acreditação, significa, "crer", dar crédito a, conceder reputação a, conferir poderes a, etc. A palavra aproxima-se daquela utilizada em inglês (*accreditation*) e em espanhol (*acreditación*). A tentativa é caracterizar uma atuação diferente daquela empregada tradicionalmente por aqueles preocupados com qualidade⁷. É neste sentido que se utiliza o termo "acreditado" como aquele que é digno de confiança e reputação⁸ e "acreditador", como aquele que acredita. Dessa forma, um hospital que se submete ao processo de acreditação poderá ser acreditado por uma instituição acreditadora⁹.

As organizações que se tornam acreditadas tornam-se exemplos que contribuem para a melhoria do sistema de saúde como um todo, na medida em que outras instituições poderão tentar igualar-se a elas. Vale dizer, a acreditação pressupõe compromisso com os funcionários, sócios, clientes, fornecedores, fontes pagadoras e a sociedade em geral⁹. Enquanto procedimento, a acreditação avalia os recursos institucionais, voluntários, periódicos, reservados e sigilosos, que tendem a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação^{10,11,12,13}.

Desta maneira, a Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental, avalia e reconhece se uma instituição de saúde está em conformidade com padrões aplicáveis, preestabelecidos e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente baseados no melhor desempenho possível, e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua da qualidade nas instituições acreditadas. A decisão de acreditar uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação *in loco* por uma equipe multidisciplinar de avaliadores. Essa decisão é reavaliada periodicamente, a cada dois ou três anos^{14,15,16}.

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, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos¹⁷.

Em 2001, no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu oficialmente a Organização Nacional de Acreditação (ONA)¹⁷, como instituição responsável pela realização e divulgação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Esse programa tem a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, promovendo o desenvolvimento e implementação de um processo permanente de avaliação e certificação dos serviços de saúde. O objetivo era buscar a melhoria contínua do atendimento, com vistas a assegurar um serviço eficaz em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde organizados no território brasileiro¹⁸. As instituições de saúde devem como objetivo responder às necessidades e expectativas de seus usuários, portanto, é necessário que desempenhem suas atividades fundamentadas em um processo metodológico que contribua e garanta uma assistência de qualidade¹⁹. A Gestão da Qualidade busca atender positivamente às expectativas dos clientes, de forma a evitar qualquer tipo de dano, prejuízo que possa ocasionar dor e sofrimento²⁰.

No entanto, preocupações têm sido levantadas no meio científico sobre o real impacto da acreditação, se ela não resultaria apenas em mudanças organizacionais interferindo assim nas normas e na tomada de decisões ou se promoveria realmente melhorias dos serviços de saúde, agregando real valor ao processo de reabilitação e manutenção da saúde das pessoas²¹. Outros autores afirmam ainda que existe, atualmente, falta de evidências sobre a eficiência e eficácia destes programas e os fatores que se relacionam com sua implementação bem sucedida^{22,23,24,25,26,27}. E, ainda, em revisão recente feita por Hinchliff *et al.* (2012)²⁸, concluíram que existe falta de fortes evidências que suportem a eficácia da acreditação em serviços de saúde e realçam ainda a existência de gaps no conhecimento produzido por pesquisas empíricas. Diante disso, este estudo teve como propósito avaliar o impacto dos processos de acreditação e certificação de qualidade dos serviços de saúde nos hospitais do Brasil e do mundo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Realizou-se uma revisão integrativa, que envolveu seis etapas. Na 1ª etapa, que consistiu na identificação do tema e seleção da questão da pesquisa, definiu-se que o tema em estudo seria a qualidade dos serviços de saúde no Brasil e a questão de pesquisa seria verificar o impacto da gestão de qualidade nos serviços de saúde prestados por hospitais públicos e privados na percepção dos administradores, funcionários e pacientes/clientes.

Foram utilizados artigos obtidos em diferentes bases de dados nacionais e internacionais. Como descritores, foram adotados os seguintes termos: “*Quality of Health Care*” (*Health Services Administration* ou *Hospital Ad-*

ministration); “*Calidad de la Atención de Salud*” (*Administración de los Servicios de Salud* ou *Administración Hospitalaria*); “Qualidade da Assistência à Saúde” (Gestão de Serviços de Saúde ou Administração Hospitalar). Foram também utilizados os descritores booleanos como *Quality AND Health Care*, *calidad Y Salud*, qualidade E saúde, qualidade E assistência E saúde, *Health Services AND Administration*, *Administración Y Servicios de Salud*, Administração E Hospital.

Na segunda etapa, foram estabelecidos critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Desta maneira, recorreu-se a artigos escritos em inglês, espanhol ou em português, com ano de publicação entre 2004 e 2013. Como critério de exclusão optou-se por não utilizar textos incompletos e artigos que não estivessem disponíveis na íntegra on-line. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão foram realizadas por dois revisores de forma independente.

Na terceira etapa procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Assim, se considerou como qualidade em serviços de saúde os níveis de excelência que caracterizam os serviços ou cuidados prestados na saúde, baseados em normas de qualidade. Para o termo “administração ou gestão dos serviços de saúde” considerou-se a organização dos serviços de saúde com vistas à manutenção e melhoria da qualidade da atenção prestada, utilizando instrumentos técnicos e metodológicos, como o planejamento e a avaliação das estratégias adotadas.

Na quarta etapa foi feita a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, utilizando uma matriz de resultados onde se consideram informações sobre: banco de dados, identificação do artigo, objetivo, questão da investigação, tipo de estudo, amostra, nível de evidência, instrumentos aplicados, tratamento dos dados, resultados e conclusão. A quinta etapa é feita após a obtenção dos dados e corresponde à interpretação e discussão dos resultados. Finalmente, na sexta etapa, apresentou-se a revisão/síntese do conhecimento.

Crítérios para a Seleção de artigos e obtenção da amostra

Considerando o objetivo proposto de se realizar uma revisão integrativa envolvendo a acreditação hospitalar e seus reflexos na qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais no mundo e no Brasil, realizou-se levantamento bibliográfico considerando artigos publicados em inglês, português, francês e espanhol.

O levantamento foi feito na internet considerando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui os sistemas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e a base de dados Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências

da Saúde (IBECS); a Medline/ PubMed; *Scopus/ Elsevier, Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha - SciELO), e o *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (Índice Cumulativo de Enfermagem & Literatura da Saúde - CINAHL).

Como descritores, foram utilizados os seguintes termos ou palavras-chaves: *Credentialing OR Accreditation OR "Health Management" OR "Quality of Health Care" OR "Health Care Quality" OR "Clínical Competence" OR "Clínical Skills" OR "Guideline Adherence" OR "Health Care Quality Assurance" OR "Protocol Compliance" OR "Total Quality Management" OR "Quality Improvement" OR "Health Care Quality Indicators" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Outcome and Process Assessment" OR "Outcome Assessment" OR "Process Assessment" OR "Process Measure" OR "Outcome Measure" OR "Patient Satisfaction") AND SU ("Public Hospitals" OR "Private Hospitals") ; "Quality of Health Care" (Health Services Administration OR Hospital Administration), "Calidad de la Atención de Salud" (Administración de los Servicios de Salud OR Administración Hospitalaria), "Qualidade da Assistência à Saúde" (Gestão de Serviços de Saúde OR Administração Hospitalar). Foram também utilizados os descritores booleanos como *Quality AND Health Care, calidad Y Salud, qualidade E saúde, qualidade E assistência E saúde, Health Services AND Administration, Administración Y Servicios de Salud, Administración E Hospital*.*

Para a seleção dos artigos que formaram a amostra analisada, utilizou-se como princípio de inclusão ter sido o texto publicado há, no máximo, dez anos (2004 – 2013), ter sido escrito em português, inglês, francês e espanhol e ter como objetivo avaliar os resultados obtidos nos serviços de saúde prestados por hospitais considerando a implantação de uma atividade ou instrumento que promova a gestão de qualidade nos serviços de saúde. Como princípio de exclusão, considerou-se a impossibilidade de obter *online* o artigo na íntegra e também, foram retirados aqueles que, apesar de tratarem do tema qualidade dos serviços de saúde, não se relacionavam aos serviços prestados por um hospital ou que não avaliaram seus resultados a partir de uma ferramenta de acreditação hospitalar ou outro instrumento utilizado para garantir a qualidade do serviço prestado, como, por exemplo, Programas de Certificação da *International Organization for Standardization*. Assim, foram excluídos manuais, editoriais, relatórios e artigos de opinião. Foram excluídas também dissertações, teses e monografias. A metodologia usada no desenvolvimento dos trabalhos descritos nos artigos não foi utilizada como critério de escolha, sendo considerado qualquer tipo de estudo.

A realização dos levantamentos bibliográficos ocorreu no segundo semestre de 2013 e foi concluída no

primeiro semestre de 2014. Os artigos foram numerados e separados em arquivos, conforme a base de dado de onde foram obtidos.

Posteriormente, para se aplicar o princípio de exclusão, foi feita leitura do resumo de cada um dos 1.035 artigos e quando necessário à parte da metodologia. Os 82 artigos finais que foram incluídos na amostra, analisados e a partir das informações extraídas elaborou-se a matriz de resultados.

Com relação à caracterização dos artigos quanto ao nível de evidência, foi utilizado o modelo de Melnyk & Fineoutoverholt (2005)²⁹, que propõem que o nível I de evidência considera que as recomendações provenientes dos achados de artigos nessa classificação possuem maior possibilidade de aplicabilidade na prática quando comparadas ao nível VI. Esses níveis são descritos a seguir: Nível I: evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálises de todos os ensaios clínicos randomizados, controlados e relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em ensaio clínico randomizado. Nível II: evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado. Nível III: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização. Nível IV: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados. Nível V: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos. Nível VI: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 1035 artigos distribuídos entre as diferentes bases de dados consultadas, conforme registrado na Tabela 1.

Tabela 1. Número de artigos obtidos e sua distribuição conforme a base de dados consultada.

Base de dados	Número de artigos
Pubmed/Medline	638
Web of Science	177
BVS	79
CINAHL	73
Scopus/ Elsevier	57
SciELO	11
TOTAL	1035

Após a aplicação do princípio de exclusão e a retirada dos artigos em duplicata, foram selecionados 82 artigos que constituíram a amostra final desse estudo, englobando aqueles que utilizaram metodologias diferentes e tinham como tema o processo de acreditação ou de programas de certificação e a qualidade do serviço de saúde prestado por hospitais no Brasil e em outros países do mundo.

Ao se considerar a informação relativa à frequência de publicação ao longo dos 10 anos em análise, obser-

vou-se tendência de aumento dessa variável conforme se pode observar na Figura 1.

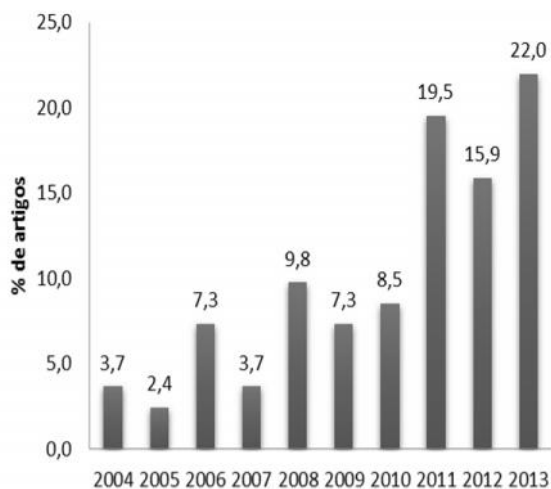


Figura 1. Frequência percentual da publicação de artigos (n: 82) sobre acreditação e qualidade dos serviços prestados por hospitais no Brasil e no mundo durante o período de 2004-2013.

Pela análise da Figura 1, é possível observar que a maior frequência para a publicação de artigos sobre o tema em questão foi no triênio de 2011 a 2013, com os maiores valores observados no ano de 2013 (21,4%) e equivalente a um aumento semelhante a 5,9 vezes mais nesse percentual quando se compara ao observado em 2004 (3,6%).

O banco de dados onde foi possível retirar o maior percentual de artigos usados na revisão integrativa proposta foi a PUBMED/Medline (64,3%), o que confirma a importância desse portal para o levantamento bibliográfico de pesquisas na área de saúde.

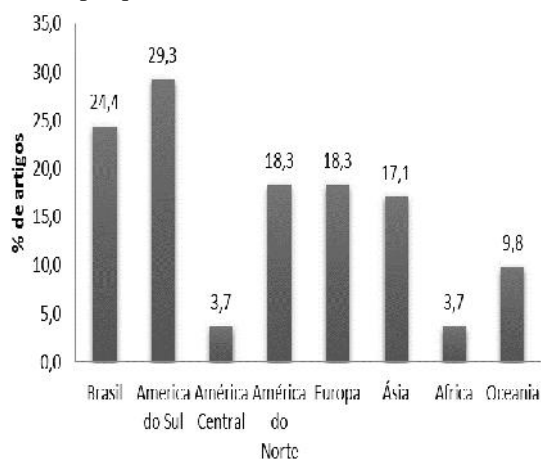


Figura 2. Percentual de artigos selecionados (n: 82) e usados na revisão integrativa e sua publicação conforme o continente de origem no período de 2004 a 2013.

Os resultados obtidos na pesquisa dos artigos demonstram que o tema relativo à acreditação e qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais é do inte-

resse de muitos países em diferentes continentes, como pode ser visto na Figura 2.

Pela análise da Figura 2, é possível constatar que no período considerado, o maior percentual de artigos usados nessa revisão é proveniente da América do Sul (28,6%) e que destes, 23,8% foram escritos por pesquisadores brasileiros. A América do Norte também se destaca com 20,2% dos artigos publicados e a Europa e a Ásia apresentam valores semelhantes, com 16,7% das publicações. Os menores valores foram observados na Oceania (10,7%) e na América Central e África, onde os percentuais são iguais e equivalem a 3,6% em cada um deles.

Com relação ao nível de evidência dos 83 artigos utilizados neste estudo, observou-se que o maior percentual dos artigos utilizados nesta pesquisa foi classificado como de nível VI de evidência (82,9%), pois se caracterizaram como estudos descritivos quantitativos. Os 13,4 % dos artigos que foram identificados como de nível V de evidência corresponderam às revisões de literatura e apenas 3,7% deles foram considerados como de nível de evidência IV, pois se tratavam de estudos de coorte.

Os 82 artigos selecionados para estudo foram extraídos de um total de 49 revistas, sendo que 37 deles foram extraídos de 37 revistas diferentes. O restante foi obtido de revistas que contribuíram com dois artigos, entre elas: *Hong Kong Medical Journal*, *Journal of General Internal Medicine*, *The Journal of the American Medical Association*, *Pediatrics*, *Revista de Administração em Saúde* e *Revista Brasileira de Enfermagem*; ou com três artigos, entre elas: *BioMedical Central Health Services Research*, *British Medical Journal Quality and Safety Health Care*, ou com quatro artigos, como: *Acta Paulista de Enfermagem* e *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Entretanto, o maior percentual de artigos (30,6%) foi retirado da revista *International Journal for Quality in Health Care*.

Após a leitura completa de cada um dos 82 artigos selecionados, foi possível agrupá-los em cinco temas: a revisão da produção de conhecimento sobre acreditação e qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais; o impacto dos processos de acreditação e de certificação de qualidade para os serviços de saúde prestados por hospitais; instrumentos e modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais e os sistemas de acreditação, certificação e gestão de qualidade em hospitais; dificuldades para a implantação e avaliação da gestão de qualidade conforme os processos de acreditação e certificação nos serviços de saúde; e, finalmente, a participação da equipe multiprofissional nos processos de acreditação e certificação de qualidade dos serviços de saúde em hospitais. Os resultados da análise são apresentados a seguir.

Tema 1. Revisão da produção de conhecimento sobre acreditação e certificação em qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais:

Nas últimas décadas, em vários países do mundo, foi possível observar um grande movimento, nas organizações de saúde, pela busca de programas de qualidade, que permitissem um novo modelo de gestão de qualidade, o que levou ao aumento da eficiência dos serviços prestados.

A partir dos anos 1950, baseando-se nos modelos de qualidade das empresas norte-americanas na área industrial, surge a gestão de qualidade em saúde, com a introdução de novos conceitos na área da gestão, que apresenta como principal alvo a adequação dos produtos deficitários à necessidade do mercado. A gestão de qualidade defende o aumento da produtividade com o menor custo, menor tempo e maior lucratividade e satisfação do cliente. Essa nova abordagem da administração é caracterizada por princípios, ideias e crenças que tem como principal alvo a satisfação do cliente, dos trabalhadores, dos administradores e dos acionistas.

A partir do desenvolvimento desse novo modelo de gestão em saúde, vários instrumentos oficiais foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar o desempenho das organizações de saúde. Descrever o processo de desenvolvimento e implantação dos diferentes instrumentos de avaliação em vários países do mundo e sua aplicação nas diferentes áreas da saúde tem sido objeto de estudo de muitos autores.

Nesta revisão integrativa, encontraram-se três artigos, onde são apresentados os resultados de revisão e que tinham como objetivo descrever a produção de conhecimento sobre acreditação e certificação dos serviços de saúde.

A primeira revisão, de autoria de Lima *et al.* (2009)³⁰, teve como objetivo avaliar a produção do conhecimento sobre a temática qualidade nos serviços de saúde. A importância do trabalho de revisão é justificada pelas autoras como a possibilidade de compreender o estado da arte e conhecer os desafios que se apresentam para o desenvolvimento de novos estudos na tentativa de alcançar a qualidade pretendida. As autoras utilizam diferentes combinações de descritores, como “qualidade e serviços de saúde”, em diferentes idiomas, como o português, inglês e espanhol, usando diferentes bancos de dados como a BIREME, *Scielo* Brasil, BDENF, LILACS e o banco de dados da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Na BIREME, encontraram 43 referências, porém somente 16 delas tratavam de saúde pública e foram usadas na análise, que demonstrou uma variedade de objetivos, tais como: avaliar os serviços oferecidos segundo a percepção do paciente; apresentar informações técnicas sobre acreditação hospitalar; tratar de bibliografias e notas bibliográficas;

descrever procedimentos médicos e a mortalidade; apresentar ensaios e discussões sobre avaliação de programas e serviços de saúde, avaliação de processos e resultados e a organização dos processos de avaliação.

Na Revista Latino-Americana de Enfermagem, foram encontrados artigos que descreviam o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental e o outro apontava a importância do enfermeiro da área administrativa nos programas de acreditação hospitalar.

