



Eloiza Andrade Almeida Rodrigues

Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira

Orientadora: **Cláudia Maria de Rezende Travassos**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.

Março/2004

**Uma Revisão da Acreditação Hospitalar
como Método de Avaliação de
Qualidade e a Experiência Brasileira**

Mestranda: Eloiza Andrade Almeida Rodrigues

Orientadora: Cláudia Maria de Rezende Travassos

Março / 2004

“Seja como uma esponja frente a cada nova experiência. Se você quiser expressá-la bem, deve

primeiro ser capaz de absorvê-la bem”.

Jim Rohn – O Tesouro das Citações

Dedicatória

Ao meu marido, Sila, a meus pais, irmãos, tia Keia e prima Thayná e a Ana Clara, minha sobrinha, que me compreenderam e incentivaram durante a realização deste trabalho.

Resumo

Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira

A história da Acreditação Hospitalar no Brasil e de outras experiências internacionais indicam a necessidade de uma melhor compreensão deste processo como método de avaliação da qualidade. Este trabalho busca apresentar o histórico, identificar as principais características deste método de avaliação, apresentar as experiências de alguns países, bem como descrever a experiência brasileira.

O uso dessa metodologia torna-se particularmente valiosa se considerarmos a situação atual da gestão de serviços de saúde no Brasil: a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da estrutura organizacional e, principalmente, para a satisfação dos usuários. A bibliografia consultada demonstra que a adoção desse método de avaliação sistêmica induz a um ciclo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, humanizando a assistência e atenção prestadas à população.

O número de hospitais no Brasil que tiveram a sua qualidade avaliada utilizando o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é pouco significativo, considerando o universo de hospitais existentes. Devem-se buscar maneiras de viabilizar e potencializar esse método por hospitais da rede pública, objetivando-se contribuir com o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Summary

A Revision of Accreditation of Hospitals as Method of Evaluation of Quality and of the Brazilian Experience

The Accreditation of Hospitals history in Brazil and of other international experiences it indicate the need of a better understanding of this process as method of evaluation of the quality. This work search to present the report, to identify the main characteristics of this evaluation method, to present the experiences of some countries, as well as to describe the Brazilian experience.

The use of that methodology becomes particularly valuable if we consider the current situation of the administration of services of health in Brazil, the inexistence of a quality culture gone back to the qualification of the organizational structure and, mainly, for the users' satisfaction. The consulted bibliography demonstrates that the adoption of that method of systemic evaluation induces it a cycle of improvement of the quality of the services of health, humanizing the attendance and attention rendered the population.

The number of hospitals in Brazil that they had his appraised quality using The Accreditation of Hospitals Brazilian Manual is little significant, considering the universe of existent hospitals. Ways should be looked for of to make possible and to potentiate that method for hospitals of the public net, being aimed at to contribute with the Brazilian Program of Hospital Accreditation.

Agradecimentos

“... Todos me perdoam.
Eu agradeço a todos.
Todos me agradecem.
Eu amo a todos.
Todos me amam.
Eu vivifico a todos.
Todos me vivificam.
... Dentro de mim agora só sinto gratidão,
harmonia e amor de Deus.
Sou filho de Deus, perfeito, alegre, saudável e
feliz.
Obrigado, obrigado, obrigado.”
(parte da Oração do Perdão – Seicho-No-Ie)

À Claudia Travassos, minha Orientadora, obrigada pela paciência e dedicação a mim dedicada, seus ensinamentos e sua postura ética e profissional serão sempre fonte de inspiração pessoal e profissional.

À Elizabeth Artmann, Coordenadora desse curso, obrigada pela ajuda na escolha do tema dessa dissertação, pela Orientadora, pelo ensinamento de que quando queremos alguma coisa devemos correr atrás com fôlego de maratonista e, pelo carinho.

Aos informantes-chaves que se prontificaram a atender-me e enriquecer meus conhecimentos motivando-me para a concretização de mais esse projeto.

Aos professores que se dispuseram a sair de sua cidade e de suas casas para passar maravilhosas sextas e sábados conosco perdendo, na maioria das vezes, os finais de semana com suas famílias, muitíssimo obrigada, pela transmissão de conhecimento e pelo respeito.

Aos colegas que ficaram no Ministério da Saúde segurando a “barra” enquanto buscávamos aumentar os nossos conhecimentos acadêmicos.

Aos companheiros de curso que proporcionaram dias de aula maravilhosos, afinal de contas não importa a idade ou formação, quando voltamos ao “banco da escola” tudo é diversão, obrigada pela saudade.

Sumário

Resumo

Summary

Lista de Quadros

Lista de Siglas

**Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de
Qualidade e da Experiência Brasileira..... 1**

**Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de
Qualidade e a Experiência Brasileira..... 2**

Resumo..... 6

**Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de
Qualidade e da Experiência Brasileira..... 6**

Summary..... 7

**A Revision of Accreditation of Hospitals as Method of Evaluation of
Quality and of the Brazilian Experience..... 7**

Agradecimentos..... 8

Quadro 07: Panorama atual da ONA..... 12

Introdução..... 14

Atividades de melhoria da Qualidade..... 15

Objetivos.....	19
Considerações Metodológicas.....	20
Histórico da Acreditação Hospitalar.....	22
Acreditação: Conceitos e Características Gerais.....	25
Algumas Experiências Internacionais.....	33
A Experiência dos Estados Unidos.....	34
A Experiência de Acreditação no Canadá.....	39
Programa Nacional de Acreditação - A Acreditação em Portugal.....	43
A Experiência Brasileira.....	48
Primórdios da Acreditação no Brasil - Em 1941, o então Ministério da Educação e Saúde cria a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) vinculada ao Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de coordenar, cooperar e orientar, em todos os níveis, estudos e soluções de problemas relacionados à atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento de instituições assistenciais de saúde, incentivando o desenvolvimento e a melhoria de instituições e serviços assistenciais Em 1952 estabelecem-se os primeiros padrões para classificação de hospitais. Os padrões classificavam os hospitais em quatro classes (classe A, B, C e D), com requisitos específicos e exigências decrescentes. (Schiesari, 1999).....	48

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, aumenta o número de hospitais que prestam serviços aos beneficiários dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, o que motiva uma nova classificação hospitalar em 1968 - Tabela de Classificação de Hospitais – publicada pelo Departamento Nacional de Previdência Social (www.ona.org.br acessado março 2004).....	48
Quadro 07: Panorama atual da ONA.....	58
Cronologia da Acreditação no Brasil – Documentos Oficiais do Ministério da Saúde.....	59
Portaria nº 1.970, de 25 de outubro - Aprova a 3ª edição do Manual de Acreditação Hospitalar e o torna obrigatório no desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, delegando a SAS competência para avaliar, aprovar e promover toda e qualquer alteração julgada pertinente no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.....	60
Considerações Finais.....	66

Lista de Quadros

Quadro 01 - Padrões Mínimos [*Minimum Standard*] do ACS em 1918.

Quadro 02 - Lista de Critérios para elaboração de Padrão de Acreditação

Quadro 03 - Conteúdo do Manual de Acreditação de Hospitais 2000

Quadro 04 - Instrumentos de avaliação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP)

Quadro 05 – Classificação utilizada pela ONA

Quadro 06: Resumo das Qualificações

Quadro 07: Panorama atual da ONA

Quadro 8: Resumo das Experiências com Acreditação Hospitalar

Lista de Siglas

ACS - American College of Surgeons

AIM - Achieving Improved Measurement

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde

CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

CCHSA - Canadian Council on Health Services Accreditation ()

CQH - Controle da Qualidade Hospitalar

DOH - Divisão de Organização Hospitalar

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IQS - Instituto de Qualidade em Saúde

IAC - Instituição Acreditadora

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI - Joint Commission International

KFHQS - King's Fund Health Quality Service

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OPSS – Organização Prestadora de Serviços de Saúde

PACQS - Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde

PBQP - Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

PPH - Programa de Padronização de Hospitais

PQGF - Prêmio Qualidade Governo Federal

RECLAR - Relatório de Classificação Hospitalar

Introdução

No Brasil, a busca pela qualidade dos serviços prestados torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde: recursos insuficientes e utilizados de maneira inadequada, escassa aplicação de planejamento estratégico, inexistência de sistemas de informações confiáveis; ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados; carência de indicadores de desempenho, assim como de padrões de qualidade e o alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re)trabalho entre outros), além da inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes (Ministério da Saúde, 2001).

A qualidade, antes considerada como um fator desejável, passa a ser muito mais que um atributo indispensável e um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas dos clientes e usuários. Busca-se com a melhoria de qualidade que os pacientes consigam obter o melhor benefício possível na saúde como resultado da intervenção dos serviços de saúde. Para que isso ocorra é necessária a estruturação de serviços de forma organizada, adequada e produtiva à sua missão.

Este cenário exige a implantação nos serviços de saúde de um processo amplo de disseminação dos conceitos e métodos de avaliação, e melhoria de qualidade, de forma a estimular as unidades de saúde a alcançarem padrões mais elevados de qualidade na prestação de seus serviços.

O Programa Brasileiro de Acreditação surge como estratégia do Ministério da Saúde para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde, bem como a qualidade da gestão e da assistência prestada. A Acreditação enfocada sob essa ótica é um processo formal, espontâneo e externo que avalia e reconhece se o serviço atende ou não a padrões pré-definidos no Manual de Acreditação (Ministério da Saúde, 2002).

A abrangência da Acreditação no Brasil reforça a necessidade de desenvolver-se uma melhor compreensão dessa atividade como método de

avaliação da qualidade, objetivando contribuir com o Programa Brasileiro de Acreditação.

Atividades de melhoria da Qualidade

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

Nessa busca pela melhoria apresentam-se quatro dimensões que podem ser consideradas: uma relacionada à técnica, outra à segurança da assistência e da atenção, a terceira à satisfação do paciente e a quarta relacionada a custos (*La transformación de la gestión de hospitales em América Latina y el Caribe*, 2001), que Donabedian, considerando as três primeiras, sistematiza como cuidado técnico, cuidado interpessoal e amenidades (infra-estrutura), que envolvem a adequação do diagnóstico e tratamento, segurança e a satisfação do paciente no ambiente onde se oferece atenção à saúde (*apud in Inovação Gerencial em Serviços Públicos de Saúde e Cidadania*, 2002).

A dimensão técnica considera o conhecimento profissional e a tecnologia disponível, estando diretamente relacionada com a qualificação e capacitação do profissional de saúde envolvido na assistência prestada ao paciente. Noronha (mimeo), aponta que a assistência médica tem por objetivo promover, manter e recuperar a saúde, e o que consiste em uma assistência adequada e/ou um resultado desejável variam de acordo com as circunstâncias dos pacientes e com o tipo de assistência prestada.

A segurança esta relacionada à condição do ambiente e dos equipamentos e a maneira como o cuidado é prestado, considerando que a maneira como se prestam os serviços podem acarretar mais riscos do que benefício quer seja ao paciente, quer seja a terceiros (Noronha in mimeo).

A satisfação do paciente está, significativamente, relacionada ao cuidado interpessoal, uma vez que a relação com o paciente e as características do ambiente onde se presta a atenção deve garantir a participação nas decisões, a privacidade e comodidade, refletindo assim respeito pelo paciente, um dos fatores primordiais na avaliação da qualidade.

Buscar qualidade pode vir a aumentar os custos, mas o uso desnecessário e inadequado de serviços aumenta os custos sem acrescentar qualidade, resultando no desperdício de recursos que poderiam ser utilizados para implementar ações sociais, ou seja, esse desperdício pode vir a afetar o acesso à assistência e à continuidade da atenção (*La transformación de la gestión de hospitales em América Latina y el Caribe*, 2001).

A avaliação da qualidade se faz a partir da comparação de pontos de referência (padrões) com a situação observada. Estes padrões refletem uma valoração, um consenso ou uma evidência científica sobre o modo de obter maiores benefícios para um paciente ou para toda a população. Pode-se avaliar qualidade internamente ou externamente como no caso da acreditação.

