

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS  
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO  
PÚBLICA EM SAÚDE - EaD**

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM  
TEÓRICA**

**ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO**

**Aline Aparecida Canizares**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil  
2012**

# **ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM TEÓRICA**

**por**

**Aline Aparecida Canizares**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>o</sup>. Ms<sup>o</sup>. David Lorenzi Junior**  
**Co-Orientador: Prof<sup>o</sup>. Ms<sup>o</sup>. Luciane Dittgen Miritz**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**  
**2012**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Educação Superior Norte - RS  
Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde -  
EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Artigo de Especialização

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM TEÓRICA**

elaborado por  
**Aline Aparecida Canizares**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**David Lorenzi Júnior, Msc.**

**Luciane Dittgen Miritz, Msc.**

**Fernanda Sarturi, Msc.**

**Palmeira das Missões, 18 de dezembro de 2012.**

## **RESUMO**

Artigo de Especialização  
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organizações Pública em  
Saúde – EaD  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM TEÓRICA**

**Autora:** Aline Aparecida Canizares

**Orientador:** Prof. Msc. David Lorenzi Junior

**Co-orientadora:** Prof. Msc. Luciane Dittgen Miritz

Data e Local de Defesa: Palmeira as Missões, RS 18 de Dezembro de 2012.

O presente artigo aborda o tema Acreditação Hospitalar, configurando-se através de uma abordagem teórica, cuja elaboração foi baseada no Manual de Acreditação Hospitalar Brasileiro 3ª edição e em uma seleção de artigos sobre o assunto. Tem por objetivo apresentar o método de Acreditação Hospitalar para ser apreciado, demonstrando a sua técnica, vantagens e dificuldades. Conforme a Portaria 1970/2001, tal método representa o “consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos”. Trata-se de uma reflexão teórica independente do método de pesquisa utilizado. Considera-se que Acreditação Hospitalar seja um método ainda pouco explorado na literatura. No entanto, um maior interesse dos estudiosos nesta área poderá representar um avanço no desenvolvimento de pesquisas e acelerar o processo de sua consolidação no país.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar; pesquisa; processo; consolidação.

Artigo de Especialização  
Curso de Pós-Graduação Latu Sensu em Gestão de Organizações Pública em  
Saúde – EaD  
Universidade Federal de Santa Maria

## HOSPITAL ACCREDITATION THROUGH A THEORETICAL APPROACH

**Autora:** Aline Aparecida Canizares

**Orientador:** Prof. Msc. David Lorenzi Junior

**Co-orientadora:** Prof. Msc. Luciane Dittgen Miritz

Data e Local de Defesa: Palmeira as Missões, RS 18 de Dezembro de 2012.

This paper discusses Hospital Accreditation through a theoretical approach, whose development was based on the content of *Manual de Acreditação Hospitalar Brasileiro 3ª edição* (Brazilian Hospital Accreditation Manual 3<sup>rd</sup> edition) and on a selection of articles about this subject. It also aims to present the Hospital Accreditation method to be appreciated, demonstrating its techniques, advantages and difficulties. According to Brazilian Ordinance 1970/2001, Hospital Accreditation represents "consensus, rationalization and ordering for hospitals and especially for permanent education of health workers and it is expressed by evaluating institutional, voluntary, periodic and reserved resources, which tends to ensure quality for care procedures through previously established standards". This is a theoretical reflection regardless the research method. Hospital Accreditation is still considered little explored in literature. However, greater interest of scholars in this area may represent a breakthrough in researches development and may accelerate the process of its consolidation in Brazil.

**Keywords:** Hospital Accreditation; research; method; consolidation.

## 1 INTRODUÇÃO

As constantes mudanças no cenário mundial têm pressionado as organizações de todas as áreas a se adequarem as novas exigências, para manterem-se competitivas no mercado internacional.