Na pesquisa feita na *Scielo*-Brasil, as autoras supracitadas encontraram somente um artigo, envolvendo a contribuição da antropologia na investigação da qualidade dos serviços, que inclui critérios populares na avaliação da qualidade, utilizando critérios pré-definidos como edificações, equipamentos e procedimentos técnicos. Na BDENF (Base de dados da enfermagem) encontraram seis publicações no período de 1983 a 2006, duas delas rejeitadas, pelo princípio de exclusão, e as demais analisadas discutiam temas como acreditação hospitalar, avaliação e serviços de saúde, bem como a prática administrativa da enfermagem na rede dos serviços de saúde. Uma tese de mestrado encontrada nesse banco de dados chamou mais a atenção das autoras pois avaliava a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros das unidades médicas-cirúrgicas através de entrevistas em hospitais públicos em Salvador-Bahia.

No banco de dados da LILACS, Lima *et al.* (2009)³⁰ noticiam ter encontrado 110 referências, ao utilizar os descritores “qualidade dos serviços de saúde”, “qualidade e enfermagem” e “acreditação hospitalar”, no período de 1980 a 2006. A partir disso, numa primeira seleção, encontraram 98 artigos e destes, por seleção mais detalhada, separaram 45 que tratavam de temas como livros na área de qualidade, avaliação dos serviços de saúde, cultura e qualidade e acreditação hospitalar. Nas revistas, encontraram 25 trabalhos envolvendo a avaliação dos serviços, acreditação hospitalar, qualidade, gestão de qualidade e outros estudos sobre administração hospitalar. Na busca pelo estado da arte durante os meses de maio, junho e julho de 2006 e utilizando dados da CAPES, buscaram artigos entre os anos de 1987 a 2004 e encontraram 179 estudos referentes a acreditação hospitalar, sendo 18 na área de enfermagem, 3 teses de doutorado e 15 dissertações de mestrado. Numa segunda busca, em que usaram o descritor “gestão”, foram encontrados 9575 trabalhos, dos quais 523 se relacionavam a qualidade e 22 tratavam de gestão e enfermagem, porém nenhum tratava de gestão de qualidade e enfermagem. Ao incluir o descritor “cultura”, obtiveram 440 estudos na área de qualidade, sendo 54 deles relacionados a enfermagem e 5 tratavam da cultura de qualidade na enfermagem.

Dentro do banco de dados da CAPES, Lima *et al.* (2009)³⁰ realizaram busca no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN), na forma de CD-ROM

nos períodos de 1978-2004 e encontraram, no período de 1996-2000, 3 estudos relacionados a qualidade e 33 sobre qualidade nos cuidados da saúde. De 2001-2004 encontraram 3 sobre gestão, 5 sobre gestão, qualidade e acreditação hospitalar e 5 sobre gestão, qualidade, acreditação e cultura.

As autoras supracitadas concluem que a investigação na enfermagem é importante pelo seu potencial de buscar e realizar novas maneiras de cuidar, devido à teoria e à prática da profissão, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população, a qualidade do cuidado, além de oferecer sustentação à prática profissional. Afirmam também que os estudos sobre o tema avançavam cada vez mais, mas que há uma escassez de publicações referentes a gestão de qualidade e acreditação hospitalar e enfermagem, o que aponta para a necessidade de novos estudos na área, a fim de contribuir para a transformação das atividades habituais e para a consolidação da profissão do enfermeiro. Realçam ainda que, diante do crescente interesse pelas normatizações da qualidade dos serviços de saúde, se faz necessário conhecer as principais discussões acerca do assunto e sua aplicação para os serviços de saúde, revisando os métodos utilizados nesses estudos.

A segunda revisão foi escrita por Carlim (2010)³¹, que a justifica devido ao grande desenvolvimento na área da Medicina do Sono em termos de testes e terapia e a necessidade de assegurar que os prestadores dos serviços de cuidados com os pacientes que apresentam distúrbios do sono possam proporcionar qualidade e segurança no cuidado. Surgiram, portanto, vários tipos de programas de acreditação de certificação individual e de centros de distúrbios de sono, que devem ajudar a garantir a assistência ideal ao paciente, os quais o autor, a partir de revisão bibliográfica e documental, passa a apresentar. Afirmar que a evolução da medicina do sono se reflete nos diagnósticos, no manejo terapêutico e nos processos de credenciamento e acreditação. A certificação dos profissionais que trabalham com a medicina do sono pode ser alcançada através de uma variedade de meios tanto para os tecnólogos quanto para os fisioterapeutas e médicos. A certificação é importante, pois contribui para garantir um nível mínimo de competência ao praticante. O credenciamento dos centros de tratamento para os distúrbios do sono pode ser obtido através da Academia Americana de Medicina do Sono (AASM), pela *Joint Commission* ou pela Comissão de Acreditação para o Cuidado em Saúde (ACHC). Segundo o autor, a acreditação garante que o centro mantenha um padrão de atendimento e processos de qualidade, que acabarão por garantir o método ideal e mais seguro para o paciente. Alerta ainda para o fato de que, atualmente, a certificação e a acreditação estão intimamente envolvidas no reembolso de prestação de serviços em diversas áreas em todo o país e que ambos, certificação de pessoas e acre-

itação de centros de sonos, vão continuar evoluindo nos próximos anos. Isso determinará novas mudanças nas medidas atuais, o que deverá ser utilizado para garantir a competência dos indivíduos, demandando dos profissionais constantes atualizações em suas práticas. O credenciamento deverá ser expandido devido às exigências crescentes de que os centros de distúrbios de sono devem ser acreditados para receberem reembolso. Todas essas mudanças, ainda segundo o autor, vão ajudar a garantir que os pacientes que sejam submetidos a testes e tratamento de distúrbios do sono recebam o melhor cuidado possível.

Na terceira revisão, de autoria de Greenfield e Braithwaite (2008)³², foram analisados 66 estudos que examinavam o impacto ou a eficácia da acreditação, sendo divididos em 10 categorias: atitudes de profissionais para acreditação, promoção de mudança, impacto organizacional, impacto financeiro, medidas de qualidade, avaliação de programa, opiniões dos consumidores ou satisfação do paciente, divulgação pública, as questões de desenvolvimento e dos inspetores. Nos resultados, encontrou-se um quadro complexo. Em duas categorias foram registrados resultados consistentes: promover a mudança e o desenvolvimento profissional. Em outras cinco categorias resultados inconsistentes foram identificados: atitudes das profissões de acreditação, impacto organizacional, impacto financeiro, medidas de qualidade e avaliação do programa. As outras três categorias que incluíam a visão do consumidor ou a satisfação do paciente, a divulgação ao público e as questões da gerência não foram estudadas suficientemente para que se pudesse chegar a qualquer conclusão. A pesquisa identificou uma série de organizações nacionais de acreditação dos serviços de cuidados de saúde envolvidos em atividades de pesquisa. Os autores concluem que a indústria da acreditação dos serviços de cuidados em saúde parece estar caminhando para a construção de elementos para fundamentar melhor nossa compreensão da acreditação.

Tema 2. A participação da equipe de profissionais nos processos de acreditação e certificação de qualidade nos serviços de saúde nos hospitais.

Pela análise dos 82 artigos foram identificados 11 artigos, o que corresponde a 13,4% dos estudos selecionados que tiveram como objetivo descrever a participação da equipe multiprofissional nos processos de acreditação e certificação dos serviços de saúde prestados pelos hospitais.

Considerando a temática em questão, foram encontradas duas revisões, uma delas de autoria de D'Innocenzo *et al.* (2006)³³, que apresentaram os resultados através de um texto dividido em itens tratando inicialmente sobre a história, os conceitos e os indicadores de qualidade nos serviços de saúde. Posteriormente,

comentaram sobre o desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde no Brasil e no mundo e, finalmente, discutiram esse processo considerando os serviços de enfermagem. Concluem que o movimento pela qualidade nos serviços de Saúde e Enfermagem é uma necessidade atual e que se incorpora à gestão dessas áreas, permitindo que se assegure a assistência livre de riscos ao usuário. Afirmam ainda que a enfermagem envolve o cuidar como essência da profissão, e o esforço para alcançar os objetivos propostos pela acreditação levarão à melhoria contínua da assistência. Entretanto, alertam para a necessidade de conscientizar toda a equipe multidisciplinar, considerando sua importância e o valor de suas ações. Os objetivos do processo de acreditação que garantem a satisfação e segurança do paciente e a eficiência dos profissionais serão garantidos a partir do comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos da enfermagem.

A segunda revisão, escrita por Matos *et al.* (2006)³⁴, teve também como objetivo avaliar o papel da enfermagem nos processos de acreditação do hospital. Trabalharam com 28 artigos e concluíram que a liderança, a comunicação, a habilidade técnico-científica, a organização do trabalho e os programas de educação continuada são estratégias que possibilitam ao enfermeiro programar as mudanças necessárias às novas situações e ao trabalho interdisciplinar. Dessa forma, esse profissional vem proporcionando melhoria na qualidade da assistência e contribuindo efetivamente para o alcance dos objetivos institucionais, ou seja, o êxito do processo de acreditação.

O restante dos artigos relacionados ao tema em questão apresentou em sua metodologia o desenvolvimento de estudos descritivos quantitativos, a maioria deles envolvendo os profissionais de saúde de hospitais ou de setores hospitalares, entretanto um deles envolveu em seu estudo 7 empresas credenciadas pela ONA e foi escrito por Feldman & Cunha (2006)³⁵. Neste último trabalho, as empresas entrevistadas foram selecionadas conforme o Grupo A - modelos das empresas que utilizam exclusivamente o manual de avaliação proposto pela ONA, Grupo B - modelos das empresas que modificaram o manual proposto pela ONA, acrescentando critérios próprios para a avaliação, e o Grupo C - modelos das empresas que utilizam manuais que não os da ONA, com critérios próprios de avaliação. Os autores concluem que os enfermeiros atuam em três áreas: a administrativa, nos processos assistenciais e no ensino-pesquisa. Verificaram que o serviço de enfermagem é avaliado com destaque na área administrativa, indicando que as demais áreas necessitam ser reavaliadas nos aspectos quantitativos e qualitativos, para se obter uma mensuração mais precisa do papel desse profissional na acreditação hospitalar.

Dois trabalhos, dos 11 selecionados para o tema par-

ticipação dos profissionais de saúde no processo de acreditação e certificação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais, foram desenvolvidos em outros países que não o Brasil. O primeiro deles foi feito na Tailândia³⁶ e envolveu profissionais de saúde e consultores que participam do processo de acreditação. Nesse estudo, os autores concluíram que os profissionais de saúde têm enfrentado muitos problemas relacionados ao processo multidisciplinar das normas de acreditação, enquanto os consultores parecem ter algumas dificuldades em transmitir os conceitos básicos de qualidade em saúde (QI) para a equipe. Os resultados podem ser explicados pelos efeitos dos princípios subjacentes da acreditação na reforma dos serviços de cuidados em saúde.

Em outro trabalho, desenvolvido na Austrália e de autoria de Greenfield *et al.* (2011)³⁷, que avaliou profissionais de diferentes áreas que haviam se envolvido com os processos de acreditação, os autores afirmam que a participação no processo de acreditação promove a qualidade e a segurança cultural que cruza os limites organizacionais. Os *insights* relacionados à motivação do trabalhador podem ser aplicados para engajar a equipe na promoção da aprendizagem, visando ultrapassar os limites organizacionais e melhorar os serviços. Os achados podem ser usados para aumentar o envolvimento com a acreditação e, mais amplamente, para outras atividades de qualidade e segurança em saúde.

Os seis trabalhos restantes foram desenvolvidos em hospitais brasileiros e dois deles consideraram em sua amostra somente enfermeiros ou enfermeiros e técnicos de enfermagem. O primeiro foi escrito por Manzo, *et al.* (2012)³⁸ e foi desenvolvido em um hospital privado de médio porte, envolvendo 15 técnicos de enfermagem e 9 enfermeiras. Os autores tiveram como objetivo conhecer a atuação e as influências da enfermagem no processo de acreditação hospitalar. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, submetidas à análise de conteúdo. Em seus resultados, observaram que o processo de acreditação e a gestão de qualidade têm exigido dos enfermeiros crescente aperfeiçoamento profissional e adaptação às novas exigências, demandando ações administrativas como gestores de unidades de negócio que ultrapassam as funções tradicionais que já ocupavam. Nesses tempos de gestão de qualidade, o enfermeiro precisa desenvolver novas competências, principalmente aquelas que capacitam as lideranças, pois, como gerentes de enfermagem, precisam tomar decisões que influenciam na qualidade dos serviços em saúde. Concluem, ao final da análise, que é necessário aos profissionais entender a lógica do processo de acreditação, atuar com vistas à interdisciplinaridade e superar a fragmentação da assistência, alcançando assim o cuidado integral e a qualidade assistencial desejada.

O outro trabalho que envolveu apenas enfermeiros

em sua amostra foi desenvolvido por Lima & Edmann (2006)³⁹ e se tratou de um estudo de abordagem qualitativa e interventiva, caracterizado como prática assistencial investigativa, pois, ao mesmo tempo em que intervinha na realidade com as questões relacionadas ao trabalho de um grupo de pessoas, também investigava, buscando novos conhecimentos a partir da experiência de campo. Para promover a pesquisa desejada, criaram um grupo nomeado Grupo da Prática Assistencial, formado por oito enfermeiros da emergência psiquiátrica, adulta e pediátrica do Pronto Socorro. Os autores concluem que alguns temas deveriam ser mais bem trabalhados pela equipe, para se garantir a qualidade do serviço prestado. Entre os temas foram destacados para reestruturação: o treinamento para atendimento em urgência e emergência; registro das ações assistenciais aos pacientes em observação; equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço e acompanhantes ou responsáveis informados sobre o estado geral do paciente assistido.

Furukawa & Cunha (2011)⁴⁰ realizaram um estudo descritivo cujo objetivo foi identificar o perfil e as competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados, sob a ótica destes e de seus superiores hierárquicos. Envolveram 14 hospitais certificados pela ONA e pela *Joint Commission International* do Município de São Paulo. Foram elaborados dois questionários respondidos por 24 profissionais. Dos 14 hospitais, dois eram gerenciados pelos mesmos profissionais, perfazendo o total de 26 profissionais (13 gerentes de enfermagem e 13 gestores). A amostra foi composta por 13 (72,2%) gerentes de enfermagem e 11 (61,1%) gestores, em razão de um ter sido excluído e outro não ter respondido a pesquisa. Na conclusão, os autores afirmam que existem semelhanças no perfil e nas competências dos gerentes de enfermagem dos hospitais acreditados, compatíveis com as expectativas de seus superiores hierárquicos que colaboraram na seleção para o cargo e na avaliação de seu desempenho profissional, apontando uma direção aos enfermeiros que desejam seguir e se desenvolver na carreira gerencial ou que desejam mudar a realidade exposta.

Nos outros três estudos de natureza descritiva e qualitativa realizados por Manzo *et al.* (2013)⁴¹; Manzo, Brito e Correa (2012)⁴² e Manzo *et al.* (2011)⁴³, foram avaliados vários profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar em saúde. Em todos eles foram encontradas dificuldades na comunicação e diferenças na percepção, conhecimento, envolvimento e motivação para participar das ações relacionadas ao processo de acreditação. Em um dos trabalhos chama a atenção a conclusão a que chegam os autores ao afirmarem que os profissionais, independentemente da categoria, não apresentam homogeneidade quanto ao entendimento, à aplicabilidade, à necessidade e à utilidade do processo, tampouco

buscam refletir seus pontos positivos e negativos. Todavia, é inegável que, diante da novidade do processo, divergências existam e estas acabam contribuindo para o aperfeiçoamento, por fomentarem discussões dos profissionais sobre a busca pela melhoria da qualidade. Existe a necessidade de sensibilização dos colaboradores em relação aos objetivos e às propostas da acreditação, visando provocar uma melhor assimilação dos princípios da ONA.

Tema 3. Dificuldades para a implantação e avaliação da gestão de qualidade conforme os processos de acreditação e certificação nos serviços de saúde:

Ao analisarmos os 82 artigos selecionados, foi possível encontrar 8 que tratavam das dificuldades para a implantação da gestão de qualidade conforme os processos de acreditação e certificação dos serviços e saúde.

Os 8 artigos relacionados ao tema em questão originaram-se de diferentes partes do mundo, sendo 2 do Brasil, 1 do Irã, 1 da Colômbia, 1 de Uganda, 1 do Líbano e 2 outros foram realizados com hospitais de diferentes países da Europa. Entre estes, um tratou das dificuldades de implantação do processo de acreditação e certificação dos serviços de saúde na Inglaterra, Portugal, Holanda, Suécia e Noruega e o outro comparou essas dificuldades nos hospitais da França, Reino Unido e Catalunha (Espanha).

Considerando as dificuldades encontradas nos artigos provenientes do Brasil, Figueiredo & D’Innocenzo (2011)⁴⁴ ao desenvolverem pesquisa na Santa Casa de Montes Claros (Minas Gerais, Brasil), identificaram as dificuldades na utilização da ferramenta de gestão, elaborada a partir de recomendações dos processos de acreditação, pelos gestores. Ao finalizar a análise dos resultados, concluem que a maioria dos gestores já faz uso das ferramentas administrativas ao longo da trajetória profissional na instituição, porém sentem dificuldades em utilizá-la. As principais dificuldades se relacionavam à falta de conhecimento teórico e prático dos gerentes, à cultura organizacional e à resistência às mudanças. As dificuldades também foram atribuídas ao acúmulo de tarefas do gerente dentro da Santa Casa, à falta de acompanhamento da alta diretoria e ao pouco envolvimento da equipe. A ferramenta proposta pelos autores foi considerada de suma importância pelos entrevistados, o que demonstrou a conscientização desses profissionais em relação às exigências do mercado e à necessidade de atualizações.

Manzo *et al.* (2011)⁴³ apresentaram um estudo de caso de natureza quantitativa realizado em um hospital privado de médio porte localizado em Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). O trabalho tinha como objetivo analisar os aspectos dificultadores do processo de acreditação hospitalar vivenciados por profissionais de saúde.