A avaliação interna pode ser usada como estratégia para conscientizar os profissionais sobre a importância da melhoria da qualidade no processo de trabalho, dessa forma Donabedian (2003), aponta que quando se realiza uma avaliação interna deve-se sugerir que os profissionais identifiquem as oportunidades de melhoria (e não problemas), ressaltando dessa forma que se pode melhorar um processo de trabalho e, conseqüentemente os resultados. Em um primeiro momento surgem conclusões do tipo “podemos melhorar essa ação ou processo” e com o passar do tempo e a periodicidade dessa avaliação as conclusões passam a ser “está bom, mas ainda podemos melhorar”, contribuindo assim para a melhoria contínua dos serviços prestados por esses profissionais.

A aplicação da avaliação interna promove, de certa forma, uma cultura voltada para o processo de aprendizagem que estabelece prioridades no planejamento das ações com foco na melhoria da qualidade, uma vez que permite verificar e acompanhar os processos organizacionais (administrativos e assistenciais), na visão dos profissionais.

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

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

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde ganha destaque como parte dos direitos sociais da população e pelo movimento dos consumidores, a partir dos anos 60. É nesse período que Donabedian define que qualidade não é um atributo abstrato, devendo ser avaliado utilizando os sete pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), dimensões que devem ser especificadas, conforme o contexto e a particularidade, mantendo uma coerência entre si, pois apresenta uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral (*apud in* Novaes, Hillegonda, 2000).

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

O desenvolvimento de atividades de acreditação vem se constituindo em uma forma específica de avaliação, gestão e garantia da qualidade,

constituindo-se em uma forma combinada de avaliação para decisão e avaliação para gestão (Scrivens, *apud in* Novaes, Hillegonda, 2000).

Objetivos

Esse estudo tem como objetivo sistematizar o conhecimento existente sobre a abordagem de avaliação da qualidade conhecida como Acreditação Hospitalar, a fim de contribuir com o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Para tanto se pretende:

- ◆ Descrever o histórico da Acreditação Hospitalar;
- ◆ Identificar as principais características deste método de avaliação de qualidade;
- ◆ Identificar as principais experiências internacionais;
- ◆ Descrever a experiência brasileira;
- ◆ Propor recomendações ao Programa Brasileiro de Acreditação.

Considerações Metodológicas

Esta é uma pesquisa de revisão sobre o método de avaliação de serviços de saúde “Acreditação” e sobre sua aplicação no Brasil. Apesar de na atualidade a Acreditação ser um método aplicado a vários tipos de serviços de saúde, esta pesquisa vai se concentrar nas atividades de Acreditação Hospitalar. Por ser um trabalho que busca sistematizar o conhecimento existente sobre o tema, este estudo será baseado em revisão bibliográfica e realização de entrevistas.

Foram utilizados como fontes para a pesquisa: artigos científicos, textos técnicos, sítios na internet, documentos existentes e disponíveis no Ministério da Saúde, no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar e na Organização Nacional de Acreditação (ONA) e 03 entrevistas realizadas com informantes-chave, especialistas em Acreditação, renomados e reconhecidos pelos profissionais da área de acreditação hospitalar. Programas de busca na internet foram utilizados para identificar instituições nacionais e internacionais que desenvolvem atividades de acreditação. Uma segunda abordagem de busca foi a utilização dos *links* existentes nos sítios destas instituições. Para efeitos dessa pesquisa algumas categorias teóricas foram selecionadas de forma a permitir a articulação entre o objeto de estudo e os conhecimentos existentes, orientando assim a pesquisa. Foram consideradas as seguintes categorias: Acreditação, Avaliação Hospitalar, Padrões de Qualidade e Padrões de Acreditação.

As entrevistas tiveram um tom de conversa, portanto não foram estruturadas, pois objetivavam que o informante se sentisse à vontade para expor idéias utilizando seus próprios termos. De acordo com Tobar (2001) o êxito desse tipo de entrevista reside em uma exploração eficaz, ou seja, estimular o informante a fornecer mais informações, sem introduzir as palavras, idéias ou conceitos do pesquisador na conversação.

Essas entrevistas tiveram como objetivo coletar informações sobre a utilização e aplicação da acreditação, bem como sua importância no mundo e, principalmente, no Brasil.

Atendendo aos princípios Éticos e de acordo com a Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos entrevistados com o objetivo de proteger as pessoas tratando-as com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-as em sua vulnerabilidade, ponderando riscos e benefícios individuais ou coletivos (atuais e/ou potenciais), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo, assim, a não maleficência.

Histórico da Acreditação Hospitalar

A avaliação da qualidade do cuidado ao paciente tem como um de seus precursores Ernest Codman, cirurgião norte-americano, que em 1910 formulou o Sistema de Resultados Finais [*the end result system standardization*]. Segundo esse sistema, o hospital deveria avaliar todos os pacientes e tratá-los enquanto fosse necessário, até a efetiva recuperação, gerenciando, assim, os resultados obtidos para avaliar a adequação dos cuidados prestados ao paciente. Caso houvesse alguma falha no resultado, o hospital deveria identificar suas causas para que casos semelhantes fossem tratados com sucesso no futuro (www.whonamedit.com/doctor, maio 2003).

Em 1910 é criado o Colégio Americano de Cirurgiões - ACS [*American College of Surgeons*], que em 1917, liderado pelo Doutor Codman estabelece o “Programa de Padronização de Hospitais” (PPH) que teve como objetivo estabelecer padrões de qualidade para a avaliação de hospitais nos Estados Unidos. Em 1918 são estabelecidos os Padrões Mínimos [*Minimum Standard*], compostos por cinco padrões que serviram de base ao programa de avaliação do ACS e para o estabelecimento de padrões subseqüentes (Quadro 1).

Na aplicação deste conjunto mínimo de padrões, no ano de 1918, em cerca de 600 hospitais dos EUA, com 200 leitos ou mais, verificou-se que apenas 82 estavam em conformidade com os Padrões Mínimos [*Minimum Standard*]. Concluiu-se que seria melhor que esse resultado não viesse a público e que deveria ter caráter confidencial. Surge com essa decisão a idéia de auto-avaliação e aperfeiçoamento permanente e que deve resultar em uma melhoria da qualidade da assistência (Jessee, 1994).

Quadro 01 - Padrões Mínimos [*Minimum Standard*] do ACS em 1918.

Organização do Corpo Médico
1) Médicos e cirurgiões com privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou corpo clínico. Esta organização não tem nada a ver com o fato de o hospital ser aberto ou fechado, nem precisa afetar os vários tipos existentes. A expressão “corpo clínico” é aqui definida como o grupo de médicos que atuam no hospital, incluindo aqueles de todos os grupos, como corpo clínico regular, visitante ou associado.
2) A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam: <ul style="list-style-type: none">▪ Graduados em Medicina com licença adequada e legal para a prática médica em seus respectivos estados ou províncias;▪ Competentes em seus respectivos campos; e,▪ Valorosos em caráter e em relação à ética.
3) O corpo clínico inicia suas atividades e, com aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e diretrizes sobre o trabalho profissional no hospital, que disponham especificamente que: <ul style="list-style-type: none">▪ As reuniões do corpo clínico ocorram ao menos mensalmente (em grandes hospitais os departamentos podem optar por reunir separadamente);▪ A revisão e análise da experiência clínica do corpo médico deve ser feita em intervalos regulares nos vários departamentos do hospital, como medicina, cirurgia, obstetrícia e outras especialidades; o prontuário dos pacientes, pagantes ou não, deverão ser a base desta revisão e análise.
Adequado preenchimento do prontuário
4) Os registros dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível e sob a responsabilidade do hospital – um registro de caso completo é aquele que inclui dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais como laboratoriais ou raio-x, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica, diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e, no caso de morte, achados de autópsia.
Recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao adequado tratamento do paciente
5) Facilidades diagnósticas e terapêuticas, sob supervisão competente, devem estar disponíveis para o estudo, diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo os mesmos: <ul style="list-style-type: none">▪ Um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia;▪ Departamento de raio-X com serviço de radiografia e fluoroscopia.

Fonte: www.jcaho.org, acessado em maio de 2003.

Com o fim da II Guerra Mundial os EUA incentivam, por intermédio de lei federal, a construção de novos hospitais aumentando, assim, seu parque hospitalar (Jessee, 1994). Com esse aumento o ACS, não consegue continuar gerenciando o PPH e em 1951, Arthur W. Allen então, presidente do ACS, estrategicamente, negocia a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), que passa a contar com a participação do Colégio Americano de Clínicos, Associação Americana de Hospitais, Associação Médica Americana e *Canadian Medical Association*. Esta última se desliga da JCAH, em 1959, e cria sua própria organização (www.jcaho.org acessado maio 2003).

Oficialmente em 1952 o ACS transfere o PPH para a JCAH, que no ano seguinte publica o primeiro Manual para Acreditação de Hospitais [*Standards for Hospital Accreditation*], passando desde então a acreditar hospitais nos EUA.

Acreditação: Conceitos e Características Gerais

Conceitos - Acreditação é um sistema de avaliação externa, desenvolvido para verificar a adesão dos serviços de saúde a um conjunto de padrões pré-estabelecidos. Refere-se à qualidade da assistência prestada, uma vez que tem por princípio de que o hospital deve ser um ambiente seguro para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes (Scrivens, 1995). É geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, e não decorre de imposição legal ou regulamentar (Rooney & van Ostemberg, 1999).

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, pré-estabelecidos 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. Esta decisão é reavaliada periodicamente a cada dois ou três anos.

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

Segundo o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul publicado na Portaria nº356, de 20 de fevereiro de 2002 “Acreditação é um procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, voluntário, periódico e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência integral, por meio de padrões previamente aceitos. Acreditação pressupõe avaliação da estrutura, de processos e resultados, e o estabelecimento será acreditado

quando a disposição e organização dos recursos e atividades conformem um processo cujo resultado final é uma assistência à saúde de qualidade”.

Para a Organização Panamericana de Saúde – OPAS/OMS acreditação é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por intermédio de padrões previamente aceitos (Novaes & Paganini, 1992).

Para a JCAHO a acreditação é um sistema de verificação externa e periódica, que objetiva promover a segurança e qualidade dos serviços de saúde prestados ao público, por intermédio de um conjunto de padrões estabelecidos. A avaliação é de caráter voluntário e verifica-se a conformidade diante desses padrões (www.jcaho.org, abril 2003).

A International Society for Quality in Health Care (ISQua) trabalha para fornecer um guia de serviços aos profissionais de saúde, aos auditores, às agências, aos formuladores de política e aos consumidores para atingir excelência no cuidado à saúde, por meio da melhoria contínua da qualidade e da segurança do cuidado. Com essa visão, a ISQua define acreditação como: “processo de avaliação da qualidade e da segurança do cuidado de saúde dos usuários e dos profissionais da saúde” promovendo assim qualidade de vida e bem-estar (www.isqua.org, abril 2003).

Na terminologia do Ministério da Saúde, Acreditação Hospitalar é o método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, expressando-se pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (Ministério da Saúde, 2001).

O Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (CONMETRO), por intermédio da Resolução nº 05, de 10 de dezembro de 2003, passa a adotar a expressão “acreditação” para expressar reconhecimento de competência de organismos de avaliação da conformidade e recomenda que a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)

promova a revisão de todos os guias e normas em que haja necessidade da adequação à nova terminologia (Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, 2003).

Características Gerais - Considera-se um estabelecimento assistencial de saúde acreditado quando este se encontra em conformidade com os padrões de acreditação, pressupondo-se que a conformidade com estes padrões é uma assistência de boa qualidade. O Processo de acreditação “busca conduzir os serviços” a elevação progressiva do nível de qualidade institucional.

Padrão é definido como sendo “aquilo que serve de base ou norma para avaliação de qualidade ou quantidade” (Dicionário Aurélio, 1999). O padrão de acreditação não foge a esta definição, uma vez que é uma referência adotada para comparação com o que ocorre no serviço, de forma a verificar se está ou não em conformidade com o descrito no padrão.

Os padrões de acreditação são elaborados com o objetivo de estimular a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos usuários dos serviços de saúde (Rooney & van Ostemberg, 1999). Conforme sugestão de Pickering (*in* Novaes & Paganini, 1992) os padrões de acreditação estabelecidos devem ser simples, claros e objetivos, incluindo questões relacionadas às características dos serviços voltados aos pacientes e à organização.