No campo da saúde o ganho competitivo é caracterizado pela alta qualidade em prestação de serviços, que surge como resultado de mudança estratégica que garanta melhores desempenhos, considerando a complexidade dos processos hospitalares, e transmita confiança aos pacientes.

É a partir deste contexto que o método da Acreditação Hospitalar é apresentado, pois de acordo com o dicionário Michaelis, acreditar significa: “crer, dar crédito, ter como verdadeiro,...., ter confiança,...”

De acordo com a Portaria nº 1970/2001, regulamentadora do Programa Brasileiro de Acreditação, o processo de acreditação hospitalar gira em torno de ser um “método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos;...”

Nos Estados Unidos A “cultura” de Acreditação Hospitalar começou a ser construída em 1924, e influenciou grandes melhorias na qualificação hospitalar que proporcionaram diferencial competitivo para as organizações certificadas e os principais beneficiados com essas melhorias foram os pacientes que conquistaram direito de escolha. No Brasil essa “cultura” ainda é incipiente, de acordo com dados do Hospital Virvi Ramos, nos estado do Rio Grande do Sul, dos 326 hospitais apenas 4 são certificados pela Organização Nacional de Acreditação, a partir disto justifica-se o desenvolvimento desde artigo, com o intuito de ampliar e fortalecer a cultura de Acreditação no nosso país.

Este artigo justifica-se pelas inúmeras vantagens que a melhoria em qualidade nos processos hospitalares pode proporcionar a população brasileira. Seu objetivo geral é divulgar o método de Acreditação Hospitalar, para que seja do conhecimento de um maior número de pessoas, aumentando o interesse dos

estudiosos em pesquisar e difundir o tema, consolidando esta ferramenta como indispensável na busca pela qualificação dos serviços hospitalares.

## **2 Metodologia**

O presente artigo trata-se de uma reflexão teórica sobre Acreditação Hospitalar, método de consenso, que visa avaliar os recursos institucionais existentes, para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos. Pontua-se que para tal foram utilizados o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e artigos científicos publicados em periódicos nacionais, independente do método de pesquisa utilizado.

## **3 Reflexão Teórica**

As praticas de qualidade total surgiram nas empresas japonesas e hoje representam condição *sine qua non* na classe mundial para obter melhores índices de eficiência e competitividade, proporcionando maior adaptabilidade as constantes mudanças.

De acordo com Leal e Silva (2000) mudança organizacional trata-se de uma transformação de um sistema em ação, na qual são alteradas as relações entre os participantes de uma organização, bem como seu mecanismo de regulação, para que aconteça este processo, toda a organização deve trabalhar em consonância, todos os envolvidos devem se interar do novo processo de forma gradativa para que consigam entender, acompanhar e entender os resultados.

Segundo Azevedo (2002), as principais mudanças estratégicas no campo da saúde nos últimos anos foram resultado da melhoria da qualidade, provocada pela pressão exercida por clientes mais exigentes e pelas determinações do Ministério da Saúde, quanto aos padrões de desempenho destas instituições, baseados em treinamento e capacitação dos funcionários, formação da cultura hospitalar, integração das atividades da organização, foco na vida humana.

A crescente busca dos hospitais por demonstrativos de bons resultados em serviços, impulsionou a implantação de programas de qualidade que resultaram em novas maneiras de gerenciar processos, sendo uma delas a Acreditação Hospitalar, que prima pela confiança nos procedimentos e garante a fiscalização dos serviços prestados a comunidade.

Considerando o artigo “História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação” de Feldman (2011), a ideia de avaliar a qualidade na área da saúde começou em 1924 quando foi fundado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), este definiu três padrões para garantir a qualidade de assistência aos pacientes: a organização do corpo médico; preenchimento do prontuário; e existência de recursos diagnósticos e terapêuticos; porém não consideravam o dimensionamento da equipe de enfermagem, a necessidade da assistência 24 horas, a avaliação dos resultados com o paciente, nem estrutura física do hospital.