Em 2006, o hospital foi Acreditado em Nível de Excelência, atingindo êxito em todas as etapas do processo de Acreditação (estrutura, processo e resultados). Foram incluídos na pesquisa os setores de internação, Bloco Cirúrgico (BC) e Unidade de Cuidados Progressivos (UCP), tendo em vista o fato de terem sido criados no momento da inauguração do hospital e, ainda, de terem participado da primeira auditoria externa realizada no hospital. A escolha dos 31 sujeitos da pesquisa se deu de maneira intencional, restringindo-se aos profissionais de saúde que participaram do processo de acreditação hospitalar desde a primeira auditoria e que prestavam atendimento direto e contínuo aos usuários do serviço. Foram, portanto, incluídos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos alocados nos setores de internação, BC e UCP. Como maiores dificuldades, foram relatadas a falta de manutenção do Sistema de Qualidade ao longo do ano e o pouco envolvimento de alguns profissionais de saúde no referido processo. Na perspectiva dos profissionais entrevistados, as dificuldades encontradas podem acarretar ruptura na prestação de serviço e, por conseguinte, afetar a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, é imprescindível o compromisso dos profissionais de saúde para que barreiras sejam rompidas em busca de um cuidado humanizado e de excelência.

Na Colômbia, que assim como o Brasil se localiza na América do Sul, o único artigo encontrado teve como autores López-Isaza & Llamasa-Rincón (2008)⁴⁵ e pretendia determinar as características de qualidade relacionadas com o seguimento de padrões de calibração dos equipamentos biomédicos e sua segurança elétrica, existentes nas entidades prestadoras de serviço de saúde no Departamento de Risaralda. Utilizaram, então, de uma amostra não probabilística com critério do maior inventário de equipamentos e demanda de serviços, para as categorias de Clínicas, Centros de Estética, Radiologia e Odontologia, bem como para os Hospitais. Trinta e duas entidades prestadoras de serviço de saúde e distribuídas em 14 municípios do Departamento de Risaralda responderam a um questionário. Pela análise das respostas dadas, os autores concluíram que na região existe risco de saúde pública. As entidades prestadoras de serviço de saúde estão sem acreditação para a norma NTCI-SO-IEC-17025 e as entidades externas que, por sua vez, são contratadas por estas para efetuar a calibração de seus equipamentos, também não se enquadram como acreditadas. Com base nas informações obtidas sobre os equipamentos sem calibrar segundo os padrões, os diagnósticos têm grande probabilidade de resultarem errados. Também determinam desvantagem competitiva entre as entidades de saúde, frente a outras que se encontram acreditadas e que se localizam na Colômbia ou mesmo em outros países.

Tavakoli & Abbasi (2013)⁴⁶ avaliaram as dificulda-

des de quatro hospitais do Irã, ao passarem pelo processo de acreditação conforme os padrões estabelecidos pela *Joint Commission*. Na avaliação, usaram indicadores, tais como prevenção de infecções (PCI), melhoria da qualidade do serviço e segurança do paciente (QPS), gestão de instalações (FMS), liderança e governança (GLD), qualificações profissionais e educação e comunicação (SQE) e gestão da informação (MCI). Concluíram que não houve diferença significativa nos vários índices, somente no SQE ($P = 0,04$), entre os quatro hospitais. De acordo com as normas da JCI, nenhum dos hospitais estava completamente preparado para oferecer o melhor sistema de gestão de saúde.

Outro trabalho desenvolvido, desta vez em Uganda, tinha como objetivo avaliar o conhecimento da equipe hospitalar, suas atitudes e práticas atuais, considerando os padrões determinados para o hospital, bem como avaliar o nível de motivação da equipe ao utilizar os novos padrões. Bateganya *et al.* (2009)⁴⁷ concluíram, ao avaliar os médicos superintendentes e outros componentes da equipe de quatro hospitais e que já eram familiarizados com o uso de padrões por terem participado anteriormente de programas de acreditação, que existe forte suporte para o desenvolvimento e implementação de padrões hospitalares. Os principais obstáculos para a organização dos padrões hospitalares são os recursos limitados e capacidade técnica. Existe a necessidade de desenvolver um programa preliminar de padrões para os hospitais na Uganda.

Em trabalho desenvolvido no Líbano por Saleh *et al.* (2013)⁴⁸ exploraram os pontos de vista de 110 hospitais particulares sobre o mérito da acreditação, considerando as despesas de seus associados, além de examinar o tipo e a origem dos investimentos financeiros incorridos durante o processo de acreditação. Concluíram que a equipe de profissionais dos hospitais consideraram acreditação como um bom investimento. Pontos de vista favoráveis sobre a acreditação se relacionaram ao seu efeito sobre o reforço da qualidade e segurança dos serviços de saúde ao paciente. Pontos de vista desfavoráveis quanto ao mérito do investimento da acreditação foram justificados pela ausência de ligação com tarifas cobradas de contribuintes (25,7%), sendo que todos os hospitais declararam aumento das despesas devido à acreditação. Áreas de maior aumento de despesas foram as de treinamento de pessoal (95,7%), custos com consultores (80,0%) e manutenção de infraestrutura (77,1%). A maioria das despesas dos hospitais era coberta através de recursos próprios (52%) ou de empréstimos bancários (45,7%). O encargo financeiro de acreditação em hospitais deve ser considerado no momento da decisão da sua adoção a nível nacional, especialmente nos países em desenvolvimento.

Fortes *et al.* (2011)⁴⁹ realizaram uma revisão bibliográfica e documental com o objetivo de analisar a dinâ-

mica da acreditação em três realidades distintas - França, Reino Unido e Catalunha (Espanha) - e indagaram se havia diferenças significativas nos processos de acreditação implantados. Assim, pretenderam refletir sobre as homogeneidades ou diversidades da acreditação e entender o movimento de aproximação entre a acreditação e os sistemas de saúde. Descrevem na metodologia que as experiências de acreditação da França, Reino Unido e Catalunha (Espanha) foram escolhidas porque já indicarem ser processos de acreditação bastante distintos, contribuindo para uma visão mais abrangente do modelo. Para melhor compreensão das características de cada experiência, foi construído um quadro comparativo dos sistemas de saúde, destacando-se como variáveis de análise os seguintes aspectos: organização do sistema de saúde, financiamento, modos de regulação do sistema de saúde e processo de acreditação. Na análise do processo de acreditação, buscou-se identificar desde aspectos relativos à institucionalidade e normatização da ação, até diretrizes, estratégias e resultados alcançados. Os autores concluíram que a acreditação não pode ser compreendida apenas como uma ferramenta de qualidade que se oferece à adesão voluntária de hospitais. Chamam atenção várias afirmações feitas pelos autores, como o fato de só se poder compreender o processo de acreditação dentro do contexto das propostas políticas que delimitam sua aplicação em sistemas de saúde concretos, além de se considerar também as características do arranjo dos serviços de saúde nesses sistemas. Assim, é fundamental que se estude com mais profundidade as propostas de política adotadas para a acreditação em sistemas de saúde concretos. Deixam um desafio ao se estudar processos de acreditação que já se sabem diferentes, ao afirmarem a necessidade de se olhar esse objeto de forma a expressar as opções políticas e sociais de cada Estado. Defendem a ideia de acreditações e não de um processo único, pois este é influenciado pelas condições e formas de atuação dos Estados que as internalizam.

Em um estudo descritivo que apresentou como objetivo avaliar os processos comuns e os indicadores de resultados que permitissem comparar hospitais quanto à qualidade e a satisfação em cinco países da Europa: Inglaterra, Portugal, Holanda, Suécia e Noruega, Brunet *et al.* (2013)⁵⁰ também descrevem as dificuldades em se tentar comparar o processo de acreditação em países diferentes. Tal fato é percebido ao afirmarem que, quando o uso de indicadores como a percepção do paciente e os marcadores políticos são utilizados para comparar a qualidade e a satisfação dos hospitais na Europa, torna-se difícil a aplicação e interpretação dos resultados devido às diferenças políticas e sociais que interferem nessa direção, pois enquanto em alguns países o processo de acreditação para a qualidade dos serviços de saúde está bem definido em outros países pouco se fez em torno do tema.

O impacto dos processos de acreditação e de certificação de qualidade para os serviços de saúde prestados por hospitais

Foram selecionados 18 artigos, de diferentes partes do mundo e referentes ao tema quatro e extraídos do total dos 82 estudos da primeira seleção, o que representou 22% do total. A metodologia usada nos trabalhos selecionados variou de revisões a estudos descritivos. O objeto de estudo também apresentou variações deste o levantamento bibliográfico e documental nas revisões, até hospitais secundários e terciários, setores ou departamentos dentro de um hospital, hospitais gerais e especializados, procedimentos terapêuticos, padrões estabelecidos pelos órgãos de acreditação, profissionais de saúde, além de outros nos trabalhos de cunho descritivo exploratório.

Para análise desses artigos, optou-se por separá-los segundo o país de origem ou continente, considerando as influências que os contextos sócio-políticos e econômicos podem exercer sobre o processo de acreditação dos serviços de saúde. Iniciamos a análise pelos países pertencentes à América do Norte, onde foi possível encontrar 6 artigos, 1 do Canadá e escrito por Pomey *et al.* (2010)⁵¹ e 5 provenientes dos Estados Unidos e escritos pelos seguintes autores/ Rosenbluth *et al.* (2011)⁵²; Mullen *et al.* (2013)⁵³; Elkins *et al.* (2010)⁵⁴; Lutfiyya *et al.* (2009)⁵⁵ e Menachemi *et al.* (2008)⁵⁶.

No estudo descritivo com relato de caso desenvolvido no Canadá⁵¹, os autores tinham como objetivo esclarecer os impactos da acreditação naquele país, fazendo o seguinte questionamento: Quais tipos de mudanças organizacionais foram introduzidas nas organizações de cuidado com a saúde (HCOs) devido ao processo de acreditação? Foram incluídos no estudo 5 HCOs com diferentes status de acreditação. Ao invés de apontar para a melhor validação interna e externa, optou-se por avaliar um pequeno número de casos em detalhe, conduzindo um estudo multicaso com múltiplos níveis de análise. Os casos selecionados foram: 1- uma autoridade regional de Saúde (RHA) em Alberta que havia participado do processo de acreditação pela primeira vez; 2- hospital urbano de Ontário que havia participado de acreditação por muitos anos; 3- um centro acadêmico em Ontário que tinha fundido recentemente com um HCO recém-acreditado; 4- um hospital semi-rural em Quebec que foi credenciado por muitos anos; 5- uma RHA em New Brunswick que foi recentemente acreditada. Concluíram que o processo de acreditação é um motivo eficaz para a introdução de mudanças, no entanto é sujeito a um ciclo de aprendizagem e uma curva de aprendizado. Instituições investem fortemente para estar em conformidade com a primeira visita de acreditação e colhem os maiores benefícios nos próximos três ciclos de acreditação (3 a 10 anos após a acreditação inicial). Depois de dez anos, no entanto, as instituições começam a consi-

derar a acreditação menos desafiadora. Para maximizar os benefícios do processo de acreditação, HCOs e organismos de acreditação devem buscar maneiras de tirar o máximo proveito de cada etapa do processo de acreditação ao longo do tempo.

Nos Estados Unidos, Rosenbluth *et al.* (2011)⁵² desenvolveram um estudo de coorte cujo objetivo era determinar se as adaptações relativas à redução do número de horas de residentes em pediatria seguindo as recomendações do Conselho de Credenciamento para Educação Médica (ACGME) estariam associadas às mudanças no custo total e no tempo de internação. Para isso, utilizaram uma amostra formada por crianças com idade entre recém-nascidos até 18 anos internados na ala de cirurgia pediátrica e pacientes internados na ala de cirurgia, divididos em grupos antes e após a intervenção. A intervenção consistiu na mudança de regras no treinamento de residentes de pediatria, trocando plantões de longas horas por plantões mais curtos, diurnos ou noturnos. Em seus resultados, os autores afirmam que ocorreram reduções significativas relativas ao tempo de internação, mas não no custo total. Quando a análise foi limitada ao subgrupo de pacientes que não receberam cuidados na unidade de terapia intensiva, o tempo de permanência diminuiu 18% e o custo total diminuiu 10%. Não detectaram mudanças semelhantes no grupo controle. Concluíram que o modelo de equipe de residentes que realizam plantões curtos, que é consistente com o padrão de duração de horas de trabalho determinado pelo ACGME, se associou de forma positiva à redução no tempo de permanência em internação e no custo total com internação para pacientes que não foram submetidos ao tratamento na UTI.

Outro trabalho desenvolvido nos Estados Unidos e de autoria de Mullen *et al.* (2013)⁵³ avaliou a qualidade do serviço prestado pelos Centros de Tratamento de Acidente Vascular acreditados pelo Sistema de acreditação da JCAHO. Foi avaliada nesse estudo uma amostra composta por pacientes internados no país inteiro no período de 2004 a 2009. A análise se limitou aos estados que tornaram pública a identidade dos hospitais. Todos os pacientes com idade 18 anos com diagnóstico primário de derrame isquêmico agudo foram incluídos. Foram excluídos aqueles que, apesar de estarem sob tratamento, não foram identificados corretamente, e quando não foi possível determinar a relação temporal entre certificação e admissão, e se admitidos através de transferência. Concluíram que os sujeitos avaliados nos Centros de Atenção Primária para os acidentes vasculares cerebrais (PSCs) apresentaram maior chance de receber a droga antitrombolítica ativadora do plasminogênio tecidual recombinado (rt-PA), conforme padronizado pela *Joint Commission*, do que aqueles avaliados em hospitais não acreditados como PSCs. Esta associação foi significativa após ajustamento do paciente aos níveis

variados de hospitais. Sistemas de atenção à saúde são necessários para permitir aos pacientes com derrame o acesso rápido aos PSCs em todos os Estados Unidos.

Elkins *et al.* (2010)⁵⁴ também desenvolveram um trabalho nos Estados Unidos envolvendo 100 profissionais que incluíam enfermeiros, administradores e gerentes de um grande hospital e que participaram do processo de acreditação. O objetivo era examinar os efeitos da percepção do estresse entre os enfermeiros que ocupavam cargos de gerência e funcionários do setor administrativo, através da aplicação de questionários respondidos antes e após a revisão pela *Joint Commission* para obtenção da acreditação. Ao final do trabalho, afirmam que o estudo fornece evidências de que os enfermeiros em funções administrativas experimentam aumento do estresse associado à visita local da Comissão. O estudo também sugere que o aumento do estresse pode estar significativamente relacionado ao aumento de problemas de saúde psicossomáticos, sintomas de depressão e ansiedade, dificuldades nas relações interpessoais e diminuição da satisfação no trabalho. Essas são considerações importantes que têm implicações para a saúde, estresse no trabalho, demonstrando a necessidade de recursos para lidar com o aumento do estresse durante o processo de visita ao local pela *Joint Commission*. A duração dos estressores envolvidos na visita ao local também pode ser um fator que contribui para a percepção do estresse.

Lutfiyya *et al.* (2009)⁵⁵ desenvolveram um estudo descritivo cujo objetivo foi determinar se os processos de medidas utilizados para os Centros de Serviços de Saúde Públicos (CMS) através banco de dados Comparação de Hospitais diferiram para hospitais de urgência com base no status da acreditação. O website Comparação de Hospitais é uma ferramenta usada pela Aliança para a Qualidade dos Hospitais que transmite ao público informações sobre qualidade. Os resultados obtidos no estudo fornecem uma avaliação objetiva da existência de uma ligação entre a acreditação da JCAHO e a qualidade do atendimento prestado por um hospital de urgência, além de uma visão sobre a forma como o processo JCAHO cumpre a sua missão para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados no ambiente dos pequenos hospitais rurais. Concluem que, considerando a realidade dos hospitais de urgência, o processo de credenciamento da JCAHO resultou em uma melhora modesta no desempenho dos hospitais avaliados, conforme as medidas obtidas na Comparação de Hospitais, o que indica possível associação do credenciamento com a maior qualidade do serviço prestado. No entanto, permanecem incertas as razões para as diferenças entre os hospitais de urgência credenciados e não credenciados e como isso afeta o resultado para os pacientes. Dado que o custo pode ser uma barreira para os hospitais de urgência a buscarem a acreditação pela JCAHO, futuros estudos

que analisem como o custo pode interferir neste processo poderão ser úteis para aqueles hospitais que enfrentam a decisão de alocar recursos limitados para o processo de acreditação.

Em estudo descritivo realizado por Menachemi *et al.* (2008)⁵⁶, pretendeu-se comparar os resultados de qualidade apresentados pelos Centros Cirúrgicos Ambulatoriais (ASC) da Flórida, Estados Unidos, tendo como base os padrões estabelecidos por dois processos de acreditação diferentes, a Associação de Acreditação de Assistência Ambulatorial de Saúde (AAAHC) ou pela *Joint Commission*. Para analisar as diferenças nos resultados de qualidade entre os ASC, foram consultadas várias fontes de dados originalmente montados como parte de um estudo maior. Os autores examinaram as diferenças nos resultados e no tratamento ambulatorial dos hospitais e identificaram a existência de disparidades raciais nos resultados cirúrgicos ambulatoriais. Todos os dados foram obtidos da Agência de Saúde e Administração da Flórida (AHCA), a agência governamental responsável pelo licenciamento estadual de serviços de saúde. Usaram o banco de dados de alta hospitalar após cirurgia de ambulatório 2004, o banco de dados de alta hospitalar 2004 e uma base de dados administrativos separados com informações sobre as características das ASC, que incluíam o tipo de acreditação. Com base na avaliação preliminar dos resultados examinados, existem evidências de que o Estado da Flórida faz um trabalho igualmente bem-sucedido na regulação das ASC, sejam elas não credenciadas como credenciadas pelos dois principais organismos nacionais de acreditação. Na Flórida, a Agência de Saúde e Administração realiza uma única visita anual ao local para fins de licenciamento, que é programado com alguns dias de antecedência. Visitas adicionais locais não são feitas, a menos que seja solicitada uma resposta a uma queixa específica. Mais pesquisas que examinem outros resultados serão necessárias para, em última instância, determinar a relação entre acreditação e qualidade de cuidados. Conforme os serviços de cirurgia ambulatorial continuam a expandir, estudos comparativos de qualidade que considerem a estrutura, processo e os resultados serão de igual interesse para os consumidores, fornecedores, políticos e financiadores de saúde.