Como apontado anteriormente, em 1917 o Colégio Americano de Cirurgiões desenvolveu padrões mínimos de acreditação, mas orientado pelos novos modelos de avaliação, novas práticas assistenciais e às experiências adquiridas nos anos 1970 a JCAH (re)desenha seus padrões com base no desempenho melhor possível, seguindo as concepções de qualidade aceitáveis à época, de forma a estimular nos hospitais um processo contínuo de melhoria da qualidade (McGreevey, C. *in* mimeo).

Os padrões mínimos de qualidade, geralmente são relacionados ao licenciamento e à regulação exigida legalmente pelas entidades governamentais, enquanto os padrões baseados no desempenho melhor possível são aqueles relacionados ao melhor nível que pode ser alcançado naquele momento considerando os recursos disponíveis (Quinto Neto, 2000).

Quinto Neto (2000) defende que em determinadas circunstâncias o padrão mínimo é o limite entre a regulação pública e a acreditação, uma vez que o padrão mínimo pode vir a representar a exigência de documentos legais tais como: licença da vigilância sanitária, alvará de funcionamento dentre outros documentos exigidos para o funcionamento de uma empresa/organização.

Em se tratando de avaliação da qualidade dos serviços de saúde baseados em padrões, existem três abordagens que atendem a diferentes propósitos e designam perspectivas diferentes sobre o nível de qualidade, são elas o licenciamento, a certificação e a acreditação (Rooney & van Ostenberg, 1999).

Licenciamento é um processo pelo qual uma entidade governamental ou seu agente designado (Agências Reguladoras como no caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Conselhos Regionais ou Federal de representação de profissionais) dá permissão a um profissional individual ou instituição de saúde para operar ou se dedicar a uma ocupação ou profissão. As normas para o licenciamento são geralmente estabelecidas de forma a garantir que uma instituição ou indivíduo atenda a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população. O licenciamento a instituições é conferido após uma inspeção *in loco* para determinar se um conjunto mínimo de padrões voltados para a saúde e segurança foi atendido. O licenciamento de profissionais individuais é normalmente conferido após algum tipo de exame ou comprovação de formação, e pode ser renovado periodicamente pagando-se uma taxa e/ou comprovando-se algum tipo de educação continuada ou competência profissional. A manutenção do licenciamento é uma exigência legal e permanente para que a instituição de saúde continue a funcionar e a cuidar de pacientes (Rooney & van Ostenberg, 1999).

Certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece ou um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios pré-determinados. Apesar de os termos acreditação e certificação serem comumente usados como sinônimos, a acreditação normalmente se aplica a instituições, enquanto a certificação se aplica a um profissional e a

instituições. Quando conferida a um profissional, a certificação normalmente implica em que esse profissional recebeu instrução e treinamento adicionais, e demonstrou competência em uma especialidade além dos requisitos mínimos para licenciamento. Quando aplicada a uma instituição, ou setor de uma instituição, a certificação normalmente implica que a instituição dispõe de serviços adicionais, tecnologia ou capacidade além daquelas encontradas em instituições semelhantes. Os padrões da ISO 9000 avaliam a conformidade de determinadas especificações, certificando os serviços ou instituições que atendem a estes padrões (Rooney & van Ostenberg, 1999).

A definição dos padrões depende dos aspectos da assistência à saúde para os quais se direciona baseando-se na estrutura, no processo e no resultado (Quinto Neto, 2000). Segundo Rooney & van Ostenberg (1999), os padrões de estrutura observam os *inputs* do sistema, os padrões de processo contemplam as atividades ou intervenções desenvolvidas na instituição relativas aos cuidados a pacientes ou no gerenciamento da instituição ou seu *staff*, e os padrões de resultado observam o efeito das intervenções realizadas em pacientes com um problema de saúde específico e se o objetivo específico dessa intervenção foi alcançado.

A definição de um padrão requer precaução, uma vez que se deve considerar o seu propósito e objetivo. Rooney & van Ostenberg (1999), sugerem uma lista de perguntas a serem consideradas no desenvolvimento, revisão ou implementação de um padrão conforme demonstrado no Quadro 02.

Quadro 02 - Lista de Critérios para elaboração de Padrão de Acreditação

- ✓ Enfoca os pacientes/clientes que recebem assistência ou serviços?
- ✓ Tem validade e confiabilidade comprovada?
- ✓ Contempla o desempenho de funções comuns ou importantes de uma instituição de saúde, como cuidados aos pacientes, liderança, controle de infecções e gerenciamento de recursos humanos?
- ✓ Os especialistas acreditam que ele é importante à prática ou para melhorar resultados?
- ✓ É passível de avaliação e quantificação através de um processo de avaliação interno ou externo?
- ✓ Pode ser aplicado uniformemente a todas as instituições de mesma natureza, como hospitais?
- ✓ É consistente com leis e regulamentos existentes?
- ✓ Complementa algum padrão internacional existente, como os publicados pela Organização Mundial da Saúde?

- ✓ É culturalmente sensível e apropriado?
- ✓ Reflete o que os especialistas consideram como “boas práticas”?
- ✓ A sua estrutura permite que se incluam avanços na prática clínica ou tecnológica?
- ✓ Ele é flexível o bastante para ser revisto quando necessário?

Fonte: Rooney, A.L. & van Osternberg, P.R. Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to health care quality. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project, 1999

Como os padrões são previamente definidos e devem ser publicados, o Manual de Acreditação é o instrumento onde esses estão reunidos para que os avaliadores possam julgar a qualidade da organização avaliada, e para que essa saiba o quê e como está sendo avaliada. Vale ressaltar que o processo de avaliação e os padrões de acreditação variam de instituição para instituição credenciadora.

Segundo Contandriopoulos *et al* (2002) os objetivos de uma avaliação são numerosos e representam dicotomias comuns no dia a dia das organizações de saúde (oficiais e oficiosos, explícitos e implícitos, consensuais e conflitantes) e que variam de ator para ator envolvido no processo. A avaliação de qualidade é uma atividade que julga e compara estrutura, processos e resultados com padrões estabelecidos. Esse tipo de avaliação busca, geralmente, responder perguntas relacionadas à competência técnica dos profissionais do hospital; à continuidade e globalidade da atenção prestada ao paciente; aos recursos colocados à disposição para atender o conjunto de serviços prestados pela instituição. (Contandriopoulos *et al*, 2002).

No caso da acreditação hospitalar a avaliação é realizada periodicamente e baseia-se na verificação da conformidade com os padrões de acreditação reunidos no Manual, que geralmente é de conhecimento público, iniciando-se um novo ciclo de acreditação a cada (re)avaliação.

Cada ciclo de acreditação pode ser descrito da seguinte forma: o hospital interessado em ser acreditado entra em contato com uma instituição credenciadora que faz uma visita de apresentação, divulgação da metodologia e estabelece o prazo para que o hospital se prepare para a avaliação. Nessa reunião é solicitado que o hospital providencie toda a documentação que faz

parte da avaliação como, por exemplo, licença sanitária, inscrição estadual/municipal, cadastro nacional de pessoa jurídica, entre outros.

Uma equipe ou comitê de avaliadores internos (formada geralmente por gerentes de áreas/setores/unidades e profissionais da área de qualidade do próprio hospital) é organizada e submetida a um processo de capacitação onde é apresentada a metodologia de acreditação. Essa equipe ou comitê é responsável pelo processo interno de preparação para avaliação e deverá estar envolvida com o processo de planejamento e melhoria da qualidade do hospital, devendo realizar auto-avaliações utilizando o Manual escolhido. Essas avaliações internas geram um diagnóstico situacional do hospital que demonstra os pontos que podem ser melhorados. As observações contidas neste diagnóstico, geralmente, são baseadas no manual de acreditação a ser utilizado.

Geralmente, a avaliação para acreditação é realizada por uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um administrador e um enfermeiro que verificam se o hospital está em conformidade com os padrões estabelecidos no manual utilizado. A duração da visita varia de acordo com o tamanho e a complexidade do hospital, uma vez que todos os setores e unidades serão observados e obedecerão a uma programação pactuada entre os representantes do hospital e os avaliadores da instituição acreditadora.

O encerramento da visita de avaliação é realizado em uma reunião onde os avaliadores da instituição acreditadora explanam sobre o processo de avaliação e respondem a eventuais questionamentos, mas não comentam sobre o resultado final que será divulgado pela instituição acreditadora após análise do Relatório de Visita.

O Relatório de Visita é produzido pelos avaliadores e entregue à instituição acreditadora. Deverá constar se o hospital atende aos padrões e aos níveis de avaliação e o resultado final sobre a indicação para acreditação.

Independente do resultado (acreditado ou não acreditado) a direção do hospital recebe um relatório de visita indicando a conformidade ou não com os padrões e, caso o hospital seja acreditado, este recebe um Certificado de

Acreditação com data de validade definida. Após essa data o hospital deverá submeter-se à avaliação novamente.

Algumas Experiências Internacionais

Shaw (2001) apresenta estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, no ano de 2000, que aponta 36 países que desenvolvem programas de acreditação de serviços de saúde (IJQHC, 2001), demonstrando que há um crescimento mundial relacionado às atividades de melhoria da qualidade, fazendo com que cada vez mais países venham desenvolver e aplicar métodos de acreditação. Além dos países que tem sua experiência apresentada nesta dissertação listamos outros que desenvolvem atividades de acreditação de seus serviços de saúde: Inglaterra, Austrália, Taiwan, Nova Zelândia, África do Sul, Finlândia, Suíça, Coreia, Indonésia, Espanha, República Tcheca, Japão, Polônia, França, Malásia, Holanda, Tailândia, Zâmbia, Filipinas, Alemanha, Itália, Irlanda. Na América do Sul Argentina e Chile.

Nesta seção descreveremos a experiência de alguns países que utilizam o método da acreditação para avaliar a qualidade de seus serviços de saúde. A escolha das experiências dos Estados Unidos da América e do Canadá deu-se pelo pioneirismo dos mesmos, onde suas histórias confundem-se com a história do surgimento da acreditação como método de avaliação da qualidade dos serviços médico-hospitalares. Quanto à escolha da experiência portuguesa, deu-se pela facilidade da língua, pela presteza das informações fornecidas pelo Instituto de Qualidade da Saúde - IQS e pela forma utilizada para implantar e conduzir a metodologia de avaliação no país.

A Experiência dos Estados Unidos

A JCAH, entidade privada sem fins lucrativos, criada em 1951, tinha como objetivo aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde prestados ao público por intermédio da acreditação dos hospitais localizados nos Estados Unidos (www.jcaho.org acessado maio 2003).

No início das atividades da JCAH somente os serviços hospitalares eram acreditados, mas atualmente há uma série de serviços que compõem o programa de acreditação da *Joint Commission*.

Em 1966, inicia-se a acreditação de Serviços de Longa Permanência (pacientes crônicos). Os programas de Acreditação da JCAH são acompanhados por conselhos de especialistas, como por exemplo: *The Accreditation Council for Services for the Mentally Retarded and Other Developmentally Disabled Persons*, *The Accreditation Council for Psychiatric Facilities*, *The Accreditation Council for Long Term Care* e o *The Accreditation Council for Ambulatory Health Care*.

Em 1965 o Congresso Americano aprova a acreditação como pré-requisito para participação dos hospitais nos programas sociais (*Medicare* e *Medical*) que asseguram, fundamentalmente a assistência aos idosos e aos cidadãos estadunidenses de baixa condição social (Schiesari, 1999).

O Governo Federal Norte Americano estabelece, em 1993, o certificado de acreditação como exigência para credenciar e contratar serviços de *home care* e centros de cirurgia ambulatorial, passando a incluir nos relatórios anuais de avaliação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos [*U.S. Department of Health and Human Services*] (DHHS) informações sobre as organizações acreditadas. Outra exigência feita pelo governo, por intermédio do *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) foi requerer a acreditação para a contratação de serviços de laboratório. Atualmente, a JCAHO domina o mercado de acreditação hospitalar nos Estados Unidos (Donahue & O'Leary, 2000).

Devido à expansão e ao escopo das atividades desenvolvidas, na segunda metade da década de 1980 a JCAH passa a ser chamada de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (www.jcaho.org, maio 2003).