Com a grande demanda gerada por especialidades médicas após a Segunda Guerra Mundial, além da elevação dos custos, sofisticação e complexidade das assistências médicas, e aumento do número de instituições, o CAC formou parcerias com outras associações dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária, e a união deste grupo deu origem em 1951 a uma Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que a partir de 1952 delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, empresa de natureza privada que procurou introduzir a “cultura de qualidade” em âmbito nacional, enfatizando os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar, além de sua utilização como diferencial competitivo na disputa entre instituições hospitalares (FELDMAN, et al, 2011).

As mudanças foram tão expressivas que na década de 60 a maioria dos hospitais já havia atingido os padrões mínimos preconizados e então, em 1970 a *Join* buscou modificar o nível de exigência, e publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, contendo padrões ótimos de excelência e contemplando processos e resultados da assistência. Atualmente a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), privilegia a ênfase na assistência clínica, o desempenho institucional e o papel da educação com monitoramento. A mensuração de resultados passou a ser expressa em 4 níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação condicional.

Ainda de acordo com Feldman (2011), o primeiro estudo feito com propósito de melhorar a qualidade na organização dos hospitais no Brasil, pode ter sido realizado por Odacir Pedroso em 1935, ao elaborar uma ficha de Inquérito Hospitalar



destinado a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, substituído pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto.

O 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões em São Paulo no ano de 1951, estabeleceu os primeiros padrões mínimos para o Centro Cirúrgico. Já em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários já possuía padrões em seu Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR) para três áreas: planta física, equipamentos, organização, recebeu críticas, pois não contemplava recursos humanos, produção, produtividade e resultados.

O Ministério da Saúde, na década de 70, desenvolveu o tema “Qualidade e Avaliação Hospitalar”, publicando normas e portarias para regulamentar essa atividade, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que somente a partir de 1989 a Acreditação passou a representar um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina.

Com o intuito de promover a cultura de Acreditação, no ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade, estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), exercendo importante papel na elaboração de diretrizes do programa e na sua disseminação.

O Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em novembro de 1998, numa iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes. E em agosto de 1990 foi constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras, sendo que estas são as responsáveis por avaliar a qualidade dos serviços de saúde, certificar as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde acreditadas, e capacitar os avaliadores para o processo de avaliação (QUINTO NETO e GASTAL,1997, QUINTO NETO, 2000 *apud* ANTUNES; RIBEIRO, 2005, p.5).

O Sistema Nacional de Acreditação é composto por um conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de Acreditação no Brasil, consiste em um sistema independente, privado, constituído de forma representativa por todos os atores que compõem os diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, com a sociedade civil e com o Ministério da Saúde (ONA, 2000 *apud* ANTUNES e RIBEIRO, 2005, p.6).

De acordo com o Manual de Acreditação, o sistema hospitalar é extremamente complexo, estruturas e processos são interligados de tal forma, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, por isso não podendo ser analisado separadamente.

Desta complexidade surge a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros independente de seu porte, complexidade e vinculação institucional.

Os princípios gerais do processo de acreditação hospitalar giram em torno de ser um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecido; (Portaria nº 1970/ GM, 25/10/2001).

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 1970 de 25 de outubro de 2001, que reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA), como instituição competente e autorizada a operacionalizar seu desenvolvimento.

As diretrizes que permeiam o Processo de Acreditação de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação são: inscrição no processo de avaliação e contratação da instituição acreditadora; avaliador, avaliador –líder e equipe de avaliadores; preparação da avaliação; término do processo de avaliação.

- Inscrição no processo de avaliação e contratação da Instituição Acreditadora

Inicia com o despertar do interesse da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em ser avaliada pela Instituição Acreditadora, esta coleta as informações necessárias daquela e formula a proposta e a encaminha a Organização Prestadora de Serviços de Saúde que as analisa.

Após a análise a Organização Prestadora de Serviço de Saúde seleciona uma Instituição Acreditadora, que envia um questionário preliminar e solicita para formalizar o contrato os seguintes documentos: alvará de funcionamento, licença sanitária e registro do responsável técnico no Conselho Regional de Medicina, uma cópia do contrato é enviado a ONA.