Outro estudo proveniente da América do Norte de autoria de Lora *et al.* (2012)⁵⁷, tratou de avaliar a qualidade da atenção pediátrica no tratamento da leucemia quanto à estrutura das unidades médicas e estabelecer suas relações com a taxa de mortalidade hospitalar. Para proceder a esse estudo descritivo transversal, usaram o hospital como unidade de análise. A partir da avaliação dos resultados em saúde e sobrevivência de pacientes menores de 18 anos com câncer, cujo tratamento foi financiado pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos do Sistema de Proteção Social em Saúde, se incluíram

nove unidades médicas acreditadas para a atenção de crianças com câncer com diferentes taxas de sobrevivência aos três anos (57.1 a 92.7%), pertencentes às seguintes entidades federativas: Distrito Federal (dos hospitais), Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla, Querétaro e Tabasco.

O estudo transversal foi realizado em nove hospitais com diferentes taxas de sobrevivência. A estrutura dos hospitais foi avaliada, considerando-se as normas internacionais e nacionais (certificado de acreditação para o cuidado das crianças com câncer da Direção Geral da Qualidade e Educação em Saúde - DGCES). Os autores concluíram que a estrutura das unidades de saúde se relacionou à sobrevivência de pacientes pediátricos com leucemia linfoblástica aguda. É necessário garantir que os hospitais tenham os recursos materiais e humanos necessários para garantir a qualidade adequada de cuidados para esses pacientes.

Ao identificarmos artigos provenientes do continente europeu, foi possível selecionar dois deles. O primeiro, escrito por Lorenzo e colaboradores (2010)⁵⁸, descreveu o processo de implantação de gestão de qualidade, considerando a certificação da norma técnica UNE-EN ISO 9001:2008 e seu impacto em uma unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário (HU Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, Espanha). Os autores afirmam ao final que os benefícios da aplicação de um sistema de gestão da qualidade incluem, entre outros: identificar as necessidades relacionadas ao serviço, a fim de alcançar a satisfação do paciente, seus familiares ou o pessoal médico de outros serviços hospitalares; melhorar a comunicação dentro e fora do serviço; obter uma melhor compreensão dos processos de organização e controle do risco, delineando responsabilidades claramente a todo o pessoal; obter melhor aproveitamento de tempo e recursos; e, por fim, melhorar se possível, a motivação do pessoal. Por isso, o esforço para programar sistemas de análise de qualidade beneficia a todos os integrantes do sistema de saúde, cidadãos, profissionais, gestores e financiadores.

O outro artigo proveniente da Europa, escrito por Suñol *et al.* (2009)⁵⁹, objetivou explorar a associação entre a organização de estratégias de melhoria da qualidade na comparação entre hospitais e hospitais de sucesso, a partir da definição dos requisitos de qualidade considerados como resultados importantes no processo de cuidar. Na primeira fase do estudo participaram 389 hospitais que fazem atendimento de urgência, de 18 países da União Europeia, e na segunda fase da pesquisa, 89 dos 318 hospitais. Os autores concluem que a implantação de estratégias para a melhoria da qualidade, assim como os sistemas de avaliações externas devem ser promovidos pelo impacto positivo que determinam nos serviços de saúde.

Da Oceania, foi possível identificar um estudo de-

envolvido por Rutherford (2012)⁶⁰, na Austrália, cujo objetivo era descrever o processo e os resultados da avaliação dos serviços em saúde. O autor utilizou como amostra a equipe de médicos, enfermeiros e residentes da clínica médica de um hospital na Austrália e, a partir de seus resultados, afirma que, com a prática de avaliação, é possível evitar situações comprometedoras ou situações de risco mais comuns, principalmente nas fases iniciais da profissão do médico.

Considerando os trabalhos escritos na Ásia, foi possível separar 6 artigos que avaliam o impacto dos processos de acreditação e certificação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais. Um deles foi escrito por Ng *et al.* (2013)⁶¹ que em uma revisão, buscaram identificar os fatores que influenciavam a implementação de programas de acreditação e avaliar o impacto do processo de acreditação na melhora da qualidade em hospitais públicos. Os autores obtiveram inicialmente um total de 348 citações e após uma avaliação crítica e estudos de seleção, 26 artigos foram incluídos na revisão. Seus resultados sugerem que, apesar da falta de provas convincentes mostrando a eficácia dos programas de acreditação, seus méritos podem possivelmente incluir maior envolvimento pessoal e comunicação, formação de equipe multidisciplinar, mudanças positivas na cultura organizacional e reforço da liderança e da consciência pessoal sobre a melhora contínua da qualidade (CQI). Ao relacionar os resultados com as questões operacionais da acreditação, a revisão discutiu as implicações para o sucesso da implementação e como a acreditação pode conduzir à melhoria de qualidade. Os resultados têm implicações para as várias partes interessadas (governos, público, pacientes e prestadores dos serviços de saúde), quando se trata de se envolver em exercícios de acreditação.

Huang *et al.* (2009)⁶² desenvolveram estudo descritivo cujo objetivo era estabelecer um novo sistema com normas de acreditação para os hospitais de ensino, com a esperança de que os hospitais universitários de Taiwan alcançassem as expectativas para garantir um ensino de qualidade. O trabalho proposto teve duração de dois anos, 2005-2006, e foi separado em três etapas. A primeira fase, centrada em reuniões de liderança e construção de consenso; a segunda, na elaboração das novas normas com grupos de especialista; e a terceira em um estudo piloto e posterior revisão. Esta reforma foi mandatada e aprovada pelo Ministério da Saúde (DOH) para ser executada pela comissão de acreditação hospitalar *Joint Commission* de Taiwan (TJCHA). Para elaborar o sistema de qualidade para os hospitais de ensino, os autores afirmam a importância de se aprender com a experiência passada e reconhecem a importância da TJCHA, que encabeçou a reforma de acreditação hospitalar após a sua inauguração, no final dos anos 1990. Em seguida, a epidemia de SARS levou a uma nova onda de mudanças na

educação médica e na pós-graduação. Assim, levou-se em consideração padrões de qualidade usados por outros modelos, como proposto pela *World Federation for Medical Education* (WFME), que estabeleceu padrões mundiais de qualidade na educação médica básica e na pós-graduação; e o Conselho de Credenciamento para Educação Médica (ACGME) dos Estados Unidos, que tem credenciado programas de treinamento para residentes há muitos anos. ACGME estabeleceu requisitos institucionais de programas comuns para regular todas as instituições e programas de formação de residentes. A equipe, composta de quinze especialistas com grande experiência como consultores e provenientes de vários hospitais e do Comitê de Educação Médica do Ministério da Saúde, foi dividida em três grupos de trabalho para tratar das questões do ensino e pesquisa; do desenvolvimento do corpo docente clínico; do orçamento e administração; bem como dos papéis e funções dos hospitais de ensino nas comunidades. Na última etapa do projeto, os novos padrões elaborados foram avaliados por um projeto piloto desenvolvido em 11 hospitais e os seus resultados sugeriam que as novas normas se provaram viáveis e ofereceram desafios razoáveis. Os autores esperam que as novas normas fortaleçam o ensino e a pesquisa, e ao mesmo tempo melhorem a qualidade dos serviços hospitalares.

Chiu *et al.* (2011)⁶³ desenvolveram um estudo em um hospital localizado em Hong Kong, cujo objetivo era descrever a jornada de preparação e a mobilização feita para o exercício de engajamento na busca pela acreditação. Descrevem os obstáculos, condutas e desafios encontrados, assim como as estratégias e mudanças adotadas que levaram ao sucesso. A preocupação maior não era descrever mudanças puramente administrativas, mas enfatizar o Programa Piloto que levou a transformações organizacionais na cultura e que refletiu na qualidade, satisfação, efetividade e eficácia dos serviços. No decorrer do projeto-piloto, os autores foram capazes de identificar uma série de obstáculos e armadilhas. Alguns funcionários apresentavam-se relutantes em admitir que houvesse um serviço em aberto. As razões para tais atitudes são: cinismo sobre o exercício; letargia burocrática no sentido de não querer adicionar mais responsabilidades; internalização dos serviços em aberto como falhas pessoais; ou simplesmente complacência. Tais problemas não eram exclusivos de uma só organização e a persistência e perseverança na educação e explicações era a única maneira de resolvê-los. Afirmam que ouvir foi outra poderosa ferramenta para vencer a relutância pessoal, sendo sempre importante compreender antes de ser compreendido. Outros desafios enfrentados foram a falta de interesse ou a necessidade de defender posições antigas por recearem as mudanças trazidas pelo processo de acreditação; a inércia e problemas de comunicação, com uso abusivo de termos técnicos. Reuniões longas e ma-

çantes, com informações detalhadas e que se distanciassem muito da pauta eram evitadas pela equipe de acreditação. O treinamento da equipe principal com formação dada inclusive no exterior permitiu que os profissionais trabalhassem numa mesma linha. Além disso, a equipe participava de atividades de lazer, fora do ambiente de trabalho, o que garantia maior adesão e comunicação do grupo. Concluem que não existe motivo para se ignorar a acreditação hospitalar. A caminhada para a acreditação é somente uma forma pela qual se busca o alvo principal de mudar a cultura e o sistema de saúde em Hong Kong. Essa é uma oportunidade de ouro para realizar mudanças na prática, trazendo mais efetividade e confiança para garantir benefícios aos pacientes.

Ho & Ho (2012)⁶⁴ realizaram um estudo descritivo e retrospectivo, cujo objetivo era apresentar a frequência das não conformidades às exigências aos padrões da acreditação ISO 15189, encontrados durante a avaliação dos laboratórios em Hong Kong, de 2004 a 2009. A amostra foi composta por 27 laboratórios. Concluem que não conformidades similares foram observadas nos dois períodos estudados, mas com diminuição da frequência. Houve significativa diminuição no número das não conformidades encontradas no mesmo grupo de laboratórios quando comparados os dois períodos, o que sugere que a aplicação da norma contribuiu para melhorar a qualidade dos laboratórios acreditados.

Alkhenizan & Shaw (2011)⁶⁵ realizaram um trabalho de revisão sistêmica com 26 artigos, a fim de avaliar o impacto dos sistemas de acreditação na qualidade dos serviços de saúde na Arábia Saudita. Concluem que existe consistente evidência de que os programas de acreditação melhoram o processo de cuidado fornecido pelos serviços de saúde. Existe considerável evidência mostrando que programas de acreditação melhoram os resultados clínicos e também têm impacto positivo sobre um amplo espectro de condições clínicas. Além disso, Programas de Acreditação podem se apoiar em protocolos para melhorar a qualidade dos serviços em saúde.

Outro estudo desenvolvido na Ásia, de autoria de Peabody *et al.* (2008)⁶⁶, teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento pediátrico prestado por médicos que trabalhavam em hospitais privados e públicos de nível distrital na região central das Filipinas. Foram selecionados dados relevantes de um estudo anterior denominado Estudo da demonstração da Melhoria da Qualidade desenvolvido em 30 hospitais da maior região das Filipinas, identificada como Visayas. Além disso, foram selecionados aleatoriamente dois médicos de cada um dos hospitais, que eram públicos ou privados. Encontraram evidências de que a acreditação pode ser um mecanismo eficaz para a garantia de qualidade entre ambos os prestadores públicos e privados em um país em desenvolvimento, porém os pagamentos de seguros para os fornecedores estão igualmente associados a uma maior

qualidade de atendimento clínico. Assim, a acreditação por si só não pode ser um mecanismo de garantia de qualidade suficiente. Melhorias na qualidade podem ser mais bem asseguradas com um regime de pagamento devidamente projetado. Futuras melhoras podem ser alcançadas com o monitoramento adequado e pagamento de bônus ou incentivos bem elaborados.

Jorge *et al.* (2013)⁶⁷ desenvolveram um estudo no Brasil de base econômica, cujo objetivo era confirmar a dinâmica das relações entre a efetividade de normas, rotinas e protocolos, o treinamento de pessoal e a qualidade do serviço nas Unidades Hospitalares (UHs). A amostra de conveniência utilizada no estudo foi composta de dez relatórios de avaliações de UHs não identificadas, que foram concluídas entre 2004 e 2008. Inobstante as restrições de divulgação observadas durante o processo de acreditação, foi possível classificar as UHs amostradas pelo tipo de propriedade: cinco pertenciam à rede pública e cinco à rede privada. Foi possível confirmar uma associação direta entre a inovação com foco na efetividade de normas, rotinas e protocolos e a melhoria da qualidade do serviço. Evidenciou-se a contribuição da qualidade do serviço para a expansão da UH e que o desenvolvimento do mercado constitui uma das “causas” potenciais da “inovação organizacional” na Unidade Hospitalar Prestadora de Serviços de Referência. O resultado do modelo é que o efeito da inovação organizacional na qualidade do serviço em UHs de referência é maior do que o efeito dos esforços de treinamento.

Um estudo feito na África do Sul por Linegar, Whittaker & van Zyl (2012)⁶⁸ teve como objetivo descrever a influência da acreditação hospitalar no treinamento da pós-graduação. Os objetivos foram: (i) explicar o processo de acreditação; (ii) determinar as razões para melhorar a formação da pós-graduação; (iii) determinar a relação entre atividade clínica e produtividade acadêmica; e (iv) determinar os benefícios da acreditação hospitalar para a gestão da qualidade. A amostra foi formada pelo Hospital Acadêmico Universitário de Bloemfontein, África do Sul. Os resultados obtidos nesse estudo descritivo sugerem que, na experiência do Conselho de Acreditação de Serviços de Saúde da África do Sul (COH-SASA) na acreditação do Hospital Acadêmico Universitário (UAH), muitas mudanças favoráveis foram provocadas pelo processo de acreditação.

3.5 Tema 5 – Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade e os sistemas de acreditação, certificação e gestão em hospitais

Esse tema foi o mais discutido entre os 82 artigos selecionados, contabilizando um total de 42 estudos, ou seja, 51,2 % dos estudos considerados nesta revisão. Os estudos apresentaram diferenças em relação à metodologia, sendo identificados artigos de revisão, estudos de coorte e estudos descritivos quantitativos e produzidos

em diferentes países.

Considerando as diferenças entre os tipos de estudos e que fatores socioeconômicos e políticos podem interferir nos resultados e nas avaliações de processos de acreditação e certificação dos serviços de saúde prestados por hospitais, os artigos relacionados a este tema serão apresentados considerando o tipo de estudo, iniciando pelos estudos de coorte, revisões e estudos descritivos, além de se considerar o país ou continente de origem da pesquisa.

Foram analisados inicialmente dois estudos de coorte, ambos desenvolvidos nos Estados Unidos. O primeiro citado foi de autoria de Chen e colaboradores (2013)⁶⁹ e tinha como objetivo examinar a associação entre o processo de acreditação dos hospitais proposto pela *Joint Commission* (JCAHO), a qualidade dos serviços prestados por esses hospitais e a sobrevivência de pacientes hospitalizados por infarto agudo do miocárdio. A amostra foi constituída por 134.579 pacientes, com idade igual ou superior a 65 anos, com diagnóstico clínico de infarto agudo do miocárdio, atendidos pelo Projeto de Cooperação Cardiovascular, envolvendo Centros de Atendimento de Emergência para doenças agudas e hospitais não governamentais em 50 estados do distrito de Colúmbia nos EUA, atendidos no período de janeiro de 1994 a fevereiro de 1996. O estudo sugere que um protocolo exclusivo, baseado no padrão da acreditação, apresenta limitações para comparar a qualidade dos serviços hospitalares, por causa das consideráveis heterogeneidades no desempenho entre os níveis de acreditação dos hospitais. Os hospitais não acreditados apresentaram menor uso de terapias para o infarto agudo do miocárdio (IAM) e piores resultados em trinta dias do que os hospitais acreditados pela JCAHO. No entanto, entre os hospitais acreditados, havia apenas diferenças modestas no uso de terapias para IAM, com a maior variação observada para o uso de beta-bloqueadores. Assim, um nível mais elevado de acreditação segundo a JCAHO não era necessariamente uma garantia de cuidados de maior qualidade ou melhores resultados na gestão do IAM. Entre as razões para essa deficiência, os autores citam a ausência de avaliação da qualidade no dia-a-dia das atividades de atendimento ao paciente; a diluição das eventuais diferenças de qualidade com um sistema de avaliação que coloca dentro de um único nível de acreditação uma ampla gama de atendimento hospitalar, o que pode impedir a distinção entre, por exemplo, hospitais classificados na categoria de "acreditado com recomendações do tipo I" com uma única recomendação ou com várias; e, finalmente o desconhecimento do impacto da variação por e entre os observadores e da confiabilidade do processo de acreditação da JCAHO.

No entanto, Chen *et al.* (2013)⁶⁹ afirmam que, apesar da questão que coloca dúvida sobre se a JCAHO seria uma força eficaz para a avaliação e melhoria da qua-

lidade dos serviços em saúde, existem vantagens potenciais no uso do sistema de avaliação baseadas nos padrões da JCAHO. Entre essas vantagens, colocam o fato de a JCAHO ter uma máquina administrativa necessária para avaliar hospitais. Assim, há benefícios financeiros e logísticos de tê-la na avaliação dos padrões de qualidade. Afirmam também que a acreditação pela JCAHO é reconhecida quase universalmente, o que facilita a disseminação dos resultados baseados na sua codificação de qualidade nas decisões de acreditação. O reconhecimento de que esta seja uma instituição de acreditação mais amplamente aceita no país provavelmente propiciará a menor resistência dos hospitais a incluir medidas de qualidade, como uma extensão natural do processo de acreditação, em vez de se tentar estabelecer um processo de revisão completamente novo. Apesar dessas vantagens, vários desafios permanecem, tais como selecionar indicadores de desempenho adequados, estabelecer parâmetros padronizados e que codifiquem os efeitos da qualidade para a acreditação. Os autores defendem que vários elementos-chave adicionais são necessários para que a acreditação possa exercer um papel público substancial e duradouro no monitoramento da qualidade hospitalar, sendo a divulgação pública de dados hospitalares comparativos um passo importante, pois permitirá que os pacientes e os consumidores possam tomar decisões sobre onde querem ser atendidos, com base na qualidade.

O outro estudo de coorte desenvolvido por Landrigan *et al.* (2008)⁷⁰, teve como objetivo determinar se houve mudanças nas horas de trabalho e no tempo de sono dos residentes após a organização das normas do Conselho de Acreditação de Graduação Médica e as possíveis associações com indicadores de desempenho. Fizeram parte da amostra um total de 220 residentes, que forneceram 6.007 relatórios diários de suas horas de trabalho e sono, e 16.158 ordens de medicação foram revistas. O total de horas de trabalho e de sono não se alterou após a aplicação das normas de horas trabalhadas. Embora um menor número de residentes sofresse de *burn-out*, as taxas de erros de medicação, depressão, lesões e avaliações educacionais não melhoraram.