Os padrões de acreditação também evoluem, passando do enfoque de estrutura e de processo como um fim em si mesmo, para o enfoque na melhoria contínua da qualidade do atendimento e da gerência administrativa. (Roberts, J.S. *et al*, 1990)

Ao longo dos anos a JCAHO adquire experiência e se adequa aos novos modelos e às novas práticas, com isso padrões são agregados e substituídos. A partir de 1964, essa organização sente a necessidade de rever os padrões para acreditação de hospitais e criar padrões para avaliação de outras organizações que prestam serviços de saúde. Em 1970, ocorrem mudanças significativas, que se estendem, praticamente, por toda a década. Os padrões utilizados, na ocasião, não eram, suficientemente, exigentes quanto à qualidade dos serviços prestados, e são substituídos por padrões elaborados a partir do critério do melhor desempenho possível (www.jcaho.org, maio 2003)

Segundo Jesse (1994), o objetivo dos padrões é promover progressos técnicos, por isso devem ser “um pouco” à frente dos últimos progressos. Outra evolução, à época, foi diminuir o intervalo de tempo entre as avaliações que passou, na década 80, de três anos para no máximo 02 anos (www.jcaho.org acessado maio 2003). Esta decisão demonstra a preocupação com a garantia da qualidade e representa uma tentativa de tornar o processo da acreditação mais dinâmico.

Como resultado deste movimento, em 1972, a *Joint Commission* obteve o reconhecimento do DHHS que passou a incluir e avaliar o processo de acreditação da JCAH em seu relatório anual encaminhado ao Congresso Norte Americano. Com isso a JCAH publica um documento com as primeiras Perspectivas sobre Acreditação que apresenta uma avaliação da acreditação nos EUA e o que deveria fazer parte do planejamento para os próximos anos (www.jcaho.org, acessado maio 2003).

Em 1987, a JCAHO lança a Agenda para Mudança [*Agenda for Change*] que enfatiza a necessidade de mudança na metodologia da acreditação. Nesta mudança destaca-se a proposta de incorporação ao processo de acreditação do monitoramento de indicadores de desempenho. São valorizados os aspectos clínicos e gerenciais e os resultados da assistência. A *Agenda for Change* teve como finalidade promover um processo mais moderno de avaliação baseado na premissa de que quando a organização entende, claramente, os aspectos clínicos e gerenciais voltados para a qualidade do cuidado, o resultado da assistência passa a ser resultante da combinação de esforços de toda equipe profissional do hospital (Roberts, J.S. *et al*, 1990).

A *Agenda for Change* promove, ainda, mudanças nos programas de educação e informação nos serviços de saúde e reforça, nas publicações da JCAHO, a importância na qualidade do cuidado prestado e do bem-estar ao paciente, reforçando a importância dos canais de comunicação, onde se aponta, também, a necessidade dos serviços terem boas relações com os compradores (governo, seguros e pacientes) e reguladores dos serviços de saúde (Roberts, J.S. *et al*, 1990).

Como parte da Agenda para Mudança foi criada a iniciativa ORYX que teve como objetivo integrar o uso de indicadores de desempenho e outros métodos de mensuração ao processo de acreditação baseado na conformidade a padrões. A incorporação de indicadores de desempenho ao processo de avaliação dos serviços de saúde foi introduzida a fim de estimular as instituições de saúde a melhorar seu atendimento ao paciente, e a aumentar a capacidade de avaliação, tornando a acreditação um processo mais permanente nas instituições de saúde estadunidenses.

Na primeira fase desta iniciativa os serviços de saúde podiam escolher dentre uma variedade de indicadores quais medidas utilizar. Entretanto, esta variedade dificultava seriamente o processo de comparação de medidas entre hospitais.

Na fase atual do ORYX a *Joint Commission* requer dos hospitais a produção de um conjunto de medidas desenvolvidas com base em evidência

científica. Estas medidas denominadas de “medidas centrais” [*core measures*] são agrupadas em quatro condições de saúde – Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Pneumonia (exclui as adquiridas no hospital) e Gravidez e condições a ela relacionada. Cada condição tem um grupo de indicadores criados para permitir uma avaliação abrangente do desempenho dos hospitais no atendimento a cada uma dessas condições (www.jcaho.org, acessado março 2004).

O Manual de Acreditação Hospitalar passa por um processo de modificação nos padrões, com objetivo de enfatizar os conceitos de melhoria focados no cuidado do paciente e nas funções da organização que visando a segurança para a prestação do cuidado, tanto para o paciente como para o cuidador (Roberts, J.S. *et al*, 1990). De 1993 a 1995 todos os Manuais de Acreditação da JCAHO são reorganizados e reestruturados (www.jcaho.org, acessado maio 2003).

Uma outra estratégia adotada como melhoria do processo da acreditação foi a implementação da política de evento sentinela com o objetivo de monitorar a sua ocorrência em organizações acreditadas que se tornaram obrigadas a notificar estes eventos sempre que ocorrerem na organização (Roberts, J.S. *et al*, 1990).

Um evento sentinela define-se por ser uma ocorrência inesperada que envolve um resultado negativo e não esperado, como por exemplo morte, invalidez, transtorno psicológico suicídio, seqüestro de criança ou cirurgia em paciente errado. A ocorrência de um evento sentinela sinaliza existência de problemas na organização e requer investigação imediata de suas causas e intervenção para correção dos problemas (www.jcaho.org.br acessado fevereiro 2004).

No ano de 1998, a *Quality Healthcare Resources* (QHR) (empresa sem fins lucrativos, subsidiária da JCAHO) e a JCAHO formam a *Joint Commission International* (JCI), com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de organizações de saúde fora dos Estados Unidos, e iniciam os treinamentos e serviços de consultoria a clientes internacionais (www.jcaho.org acessado junho 2003).

Em fevereiro de 2000 a JCI acredita o Hospital Israelita Albert Einstein, localizado em São Paulo, Brasil, essa foi a primeira instituição em território brasileiro a ser acreditada por uma instituição internacional (www.jcaho.org acessado junho 2003). Em 1946 o Hospital Servidores do Estado, localizado no Rio de Janeiro, havia sido avaliado pelos auditores da Joint Commission e recebido o certificado de Acreditação Classe A, na época. Após dez anos, em 1956, foi reavaliado e teve confirmada a acreditação anterior (Anais da Academia Nacional de Medicina, 1994).

Em 2001 a JCAHO comemora seus 50 anos de fundação, com a introdução de um novo Programa de Acreditação o “*Office-Based Surgery Practices*”, esse novo programa começa a ser aplicado, efetivamente, em julho de 2002, e considera indicadores relacionados à prática clínica e à humanização, ou seja, o novo programa continua valorizando o paciente conforme sugerido pela *Agenda for Change* (www.jcaho.org acessado junho 2003).

A Experiência de Acreditação no Canadá

A *Canadian Medical Association*, desliga-se da JCAH, no ano de 1959, e em associação com a *Canadian Hospital Association* (atualmente the *Canadian Health Care Association*), o *Royal College of Physicians and Surgeons*, e a *Association des Médecins de Langue Française du Canadá*, estabelecem a *Canadian Commission on Hospital Accreditation* que em 1988, em homenagem aos 30 anos de atividades, passou a se chamar *Canadian Council on Health Facilities Accreditation*, e em 1995, devido ao perfil das organizações acreditadas e clientes, o Conselho de Acreditação do Canadá passou a ter o seu nome atual, *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

A acreditação no território canadense é um sistema nacional de avaliação da qualidade que tem caráter voluntário, e foi construído coletivamente entre as instituições já citadas com o apoio do governo canadense (Carignan, 1994).

O CCHSA é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, nacional e independente que tem por objetivo ajudar instituições que prestam serviços de saúde, no território canadense e no mundo, avaliando-as e ajudando-as a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e da atenção/assistência prestada (Sketris, 1988).

A missão do CCHSA é promover a excelência da atenção à saúde e o uso eficaz dos recursos em organizações de serviços da saúde, a fim de melhorar a prestação de serviços de saúde. Para atingir essa missão, a CCHSA fornece às organizações de serviços da saúde um programa de acreditação baseado em padrões e na troca nacional de conhecimento, utilizando-se das práticas de *benchmarking*, assegurando serviços de saúde com qualidade que refletem na melhoria da saúde das populações (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

A CCHSA tem como alguns de seus valores a integralidade de suas ações, trabalho em equipe, criatividade e parceria, desenvolvendo as avaliações em uma das duas línguas oficiais do Canadá - francês e inglês.

A quantidade de hospitais acreditados no Canadá reflete o sucesso do programa de acreditação no país. Em 1960, foram aproximadamente, 350 hospitais acreditados. Em 1988, houve um crescimento de 66% no número de hospitais acreditados, passando de 850 hospitais (final do ano de 1980) para 1.300 hospitais com o certificado de acreditação em 1990 (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

No ano de 1990 os padrões utilizados pelo CCHSA, são revisados e ao enfoque na estrutura e no processo, passa a ser agregado o de resultados. Os padrões utilizados para avaliar as organizações prestadoras de serviços de saúde são desenvolvidos com a assessoria de profissionais de saúde reconhecidos e com representatividade de todo país (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

Em 1995, o CCHSA, lança o Project Achieving Improved Measurement (AIM), que é baseado no uso de indicadores de desempenho. Inicialmente este projeto utilizou-se de indicadores genéricos, testado em um grupo de hospitais piloto (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

O plano para implantação do projeto nos pilotos é dividido em 02 fases, iniciando-se em 1998 e finalizando-se em 1999, tendo sua implantação no ano de 2000 com adaptações e evoluções permitidas na análise do piloto (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

O projeto AIM tem como objetivo acompanhar, por intermédio de indicadores, a qualidade dos hospitais já acreditados e enfatizar a mensuração do desempenho como uma de suas bases de discussão nos momentos de reavaliação dos serviços (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

Desde então, todas as organizações de saúde no Canadá são avaliadas utilizando indicadores e padrões de acreditação centrados no cliente. Conforme a CCHSA representa uma evolução da acreditação que passa a incluir medidas baseadas em resultados (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

Em 2002 a CCHSA submete-se à avaliação da ISQua, passando a ser reconhecida pela entidade que acredita organizações acreditadoras (www.isqua.org, acessado em junho 2003).

A CCHSA defende que a acreditação é um ciclo contínuo, que se inicia com a preparação da organização para passar pelo processo de avaliação: revisar objetivos, organizar documentos e formar comitê interno para a acreditação, induzir uma auto-avaliação considerando os padrões nacionais para posteriormente submeter-se a uma avaliação externa. Os avaliadores visitam o hospital, examinam a documentação e entrevistam os administradores, diretores, gerentes das unidades/setores, staff e pacientes (Wightman, C. *apud in* Sketris, 1988). O grupo de avaliadores é formado por enfermeiros, médicos e administradores, e a quantidade de avaliadores na equipe depende do tamanho da organização a ser visitada (Sketris, 1988).

O processo de acreditação no Canadá divide-se nas fases de auto-avaliação e avaliação conjunta, que resulta em um relatório com recomendações que devem ser atendidas para a certificação ou (re)certificação, fazendo com que a acreditação torne-se uma ferramenta para a melhoria contínua da qualidade e de educação continuada (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004).

O aspecto educativo da acreditação faz-se presente quando se forma uma equipe interna que aprende sobre a metodologia da acreditação, conduz o processo de auto-avaliação, implementa uma cultura da qualidade, baseada em padrões, sendo os responsáveis pelas recomendações e condução do processo de acreditação, planejamento para a qualidade e acompanhamento e informação dos indicadores.

Algumas das características do programa de acreditação canadense são (www.cchsa.org, acessado janeiro 2004):

- ✦ Avaliação com ênfase nos processos e resultados;
- ✦ Escala de avaliação *Seven-point* que permite a organizações de saúde a se posicionar enquanto a sua avaliação;

- ✦ Recomendações que consideram a priorização de risco e urgência, possibilitando à organização direcionar seus esforços para solucionar os pontos considerados como mais críticos;
- ✦ Desenvolvimento de Grupos de Foco que permitem o encontro entre avaliadores, equipe de funcionários, clientes, pacientes, representantes da comunidade, promovendo uma comunicação e colaboração, encontrando formas de se organizarem e validarem suas sugestões e ações.
- ✦ Participar do *AIM*, onde o serviço poderá comparar seus resultados com os de outras organizações (*benchmarking*);
- ✦ Apropriar-se de benefícios e vantagens de tecnologias utilizadas e analisadas pela CCHSA;

Programa Nacional de Acreditação - A Acreditação em Portugal

Em Portugal, o Programa Nacional de Acreditação é regulado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) criado pela portaria ministerial nº 288 de 27 de abril de 1999.