A Organização Prestadora de Serviços de Saúde efetua o recolhimento da taxa de inscrição junto à ONA correspondente a 10% do valor do contrato firmado

com a Instituição Acreditadora contratada, somente após a confirmação do recolhimento da taxa de inscrição poder-se-á agendar a visita, vale ressaltar que os custos totais da visita para a Acreditação serão integralmente pagos pela Organização Prestadora de Serviços de Saúde à Instituição Acreditadora.

- Avaliador, Avaliador – Líder e Equipe de Avaliadores:

De acordo com o Manual de Acreditação considera-se Avaliador o profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação, capacitado conforme as normas específicas da ONA.

O Avaliador – Líder é o responsável por todas as fases do processo de avaliação, para isso deve apresentar capacidade gerencial, experiência e autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação e coordenar a equipe de avaliadores.

A equipe de Avaliadores deve ser composta por, no mínimo, três membros, sendo um médico, um enfermeiro e um administrador, mas dependendo do caso, poderá incluir especialistas, avaliadores em treinamento, observadores, desde que com a ciência prévia do avaliado.

- Preparação da Avaliação

Diante da inscrição a Instituição Acreditadora prepara o processo para a realização da visita, que consiste primeiramente na escolha da equipe de avaliadores que entrará em contato com a direção da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para a montagem do plano de visita e após a aprovação deste pela Instituição Acreditadora, a visita será agendada.

A elaboração do plano de visita deve ser flexível para permitir eventuais mudanças no decorrer da avaliação, com o propósito de obter o máximo de informações, para isso deve incluir os objetivos e propósitos da avaliação; a data de execução; identificação e apresentação dos membros da equipe de avaliadores; identificação dos responsáveis de cada serviço da Organização Prestadora de Serviços de Saúde; Identificação dos documentos de referência: normas, procedimentos, rotinas, atas de reuniões, etc.; definição de sala exclusiva para as reuniões dos avaliadores; programação de cada etapa da visita; programação das reuniões com a alta administração da Organização Prestadora de Serviços de Saúde; tempo previsto e duração de cada atividade da avaliação; além da previsão de entrega do Relatório de Avaliação para a Instituição Acreditadora. Qualquer desacordo entre o plano e a organização avaliada, deve ser comunicado

imediatamente ao avaliador-líder para que o problema seja resolvido antes da execução da visita.

Para garantir o êxito da visita da equipe acreditadora a Organização Prestadora de Serviços de Saúde deve ser preparada, ou seja, os funcionários envolvidos deverão ter conhecimento dos objetivos e propósitos da avaliação. Cabe a Organização Prestadora de Serviço de Saúde apontar os membros responsáveis que acompanharão a equipe de avaliadores; promover o acesso às instalações e documentos, conforme solicitação pelos avaliadores; cooperar com os avaliadores para permitir que os objetivos da avaliação sejam alcançados; bem como divulgar amplamente o Processo de Acreditação na Unidade a ser avaliada.

O processo de visita da equipe de avaliadores iniciará no momento em que o contrato for firmado entre a Instituição Acreditadora e a Organização Prestadora de Serviços de Saúde e o recolhimento da taxa de inscrição for confirmado por parte da ONA, a partir disto a equipe acreditadora terá trinta dias para iniciar o processo de avaliação. Quando terminada a avaliação a equipe de avaliadores emitirá o Relatório de Avaliação, o apresentará à organização avaliada e esta deverá registrar a sua ciência.

A coleta de evidências objetivas deve acontecer através de entrevistas, exame de documentos, observação das atividades e condições nas áreas de interesse, sendo que as entrevistas deverão ser comprovadas por outras fontes independentes como: observação física, entrevista com profissionais operacionais dos serviços, medições e registros. As não conformidades encontradas durante o processo de avaliação podem ser classificadas em “não conformidade maior” e “não conformidade menor”.