Cuba-Venereo *et al.* (2011)⁷¹ desenvolveram um trabalho envolvendo os serviços farmacêuticos hospitalares em Cuba, cujo objetivo era estabelecer a estratégia a ser seguida na aplicação de um Programa de Acreditação, mediante a elaboração e avaliação de um Manual de Acreditação e um Guia de Indicadores de Qualidade de acordo com o contexto nacional. O estudo compreendeu uma revisão na primeira etapa. Na segunda e terceira etapas foi desenvolvido trabalho experimental com intervenção em hospital como um estudo piloto. Os autores analisaram os programas de qualidade da *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP0), dos Colégios de Farmacêuticos da Espanha, da Associação Argentina de Farmacêuticos Hospitalares e do Brasil, os

quais serviram de referencial metodológico da investigação, além de observarem as exigências da JCAHO. Também analisaram o II Manual de Acreditação para Instituições, do Ministério da Saúde de Cuba no ano de 2002 e o Manual de Normas e Procedimentos para os Serviços Farmacêuticos hospitalares (SFH) da Direção Nacional de Farmácias de 2006, que descreve as atividades-chaves dos processos que se executam na atualidade nos SFH cubanos, abrangendo todos os níveis de atenção hospitalar. Para avaliar o Manual, envolveram o Comitê de Experts, constituído por 25 farmacêuticos de hospitais das regiões ocidental, central e oriental de Cuba. A aplicação dos documentos elaborados foi feita em um hospital de atenção secundária, eleito por conveniência, que conta com 324 leitos e que dispõe de serviços médicos, como Medicina Interna, Geriatria, Urologia, Ortopedia, Cirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Angiologia.

Os resultados desse trabalho experimental demonstraram a aplicabilidade e a facilidade do Manual de Acreditação e do Guia de indicadores de Qualidade para as SFH, elaborados no estudo de Cuba-Venereo *et al.* (2011)⁷¹. O instrumento criado obedeceu às informações e aos controles habituais regulados pela Direção Nacional da Farmácia, que é o órgão responsável por esta atividade em Cuba.

Considerando os trabalhos de revisão que integram os 43 artigos que tratam do tema “Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais e sistemas de acreditação, certificação e gestão de qualidade em hospitais”, foi possível localizar seis trabalhos. Destes, 3 foram desenvolvidos no Brasil, 1 no Japão, outro na Alemanha e 1 no Canadá.

Quanto às revisões escritas no Brasil, a primeira é de autoria de Feldmann *et al.* (2005)⁷² e tratou do levantamento dos processos de controle da qualidade assistencial, entendidos como meios, métodos, estudos e ações de verificação e avaliação da assistência prestada na busca da qualidade, iniciados após a Segunda Guerra Mundial com o Programa de Padronização Hospitalar, até a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no Brasil. Foram selecionados 20 artigos. O trabalho mostra que a padronização dos processos de avaliação passa por constante evolução, o que tem determinado seu aprimoramento na identificação de critérios, indicadores e padrões hospitalares cada vez mais significativos para os vários serviços hospitalares. Os autores afirmam também que, nas avaliações dos serviços, faz-se necessário buscar a valorização dos resultados assistenciais bem como a elaboração de padrões quali-quantitativamente mais equânimes nos aspectos estrutura, processos e resultados da qualidade assistencial. Defendem também que o sistema de acreditação hospitalar contribuirá para quebrar o paradigma da fragmentação da saúde, promovendo serviços que realmente a-

tendam às necessidades da população com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essencialmente da excelência.

Outra revisão, desenvolvida no Brasil por Alencar *et al.* (2011)⁷³, teve como propósito apresentar as principais características do Programa Seis Sigma e sua aplicabilidade ao contexto hospitalar para o incremento da qualidade de serviço oferecido. O Programa Seis Sigma corresponde a uma ferramenta que se baseia em um método estruturado para solucionar problemas como: a redução de variabilidade; desperdícios; e custos, promovendo, assim, a melhoria contínua dos produtos e serviços prestados – o que resulta em retorno financeiro às empresas, hospitais e organizações que o utilizam. Os pesquisadores, realizaram pesquisa bibliográfica em livros, periódicos especializados e sites, apresentando em sua referência um total de 12 artigos. A implantação do programa de qualidade proporciona a fixação e o alcance de metas, focalizando a prevenção de erros, o que torna a organização (no caso, o hospital) mais competitiva, visto que os resultados obtidos, além de apresentarem aspectos financeiros positivos, com reduções de custo, proporcionam uma imagem de qualidade transmitida aos seus clientes e que resultam das melhorias na gestão hospitalar.

Genro & Goldin (2012)⁷⁴ também desenvolveram no Brasil uma revisão que pretendeu avaliar os conteúdos do Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais considerando os aspectos éticos, seja no serviço assistencial ou na pesquisa, com relação aos termos de consentimento. O trabalho foi feito com a análise documental baseada na leitura e análise dos conteúdos do Manual da JCI referentes aos temas do consentimento.

Concluem que os padrões da JCI, na edição utilizada (4ª edição) contém um conjunto completo de padrões, e relacionam o propósito de cada padrão a elementos de mensuração utilizados para avaliar a conformidade com cada padrão. O processo de obtenção do consentimento é estabelecido por diversos documentos, que envolvem aspectos éticos, legais e regulatórios. Concluem que as atividades de assistência e de pesquisa devem sempre inserir a obtenção do consentimento como um de seus elementos mais fundamentais. Outra afirmação que fazem após a análise do material é que a Acreditação não sugere novas exigências éticas e legais, mas detalha formas e modos de registrar e verificar a obtenção dos consentimentos envolvendo os pacientes de uma instituição. Observam ainda que as diferentes formas de obtenção do consentimento, seja ele verbal ou por Termo de Consentimento, devem ser sempre registradas no prontuário do paciente, que é o documento que consolida todas as informações a ele relacionadas.

Ono *et al.* (2007)⁷⁵ analisaram os critérios de avaliação para os serviços de saúde prestados pelos hospitais

no Japão e a qualidade dos serviços de saúde prestados ao paciente com câncer de mama, através de uma revisão de artigos extraídos de bancos de dados eletrônicos. Na revisão, apresentam diferentes métodos utilizados na avaliação dos serviços de saúde e afirmam que a avaliação pela terceira parte pode ser considerada um sistema ideal por causa de sua neutralidade e objetividade. Considera-se como avaliação pela terceira parte aquela avaliação de produto/serviço, processo ou sistema da qualidade em relação a um conjunto de padrões, por auditoria do cliente, comprador ou usuário, pessoa física ou jurídica (privada, pública ou mista). Após realizarem um pequeno histórico do processo de avaliação dos serviços de saúde nos Estados Unidos que determinou a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO), relatam a história do processo de avaliação dos serviços de saúde no Japão, que culminou com a criação do Conselho Japonês para avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde, fundado em 1995, tendo iniciado suas atividades de avaliação em 1997.

Os autores afirmam também que o grande desafio da avaliação da qualidade dos serviços prestados aos pacientes com câncer de mama no Japão está na escolha e definição de indicadores que possam refletir, de forma precisa, simples e conveniente, uma avaliação mais abrangente, que considere os principais atributos de duas abordagens, que se refira aos processos e a que trate dos resultados e não somente da estrutura.

So & Wright (2012)⁷⁶ desenvolveram no Canadá uma revisão cujo objetivo foi abordar três questões: pagar por desempenho melhora a qualidade do atendimento? Fazer listas de verificação de segurança cirúrgica melhora a qualidade dos cuidados cirúrgicos? Fazer orientações práticas melhora a qualidade do atendimento? Para responder a estas perguntas realizaram uma busca e encontraram inicialmente 7.161 artigos. Depois de remover as duplicatas, foram selecionados 278 para revisão de texto completo. Setenta e três estudos preencheram todos os critérios de inclusão e foram incluídos na revisão: 20 sobre benefícios da qualidade, 5 relativos às listas cirúrgicas e 48 sobre diretrizes práticas. Como havia poucos estudos randomizados e os métodos diferiam tanto entre os estudos, metanálises formais não foram encontradas. Afirmam, ao final, que, embora o custo-efetividade dessas três estratégias seja desconhecido, a qualidade do atendimento pode ser melhorada com a implantação do pagamento por desempenho, checklists de segurança cirúrgicas e orientações práticas explícitas. No entanto, nessa revisão identificou-se que a eficácia dessas estratégias é altamente influenciada pelo contexto.

Outra revisão selecionada foi desenvolvida por Auras & Geraedts (2012)⁷⁷ na Alemanha. O trabalho teve como objetivo descrever o conteúdo, método e escopo, bem como diferenças, semelhanças e características únicas em relação à integração de dados sobre a experiência do

paciente na prática internacional dos programas de acreditação. Foram avaliados nove programas de acreditação na Alemanha, Suíça, Reino Unido, Holanda, EUA e Austrália e analisadas as sínteses das principais informações sobre os programas de acreditação, o desenvolvimento de critérios de acreditação, as diferentes formas de se avaliarem os dados da experiência do paciente e a relevância dos dados da experiência do paciente na decisão da acreditação. Os autores concluem que a coleta de dados sobre a experiência do paciente é de suma importância para uma avaliação abrangente da qualidade dos cuidados médicos. Um programa de acreditação na prática deve incluir uma pesquisa estruturada ao paciente e esse procedimento deveria ser considerado como de alto padrão internacional. Até agora, há resultados insuficientes de pesquisa sobre como e em que medida os dados relativos à experiência do paciente devem ser incluídos na decisão de acreditação.

Considerando os trabalhos relativos ao tema Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade e os sistemas de acreditação, certificação e gestão em hospitais que desenvolveram estudos descritivos, foram contabilizados 33 provenientes de diferentes países, representando 40,2% do total dos 82 artigos selecionados para essa revisão integrativa. O continente europeu apresentou o maior percentual (36,4%) de estudos descritivos que envolveram o tema “Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais e sistemas de acreditação, certificação e gestão de qualidade em hospitais”. Considerando o país de origem da publicação nesse continente, registraram-se dois artigos da Espanha, um em cada país ou região, a saber: Croácia, Romênia, Alemanha, Palestina, Reino Unido, Itália, França e outro que envolveu hospitais da Bélgica, República Tcheca, França, Irlanda, Polônia, Espanha, Holanda e Reino Unido.

Castellano-Zurera *et al.* (2011)⁷⁸ desenvolveram estudo sobre o processo de conservação e caducidade de medicamento e produtos sanitários nos setores de clínica médica, como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, além de avaliarem o efeito da acreditação nesse processo. Pretendiam também, a partir dos pontos críticos identificados durante o trabalho, estabelecer estratégias para dispor os medicamentos de forma mais eficaz e segura. Foram consideradas nessa análise 64 unidades, já avaliadas pela Agência de Qualidade Sanitária de Andalúcia (Espanha) e que não cumpriram os padrões relacionados à correta conservação e caducidade de medicamentos e produtos naturais. As informações foram obtidas diretamente com os avaliadores durante as visitas realizadas e os padrões de qualidade utilizados eram aqueles determinados pelas instituições de acreditação. Em 32,98% das unidades foram detectados pontos críticos (medicamentos vencidos e/ou malconservados), principalmente pela ausência de responsabilidade, falta

de registros de controle de temperaturas e procedimentos. Com a elaboração das estratégias de qualidade, 48 clínicas implantaram vários procedimentos, o que lhes permitiu obter a acreditação. Os principais pontos críticos encontrados são facilmente abordáveis, ao tratar-se de incidências do tipo organizacional, sendo evitáveis mediante a divisão de responsabilidades, a elaboração e difusão de procedimentos, assim como de controle da cadeia de frio.

Em outro estudo descritivo desenvolvido na Espanha, Návía *et al.* (2010)⁷⁹ propuseram apresentar a atividade assistencial e calcular a capacidade dos docentes dos hospitais espanhóis acreditados para a formação de residentes em anesthesiologia. Os dados foram obtidos a partir de questionários enviados aos 100 hospitais de ensino acreditados em 2008 que formavam 325 residentes de anesthesiologia por ano. Em 2009, ampliou-se o número de hospitais em mais 5 (de 100 para 105), que não haviam participado da entrevista, com o aumento de 12 vagas de residência (de 325 para 337 em 2009) por ampliação do número de acreditados. Conseguiu-se uma resposta completa de todos os hospitais de ensino, após sucessivas chamadas aos atrasados, em um período de 15 meses. Apesar das limitações encontradas, a entrevista mostra que a capacidade docente é maior do que se acredita e, portanto, será possível aumentar o número de residentes.

Trabalho desenvolvido por Shaw *et al.* (2010)⁸⁰ envolvendo 89 hospitais localizados na Bélgica, República Tcheca, França, Irlanda, Polônia, Espanha, Holanda e Reino Unido, teve como objetivo identificar as diferenças sistemáticas na gestão da qualidade entre hospitais acreditados ou certificados, além daqueles que não haviam passado por nenhum processo de avaliação de qualidade. A avaliação foi realizada por auditores externos, usando uma ferramenta padronizada que contava com 229 critérios avaliados segundo uma escala. Ao final, os hospitais foram avaliados segundo seis dimensões comuns aos programas de acreditação e que se referiam ao gerenciamento, direitos dos pacientes, satisfação do paciente, organização clínica, prática clínica e segurança ambiental. Os autores concluem que a qualidade e segurança das estruturas e procedimentos são mais evidentes nos hospitais com algum tipo de avaliação externa e sugerem que há diferenças entre os hospitais credenciados em comparação com os certificados. A interpretação desses resultados, no entanto, é limitada pelo tamanho da amostra e apresentam viés de confusão por variações na aplicação da acreditação e certificação dentro e entre os países.

Em estudo desenvolvido no Hospital Universitário Hospital Universitário Merkur, Zagreb, Croácia, Biljak *et al.* (2012)⁸¹, foi proposta a validação de um protocolo para o sistema de informação laboratorial (LIS) e Sistema de Informações Hospitalares (HIS) do Instituto

de Bioquímica Clínica e Medicina Laboratorial do referido hospital. O estudo se caracterizou como baseado em evidências, sendo prospectivo e concorrente. Foi feita a comparação de dados relativos a informações de registros de exames e protocolos de testes bioquímicos de pacientes e a transferência de dados em sistemas de informação do laboratório e do hospital. Os autores apresentaram o protocolo de validação conforme a norma ISO 15189, estabelecido para o sistema de informação de laboratório e demonstraram que o sistema proposto atendia a sua finalidade.

Sack *et al.* (2010)⁸² avaliaram, a partir de uma especialidade definida (cardiologia), a relação entre a satisfação do paciente (tal como medida pelos padrões de recomendação) e o estado de acreditação hospitalar. A amostra foi composta por 75 hospitais na área de Ruhr, Alemanha, o que compõe mais de 50% de todos os hospitais em uma área altamente urbanizada com mais de seis milhões de habitantes. O questionário Picker foi enviado para 78.508 pacientes entre duas e oito semanas após a alta. Aos pacientes que não responderam o questionário foi enviado um primeiro e, se necessário, um segundo aviso quatro semanas depois. Um total de 44.418 (57%) respondeu. Para a análise, focou-se naqueles que receberam alta de departamentos dedicados à cardiologia, a fim de diminuir a variabilidade devido a um grande número de diferentes diagnósticos e procedimentos. Os resultados mostraram que, pelo menos no campo da cardiologia, o sucesso na acreditação não é ligado à melhor qualidade do atendimento percebida pelo paciente e refletida pelo grau de recomendação de uma determinada instituição. A acreditação do Hospital pode representar um passo para a gestão da qualidade, mas não parece interferir na satisfação geral do paciente.

Sack *et al.* (2011)⁸³ desenvolveram outro estudo descritivo, entre janeiro e maio de 2007, envolvendo 78.508 pacientes de 328 departamentos de 73 hospitais na região de Uhr, Alemanha, que receberam um questionário validado respondido 4 semanas após a alta hospitalar. Tinham como objetivo avaliar a relação existente entre a satisfação do paciente e o status da acreditação. Dados de 36.777 pacientes (taxa de resposta de 55%) foram disponibilizados para análise, que demonstrou que acreditação não corresponde ao melhor modo de avaliar a qualidade do serviço de saúde conforme a percepção do paciente. A acreditação hospitalar pode representar um passo adiante na direção da gestão de qualidade, mas pode não ser um fator-chave na recomendação ou na avaliação feita voluntariamente pelo paciente sobre a qualidade do atendimento.

Um estudo descritivo envolvendo 21 unidades de atenção primária, 20 farmácias de hospitais e uma amostra aleatória formada por pronto-atendimentos, 17 hospitais que atendem pacientes mentais, médicos e administradores de centros de urgência da Inglaterra e País de

Gales foi realizado por Sheldon *et al.* (2004)⁸⁴. O objetivo do estudo foi avaliar a extensão e o padrão de implantação das orientações emitidas pelo Guia do Instituto Nacional de Excelência na Clínica (NICE). Os autores concluíram que a implantação do Guia NICE tem sofrido variações. Os Guias são usados, principalmente, quando há um forte suporte profissional, uma estável e convincente base de evidências e não há aumento ou custo sem fundamento. Isso ocorre principalmente em organizações que tenham estabelecido um bom sistema de implantação e onde os profissionais envolvidos não trabalham de forma isolada. A maior aplicação de um guia caracteriza-se por ser claro e relacionar-se ao contexto das clínicas.

Avaliar a presença de uma conduta ética dentro do processo de acreditação em hospitais da Romênia foi o objetivo do estudo desenvolvido por Agheorghiesei *et al.* (2013)⁸⁵. A amostra foi formada por 47 executivos e gestores envolvidos na gestão de qualidade de hospitais. Os dados foram obtidos com a ajuda de um questionário on-line. Os resultados apontaram que uma auditoria ética é aquela que integra ao processo de acreditação dos hospitais o respeito aos direitos dos pacientes, as boas relações das instituições com estes e o respeito pelos direitos morais dos funcionários. O estudo ganha relevância por contribuir na formação de uma auditoria ética para o hospital com o auxílio direto dos responsáveis pela sua implantação.