Conforme seu regulamento o IQS é um serviço do Ministério da Saúde, dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, hierarquicamente dependente do diretor-geral da saúde, tendo como objetivos a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados a saúde.

O regulamento do IQS, em seu artigo 3º, define como suas, as seguintes atribuições:

- ✦ Promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados à saúde;
- ✦ Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação;
- ✦ Promover o enquadramento da investigação e da formação profissional contínua;
- ✦ Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de serviços relacionados ao cuidado do paciente.

O IQS tem como estrutura administrativa um diretor e um conselho consultivo. A escolha do diretor é feita após apresentação do nome pelo diretor-geral da Saúde ao Ministro da Saúde, que após apreciação, nomeia-o por despacho do Ministro da Saúde, por um período de três anos, que pode ser renovado.

O conselho consultivo é o órgão de consulta do diretor do IQS, e é composto por até 15 peritos, com competência técnica adequada ao

cumprimento das atribuições e objetivos do IQS. Os membros do conselho consultivo são indicados pelo diretor do IQS e nomeados pelo diretor-geral da Saúde, e tem como competências:

- ✦ Pronunciar-se, a pedido do diretor, sobre os planos, programas, ações, atividades e estudos promovidos pelo IQS;
- ✦ Emitir parecer sobre o relatório anual de atividades;
- ✦ Propor as medidas que entendam adequadas no âmbito das atribuições do IQS;
- ✦ Pronunciar-se sobre quaisquer outros assuntos que lhe sejam submetidos pelo diretor do IQS.

O IQS é financiado por verbas do Serviço Nacional de Saúde, e ainda por receitas geradas pelo próprio IQS como importâncias cobradas por serviços prestados a quaisquer entidades, públicas e privadas; subsídios, subvenções e participações que lhe sejam concedidos por quaisquer entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, bem como os rendimentos e produto de heranças, legados e doações; importâncias decorrentes da venda de publicações, em qualquer tipo de suporte; e por outras receitas que lhe sejam atribuídas por lei, regulamento, ato ou contrato. São despesas de responsabilidade do IQS os encargos de funcionamento, os decorrentes do cumprimento dos objetivos e atribuições, incluindo dos contratos celebrados com esse fim; e, os decorrentes da execução dos planos de atividades (Regulamento IQS).

O Programa Nacional de Acreditação de Hospitais tem por base a metodologia e os critérios do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS), com sede na Inglaterra, visando criar um sistema de reconhecimento explícito da qualidade das unidades hospitalares, públicas ou privadas, que a ele queiram aderir voluntariamente. O Protocolo de Colaboração entre o IQS e o KFHQS, foi assinado em março de 1999, com a duração de cinco anos (Boletim IQS, 2002).

Esse protocolo de colaboração prevê a cooperação no desenvolvimento de projetos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde, desenvolvimento e implantação de metodologias e instrumentos para a melhoria contínua da qualidade, bem como a adaptação e validação para a realidade portuguesa da metodologia e normas hospitalares do KFHQS, assim como a gestão e apoio da participação neste programa, no primeiro ano, a cinco hospitais nacionais, que ao final de 2000 foram acrescidos de mais dois hospitais (www.icgzn.pt, acessado fevereiro 2004).

O IQS considera que a Acreditação volta-se para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos cidadãos, com a melhoria do desempenho da organização, da sua capacidade de gestão e de inovação. Contudo, destaca que a Acreditação não pode ser por si só o único objetivo a ser alcançado por um hospital, pois para eles não significa ter atingido um elevado nível de qualidade, mas apenas um nível satisfatório (www.icgzn.pt, acessado fevereiro 2004).

O Certificado de Acreditação é concedido pelos auditores do IQS, após avaliação dos hospitais, utilizando-se o Manual de Acreditação para hospitais. Este certificado tem validade de 03 anos. O IQS busca com essa periodicidade manter o carácter educativo da avaliação, bem como garantir a continuidade da qualidade do cuidado prestado (www.icgzn.pt, acessado fevereiro 2004).

O processo de acreditação possui uma grande simplicidade e facilidade de aplicação. Compõe-se de seis fases: apresentação dos padrões, auto-avaliação, preparação do serviço, revisão por pares (avaliação para acreditação), relatório final e certificado de acreditação (www.icgzn.pt, acessado fevereiro 2004).

No início do Programa de Acreditação utilizou-se o “*Accreditation UK – An organisational audit programme for acute, community, learning disabilities and mental health services*” como Manual utilizado pelo Programa de Acreditação de Portugal, posteriormente, procederam-se a sua tradução e validação para Portugal (Boletim IQS, 2002).

Essa validação foi realizada pelo Grupo Coordenador Nacional do IQS, pelos gestores dos hospitais do estudo piloto, participantes do processo de

acreditação, e por profissionais com competências técnicas em áreas específicas, como por exemplo, os Padrões relacionados à Saúde Mental. As modificações refletem, principalmente, aquelas voltadas à legislação aplicável à realidade do país e às exigências profissionais. As alterações foram submetidas à aprovação do KFHQS por razões de integridade e consistência do processo, uma vez que o mesmo é responsável pelo Manual (www.icgzn.pt, acessado fevereiro 2004).

O “Manual de Acreditação para Hospitais 2000”, é dividido em 05 secções, compostas por um conjunto de 55 padrões (Quadro 03). Para esse conjunto de padrões existem 1164 critérios de nível “A”, que se subdividem em critérios de nível “B” e “C”. Os critérios são itens de verificação que auxiliam na explicação do padrão e são de cumprimento não obrigatório para a obtenção da acreditação.

Passados três anos do lançamento do Programa de Acreditação, promoveu-se à análise do pontos positivos e negativos. Foram acreditados 03 dos 07 hospitais que participaram do piloto (Amadora-Sintra, Portalegre e Matosinhos), sendo concedida a acreditação definitiva a um deles e provisória aos demais, até maio de 2002. Mesmo com esse resultado, os demais são considerados pelo IQS, marcos históricos do processo de criação do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (Boletim IQS, 2002).

Por se tratar de um programa de melhoria contínua da qualidade organizacional das instituições hospitalares, com um importante enfoque nos componentes de estrutura e de processo, o IQS sentiu necessidade de medir o grau de satisfação dos pacientes e dos profissionais, no início do processo de acreditação para comparar com a satisfação após algum tempo de implementação do programa. Buscou também medir o impacto do processo de acreditação na cultura do hospital por meio da aplicação de um questionário (IMPACRED, não disponibilizado para consulta) especialmente desenhado para este processo. Entretanto não se encontraram informações publicadas sobre o resultado desta pesquisa.

Quadro 03 - Conteúdo do Manual de Acreditação de Hospitais 2000

<p>Secção 1 – Gestão Institucional</p> <p>Missão e objetivos Estrutura de gestão e administração Contratação de serviços Tecnologia e gestão de informação Recursos financeiros Recursos humanos Recursos humanos – saúde ocupacional Comunicação Gestão patrimonial Gestão de risco Gestão de risco – saúde e segurança Gestão de risco – segurança contra incêndios Gestão de risco – controle de infecção Gestão de risco – segurança Melhoria da Qualidade</p> <p>Secção 2 – Gestão dos recursos</p> <p>Filosofia e objetivos do serviço Gestão e pessoal Desenvolvimento e formação de pessoal Plano de ação e contratação de serviços Instalação e equipamento Melhoria da qualidade</p> <p>Secção 3 – Os direitos e as necessidades individuais do doente</p> <p>Os direitos do doente As necessidades individuais do doente Parceria com os doentes</p> <p>Secção 4 – O percurso do doente</p> <p>Referência, acesso e admissão Avaliação, planeamento, implementação e revisão do tratamento e cuidados Saída/alta de um serviço Conteúdo do processo clínico</p>	<p>Secção 5 – Serviços Específicos</p> <p>Serviço de urgência Serviço de hospital dia / cirurgia ambulatorial Secretariado / expediente (administração*) Serviço de restauração (manutenção*) Serviço de pediatria Serviço de imagiologia/radiologia Serviço de dietética (nutrição*) Gestão do processo clínico Serviço de limpeza Serviço de tratamento de roupa (lavandaria*) Biblioteca / Centro de documentação Serviço de física médica e engenharia biomédica Serviço médico Saúde mental – a programação da continuidade dos cuidados Saúde mental – a lei de saúde mental 36/98 Saúde mental – tratamento Saúde mental – gestão do risco clínico Saúde mental – saída do hospital Saúde mental – outros serviços especializados Serviço de obstetrícia Serviço de enfermagem Reinserção social (AVD / ajudas técnicas) Serviço do bloco operatório / serviço de anestesia Serviço de ambulatório Serviço de patologia Serviços farmacêuticos Serviços gerais Serviço de radioterapia Serviço de cuidados especiais Central de esterilização Serviço de telecomunicações e central telefônica Serviço de voluntários</p>
--	---

Fonte: Boletim IQS - Edição Especial - Maio 2002

(*) Livre tradução da autora

A Experiência Brasileira

Primórdios da Acreditação no Brasil - Em 1941, o então Ministério da Educação e Saúde cria a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) vinculada ao Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de coordenar, cooperar e orientar, em todos os níveis, estudos e soluções de problemas relacionados à atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento de instituições assistenciais de saúde, incentivando o desenvolvimento e a melhoria de instituições e serviços assistenciais. Em 1952 estabelecem-se os primeiros padrões para classificação de hospitais. Os padrões classificavam os hospitais em quatro classes (classe A, B, C e D), com requisitos específicos e exigências decrescentes. (Schiesari, 1999)

Antes da unificação em 1966, alguns dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) instituem "padrões" a serem cumpridos pelas instituições de saúde que desejassem prestar serviços a seus beneficiários, como apresentado no Quadro 04.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, aumenta o número de hospitais que prestam serviços aos beneficiários dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, o que motiva uma nova classificação hospitalar em 1968 - Tabela de Classificação de Hospitais – publicada pelo Departamento Nacional de Previdência Social (www.ona.org.br acessado março 2004).

Quadro 04 - Instrumentos de avaliação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP)

Ano	Instituto	Instrumento	Características (principais)
1961	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes – IAPC	Credenciamento de Hospitais para Convênio com o IAPC	Disponha 03 tópicos genéricos relacionados à planta, equipamentos e organização.
1962	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários – IAPI	Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do IAPI	Disponha 25 itens para os hospitais que desejassem prestar assistência cirúrgica a seus beneficiados

Fonte: Schiesari, LMC. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: Evolução Histórica e Referências Externas. São Paulo, 1999.

Com a necessidade de desenvolver documentos e instrumentos que dessem conta da avaliação e classificação dos hospitais, utiliza-se como princípio básico a padronização de critérios de avaliação com a sistematização das informações colhidas na época. O Relatório de Classificação Hospitalar conhecido RECLAR, criado em 1974 é o documento que guarda maior relação com os processos de avaliação de serviços de saúde atuais (Schiesari, 1999).

Segundo Schiesari (1999), a avaliação era feita pela aplicação do RECLAR, que constava de exigências e parâmetros instituídos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que tinha como finalidade o pagamento das internações hospitalares de acordo com a classe onde o hospital se enquadrava.

A avaliação proposta pelo RECLAR objetivava habilitar o hospital a oferecer leitos ou serviços ao INAMPS, e a classificá-lo a uma unidade de referência para pagamento do leito ou serviço a ser contratado. Embora a metodologia considere a qualidade, essa preocupação ainda era incipiente. A preocupação dos hospitais era ser credenciado pelo INAMPS, uma vez que se tinha garantido a venda e remuneração dos serviços (Schiesari, 1999).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196, define a saúde como direito de todos e dever do Estado, e garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 198 definiu-se que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, desta forma, os hospitais deixam de ser o centro do modelo assistencial, e passam a fazer parte de uma rede progressiva e integral de atenção à saúde, sob gestão estadual ou municipal (CFB, 1988).