Estes graus de não conformidade são parâmetros utilizados para medir os pontos que precisam ser melhorados, sendo assim, a Organização avaliada que for enquadrada em “não conformidade maior” significa que apresenta ausência ou incapacidade total em atender ao requisito padrão ou à norma como um todo ou grande número de não conformidades menores, constatadas durante a avaliação em um único item ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema, bem como por uma situação que possa, baseada em evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

Já a “não conformidade menor” caracteriza falha no cumprimento de requisitos do sistema de qualidade que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema, indica a necessidade de adequação ou que houve a implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

A equipe de avaliadores deverá anotar falhas localizadas, que apresentem relevância sobre a atividade avaliada e que no futuro poderão se apresentar como “não conformidade”. O avaliador-líder poderá fazer alterações relativas às atividades dos avaliadores e ao plano de visita desde que com autorização da organização avaliada, além disso, os obstáculos que ocorrerem durante o processo de avaliação deverão ser informados a Instituição Acreditadora.

O fim do processo de avaliação acontece quando a Instituição Acreditadora aprova o Relatório de Acreditação, emite o Parecer Final, entrega à Organização Avaliada, e a documentação correspondente a ONA: certificado, folha de resumo da Avaliação e Parecer Final da Instituição Acreditadora, são encaminhados para fins de homologação, sendo que no caso de divergências no resultado a Instituição deverá se justificar. Caso a Organização Avaliada seja contrária ao resultado, esta terá prazo de 45 dias do recebimento do parecer final para entrar com recurso.

O Manual de Acreditação Hospitalar Brasileiro também considera a existência de um Código de Ética, elaborado para que o processo de avaliação seja operacionalizado dentro dos padrões da mais alta qualidade, a partir de um criterioso conjunto de normas éticas, porém, de forma simples e acessível à população, procurando evitar o uso de termos jurídicos excessivamente técnicos, para assegurar o máximo de transparência a regras de conduta da Organização Nacional de Acreditação, da Instituição Acreditadora e do Avaliador. Pode ser acessado através do endereço eletrônico da ONA.

À Comissão de Ética compete fiscalizar o cumprimento do código, considerando-o como um conjunto de valores individuais, de atitudes e de posturas profissionais, bem como um compromisso com a verdade, gerando respeito e confiança mútuos. Além de manter a comunidade informada sobre aspectos relevantes a saúde, a segurança e ao meio ambiente.

Outra peculiaridade que o Manual de Acreditação nos apresenta é o Instrumento de Avaliação, referência nacional utilizado pelas Instituições Acreditadoras, desenvolvido para apreciar a qualidade da assistência à saúde em

todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. É composto por sete seções que interagem entre si, permitindo uma avaliação sistêmica da organização.

Cada seção apresenta subseções, que representam o escopo específico de cada serviço, setor ou unidade, em cada um destes é analisado o processo, a estrutura e o resultado, através de padrões interdependentes onde todos apresentam o mesmo grau de importância no processo de avaliação.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente, com princípios específicos, cuja constatação é baseada em uma lista de itens pertinentes que devem ser integralmente atendidos, estes apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as evidências ou soluções para cumprir com os requisitos, ou seja, os itens norteiam o processo de visita e a preparação da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares para a Acreditação.

As seções são divididas em: Liderança e Administração; Serviços Profissionais e Organização de Assistência; Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente; Serviços de Apoio ao Diagnóstico; Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento; Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura; e Ensino e Pesquisa.

O Manual de Acreditação Brasileiro diferencia a utilização da ferramenta de Acreditação em níveis, o Nível 1 contempla o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada. Segue o princípio da Segurança que apresenta os seguintes itens: habilitação do corpo funcional; atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários; estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas.

O Nível 2 evidencia a adoção de planejamento na organização da assistência. Seu princípio é Segurança e Organização e apresenta os seguintes itens: existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários; e atuação focalizada no cliente/paciente.