Flotta *et al.* (2012)⁸⁶ desenvolveram um estudo utilizando 1.772 prontuários médicos de pacientes admitidos em dois hospitais no sul da Itália, cujo objetivo foi estimar a quantidade dos indicadores de qualidade que refletem as recomendações baseadas em evidências atuais e em guias. Para efeitos de análise, um conjunto de indicadores de qualidade foi utilizado e extraído dos padrões determinados pela Comissão Mista de Acreditação das Organizações Hospitalares e Centros de Serviços Públicos para idosos e carentes. Foram selecionadas quatro áreas de atendimento: infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), pneumonia (PN) e projeto para a melhoria do cuidado em cirurgias (SCIP). A frequência ou mediana foi calculada, conforme o caso, para cada indicador. Um escore composto foi calculado para estimar o desempenho geral para cada área de atendimento. As taxas de adesão mostraram uma variabilidade ampla entre os indicadores selecionados. A utilização de aspirina e o inibidor de enzima conversora de angiotensina (ECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (ARB) para IAM, o uso de IECA ou BRA na IC, o uso de profilaxia do tromboembolismo adequada e tricotomia em pacientes cirúrgicos quase se aproximaram da aderência ideal. No outro extremo, as taxas relativas à adesão ao aconselhamento de cessação do tabagismo em pacientes com IAM e IC, instruções de alta em pacientes com IC e influenza e vacinação contra pneumococo em

pacientes com pneumonia eram visivelmente intangíveis. Em geral, os processos recomendados de cuidado entre os pacientes elegíveis foram fornecidos em 70% para a AMI, em 32,4% para HF, em 46,4% para PN, e em 46% para SCIP. Os resultados mostram que ainda há muito trabalho a ser feito para melhorar a aceitação de processos de cuidado em saúde baseados em evidências. Iniciativas de melhoria devem ser focadas mais nas ações de prevenção do que nos cuidados de tratamento específico com as doenças.

Um estudo desenvolvido no Reino Unido analisou sete regiões de treinamento compostas por 109 hospitais e 433 consultores e teve como objetivo avaliar a eficácia dos processos de treinamento em cirurgia ortopédica e trauma segundo inspeção e acreditação concedida pelo Comitê de Assessores composto por especialistas reconhecidos. Nesse estudo, Jain & Willet (2006)⁸⁷ apontam em seus resultados que havia deficiências iniciais em uma média de 14,8% dos padrões exigidos (10,3% para 19,2%). Esse desempenho melhorou após a conclusão da inspeção, com uma deficiência média residual de 8,9% (6,5% para 12,7%). Em geral, 84% das normas foram verificados, 68% das unidades apresentaram resultados melhores e o treinamento foi suspenso em 4% delas. A maioria das unidades (97%) era deficiente na avaliação inicial. De forma moderada, as unidades alcançaram um rendimento classificado como bom após a retificação, mas o processo de acompanhamento e coleta de dados requer melhoria. Existe um desequilíbrio entre o estabelecimento de padrões e sua aplicação. Qualquer outra grande revisão do processo de acreditação, conforme as novas normas para a Pós-graduação em Educação Médica e efetuada pelo Conselho de Treinamento, deve reconhecer a importância de se efetuar a avaliação da formação *in loco* a fim de permitir ajustes diretos. Além disso, deve-se considerar, durante a inspeção, a relação entre serviço e formação e a vantagem de se definirem padrões obrigatórios que promovam o desenvolvimento.

Durieux *et al.* (2004)⁸⁸ desenvolveram um estudo descritivo com 939 pacientes e 359 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes e outros) de nove salas de enfermarias em hospitais da França, cujo objetivo era comparar os pontos de vista dos profissionais de saúde e pacientes sobre o cumprimento das normas de cuidado na saúde. Utilizaram um questionário e a taxa de resposta foi de 61,5% no grupo de pacientes e 85,8% entre os profissionais de saúde. Para obtenção dos resultados, foi feita a comparação na ordem de classificação dos padrões de assistência ao paciente descrito no manual de acreditação da França, segundo a visão dos pacientes e dos profissionais de saúde. Os resultados encontrados apontam que a ordem de classificação dos 20 itens foi semelhante em ambos os grupos trabalhados. Os dois itens mais importantes para os profissionais de saúde ("pedido de consentimento para a cirurgia procedimento"

e "os médicos pedem que os visitantes deixem a sala antes de examinar um paciente") também foram os dois mais importantes para os pacientes. Três itens foram classificados como menos relevantes por ambos os grupos: "pedido de consentimento para os alunos estarem presentes", "educação para a saúde administrada a pacientes" e "possibilidade de expressar a satisfação durante a alta". Para os pacientes, o manejo da dor é mais importante do que para os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde se sentem mais satisfeitos com os serviços sociais do que os pacientes. Concluem que há semelhanças e diferenças entre os pontos de vista sobre os cuidados em saúde entre os pacientes e os profissionais da saúde. Afirmam ainda que ao se avaliar a qualidade, durante o processo de acreditação, é fundamental que se leve em conta a percepção dos pacientes e também a dos profissionais de saúde.

Considerando os resultados da seleção de artigos que realizaram estudos descritivos na América do Norte, foi possível encontrar um total de 7 artigos, sendo 6 escritos por pesquisadores dos Estados Unidos e um proveniente do Canadá.

O primeiro trabalho descritivo, proveniente dos Estados Unidos, foi o escrito por Eldridge *et al.* (2006)⁸⁹, que analisaram as práticas de higiene das mãos e o cumprimento das recomendações de higiene do Centro de Controle e prevenção de doenças (CDC) exigidas pelas normas da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), utilizando como ferramenta para análise o processo Six Sigma. A amostra foi composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe que trabalhavam em quatro unidades de terapia intensiva de três hospitais. Indicam como resultados mais importantes do estudo o aumento da adesão à higiene com as mãos de 47% para 80%, baseado em mais de 4.000 observações totais. A quantidade de álcool gel usado por 100 pacientes-dia nas unidades de cuidados intensivo (UTIs) dos três hospitais aumentou 97%, 94% e 70%, o que foi mantido por nove meses. Não se observou alteração nos questionários sobre autorreferência em relação à conformidade dos funcionários, que relataram aumento do uso do álcool gel para lavar as mãos e sua relação como o aumento da satisfação com as práticas de higiene das mãos e dos produtos adquiridos. Concluem que o processo Six Sigma foi eficaz para organizar os conhecimentos, opiniões e ações de um grupo de profissionais durante a implantação de práticas de higiene das mãos, com base em padrões do CDC nas quatro UTIs dos três hospitais.

McHug *et al.* (2013)⁹⁰ desenvolveram um estudo cujo objetivo foi descrever a qualidade do serviço prestado pelo Departamento de Urgência e Emergência, a partir de um programa de avaliação de qualidade implantado. Para obtenção dos resultados, utilizaram dados secundários obtidos em relatórios de desempenho de 2.927 hos-

pitais dos Estados Unidos, conforme os critérios estabelecidos pelo programa CMS. O Programa de Incentivo à Qualidade CMS utiliza as informações contidas em relatórios de qualidade da internação hospitalar (IQR) que consideram as medidas de infraestrutura, além dos critérios utilizados na avaliação dos cuidados clínicos provenientes do Sistema de Pagamentos prospectivos de internação hospitalar, como regra final. As várias medidas usadas no programa de reembolso com base no valor CMS do hospital (HVBP) são utilizadas, especificamente, para avaliar os setores de emergência dos hospitais norte-americanos. Foram encontradas variações no desempenho dos Departamentos de Urgência e Emergência ao se considerarem as características avaliadas pelo programa. Embora os hospitais públicos e não acreditados pela *Joint Commission* não tenham apresentado bom desempenho, os mesmos mostraram fortes sinais de melhora, sinalizando que as lacunas de desempenho, ao se considerar hospitais públicos e privados não acreditados pela TJC, podem diminuir. Considerando a crescente ampliação do programa de reembolso baseado no valor do hospital, os responsáveis pelos Departamentos de Urgência e Emergência deveriam monitorar tanto a realização quanto a melhoria nas quatro medidas usadas na avaliação do programa HVBP para garantir maior repasse financeiro para esses departamentos.

Em julho de 2010, o Conselho de Acreditação para a Educação da graduação em Medicina (ACGME) dos Estados Unidos publicou sua proposta para regulação da redução de horas de trabalho dos residentes. Lo & Ward (2011)⁹¹ realizaram uma pesquisa com 27 perguntas para avaliar quatro domínios propostos pela ACGME: supervisão da residência, 80 horas de plantão por semana, comprimento e frequência máxima do plantão no hospital. Pesquisaram também as opiniões dos 720 médicos residentes que compuseram a amostra sobre: qual deveria ser a quantidade razoável de horas de plantão semanais, a prática da subnotificação, as atividades dos residentes durante as horas de folga, as percepções dos residentes sobre a capacidade de o programa cumprir as futuras regulamentações de horas de plantão e sua satisfação em geral. Os membros da associação de diretores de residência em Medicina de Família (AFMRD) foram convidados a enviar os questionários via internet para seus residentes.

Os resultados do estudo supracitado indicam que, entre os 720 entrevistados, 30% apoiam a revisão da atual regra de horas de plantão; 58% mostraram-se contrários à regra que limita o trabalho dos residentes em 16 horas por dia; 48% foram favoráveis à revisão da supervisão da residência; 26% expressaram preocupação sobre a continuação da regra atual de 80 horas de plantão semanais; 75% apoiaram a limitação dos plantões noturnos de seis noites consecutivas; 83% concordaram que é razoável a carga horária semanal de 60 a 80 horas; e 18% ad-

mitiram subnotificação de horas de plantão. As horas de atividades na residência variam. Apenas 57% acreditam que o programa será capaz de implantar as novas mudanças de forma eficaz. Satisfação geral com as futuras regras de horas de plantão foi variada: muito satisfeito (7%), satisfeitos (24%), pouco satisfeitos (27%), não satisfeitos (23%), e muito insatisfeitos (18%). Afirmam, a partir da análise de seus resultados, que o apoio para a regulação das horas de plantão proposta pelo ACGME foi variável entre os residentes da Medicina de Saúde da Família. Os entrevistados e diretores dos programas de residência apresentam concordância semelhante sobre algumas das mudanças recomendadas.

Volpp *et al.* (2007)⁹² avaliaram em seu estudo se a mudança no regulamento referente à limitação do número de horas de plantão para o residente de clínica médica em hospitais do sistema de atendimento aos veteranos nos Estados Unidos se associou ou não às alterações na mortalidade hospitalar. Foram analisados os dados de todos os pacientes exclusivos da clínica médica (n = 8.529.595) internados na emergência, do pronto-atendimento de hospitais gerais não federalizados (n = 3.321), usando o modelo de séries temporais interrompidas, com dados de 01 de julho de 2000 a 30 de junho de 2005. Os pacientes encaminhados para o setor das clínicas médicas tinham como diagnósticos principais o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva, a hemorragia gastrointestinal, acidente vascular cerebral ou um diagnóstico de classificação de grupo relacionado a cirurgia geral, ortopédica ou vascular. Na conclusão, verificaram que a mudança de horas se associou a uma significativa melhora nas taxas de mortalidade dos hospitais VA de ensino intensivo para pacientes portadores de alguma ocorrência médica (infarto do miocárdio, derrame, hemorragia gastrointestinal e falência congestiva cardíaca). Além disso, não encontram um aumento na mortalidade associada às novas regras que afetasse os pacientes cirúrgicos (cirurgia geral, cirurgia ortopédica e cirurgia vascular). Recomendam que uma avaliação mais aprofundada deveria ser feita sobre como as reformas podem afetar outras áreas da clínica e os resultados educacionais em hospitais pertencentes ou não ao sistema VA.

Outro artigo que também foi produzido na América do Norte, foi o de autoria de Nicklin *et al.* (2004)⁹³ e foi desenvolvido em um Hospital de Ottawa, Canadá. No estudo, os autores pretenderam introduzir o uso de uma ferramenta que poderia facilitar o uso dos padrões do Conselho Canadense de Acreditação dos Serviços de Saúde (CCHSA) para a equipe de clínicos, durante a avaliação no local para acreditação. Elaboraram uma ferramenta de autoavaliação resumida em que se consideraram os padrões relevantes e associados a seis aspectos-chave para a qualidade dos serviços de saúde: a segurança do paciente, a satisfação do paciente, a educação

do paciente, ética clínica, controle da dor e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Segundo os autores, tal ferramenta permitiria que as equipes clínicas pudessem anualmente autoavaliar suas atividades a partir dos padrões de credenciamento. Os resultados desse exercício serviriam de base para o plano de melhoria de qualidade para o próximo seguinte. A antecipação desse processo vai assegurar que se melhorem os níveis de acreditação no ciclo contínuo de três anos. Quando os padrões são aplicados de forma regular e contínua, seu valor como parte do programa de melhoria de qualidade do hospital pode ser reconhecido. Além disso, o volume de trabalho necessário para se preparar para pesquisas *in loco* pode ser diminuído através do processo interativo de autoavaliação dos padrões. Os autores afirmam ainda que, embora essa abordagem inovadora tenha sido desenvolvida exclusivamente dentro de um hospital de emergência, pode ser adaptável e viável para uso em qualquer organização de saúde submetida à acreditação e que aplique os padrões do CCHSA.

Artigos produzidos na Oceania e que tratavam do tema “Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais e sistemas de acreditação, certificação e gestão de qualidade em hospitais” também foram registrados na Tabela 5. Encontraram-se 05 artigos provenientes daquele continente, sendo todos eles produzidos por pesquisadores da Austrália.

Chuang & Inder (2009)⁹⁴ afirmam que o uso de relatórios de resultados da acreditação e da avaliação da qualidade como ferramentas pode melhorar a qualidade de saúde e segurança do paciente têm sido difundidos em muitos países. No entanto, a revisão da literatura não revela qualquer associação entre o sistema de acreditação e os sistemas de avaliação da qualidade/relatórios, mesmo quando a observância do hospital a esses sistemas é satisfatória. A melhoria dos resultados dos serviços de saúde deve ser avaliada com base na apreciação de todos os sistemas que contribuem para esse resultado. A pesquisa da literatura atualmente carece de uma análise adequada e apresenta avaliações fragmentadas ao se considerarem os sistemas de acreditação e sua associação com o sistema de avaliação de qualidade/relatórios dos resultados.

A partir dessa realidade, os autores supracitados desenvolveram um trabalho descritivo que teve como objetivo propor um modelo teórico baseado em sistemas, o qual integrou os dois sistemas citados, além de demonstrar a utilidade do modelo para o planejamento estratégico. Para alcançar os objetivos, o modelo teórico proposto buscou a integração dos sistemas de credenciamento de saúde e os sistemas de medição de qualidade/relatórios, estruturados de forma hierárquica. Um modelo holístico dos sistemas de relacionamento do setor de administração foi desenvolvido para funcionar como

rede de investigação. Um estudo empírico com base na literatura foi usado para validar as relações propostas nesse modelo. Outras experiências australianas foram usadas como evidência para a análise da eficácia do sistema e como base para o desenho de uma proposta de estudo de controle adaptativo, que permitiria comprovar a utilidade do modelo de sistema como instrumento capaz de orientar a pesquisa estratégica. Em seus resultados, três relações básicas foram reveladas e validadas a partir da revisão de literatura. Através da estratégia de análise do fluxo do sistema, foi possível observar a fragilidade da relação entre o sistema de acreditação e o sistema de medição da qualidade / relatórios. O modelo proposto desvendou uma quarta relação implícita, representada pelo feedback entre os componentes dos relatórios de desempenho de qualidade e a escolha dos componentes de acreditação que se caracterizam como susceptíveis de desempenhar um papel importante nos resultados de qualidade dos serviços de saúde.

Chuang *et al.* (2013)⁹⁵ desenvolveram um trabalho com o objetivo de determinar como os inspetores de acreditação e os hospitais usam os relatórios de indicadores clínicos e utilizam a relação de potencial controle existente entre os sistemas de acreditação e os relatórios. Setenta e três dos 306 inspetores responderam a um questionário disponibilizado na web. O Conselho Australiano de padrões para os serviços de saúde (ACHS) fornece relatórios e treinamento para Consultores e hospitais. Apesar de seu uso não ser obrigatório, o mecanismo apoia moderados a altos percentuais de Consultores por meio de indicadores clínicos. Os resultados positivos observados na pesquisa permitem confirmar a possível associação entre os sistemas de acreditação e os sistemas de avaliação de qualidade/ relatórios, permitindo desenvolver uma relação de controle desejado. Seu efeito, no entanto, poderá ser diminuído pelo lançamento de dados incompletos, determinado pela falta de envolvimento dos profissionais de saúde. Os autores concluem que é essencial superar a tendência da investigação fragmentada para se alcançarem melhorias no sistema de acreditação e na mensuração da qualidade que terá impacto na segurança e na qualidade do serviço prestado ao paciente. Portanto, estudos que trabalhem com modelos baseados na teoria dos sistemas, integrando os sistemas de acreditação e os sistemas de avaliação/relatórios de resultados tornam-se relevantes.

Outro estudo descritivo desenvolvido na Austrália é de autoria de Fassett *et al.* (2007)⁹⁶ e investigou a prevalência e o formato do relatório médico de transferência (MMHR) nos plantões de 24h em 76 hospitais acreditados para o treinamento básico dos médicos pelo Colégio Real de Médicos Australianos (RACP). Os autores concluíram, após análise dos resultados, que apesar dos requisitos de aprovação RACP, é baixo o uso de MMHR em Hospitais australianos credenciados para o treina-

mento básico de médicos.

Shaw *et al.* (2013)⁹⁷ desenvolveram um trabalho cujo objetivo foi descrever os padrões utilizados entre as organizações de acreditação de serviços de saúde (AOS) e identificar os indicadores de sustentabilidade e as oportunidades para a melhoria do atendimento em saúde. Foram avaliadas as organizações que ofereceram serviços de acreditação em nível nacional ou internacional, para as instituições que prestavam serviços de saúde em nível primário, secundário ou terciário em 2010. Das 61 organizações inicialmente convidadas a fazer parte da pesquisa, 44 responderam. Com relação ao desenvolvimento das 33 organizações identificadas em 2000 e que se classificaram para inclusão na pesquisa de 2010, 16 foram bem estabelecidas há 10 anos, tendo como base os levantamentos de atividades da acreditação; 14 encontram-se inativas ou relatavam pouco ou nenhum crescimento. Com relação aos fatores socioeconômicos e políticos, observou-se que nas 44 organizações que participaram em 2010, 38 operam em países diferentes, com diversas configurações socioeconômicas e políticas. As definições de política diferem conforme o país, pois sofrem a influência do legado histórico, dos dispositivos legais e estruturais contemporâneos. A maioria dessas organizações é dirigida por médicos, presta serviços para hospitais do setor público ou privado e um menor número trabalha no setor de atenção primária ou outros serviços, como lares de idosos, triagem e serviços de diagnóstico, saúde preventiva e medicina tradicional. A maioria das organizações acreditadas não presta serviços para outros países, mas algumas vendem serviços de pesquisa ou para o desenvolvimento de projetos de acreditação. Algumas organizações dominam o mundo, como a *Joint Commission* dos EUA, a ACHS da Austrália, a Acreditação do Canadá, porém há outras organizações que apoiam países ao redor do mundo devido à proximidade, cultura ou língua. A maioria das organizações desenvolveu suas próprias normas de acreditação isoladamente ou em parceria com especialistas externos. A maioria também oferece treinamento e elementos facilitadores para auxiliar as instituições no atendimento dos padrões de acreditação. Para outros, a ajuda foi fornecida por uma empresa privada, organização não governamental (ONG) ou pelo Ministério da Saúde ou outro instituto público. A maior parte das organizações toma decisões a partir de avaliações internas, enquanto outras utilizam a avaliação externa. A maioria das organizações acreditadas disponibiliza as informações ao público através de um site aberto informando sobre os padrões de acreditação, os procedimentos de avaliação, regras de pontuação e critérios para a premiação.