Devido a esta nova posição do hospital na rede assistencial e aos movimentos gerenciais voltados para a qualidade, observou-se a necessidade e importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados à avaliação de serviços oferecidos à população.

Na década de 90 começam a surgir iniciativas voltadas para a busca e melhoria da qualidade da gestão, da assistência e da atenção à saúde. Esforços são empreendidos para definir instrumentos e metodologias para avaliar a qualidade dos serviços, hospitalares, no Brasil.

Em 1992, a OPAS em parceria com a Federação Latino Americana de Hospitais lança o Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe, como um esforço de melhorar a efetividade da assistência e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, objetivando contribuir para o alcance da equidade na prestação de serviços de saúde (Macedo, C.G. & Larroca, N., 1992)

Neste mesmo ano a OPAS promove no mês de abril, um primeiro seminário sobre acreditação, com a participação de entidades de classe nacionais (médicos e enfermeiros), provedores e compradores de serviços de saúde, e os órgãos com função reguladora (Ministério da Saúde, 1999).

Em 1986 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) institui uma Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais onde questões relativas à acreditação começam a ser discutidas e disseminadas (CBA, 2000).

Em 1994 realiza-se um seminário sobre a Acreditação de Hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde, organizado pelo CBC, Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que teve como resultado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) que tinha como objetivo analisar e implementar procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação por intermédio de cooperação técnica às instituições de saúde preocupadas com a melhoria contínua da qualidade (CBA, 2000).

Após a realização se uma oficina de trabalho, em 1997, promovida pela Fundação Cesgranrio em conjunto com a Academia Nacional de Medicina, o CBC e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (instituições componentes do PACQS) e com a participação de representantes da JCAHO foi constituído em 1998, o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde (CBA), que tem como missão contribuir com a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes nas instituições prestadoras de serviços de

saúde do país, por intermédio de um processo de acreditação (Temporão, J.G. et al, 2000).

A Associação Médica do Estado de São Paulo e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo criam em 1990 o “Controle da Qualidade Hospitalar” (CQH), programa de avaliação baseado no Prêmio de Qualidade Malcom Balridge dos Estados Unidos e nos padrões da JCAHO. Entretanto, o CQH optou em elaborar seus próprios padrões de acreditação (Santos, 2000)

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) foi lançado pelo governo federal e sinaliza a preocupação de que a administração pública precisa ser, não apenas eficaz, eficiente e inovadora no atendimento aos interesses dos cidadãos e no cumprimento de sua missão, mas deve estimular a cidadania e os valores éticos dos servidores públicos federais e da sociedade. O PBQP tem como princípios: Satisfação ao Cliente, Envolvimento de todos os Servidores, Gestão Participativa, Gerência de Processos, Valorização do Servidor Público, Constância de Propósitos, Melhoria Contínua e Não Aceitação do Erro (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997). Neste sentido, o Governo Federal desenvolve o Prêmio Qualidade Governo Federal (PQGF) que tinha como objetivo estimular as organizações públicas a implementarem programas de melhoria da qualidade e focava nos critérios de excelência do Prêmio Nacional de Qualidade: Liderança; Planejamento Estratégico; Foco no Cliente; Informação e Análise; Gestão de Pessoas; Gestão de Processos e Resultados da Organização (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000).

O Processo de acreditação hospitalar no Brasil origina-se em 1996 com a reorientação estratégica e a reestruturação do PBQP. Nesse processo a área da saúde foi incluída no subprograma de Qualidade de Vida que tinha como uma de suas estratégias a “Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde” (Ministério da Saúde, 2002).

O Programa Brasileiro de Acreditação surge no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995, que considerou a necessidade de se estabelecer medidas que contribuam para a melhoria das condições de saúde

da população e dos serviços a ela prestados, garantindo a qualidade e contemplando a organização do Sistema Único de Saúde de modo a permitir a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos.

Com base na política de incentivo à melhoria da qualidade da gestão e da assistência, em 1997 surgem várias iniciativas tais como: a realização de palestras de sensibilização dirigidas aos gestores das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e aos dirigentes e administradores hospitalares; a discussão de padrões e níveis de qualidade; e, a sistematização de mecanismos para garantir maior credibilidade ao processo de acreditação hospitalar.

A primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação surge após trabalho realizado em conjunto pelas Instituições que utilizavam a metodologia de avaliação de qualidade (acreditação) no Brasil localizadas no Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul (Ministério da Saúde, 1988). Este Manual foi desenvolvido a partir do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe, editado pela OPAS, e das experiências destas instituições. Buscou-se estabelecer padrões de avaliação voltados para a realidade brasileira, com base em consenso.

Criou-se nessa época, sob a coordenação do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde, um Grupo Executivo com o objetivo de implantar o Programa Brasileiro de Acreditação. Este grupo trabalhou com dados coletados em reuniões realizadas com os estados, levantamento de padrões de diversos Manuais, normas técnicas de instituições voltadas para a certificação de qualidade.

Sob a coordenação do Grupo Executivo, profissionais de cada uma das instituições que utilizavam a metodologia de avaliação da acreditação conduziram um teste piloto, do Manual de Acreditação em 17 instituições hospitalares localizadas nas cinco regiões brasileiras (Ministério da Saúde, 1998).

Com base na avaliação do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe da OPAS, representantes das instituições envolvidas

com acreditação no país e representantes do Ministério da Saúde, buscaram discutir e adequar os padrões do Manual à realidade brasileira.

Surge assim o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar que teve seu texto final aprovado em reunião com as Instituições acreditadoras e representantes da Secretaria de Políticas de Saúde e da Secretaria de Assistência à Saúde no Ministério da Saúde, em junho de 1998.

O Grupo Executivo convida entidades que representam os diversos segmentos da saúde para participar de um trabalho conjunto com vistas à implantação e estruturação de um Sistema Brasileiro de Acreditação.

Desde o início entidades representantes dos prestadores de serviços de saúde, dos compradores desses serviços e de instituições da área pública, concluíram que o gerenciamento de um sistema de acreditação deveria ser coordenado por organização de direito privado, que seria também responsável pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas sobre o processo de acreditação, de forma a garantir a continuidade do processo (Baptista, B.S.F., 1998).

Foi então sugerida a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), juridicamente constituída em agosto de 1999. Inicia-se então a implantação de normas técnicas e do código de ética; o credenciamento de instituições acreditadoras e o processo de qualificação e capacitação de avaliadores (Ministério da Saúde, 2000).

A experiência propriamente dita - Em 2001, foi instituído o Programa de Acreditação Hospitalar por meio da Portaria nº. 538 de 17 de abril de 2001, com o objetivo de implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros, por intermédio do estabelecimento de metas e da mobilização dos profissionais buscando garantir, assim, a melhoria da qualidade da atenção médica prestada aos clientes. Este programa é parte importante do esforço do governo federal para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. (Manual Brasileiro de Acreditação, 1999).

Essa mesma Portaria reconhece a ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil. Esse reconhecimento foi vinculado a um Convênio, com vigência de 48 meses, firmado entre o Ministério da Saúde e a ONA. Esse convênio visa a garantir que o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar ocorresse sob a ótica de política pública.

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com sede em Brasília, Distrito Federal, e atuação em todo o território nacional. É constituída por entidades de âmbito nacional, que têm afinidades com os princípios, ideais e finalidades do Processo de Acreditação. São membros fundadores e associados da ONA: Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada por Empresas (ABRASPE); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS); Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED DO BRASIL); Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Essas instituições fazem parte do Conselho de Administração da ONA que conta também com a participação do Ministério da Saúde, através de representante formalmente designado (Estatuto ONA, 1999).

A ONA define Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) como entidades jurídica e legalmente constituídas, nas quais se prestam serviços de assistência médica, de tipo hospitalar, hemoterápico, laboratório e patologia clínica, ambulatorial e pronto-atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria. (Estatuto ONA, 1999).

Há no estatuto da ONA, ainda, a definição de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (hospital) como entidade jurídica legalmente constituída, nos quais prestam serviços de assistência médica, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria. É importante lembrar dessa definição uma vez que a quarta versão do manual é denominada como Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. (Estatuto ONA, 1999).

As Instituições Acreditadoras – IAC, são entidades de direito privado, credenciadas pela ONA para desenvolverem o processo de avaliação das OPSS, tendo como atribuições avaliar a qualidade dos serviços de saúde, competindo a elas a certificação das OPSS e a capacitação dos avaliadores, sendo-lhes vedada a participação ativa e/ou criativa no desenvolvimento do sistema de assistência, gestão ou qualidade da OPSS, em caráter de consultoria ou assessoria. (Estatuto ONA, 1999).

Atualmente existem 06 IAC's credenciadas pela ONA, para procederem a atividades de capacitação e treinamento, diagnóstico organizacional e avaliação para a certificação: Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) localizado no Paraná; Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e, Germanischer Lloyd Certification South América (GLCSA) localizados em São Paulo; Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS) no estado do Rio Grande do Sul; e, Det Norske Veritas (DNV) com sede no Rio de Janeiro, (www.ona.org.br acessado março 2004). Foram credenciadas pela ONA, quando de sua criação, o Consórcio de Qualidade Hospitalar (CQH) no estado de São Paulo e o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) sediado no Rio de Janeiro, que não renovaram seu credenciamento.

A ONA e a ANVISA reconhecem o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, 4ª Edição, como o instrumento de avaliação da qualidade assistencial das organizações prestadoras de serviços hospitalares, sendo este utilizado como a referência nacional para ser utilizado pelas Instituições Acreditoras credenciadas pela ONA (ANVISA, 2004).

O Título “Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais” foi adotado nas três primeiras versões (1ª edição - 1998, 2ª edição - 1999 e 3ª edição - 2002), todos publicados e distribuídos pelo Ministério da Saúde. A quarta edição, desenvolvida em conjunto com a ANVISA por intermédio da Consulta Pública nº 9, de 07 de abril de 2003 sob o título “Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares” (ANVISA, 2004), será publicado para distribuição pela ONA. Até o mês vigente (março) o Manual está disponível, gratuitamente nas páginas da internet da ANVISA e da ONA.

O Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares avalia a organização de maneira sistêmica onde estruturas e processos se relacionam e interferem em todo o conjunto da organização e, conseqüentemente, no resultado final, sendo assim, no processo de avaliação e na lógica da acreditação não se avalia um setor ou departamento isoladamente. Essa avaliação considera 03 níveis de classificação, conforme demonstrado no Quadro 05, caso a organização não atenda à verificação integral da conformidade de todos os serviços da organização de saúde em determinado nível, será certificada considerando o menor nível alcançado.

Quadro 05 – Classificação utilizada pela ONA

Padrão	Atributo Geral	Princípios orientadores
Nível 1	Segurança (estrutura)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Habilitação do corpo funcional; ✦ Segurança para o paciente, atenção aos requisitos normativos e de estrutura para a organização segura da assistência; ✦ Estrutura básica (recursos) configurados, existentes e orientados em conformidade com uma execução consistente com a sua finalidade, complexidade ou missão.
Nível 2	Segurança (estrutura) + Organização (processos)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, disponíveis e atualizados; ✦ Evidências de introdução e utilização de uma lógica

		de melhoria de processos nos procedimentos médicos e assistenciais; <ul style="list-style-type: none"> ✦ Evidências de modelo organizacional e de processos orientados para a satisfação do cliente (paciente).
Nível 3	Segurança (estrutura) + Organização (processos) + Práticas de gestão e qualidade (resultados)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Evidências de ciclos de melhoria em todas as áreas, com impacto sistêmico na organização; ✦ Sistema de informação institucional, baseado em indicadores operacionais, econômicos e de qualidade, com comparações com referenciais externos e evidências estatísticas de melhoria nos resultados institucionais; ✦ Sistema de verificação da satisfação dos clientes (internos e externos), evidências objetivas do impacto do programa institucional de qualidade e produtividade.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2ª. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

A OPSS será certificada e receberá a qualificação de acordo como o nível em que esteja em conformidade com os padrões Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Existem 03 tipos de qualificação: Acreditada, Acreditada Pleno e Acreditada com Excelência (Quadro 06).