Já no Nível 3 as evidências giram em torno de políticas institucionais de melhoria contínua. Baseia-se no Princípio da Segurança, Organização e Práticas de Gestão da Qualidade e apresenta os seguintes itens: evidências de vários ciclos de

melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; e utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com Quinto Neto 2009, a Segurança do paciente por se tratar de uma ciência nova é conceituada de várias formas, mas conforme o dicionário canadense de segurança do paciente caracteriza a “redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores práticas que conduzem a resultados ótimos para o paciente”.

As Organizações de Saúde, por mais bem estruturadas que sejam, são suscetíveis a falhas médico-assistenciais, mas a diferença está na frequência e na forma como esta falha será tratada, se a Organização for capaz de aprender com ela, resultará em uma prestação de serviço mais segura, e é neste ponto que entra a importância da Acreditação, pois através da avaliação baseada em padrões previamente estabelecidos, poderá analisar as falhas de forma produtiva. Sendo assim, de acordo com Quinto Neto 2009, presume-se que as Organizações com certificado de Acreditação são mais seguras.

Os hospitais que alcançam a certificação, apresentam como regra a colaboração entre os diversos serviços, setores e unidades, a assistência é feita através de procedimentos-padrão o que reduz falhas e incidentes, quando comparados a procedimentos customizados.

Azevedo (2002) faz uma consideração em relação à Copa de 2014 e os hospitais acreditados, “esse é um evento mundial que atrairá pessoas de todos os cantos do mundo que esperam encontrar conforto e segurança, não apenas em termos policiais, mas em relação a saúde dos visitantes”, ou seja, a qualidade dos serviços de saúde prestados de acordo com níveis de acreditação.

Contudo, a grande maioria dos hospitais das sedes da Copa do Mundo de 2014, não esta preparada qualitativamente para atender a seus pacientes, apenas

São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro apresentam um número significativo de hospitais acreditados. Mas os que não estão preparados também não estão comprometidos em fazer as alterações necessárias para adquirir os selos de qualidade, vale ressaltar que a falta de qualidade nos atendimentos de urgência pode caracterizar a saúde como grande vilão da imagem do Brasil neste evento.

Por fim a Acreditação Hospitalar é um método ainda pouco explorado na literatura, um maior interesse dos estudiosos nesta área poderá representar um avanço no desenvolvimento de pesquisas, e acelerar o processo de consolidação no país. Pois acredito que no momento em que os níveis de Acreditação Hospitalar forem utilizados como parâmetro para os hospitais receberem os recursos ministeriais, teremos uma melhora progressiva e significativa na qualidade do atendimento e prestação de serviço em saúde.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, Brasília. **Manual de Acreditação Hospitalar Brasileiro**. Disponível em: <<http://www.manualdeacreditacaobrasileiro.com.br>> Acesso em: 16 set. 2012.

FELDMAN, L. B; GATTO M. A. F; CUNHA I. C. K. O. **História da Evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf> > Acesso em : 18 jun. 2012.

HOSPITAL VIRVI RAMOS. Acreditação Hospitalar. Disponível em: <<http://www.virviroamos.com.br/>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

ATUNES, F.L.; RIBEIRO, J.L.D. **Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso**. Disponível em: <<http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/FelipeLarcerdaAntunes.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2012.

QUINTO NETO, A., **A responsabilidade Corporativa dos Gestores em Relação à segurança do paciente**. Disponível em: <<http://www.basesbireme.br>> Acesso em: 16 set. 2012.

XXII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. 2002. Curitiba. **Gestão da mudança na saúde – a Acreditação Hospitalar**. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002\\_TR26\\_0695.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR26_0695.pdf)> Acesso em: 20 out. 2012.



DICIONÁRIO MICHAELIS – UOL. Disponível em:  
<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=acreditar>> Acesso em: 15 out. 2012.