Brodribb *et al.* (2013)⁹⁸ avaliaram 6.752 mulheres que tiveram parto em Queensland, na Austrália, de 1 de fevereiro a 31 de maio de 2010. O objetivo do estudo foi investigar o efeito da acreditação dos Hospitais Amigos

da Criança na prática e nas taxas de aleitamento materno entre crianças com idade de 1 e 4 meses. As mulheres receberam um questionário que deveria ser respondido quatro meses após o parto. Características maternas, infantis e hospitalares, complicações na gravidez e parto e os resultados da alimentação de lactentes foram avaliados. Os autores concluíram que, quando as taxas de iniciação do aleitamento materno são elevadas e as práticas baseadas em evidências que apoiam a amamentação são comuns dentro do ambiente hospitalar, a acreditação do Hospital Amigo da Criança por si só tem pouco efeito sobre o aleitamento materno, seja ele exclusivo ou não.

Quanto aos artigos produzidos na Ásia, foi possível identificar 6 produzidos em diferentes países. Assim, Ammar *et al.* (2013)⁹⁹ apresentou um trabalho desenvolvido no Líbano, cujo objetivo era avaliar se o uso do chamado índice de caso-mix, derivado do sistema internacional de classificação das doenças (CID) poderia ser usado na avaliação do sistema de reembolso hospitalar, como base na acreditação no Líbano. Concluem que a ligação atual entre a categoria de acreditação e a taxa de reembolso não é apropriada, o que leva à parcialidade e à ineficiência no sistema. Algumas medidas de cálculo aproximado estão correlacionadas com o caso-mix, mas não são bons substitutos para ele. As implicações políticas dessas descobertas propõem a necessidade de mudança no atual sistema de reembolso, incluindo o índice caso mix e indicadores de resultados, além da acreditação hospitalar. Os custos aproximados desenvolvidos podem ser usados para detectar usos incorretos e comportamento adverso do provedor. Pesquisa usando o índice caso-mix derivado do CID é limitado e os resultados da pesquisa podem ser úteis para outras iniciativas similares e outros países de configuração limitada na região.

Para avaliar o impacto percebido pela acreditação na qualidade do atendimento pela ótica dos profissionais de saúde, especificamente enfermeiros, El-Jardali *et al.* (2008)¹⁰⁰ desenvolveram estudo composto por 1.048 registros de enfermeiros provenientes de 59 hospitais acreditados no Líbano. Os autores afirmam que, de acordo com os enfermeiros libanesas, a acreditação hospitalar é uma boa ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento. Ainda consideram que, para se garantir que a acreditação traga práticas eficazes de melhoria da qualidade, é necessário avaliar a qualidade dos indicadores de resultados do paciente utilizados nas avaliações.

Hamdan & Saleem (2013)¹⁰¹ avaliaram a prevalência da satisfação e segurança dos pacientes nos hospitais públicos na Palestina. Todos os 11 hospitais públicos gerais na Cisjordânia foram incluídos no estudo, sendo avaliadas 1.460 pessoas pertencentes ou não ao corpo clínico do hospital. A implantação de estratégias de melhoria da qualidade, incluindo a acreditação em hos-

pitais está positivamente associada à segurança do paciente. Os resultados do levantamento nos hospitais públicos palestinos revelam que os funcionários se sentem menos seguros em relação à percepção da segurança do paciente dentro de sua organização. Várias dimensões da segurança do paciente precisam ser melhoradas, especialmente as relacionadas ao desenvolvimento de um sistema mais eficaz de informação de incidentes e o estabelecimento de uma cultura não-punitiva, alocação de mais pessoal e horas de trabalho mais adequadas, junto à garantia de apoio da gestão hospitalar à segurança do paciente. A pesquisa deve ser repetida após as intervenções recomendadas para se monitorarem as melhorias na segurança dos pacientes nesses hospitais.

Em estudo desenvolvido em hospitais de Taiwan, Chung & Yu (2012)¹⁰² analisaram a ascensão e queda de métodos implantados para promover a melhoria de qualidade (IQ) pelos hospitais e examinaram os fatores relacionados a esses métodos. A amostra foi formada por diretores e outros funcionários responsáveis pela implantação dos métodos QI em 72 hospitais universitários, hospital regional e centros médicos. Os resultados mostraram que a amplitude média dos métodos QI adotados foi de 11,78; no entanto, apenas 8,83 foram completamente implantados. O nível de acreditação dos hospitais associou-se à amplitude e profundidade de implantação do método QI.

Ito & Sugawara (2005)¹⁰³ examinaram a associação entre os escores de acreditação e a divulgação de relatórios de acreditação de 547 dos 817 hospitais credenciados pelo Conselho para Qualidade da Assistência à Saúde do Japão (JCQHC). Afirmam que houve uma correlação positiva entre a pontuação de acreditação e a divulgação pública. Os resultados sugerem que a divulgação pública dos relatórios de acreditação deve ser encorajada a fim de aumentar o nível de responsabilidade das organizações diante do atendimento público, assim como a qualidade desse atendimento.

Trabalho de AlKhenizana & Shaw (2011)¹⁰⁴ avaliou um programa de acreditação em desenvolvimento (padrões do *Central Board for Accreditation of Health care Institutions* - CBAHI) comparando-o aos princípios da Sociedade Internacional para a Qualidade na Saúde (ISQua), a fim de identificar oportunidades de melhoria dos padrões CBAHI. Os autores descrevem que, em outubro de 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu o CBAHI na Arábia Saudita, que planejou iniciar o processo de acreditação no ano de 2010. Vários hospitais privados e governamentais obtiveram acreditação de diferentes organismos internacionais, como a *Joint Commission International* (JCI), *Accreditation Canada*, e O Conselho Australiano de Normas de Saúde (ACHS). Verificaram que as normas do CBAHI necessitam de modificações significativas para atender aos princípios do ISQua. Novos programas de acreditação em desenvolvimento de-

vem ser incentivados a publicar e compartilhar suas experiências, a fim de promover a aprendizagem e aperfeiçoamento dos programas de acreditação em todo o mundo.

Considerando agora as publicações de estudos descritivos sobre o tema “Instrumentos e modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais e sistemas de acreditação, certificação e gestão de qualidade em hospitais” escritos na América do Sul, foi possível localizar 4 artigos, sendo 3 provenientes do Brasil e 1 do Chile.

Feldman *et al.* (2013)¹⁰⁵, em seu estudo, procuraram validar um instrumento contendo critérios para o processo de avaliação do serviço de enfermagem, com base na ONA. A amostra foi formada por 49 enfermeiros de hospitais acreditados em 2009, e validada por 16 juízes, por meio do ciclo de Delphi, em 2010. Os autores concluem que os 40 critérios utilizados no processo e validados formam um instrumento para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar que, ao ser mensurado, pode melhor direcionar as intervenções pelo enfermeiro para o alcance e fortalecimento dos resultados almejados.

Outro trabalho desenvolvido no Brasil, de autoria de Portela & Souza (2008)¹⁰⁶, estabeleceu como objetivo propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar com base no Programa Gaúcho da Qualidade (PGQP) e no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH). Ao realizar a análise comparativa entre o Manual de Avaliação do PBAH e do PGQP, constataram que ambos são constituídos de oito seções, com critérios de avaliação alinhados ao Prêmio Nacional da Qualidade, porém o PBAH acrescenta critérios específicos para a área da saúde. Diante da análise e da comparação de critérios, os autores afirmam que os programas são similares e podem se complementar; portanto, existe compatibilidade de requisitos. Os autores propõem uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar integrada que mantém o formato do manual de avaliação do PGQP e sua sistemática de pontuação. A cada critério do PGQP inclui-se o critério correspondente do PBAH. Assim, defendem ser possível a organização ser avaliada segundo os critérios do PGQP e do PBAH simultaneamente, possibilitando a sensibilização e desenvolvimento da cultura de excelência para implementação de um programa de qualidade em organizações de saúde.

Amorim *et al.* (2013)¹⁰⁷ avaliaram a prestação de serviços de manutenção predial em Unidades de Saúde, considerando os cinco tipos de estabelecimentos: unidade básica de saúde, unidade de pronto-atendimento, especialidade, hospitalar e saúde mental. Foram avaliados 61 estabelecimentos de assistência à saúde, localizados no Estado de Minas Gerais, Brasil. Foram constatadas inconformidades na gestão físico-funcional dos EAS, especialmente das UBS. Essa avaliação é importante,

considerando-se que o cumprimento dos requisitos formais, técnicos e de estrutura, as atividades assistenciais, de acordo com a organização do serviço e adequadas ao perfil e à complexidade, podem colaborar para minimizar os riscos dos usuários. Para a melhoria da qualidade assistencial dos estabelecimentos, é imprescindível que os gestores, com o respaldo da alta direção, priorizem, nos planejamentos, os recursos financeiros, humanos e materiais, a fim de garantir o cumprimento das exigências de segurança dos usuários nos edifícios.

Descrever a implantação de nove indicadores e sua mensuração em um laboratório de análises clínicas de um hospital durante um ano foi o objetivo do trabalho de Guzmán *et al.* (2011)¹⁰⁸ que utilizou quatro indicadores para a fase pré-analítica: número de amostras rejeitadas, tempo de transporte, contaminação de culturas de células e culturas de células com volume de sangue adequado; dois indicadores na fase analítica: coerência de seps Gran de culturas de células com cultura de microrganismos e resultado correto nas avaliações de controle de qualidade externa; e três na fase pós-analítica: relatórios de cumprimento de metas não alcançadas, relatórios corrigidos e relatório de alerta. O trabalho foi desenvolvido no Laboratório de Emergência do Hospital das Clínicas, pertencente ao Serviço de Laboratórios Clínicos da Pontifícia Universidade Católica do Chile (SLC-PUC). O laboratório faz cerca de 40 mil exames mensais, perfazendo 90% das necessidades totais dos exames hospitalares. O hospital tem 398 leitos de 14 serviços clínicos, incluindo: anestesia e recuperação, cirurgia geral, cirurgia cardiovascular, neurologia, medicina interna, ginecologia e obstetrícia, unidade coronariana, unidade de pacientes críticos (UPC) adultos, pediatria, neonatais, emergência pediátrica e internação. Nos resultados, os autores declaram que dois indicadores da fase pré-analítica não atendem as metas pré-determinadas, sendo eles o número de amostras rejeitadas e hemoculturas inoculadas com volume de sangue adequado. Todos os indicadores das fases de análise e pós-analíticas estavam dentro das metas pré-determinadas. Concluíram que um trabalho coordenado deve ser iniciado, especialmente envolvendo o serviço de enfermagem, para corrigir os dois indicadores que não cumpriram a meta. A incorporação de indicadores de qualidade para monitorar processos de emergência dentro do laboratório contribuiu para a identificação de áreas que precisam ser melhoradas.

Um único trabalho foi observado como proveniente da África, especificamente da Etiópia e pretendeu avaliar a satisfação dos pacientes e dos médicos com os serviços laboratoriais de hospitais governamentais selecionados no leste da Etiópia de maio a junho de 2010. Os autores, Teklemariam *et al.* (2013)¹⁰⁹ envolveram nesse estudo os hospitais de Dil Chora, Jugal, Hiwot Fana e Bisidimo. Os dados foram coletados de 429 pacientes e de 54

prestadores de serviços na clínica médica. O grau geral de satisfação dos clientes com os serviços de laboratório foi elevado. Porém alguns serviços, como a limpeza de latrinas, a informação dada durante a coleta de amostra de laboratório e o valor crítico das notificações, precisam de maior atenção. Portanto, as administrações hospitalares e dos serviços de laboratório devem trabalhar mais de perto para resolver os problemas identificados. Outros estudos com uma amostra maior e envolvendo mais fatores é recomendado.

4. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na revisão integrativa apresentada sugerem que o número de publicações e os temas escolhidos nos estudos podem variar conforme o tempo de implantação de programas de acreditação e de certificação dos serviços de saúde nos diferentes continentes e países do mundo. Assim, em países como o Canadá, Austrália e Estados Unidos, onde os processos de acreditação dos serviços de saúde foram implantados há mais tempo, o número de artigos que envolvem o tema é menor quando comparado a países como o Brasil, onde o processo de acreditação é mais recente.

Ao se considerar a participação da equipe de saúde no processo de acreditação, identificou-se a importância dos enfermeiros nesse processo e de vários fatores que interferem no trabalho de equipes de saúde para que possam atuar de forma multidisciplinar na busca pela melhoria da qualidade em saúde, entre eles podem-se citar as dificuldades de comunicação, questões culturais, falta de comprometimento e motivação. Os principais fatores que contribuem para o enfermeiro apresentar papel de destaque nos programas de gestão de qualidade se resumem na sua capacidade de exercer liderança, da comunicação com os outros membros da equipe, de sua habilidade técnico-científica, da capacidade de organização do trabalho e na participação em programas de educação continuada.

Com relação às dificuldades de implantação e avaliação dos programas de gestão de qualidade em saúde, destaca-se na revisão integrativa aqui apresentada a dificuldade em elaborar instrumentos de avaliação que respeitem o contexto onde serão aplicados, pois verifica-se a existência de várias creditações dependentes das realidades locais. Além da dificuldade em planejar programas de avaliação de qualidade, outros obstáculos foram detectados, como os recursos limitados diante do encargo financeiro que os programas de acreditação representam para os hospitais e a falta de um corpo técnico com capacidade para implantar tais programas.

Considerando o impacto dos programas de gestão de qualidade implantados nos hospitais do Brasil e do mundo, observou-se a ocorrência de benefícios em várias áreas, pois sua implantação permite a identificação

de necessidades dos serviços que interferem na satisfação e segurança dos pacientes e dos funcionários, melhora a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, contribui para a melhor compreensão dos processos de organização e controle de riscos, ajuda na distribuição e no clareamento das responsabilidades entre os membros da equipe, permite o aproveitamento melhor do tempo e dos recursos e aumenta a motivação dos profissionais. Portanto, o processo de acreditação e os benefícios da qualidade em saúde alcançam os cidadãos, profissionais, gestores e financiados. Alguns autores confirmam também o possível impacto positivo da gestão de qualidade em saúde sobre o ensino e a pesquisa.

Outros trabalhos alertam que esses benefícios podem ser sentidos conforme o momento do ciclo de acreditação, com as empresas recebendo os benefícios da acreditação nos primeiros dez anos de implantação dos programas, quando investem mais no processo. Aconselham as instituições a buscar maneiras de tirar o máximo proveito de cada etapa do processo de acreditação.

Outros trabalhos, ao analisar o impacto do processo de acreditação, afirmam que o processo de implantação da acreditação e gestão de qualidade geram níveis altos de estresse sobre a equipe multidisciplinar. Conclui-se também que, em algumas situações, o processo de acreditação sozinho não pode garantir a qualidade em saúde esperada, como é o caso do atendimento em hospitais de alta complexidade, o que poderia ocorrer com o concomitante desenvolvimento de sistemas bem elaborados de pagamentos de bônus ou incentivos.

Alguns autores afirmam que um protocolo exclusivo, baseado no padrão da acreditação, apresenta limitações para comparar a qualidade dos serviços hospitalares, por causa das consideráveis heterogeneidades no desempenho entre os níveis de acreditação dos hospitais. Assim, é possível identificar vários tipos de instrumentos para avaliar os processos envolvidos na gestão de qualidade em saúde em artigos científicos.

A associação entre o processo de acreditação dos hospitais proposto pela *Joint Commission* (JCAHO), a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais e a sobrevivência de pacientes hospitalizados por infarto agudo do miocárdio, complicações em cirurgias ortopédicas e traumáticas, a presença de infecção hospitalar e o hábito de lavar as mãos e o consumo de álcool gel, pode ser examinada na avaliação da qualidade, cuja vantagem é considerar o dia-a-dia das atividades de atendimento ao paciente. Esse tipo de instrumento impede a diluição das eventuais diferenças de qualidade criadas por um sistema de avaliação que coloca dentro de um único nível de acreditação uma ampla gama de atendimentos hospitalares, o que pode impedir a distinção entre, por exemplo, hospitais classificados na categoria de "acreditado com recomendações do tipo I" com uma única recomendação

ou com várias e, finalmente, desconhece o impacto da variação por e entre os observadores e da confiabilidade do processo de acreditação JCAHO.

Outros autores defendem as vantagens da avaliação baseada nos padrões da JCAHO, por esta possuir uma máquina administrativa necessária à avaliação de hospitais. Assim, há benefícios financeiros e logísticos para tê-la na avaliação dos padrões de qualidade. Defendem também que a acreditação pela JCAHO é reconhecida quase universalmente, o que facilita a disseminação dos resultados baseados na sua codificação de qualidade nas decisões de acreditação. Reconhecer que uma instituição de acreditação é a mais amplamente aceita do país provavelmente permitirá menor resistência dos hospitais à inclusão de medidas de qualidade, como uma extensão natural do processo de acreditação, em vez de se tentar estabelecer um processo de revisão completamente novo. Apesar dessa vantagem, vários desafios permanecem, tais como selecionar indicadores de desempenho adequados, estabelecer parâmetros padronizados e que codifiquem os efeitos da qualidade para a acreditação. Vários elementos-chave adicionais são necessários para que a acreditação possa exercer um papel público substancial e duradouro no monitoramento da qualidade hospitalar, sendo a divulgação pública de dados hospitalares comparativos um passo importante, pois permitirá que os pacientes e os consumidores possam tomar decisões de onde querem ser atendidos, com base na qualidade.