Quadro 06: Resumo das Qualificações

Qualificação	Nível	Validade do Certificado
Não Acreditado	Não atende aos padrões de acreditação. A não conformidade maior ou menor é especificada por determinados padrões.	Não recebe
Acreditada	Atende aos padrões do nível 1.	02 anos da data de homologação pela ONA.
Acreditada Pleno	Atende aos padrões do nível 2.	02 anos da data de homologação pela ONA.
Acreditada com Excelência	Atende aos padrões do nível 3.	03 anos da data de homologação pela ONA.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2ª. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Caso não esteja em conformidade com os padrões estabelecidos no Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

a OPSS poderá ser indicada a não conformidade maior ou não conformidade menor, de acordo com as Normas Orientadoras da ONA (1999), sendo qualificada como não acreditada.

Considerando as atividades da ONA entre os anos de 2000 a 2004 apresenta-se o panorama apresentado no Quadro 07.

Quadro 07: Panorama atual da ONA

Certificados Válidos	30
Organizações de Saúde Acreditadas	20
Organizações de Saúde Acreditadas Pleno	09
Organizações de Saúde Acreditadas com Excelência	01
Organizações de Saúde que não Autorizaram Divulgação	01
Instituições Acreditadoras (conveniada ONA)	06

Fonte: www.ona.org.br acessado março 2004

Cronologia da Acreditação no Brasil – Documentos Oficiais do Ministério da Saúde

- 1992** - Publicado o Manual para Acreditação de Hospitais na América Latina e no Caribe por intermédio de parceria entre a Federação Latino-Americana de Hospitais – FLH, e a Organização Panamericana de Saúde – OPAS/OMS, em atuação conjunta com a Federação Brasileira de Hospitais, dentro do Programa de Garantia de Qualidade.
- 1995** – **Portaria nº 1.107, de 14 de junho** - Cria o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.
- 1998** – Assinado no dia 15/12 o Protocolo de Intenções celebrado entre o Ministério da Saúde e as entidades prestadoras e receptoras de Serviços de Saúde, e tem por objeto o desenvolvimento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços hospitalares – acreditação hospitalar – permitindo o aprimoramento contínuo da atenção hospitalar, de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde de nossos cidadãos em todos os hospitais do País, bem como a criação de um Órgão Nacional de Acreditação.
- 1999** - Publicada a 2ª Edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
- 2000** – **Portaria nº 397, de 12 abril** - A Coordenação das atividades do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde – Acreditação Hospitalar é transferida da Secretária de Políticas de Saúde – SPS – para a Secretária de Assistência à Saúde – SAS – entre outras coordenações de áreas técnicas.
- 2001** - **Portaria nº 538 de 17 abril** - Reconhece a Organização Nacional de Acreditação – ONA, este vinculado a Convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a ONA que visa a garantir que o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar ocorra sob a ótica de política pública. Convênio assinado por 48 meses a partir da data de sua assinatura.

07 e 08 de novembro – Resumo Executivo da 110ª Reunião Ordinária do CNS - Apresentação das atividades do Sistema Brasileiro de Acreditação, o estágio atual do Sistema Brasileiro de Acreditação, sua perspectiva metodológica e operacional. Destacou pontos referentes ao histórico, fundamentação metodológica, ONA, Sistema Brasileiro de Acreditação, metodologia do Sistema, resultados possíveis das unidades avaliadas e a situação após criação da ONA.

Portaria nº 1.970, de 25 de outubro - Aprova a 3ª edição do Manual de Acreditação Hospitalar e o torna obrigatório no desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, delegando a SAS competência para avaliar, aprovar e promover toda e qualquer alteração julgada pertinente no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

2002 - Resolução – RE nº 921, de 29 de maio - A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil.

2003 - Consulta Pública nº 9, de 7 de abril - Consulta publicada pela ANVISA com prazo de 30 dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta do Manual de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.

17 abril – Término do Convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a ONA.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 75, de 07 de abril – A ANVISA aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia, 1ª edição.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 245, de 15 de setembro – A ANVISA aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico.

2004 - Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro – A ANVISA aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações

Prestadoras de Serviços de Nefrologia e de Terapia Renal Substitutiva,
1ª edição.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 12, de 26 de janeiro – A
ANVISA aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Serviços
Hospitalares, 4ª edição.

Quadro 8: Resumo das Experiências com Acreditação Hospitalar

Características	JCAHO	CCHSA	IQS	Brasil
Ano de criação	1951	1959	1999	1999 – constituição 2001 – reconhecimento pelo Ministério da Saúde.
Natureza Jurídica	Entidade privada sem fins lucrativos	Organização governamental, sem fins lucrativos, nacional e independente.	Serviço do Ministério da Saúde, dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, hierarquicamente dependente do diretor-geral da saúde.	Organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo.
Objetivo da Instituição	Aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde prestados ao público em hospitais	Ajudar instituições prestadoras de serviços de saúde, no território canadense e no mundo, avaliando-as e ajudando-as a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e da atenção/assistência prestada, promovendo a excelência da atenção à saúde e o uso eficaz dos recursos, a fim de melhorar a prestação de serviços de saúde.	Definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados a saúde.	Coordenar a implantação e implementação de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde.
Serviços Avaliados	No início só serviços hospitalares, atualmente diversos serviços de saúde.	No início só serviços hospitalares, atualmente diversos serviços de saúde.	Serviços hospitalares e alguns serviços de saúde	Serviços hospitalares no início e alguns serviços de saúde

Características	JCAHO	CCHSA	IQS	Brasil
Características da avaliação	Baseado em padrões e em sistemas de acompanhamento	Baseado em padrões e na troca nacional de conhecimento, utilizando-se das práticas de benchmarking, assegurando serviços de saúde com qualidade que refletem na melhoria da saúde das populações	Baseado em padrões reunidos no Manual de Acreditação.	Baseado em padrões reunidos no Manual de Acreditação.
Equipe Avaliação	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional
Acompanhamento	Conselhos de especialistas.	Assessoria de profissionais de saúde reconhecidos e com representatividade de todo país	Conselho consultivo e Profissionais especialistas.	Entidades representantes dos prestadores de serviços de saúde, dos compradores desses serviços e de instituições da área pública
Apoio Governo Federal	<ul style="list-style-type: none"> ✦ pré-requisito para participação dos hospitais nos programas sociais (<i>Medicare</i> e <i>Medical</i>) ✦ exigência para credenciar e contratar serviços de <i>home care</i> e centros de cirurgia ambulatorial ✦ contratação de serviços de laboratório 	Sistema nacional de avaliação da qualidade que tem caráter voluntário, construído coletivamente entre as instituições de profissões com o apoio do governo canadense	A avaliação é realizada por um órgão do Governo Federal.	Reconhecimento do Certificado pelo Ministério da Saúde
Mercado	JCAHO domina o mercado de acreditação hospitalar nos Estados Unidos		Realiza as avaliações por intermédio de seus auditores.	Mercado dividido com outras instituições acreditadoras não credenciadas

Enfoque do Processo	Melhoria contínua da qualidade do atendimento e da gerência administrativa e no acompanhamento dos resultados.	Melhoria contínua da qualidade do atendimento e nos resultados.		Dividido de acordo com o nível de avaliação.
Revisões nos padrões	1964 - revê padrões de acreditação de hospitais e cria padrões para avaliação de outras organizações que prestam serviços de saúde 1970 - elaborados a partir do critério do melhor desempenho possível	1990 – agrega-se o enfoque dos resultados aos de estrutura e processo.		2004 – revisão promovida pela ANVISA, por intermédio de consulta pública.
Período de (re) avaliação	02 anos		03 anos	Varia de 02 a 03 anos conforme a qualificação.
Aspectos relevantes	Programas de educação e informação nos serviços de saúde Importância na qualidade do cuidado prestado e do bem-estar ao paciente, Canais de comunicação, Boas relações com os compradores (governo, seguros e pacientes) e reguladores dos serviços de saúde!	Aspecto educativo	Caráter educativo da avaliação; Garantir a continuidade da qualidade do cuidado prestado	

Características	JCAHO	CCHSA	IQS	Brasil
Indicadores de acompanhamento	ORYX - objetivo integrar o uso de indicadores de desempenho e outros métodos de mensuração ao processo de acreditação baseado na conformidade a padrões	AIM - baseado no uso de indicadores de desempenho que tem por objetivo acompanhar a qualidade dos hospitais já acreditados e enfatizar a mensuração do desempenho como uma de suas bases de discussão nos momentos de reavaliação dos serviços		
	<ul style="list-style-type: none"> ✦ “medidas centrais” [<i>core measures</i>] - agrupadas em quatro condições de saúde ✦ política de evento sentinela 			
Base do Manual	Enfatiza os conceitos de melhoria focados no cuidado do paciente e nas funções da organização que visam a segurança para a prestação do cuidado, tanto para o paciente como para o cuidador.	Enfatiza a atenção ao paciente (humanização), buscando valorizar as funções da organização que visam a segurança para a prestação do cuidado, tanto para o paciente como para o cuidador e os resultados apresentados.		
Avaliação Internacional	<i>Joint Commission International (JCI)</i>	CCHSA	Não realiza	Não realiza
Característica dos padrões	Relacionados à prática clínica e à humanização	Centrados no cliente		Indicadores são divididos em 03 níveis (estrutura, processo e resultado)

Considerações Finais

O uso da Acreditação como método de avaliação da qualidade dos serviços de saúde demonstra preocupação com a busca pela excelência nestes serviços de saúde e com o cuidado ao paciente, conforme destacado no relatório da OMS do ano de 2000 (Shaw,2001). Cada vez mais países mostram-se interessados em adaptar o método para aplicação à realidade do seu sistema de saúde. Segundo Shaw (2001) desde 1990 o número de programas de acreditação tem dobrado a cada 05 anos.

A acreditação é um método de avaliação de forte apelo social, pois demonstra preocupação com a qualidade do cuidado, centra-se no paciente sem abandonar os profissionais e o ambiente; tem um apelo econômico, pois a tendência mundial é de os financiadores e usuários aumentarem suas exigências pela qualidade; e tem um grande potencial político-social buscando garantir a qualidade do cuidado da atenção e do bem-estar do cidadão.

Para fortalecer o SUS o Brasil precisa implementar uma rede de serviços estruturada, comprometida, capacitada e produtiva, com sistemas e processos eficientes que melhorem o desempenho, reduzam gastos e eliminem o desperdício, neste sentido a acreditação como processo de avaliação e certificação torna-se valiosa por ser um método de consenso, racionalização e ordenação, e principalmente de educação permanente. A Acreditação estimula a prática do planejamento, da avaliação e do controle, contribuindo com um processo sistemático de melhoria contínua, incentivando os hospitais a atingirem padrões de qualidade definidos nos Manuais de Acreditação, influenciando na qualificação da gestão tornando-a mais eficiente, comprometida e criativa nas tomadas de decisão, bem como promovendo a elevação do nível de satisfação do usuário e a qualidade do cuidado a este prestado.

O número de hospitais que tiveram a sua qualidade avaliada pelo método de acreditação no Brasil, utilizando o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, portanto reconhecidos como Acreditados pela ONA, ainda é pouco significativo, considerando o universo de hospitais existentes no Brasil.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde apresenta 5.887 estabelecimentos assistenciais de saúde cadastrados como hospitais. Pela definição da OPAS/OMS hospital “são todos estabelecimentos com pelo menos 05 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico, tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviço de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para rápida observação e acompanhamento dos casos”.

O Ministério da Saúde como responsável pela formulação de políticas globais de saúde que visam a garantia de um padrão básico de qualidade na atenção à saúde, deveria resgatar o Programa Brasileiro de Acreditação como instrumento de avaliação da qualidade da atenção e do cuidado prestado pelos diversos tipos de organizações prestadoras de serviços de saúde, principalmente as organizações prestadoras de serviços hospitalares, uma vez que a acreditação considera a avaliação sistêmica induzindo a um ciclo de melhoria da qualidade da assistência, motivando a integração entre os diversos setores e equipes do hospital, humanizando a assistência hospitalar, o ambiente e as relações de trabalho, aumentando o grau de confiança nas relações entre pacientes, profissionais e ambientes hospitalares, oferecendo, assim, maior segurança aos pacientes e profissionais.