Outros trabalhos avaliam o sistema de acreditação e suas recomendações a partir da análise dos resultados de suas recomendações em situações específicas, como por exemplo o impacto da diminuição da carga de trabalho dos médicos residentes, considerando como indicadores o número de erros na prescrição de medicamentos, de pressão e conhecimentos científicos adquiridos.

Alguns autores avaliam o impacto da acreditação em laboratórios e farmácias hospitalares através de instrumentos como a elaboração de Manuais de Acreditação, os guias de indicadores de qualidade e os protocolos-padrão disponibilizados para a equipe, que auxiliam em suas tarefas.

Na literatura avaliada nessa revisão foi possível observar o uso de variados tipos de instrumentos de avaliação e manutenção de qualidade, como: o uso do Programa Seis Sigma; a implantação de sistemas de informação; a avaliação da percepção dos pacientes sobre a qualidade dos serviços; a aplicação de guias de excelência na clínica que sejam claros e que se apresentem ajustados a realidades; o uso de análise de relatórios, como aqueles referentes aos resultados da acreditação e da avaliação da qualidade usados nas auditorias; e o resultado do monitoramento dos programas de reembolso com base no valor CMS do hospital (HVBP). No Brasil, alguns programas de avaliação de qualidade foram apontados, entre os quais cita-se o Programa Gaúcho da Qualidade

(PGQP) e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), que apresentam critérios de avaliação alinhados ao Prêmio Nacional da Qualidade e que podem complementar-se, através de uma metodologia de avaliação e diagnóstico da gestão hospitalar integrada, possibilitando a sensibilização e o desenvolvimento da cultura da excelência para implementação de um programa de qualidade.

É preciso reconhecer que a padronização dos processos de avaliação passa por constante evolução, o que tem determinado seu aprimoramento na identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para os vários serviços hospitalares, que busquem cada vez mais a valorização dos resultados assistenciais, bem como a elaboração de padrões quali-quantitativamente mais equânimes nos aspectos estrutura, processos e resultados da qualidade assistencial. Assim, o sistema de acreditação hospitalar contribuirá para romper o paradigma da fragmentação da saúde, promovendo serviços que realmente atendam às necessidades da população, com segurança, de forma a superar as expectativas dos pacientes, essências da excelência.

REFERÊNCIAS –

- [1] Veludo, M. V. *Qualidade e Valor*. Programa Avançado de Gestão para Executivos. 1997. Escola de Pós-graduação em Ciências Econômicas e Empresariais. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa/Administração Pública Açoreana.
- [2] Madureira C.R., Veiga K & Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2000; 8(6): 68-75.
- [3] Greco RM. Tomada de decisão em enfermagem. (Apostila de Curso). 2009; Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem UFJF. Disponível em: <http://www.ufjf.br>
- [4] Fitzsimmons JA. & Fitzsimmons MJ. Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação. 2005; Porto Alegre: Bookman.
- [5] Quinto Neto A. Acreditação de organizações de saúde: manual de orientação para o avaliador interno. 2004. Belo Horizonte: Fundação Unimed.
- [6] Clark G.B. Laboratory regulation, certification and accreditation. In J. R. Snyder & D. S. Wilkinson (Eds.). *Management in laboratory medicine*. (pp.369-393). 1998; Philadelphia: Lippincot.
- [7] Malik AM. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. (Vol. 3- Série Saúde & Cidadania). 1998; São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- [8] Klück, M. O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial. In *Anais do Congresso da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde*. 2002; Toledo, Espanha.
- [9] Quinto Neto A & Gastal FL. Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. 1997; Porto Alegre: Dacasa.

- [10] Quinto Neto, Q. Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde. 2000; Porto Alegre: Dacasa.
- [11] Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: 2010; Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasil.
- [12] Bittar, O. J. N. V. Certificação e Acreditação em Saúde. Revista da Associação Médica Brasileira. 1999; 45 (4):357-363.
- [13] Rooney, A. L., Van Ostenberg, P. R., & Paul, R. (1999). Licenciamento, Acreditação e Certificação: abordagens à qualidade dos serviços de saúde. Projeto de Garantia de Qualidade, Centro dos Serviços Humanos-CHS. USA: USAID.
- [14] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde. Manual Internacional de padrões de Acreditação Hospitalar. 2007; Rio de Janeiro: CBA, UERJ e CEPESC.
- [15] Schiesari, LMC. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros. (Tese de Doutorado). 2003; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- [16] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde. Manual Internacional de padrões de Acreditação Hospitalar. 2003; Rio de Janeiro: CBA, UERJ e CEPESC.
- [17] Ministério da Saúde. (2001, Outubro 26). Portaria GM/MS nº 1.970, de 25 de outubro de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, 206.
- [18] Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. 2002; Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs>.
- [19] Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2010). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasil.
- [20] Pertence PP, & Melleiro, MM. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010; 44 (4):1020-1026.
- [21] Brent JC. Quality Management for Health Care Delivery. 1989; Chicago: The Hospital Research and Educational Trust.
- [22] Greenfield D, Pawsey, M & Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? International Journal for Quality in Health Care. 2011;23 (1):8-14.
- [23] World Health Organization-WHO. Quality and accreditation in health care services: a global review. 2003; Geneva: WHO.
- [24] El-Jardali F. Hospital accreditation policy in Lebanon: its potential for quality improvement. Journal Medicine Liban. 2007;55:39-45.
- [25] Ovreteit J & Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes. Quality & safety in health care. 2002;11:270-275.
- [26] Ovreteit J & Gustafson D Using research to inform quality programmes. British Medical Journal. 2003; 326:759-761.
- [27] Shaw C. External assessment of health care. British Medical Journal. 2001; 322 (7290): 851-854.
- [28] Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook, JJ, Pawsey M et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. BMJ Quality & Safety. 2012; 21:979-991.
- [29] Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
- [30] Lima MBBP. A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP. (Dissertação de mestrado), 2009; Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- [31] Carlin BW. Sleep medicine certification and accreditation. Respir Care. 2010; 55:1377-85.
- [32] Greenfield D & Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2008; 20(3): 172-183.
- [33] D'Innocenzo M, Adami NP & Cunha ICKO. The movement for quality in healthcare and nursing services. Revista brasileira de enfermagem. 2006; 59(1):84-88.
- [34] Matos SSD, Morais RM, Neumann VN, Silva V.C, Silva CT et al. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar I. Revista Mineira de Enfermagem. 2006; 10(4):418-424.
- [35] Feldman LB & Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006; 14 (4):540-545.
- [36] Pongpirul K, Sriratanaban J, Asavaroengchai S, Thammatacharre J, & Laoitthi P. Comparison of health care professionals and surveyors' opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. International Journal for Quality in Health Care. 2006; 18 (5):346-351.
- [37] Greenfield D, Pawsey M & Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? International Journal for Quality in Health Care. 2011; 23 (1):8-14.
- [38] Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM & Alves M. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2012; 20(1):151-158.
- [39] Lima SBS & Erdmann AL. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paulista de Enfermagem. 2006; 19(3): 271-278.
- [40] Furukawa PO & Cunha ICKO. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011; 19(1): 10-19.
- [41] Manzo BF, Brito M.J.M & Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. 2012; 46(2): 388-394.
- [42] Manzo BF, Brito MJM & Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; 66 (1): 46-51.
- [43] Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Acreditação Hospitalar: Aspectos dificultadores na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado. REME, Revista

- Mineira Enfermagem. 2011; 34(2):259-266.
- [44] Figueiredo ML, D’Innocenzo M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. *Revista de Administração e Saúde*. 2011; 13(50): 45-52.
- [45] López-Isaza, Giovanni A., & Llamosa-Rincón, Luis E. Diagnóstico de la Calibración del Equipo Biomédico en Entidades de Salud del Departamento de Risaralda. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(3):462-469.
- [46] Tavakoli N & Abbasi SH. External Evaluation of Four Hospitals According to Patient-centred Care Standards. *Acta Inform Med*. 2013; 21(3): 176-179.
- [47] Bateganya M, Hagopian A, Luboga PS. & Barnhart S. Incentives and barriers to implementing national hospital standards in Uganda. *Review of International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21 (6):421-426.
- [48] Saleh SS, Sleiman J, Dagher D, Sibeit H & Natafqi N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25 (3), 284-290.
- [49] Fortes MT, Mattos MA & Baptista TW. Acreditação ou Acreditações? Um comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2011; 57(2):239-246.
- [50] Burnett S, Renz A, Wiig S, Fernandes ., Weggelaar AM et al. Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *International Journal for Quality Health Care*. 2013; 25 (1): 1-7.
- [51] Pomey MP., Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A et al. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*. 2010; 5(31): 31
- [52] Rosenbluth G, Fiore DM, Maselli JH, Vittinghoff E, Wilson SD et al. Association between adaptations to ACGME duty hour requirements, length of stay, and costs. *Sleep*, 2013;. 36 (2):245-248.
- [53] Mullen MT, Kasner SE, Kallan MJ, Kleindorfer DO, Albright KC et al. Joint commission primary stroke centers utilize more rt-PA in the nationwide inpatient sample. *J Am Heart Assoc*. 2013;2:e000071.
- [54] Elkins G, Cook T, Dove J, Markova D, Marcus JD et al. Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Revista Clinical Nursing*. 2010;19 (4):376-386.
- [55] Lutfiyya MN., Sikka A, Mehta S & Lipsky MS. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21 (2):112-118.
- [56] Menachemi N, Chukmaitov A, Brown S, Saunders C, Brook R. Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers. *Jt Comm J Qual Patient Saf* . 2008; 34:546–51.
- [57] Lora ALM, Klünder-Klünder M, Cano JR, Lopez AR, Acosta ED, Tarrés M, & Lee GM. Estructura hospitalaria y su relación con la sobrevida de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Revista Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2012; 69 (3), 205-211.
- [58] Lorenzo RT, Palacios MS, Cabrera LS, Martinez JLC & Rosario CG. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Revista de Medicina Intensiva*. 2010; 34 (7): 476-482.
- [59] Sunöl R, Vallejo P, Thompson A, Shaw CD. et al. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl I):i57–63.
- [60] Rutherford, A. A melhoria da segurança e qualidade da iniciativa de uma prática geral. *Australian Family Physician*. 2012; 40 (1-2).
- [61] Ng GK, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Med J*. 2013;19(5):434-46.
- [62] Huang, C., Wung, C., & Yang, C. M. (2009). Developing 21st century accreditation standards for teaching hospitals: the Taiwan experience. *BMC Health Services Research*, 9, 232.
- [63] Chiu, A., Seto, W., & Lai, L. Journey of a Hong Kong public teaching hospital in preparation of hospital accreditation. *Hong Kong Med J* 2011;17:231-
- [64] Ho, B., & Ho, E. The most common nonconformities encountered during the assessments of medical laboratories in Hong Kong using ISO 15189 as accreditation criteria. *Revista Biochemical Medicine*, 2012; 22 (2), 247-257.
- [65] Alkhenizan, A., & Shaw, C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*. 2011; 31 (4), 407-416.
- [66] Peabody JW, Quimbo SA, Shimkhada R, Woo K & Solon O. Should we have confidence if a physician is accredited? A Study of the Relative Impacts of Accreditation and Insurance Payments on Quality of Care in the Philippines. *Social Science & Medicine* (1982). 2008; 67(4): 505–510.
- [67] Jorge MM., Carvalho FA, & Medeiros RO. Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. *Revista de Administração Pública*. 2013; 47 (2), 327-356.
- [68] Linegar A, Whittaker S, Van Zyl G. Academic hospital accreditation strengthens postgraduate training programmes: Case study from Universitas Academic Hospital. *S Afr Med J*. 2012;102(3 pt 1):146–148.
- [69] Chen, J., Rathore, S. S., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. JCAHO Accreditation and Quality of Care for Acute Myocardial Infarction. *Revista Health Affairs*, 2013;22 (2), 243-254.
- [70] Landrigan CP, Fahrenkopf AM, Lewin D, et al. Effects of the Accreditation Council for Graduate Medical Education duty hour limits on sleep, work hours, and safety. *Pediatrics* 2008;122:250-8.
- [71] Cuba-Venereo MM, Sedeño-argilagos C, Prez-Villavicencio LR, Sánchez-Barrios A, Tol do-Jiménez E, Pérez-Romero M. Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los servicios farmacéuticos hospitalarios en Cuba. *Rev Cub Farm*. 2011; 45(3): 389-404.
- [72] Feldman LB, Gatto MA, Cunha IC. [Hospital quality evolution history: from patterns to accreditation]. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):213-9.

- [73] Alencar, I.R., Machado, S.A., & Martins, A. K. L. Programa Seis Sigma: estratégia para melhoria da gestão hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*. 2011; 13(50): 39-44.
- [74] Genro, B. P., & Goldim, J. R. Acreditação Hospitalar e o Processo de Consentimento Informado. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*. 2012;32 (4):496-502.
- [75] Ono M, Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Shimozuma K. Quality of Japanese health care evaluated as hospital functions. *Breast Cancer* 2007; 14(1):88-91.
- [76] So JPP & Wright J G. The Use of Three Strategies to Improve Quality of Care at a National Level. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2012; 470:1006-1016.
- [77] Auras S & Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22 (2):132-139.
- [78] Castellano-Zurera MM, Núñez-García D, Carrasco-Peralta J. A, & Torres-Olivera A. Puntos críticos en la conservación y caducidad de medicamentos. Mejoras implantadas por unidades clínicas en procesos de acreditación. *Revista de Calidad Asistencial*. 2011; 26 (4): 228-33.
- [79] Navia, J. P., Monedero, P., Echevarría, M., Canet, J., Aguilera, L. et al. Actividad asistencial y capacidad docente de los hospitales españoles acreditados para la formación de residentes de Anestesiología. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2010; 57:341-50.
- [80] Shaw C., Groene O., Mora N., & Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22 (6):445-451.
- [81] Biljak VR. Validation of a laboratory and hospital information system in a medical laboratory accredited according to ISO 15189. *Revista de Biochemia Medica*. 2012; 22 (1): 86-91.
- [82] Sack C, Scherag A, Lütker P, Günther W, Jochel K., et al. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 23(3): 278-83.
- [83] Sack C, Scherag A, Lütkes P, Günther W, Jöckel KH, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(3):278-83.
- [84] Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, Lankshear A, Lawson K, et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *BMJ* 2004, 329:999.
- [85] Agheorghiesei DT, Iliescu L, Gavrilovici C, & Oprea L. What is to be expected from an ethics audit integrated within the accreditation process of hospitals from Romania? *Review of Iranian Journal of Public Health*. 2013; 42 (7), 737-747.
- [86] Flotta D, Rizza P, Coscarelli P, Pileggi C, Nobile CGA, & Pavia M. Appraising Hospital Performance by Using the JCHAO/CMS Quality Measures in Southern Italy. *PLoS ONE*. 2012; 7(11): 1-7.
- [87] Iain N, Willett KM. Maintaining standards in surgical training: how effective is the accreditation by the specialist advisory committee in the United Kingdom? *J Bone Joint Surg [Br]* 2006;88-B:111-15.
- [88] Durieux P, Bissery A, Dubois S, Gasquet I, & Coste J. Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study. *Quality & safety in health care*. 2004; 13:198-202.
- [89] Eldridge EN, Woods SS, Bonello RS, Clutter K, Ellingson L, et al. Using the Six Sigma Process to Implement the Centers for Disease Control and Prevention Guideline for Hand Hygiene in 4 Intensive Care Units. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21 (Suppl.):35-42
- [90] McHugh M, Neimeyer J, Powell E, et al. An early look at performance on the emergency care measures included in Medicare's hospital inpatient value-based purchasing program. *Ann Emerg Med*. 2013; **61**:616-23.
- [91] Lo V, Ward C. 2011 ACGME duty hour week proposal – a national survey of family medicine residents. *Fam Med*. 2011; 43:318-324.
- [92] Volpp KG, Rosen AK, Rosenbaum PR, Romero PS, Even-Shoshan O, et al. Mortality among patients in VA Hospital in the first 2 years following ACGME resident duty hour reform. *JAMA*. 2007; 298(9):984-992.
- [93] Nicklin W L, McLellan T. & Robblee JA. Aim for excellence: integrating accreditation standards into the conuosity quality improvement framework. *Healthcare Quarterly*. 2004; 7(4):44-48.
- [94] Chuang S & Inder K. An effectiveness analysis of healthcare systems using a systems theoretic approach. *Revista Biomedicinecentral Health Services Research*. 2009; 9:195-205.
- [95] Chuang S, Howley PP & Hancoc K. Using clinical indicators to facilitate quality improvement via the accreditation process: an adaptive study into the control relationship. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25 (3):277-83.
- [96] Fassett M, Hannan T.J, Robertson L K., Bollipo SJ, Fassett RG. A national survey of medical morning handover report in Australian hospitals. *Medical journal of Australia*. 2007; 187(3):164-5.
- [97] Shaw CD, Kutrya B, Braithwaite J, Bedlick M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 22(5):341-50.
- [98] Brodribb W, Kruske S & Miller Y. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In *Hospital Care Practices, and Breastfeeding*. *Pediatrics*, 2013; 131(4):685-92.
- [99] Ammar W, Khalife J, El-Jardali F, Romanos J, Harb H, et al. Hospital accreditation, reimbursement and case mix: links and insights for contractual systems. *Health Services Research*. 2013, 13:505.
- [100] El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, & Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008; 20(5):363-71.
- [101] Hamdan M & Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 2013; 25 (2):167-175.

- [102] Chung KP, Yu TH. Are quality improvement methods a fashion for hospitals in Taiwan? *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24 (4):371-379.
- [103] Ito H & Sugawara H. Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study. *Rev. Quality and Safety in Health Care*. 2005; 14:87-92.
- [104] Alkhenizan A & Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*. 2011; 31(4):407-16.
- [105] Feldman LB, Cunha ICKO, D’Innocenzo M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013; 21 (4):15-25.
- [106] Portela OT & Souza AS. Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21:198-202.
- [107] Amorim GM, Quintão ECV, Martelli JH, Bonan RF. Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (1):145-58.
- [108] Guzmán AMD, Sanchez TP, La Barra RD, Madriq AQ, & Quiroga GT. Implementación de 9 indicadores de calidad en un laboratorio hospitalario. *Revista médica do Chile*. 2011; 139 (2):205-14.
- [109] Teklemariam Z, Mekonnen A, Kedir H & Kabew G. Clients and clinician satisfaction with laboratory services at selected government hospitals in eastern Ethiopia. *Bio Medical Central Research Notes*. 2013; 6 (15):1-7.