Os padrões de acreditação baseados no melhor desempenho possível, como é o caso dos padrões da JCAHO ou do mais simples para o mais complexo, como no Manual da ONA, tendem a focar menos nas estruturas e mais nos processos, no sentido de otimizar os benefícios da avaliação na melhoria do cuidado do paciente.

Atualmente, os processos de acreditação da JCAHO e do CCHSA são baseados em padrões de acreditação centrados no paciente. A incorporação de indicadores de desempenho ao processo de acreditação baseado na conformidade com padrões de acreditação pela JCAHO e pela CCHSA demonstram a preocupação destas instituições em tornar o processo de

acreditação mais dinâmico, efetivo e seguro, tanto para os pacientes quanto para os profissionais dos hospitais. Com base no monitoramento do desempenho busca-se mais uma estratégia para alimentar de maneira efetiva os processos de melhoria contínua da qualidade da atenção e buscar que os erros identificados tenham suas causas identificadas e corrigidas em curto espaço de tempo.

Os indicadores de desempenho estão em permanente desenvolvimento e são analisados e utilizados nas revisões dos padrões e dos Manuais de Acreditação desses países.

O Programa Brasileiro de Acreditação deve buscar se apropriar da idéia de acompanhamento do desempenho utilizando, no início, a experiência com os programas de monitoramento que já em curso no país como no Projeto de Hospitais Sentinela, desenvolvido pela ANVISA, e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalar (PNASH), que apresenta uma série de indicadores para acompanhamento e avaliação dos serviços hospitalares. Este último está atualmente em fase de avaliação e reformulação para atender às novas demandas do Ministério da Saúde.

A idéia de revisão periódica dos padrões de acreditação vem desde a edição do segundo Manual Brasileiro de Acreditação, quando se decidiu manter padrões menos exigentes para que os hospitais brasileiros pudessem buscar e obter o certificado de acreditação. O argumento de base foi que com o tempo esses padrões tornar-se-iam mais exigentes na medida em que aumentasse o número de hospitais avaliados e acreditados, considerando a realidade do país sem deixar de preocupar-se, é claro, com a melhoria da qualidade da assistência e da atenção prestada aos pacientes.

O processo de Acreditação em Portugal ainda é recente, mas mesmo com poucos hospitais certificados é de suma importância o papel que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e estimulando a consolidação de uma Política de Acreditação que busca qualificar a saúde de Portugal. Shaw (2001) apresenta no Editorial *Evaluating accreditation* que o modelo de acreditação voluntário e independente vem sendo adaptado e conduzido pelo governo, maior responsável pela formulação e condução das políticas públicas.

Sugere-se que seja avaliada a oportunidade da criação de uma fundação pública ou de uma autarquia, com finalidades e responsabilidades bem claras e com financiamento do Ministério da Saúde estabelecido por contrato de gestão. Como exemplo, destaca-se Portugal onde o Instituto de Qualidade em Saúde é vinculado ao Ministério da Saúde daquele país. Outra alternativa seria que o Ministério da Saúde (re)avaliasse a sua relação com a ONA, podendo vir a propor instrumentos de regulação para que se tenha maneiras formalizadas de acompanhar e avaliar o Programa Brasileiro de Acreditação, que mantido na lógica atual, de responsabilidade de entidade não governamental, deveria formalizar contrato com definição de metas e com atribuições das partes envolvidas claramente definidas.

Quanto aos avaliadores, pode-se ter como parâmetro o modelo do Canadá, onde o avaliador (especialista reconhecido pelo país) não tem vínculo com a CCHSA, ou seja, não recebe salário, mas é remunerado de acordo com a quantidade de dias trabalhados. No caso de Portugal os avaliadores são denominados auditores e são funcionários contratados e capacitados em curso de especialização realizado pelo IQS que é quem certifica os serviços de saúde do país.

A realização de um estudo situacional sobre acreditação (situação atual, avanços e soluções de melhoria) seria de grande valia para a definição de uma política nacional de Acreditação de Serviços de Saúde e para o planejamento de novas estratégias de disseminação e capacitação.

O Ministério da Saúde por intermédio da 2ª edição do Manual de Acreditação apresenta como meta que nenhum hospital do país deve estar classificado abaixo do nível 1, dentro de um determinado período de tempo, (Ministério da Saúde, 1999), objetivando uma garantia mínima de qualidade e segurança na atenção ao paciente e na gestão dos recursos. Poderia-se retomar essa idéia estabelecendo-se um prazo razoável, para que essa meta fosse atingida. Para viabilizar a realização desta meta, o Ministério da Saúde poderia estabelecer como critério de priorização o certificado de acreditação para contratação de serviços de prestadores privados. Dessa forma, o

Ministério estará contratando um serviço de qualidade e induzindo a outras organizações prestadoras a buscarem a melhoria da qualidade.

O CCHSA desenvolve atividades que justificam o seu objetivo de ajudar instituições que prestam serviço de saúde a melhorar a qualidade dos serviços, chama atenção os Grupos de Foco, que se assemelham ao conceito de controle social estimulado e apresentado como eixo norteador das políticas do Ministério da Saúde para este governo e, o benchmarking como instrumento de comparação de resultado e, conseqüentemente, troca de conhecimentos e experiências.

No caso do Grupo de Foco o Programa de Brasileiro de Acreditação pode se “apropriar” da idéia de Conselho Gestor que começa a ganhar destaque, principalmente nos hospitais que se classificam como Organização Social. Esses Conselhos tem entre seus membros representantes de profissionais do hospital e de usuários, e são de suma importância na condução e manutenção “financeira” da instituição, podendo vir a desenvolver um papel importante nos hospitais que optem por ser acreditados, exercendo a função de controle social neste processo.

O Brasil já encontrou formas criativas de disseminar, “ensinar” e motivar experiências exitosas nas áreas de gestão e da assistência entre hospitais do nosso país. Entre o ano de 2000 e 2002 o Ministério da Saúde manteve o Programa Centros Colaboradores para Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar, onde hospitais reconhecidos como de excelência pelo Ministério da Saúde foram selecionados para “ensinar” por intermédio de assessoria, outros hospitais, utilizando-se assim da ferramenta de *benchmarking* para disseminar práticas que obtiveram bons resultados nas diversas áreas do hospital e fora dele como, por exemplo, relação com o gestor e com a comunidade.

Utilizando-se dessa mesma experiência poder-se-ia incentivar os hospitais ainda não acreditados a buscar ajuda com aqueles que já passaram pelo processo de avaliação e foram acreditados, uma vez que as dificuldades e resultados podem servir de estímulo e conseqüentemente induzir a cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Ministério da Saúde deve buscar uma maneira de viabilizar a utilização desse método de avaliação, acreditação, incentivando a atualização científica, a isenção e a seriedade dos processos de avaliação que busquem a melhoria contínua da qualidade da atenção prestada aos pacientes e usuários dos serviços hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Medicina. Acreditação de Hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde - Anais da Academia Nacional de Medicina – vol.154 nº 4 (out-dez) 1994 – p 185 a 213.

BAPTISTA, B.S.F. O processo de acreditação de hospitais no Brasil. Brasília Médica 1998; 35 (3/4): 99-102.

Brasil. Acreditação de Organizações de Saúde: a importância dos médicos na segurança da assistência aos consumidores. RAS vol. 3, nº 11 (abr – jun, 2001).

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. 13a ed. Brasília. Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000. 372p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Inovação gerencial em serviços de públicos de saúde e cidadania. elaborado por MENDES, V.L.P.S. - Brasília. Ministério da Saúde, 2002, 80 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: 1ª. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 159 p

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias. Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar - Brasília. Ministério da Saúde, 2002, 80 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão 1998/2001. 2ª. ed. revista e modificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 120 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil 1998/2002. revista e modificada. Brasília. Ministério da Saúde, 2002, 280 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: 3ª. ed.ver.e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 107 p

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: 2ª. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 159 p

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 115, p.884, 19 de junho de 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.970, de 25 de outubro de 2001 – Diário Oficial da União, seção 1, nº206, p.93, 26 de outubro de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 356, de 20 de fevereiro de 2002 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 36, p.54, 22 de fevereiro de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 397, de 12 de abril de 2000 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 73-E, p.17, 14 de abril de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001 – Diário Oficial da União, seção 1, nº76-E, p.12, 19 de abril de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SE/MS nº 175, de 23 de outubro de 2001 – Diário Oficial da União, seção 2, nº207, p.24, 29 de outubro de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Vocabulário da Saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão. elaborado por MARTINS, J.D. - Brasília. Ministério da Saúde, 2002, 98 p.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Resolução nº 5, de 10 de dezembro de 2003 – Diário Oficial da União, seção 1, p.77, fevereiro de 2004.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Programa Qualidade no Serviço Público. Prêmio Qualidade do Governo Federal. Instrumento de Avaliação da Gestão Pública. Ciclo 2000 - Brasília. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 104 p.

Conselho Federal de Medicina – www.cfm.org.br

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Manual de padrões de acreditação hospitalar / Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ; O Consórcio, 2000. 246 p

Consórcio Brasileiro de Acreditação: www.cbacred.org.br

CONTRADIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J., PINEAULT, R. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos, in HARTZ, Z.M., A. Avaliação em Saúde: dos modelos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 1997, pág 29 a pág 49.

Instituto da Qualidade em Saúde. Boletim IQS. Edição Especial. Portugal. Maio 2002.

Joint Commission International Accreditation – Standards for Hospital – Draft – 1998.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare: www.jcaho.com

JURAN, J.M. Juran Planejando para a qualidade. São Paulo. Pioneira, 1990. p.367.

La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y Caribe.
Washington, D.C.: OPS, 2001

MCGREEVEY, C. Regulatory Agencies and the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations in mimeo 1997.

NORONHA, J.C. Qualidade nos Serviços de Saúde, in mimeo.

NORONHA, J.C. & PEREIRA, T.R. Health Care Reform and Quality Initiatives in Brasil. Jt Comm Journal on Quality Improvement 24: 251-263, 1998.

NORONHA, J.C. TRAVASSOS, C.M. ROSA, M.L.G. Quality Improvement Initiatives in Brasil: A progress report. Journal on Quality Improvement, 25: 565 – 573, 1999.

NORONHA, J.C. TRAVASSOS, C.M. ROSA, M.L.G. TEMPORÃO, J.G. Iniciativas em qualidade no Brasil. Ensaio, Rio de Janeiro, v. 8, n. especial, p. 61-72, jun. 2000.

NOVAES H.M. & BUENO H. Acreditação de hospitais no Brasil. Brasília Médica 1998; 35 (3/4): 93-98.

NOVAES H.M. & PAGANINI J.M. Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Federação Brasileira de Hospitais, série Silos, nº 13, 1992.

NOVAES H.M. Experiência em Acreditação na América Latina. Ensaio, Rio de Janeiro, v. 8, n. especial, p. 31-42, 2000.

Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Nova Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1999.

Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Pelotas: Educat, 2001. 200 p

Organização Nacional de Acreditação: www.ona.org.br

PEREIRA M.G., Acreditação de hospitais: aspectos conceituais e históricos. Brasília Médica 1998; 35 (3/4): 103-106.

PICKERING, E. Novos Métodos na Acreditação de Hospitais in Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde / Federação Brasileira de Hospitais, série Silos, nº 13, 1992.

QUINTO NETO, A. Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

ROONEY, A.L. & van OSTENBERG, P.R. Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to health care quality. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project, 1999.

SCHIESARI, L.M.C. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas: São Paulo; s.n; 1999. 162 p. tab

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

SHAW, C.D., Evaluating accreditation. International Journal for Quality in Health Care 2003. Vol. 15, nº6. pp. 455-456.

SKETRIS, I. Health Service Accreditation – An International Overview. Kiing's Fund Centre. October, 1988. 63p.

TEMPORÃO, J.G., ROSA, M.L.G., MAGLUTA, C., BERENGER, M. O consórcio brasileiro de acreditação de serviços e sistemas de saúde (CBA): origens e experiência atual. Ensaio, Rio de Janeiro, v. 8, n. especial, p. 73-98, jun. 2000.