

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

ACCREDITATION IN HEALTH CARE SECTOR: A CASE STUDY

Felipe Lacerda Antunes

Det Norske Veritas – Rua Dal Canale, 2186, cj.6001

Caxias do Sul, RS, 95084-090

felipe.antunes@terra.com.br

José Luis Duarte Ribeiro

Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Praça Argentina, 9, 2º andar, Sala LOPP – Porto Alegre-RS, 90040-020

ribeiro@ufrgs.br

RESUMO

Este artigo aborda a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O objetivo geral deste trabalho é avaliar o processo de acreditação, identificando dificuldades e benefícios advindos da implantação deste Manual. Após a realização de uma revisão bibliográfica sobre qualidade em hospitais e normas da qualidade aplicáveis a hospitais, é feita uma análise crítica teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Tal análise crítica inclui um estudo comparativo entre os requisitos do Manual e da norma NBR ISO 9001/2000. A seguir, a análise teórica é complementada através de um estudo de caso contemplando a implantação do Manual junto a um hospital de grande porte. Finalmente, são apresentadas as conclusões, baseadas tanto no estudo teórico como no estudo prático.

Palavras-chave: qualidade, acreditação, hospitais

ABSTRACT

The subject of this work is quality and accreditation in health care sector. The instrument evaluated is the *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares* (Manual of Hospitals Organizations), developed by the *Organização Nacional de Acreditação* (ONA) (Brazilian's Nacional Organization for Accreditation). The general objective of this work is the evaluation of the accreditation process, identifying main difficulties and advantages from the Manual's implementation. After the realization of a bibliographical review about quality in hospitals and quality standards applied to hospitals, a theoretical review of the *Manual das*

Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares is conducted. The review includes a comparative study between the requirements of the Manual and of the standard NBR ISO 9001/2000. Afterwards, the review is complemented by a case study of the Manual's implementation in a large hospital. Finally, the conclusions based in the theoretical and practical review are presented.

Key words: quality, accreditation, hospitals, standardization

1. Introdução

Há mais de uma década, os serviços de saúde dos países desenvolvidos estão sob forte pressão, não apenas pelo aumento dos custos, mas principalmente pelas enormes injustiças dos sistemas de saúde que não conseguem proporcionar um acesso equitativo. O grande desafio que se impõe na atualidade reside na busca de um equilíbrio entre as forças de mercado e as necessidades sociais, conjugando um composto de ações e atividades que possibilitem uma melhoria dos serviços de saúde, que devem ser prestados com equidade e custo socialmente aceitável. Para vencer esse desafio, torna-se uma exigência a incorporação de modificações substanciais, visando enfrentar a insuficiência dos sistemas de saúde. Quando se analisa os fatores que comprometem a eficiência do setor de saúde, evidencia-se que a falta de planejamento permite a existência de instituições que frequentemente carecem de condições mínimas de funcionamento, e não respondem às necessidades reais da população. Essas instituições oferecem serviços que não possuem padrões mínimos de qualidade (QUINTO NETO, 2000).

Uma série de novos fatores presentes na sociedade atual vem provocando significativas modificações, entre as quais destaca-se o papel determinante que o cidadão/cliente vem assumindo. Um segundo aspecto, também fundamental, encontra-se representado pelo fatalismo da competição e da noção de transitoriedade permanente, dado pela busca incessante da melhoria contínua, da sobrevivência institucional e da satisfação do cliente (QUINTO NETO E GASTAL, 1997). Os sistemas de acreditação se colocam como uma referência de garantia da qualidade assistencial para a sociedade como um todo, uma vez que exibem uma indicação objetiva que as organizações de saúde se encontram em conformidade com determinados padrões, fato que torna menos provável a ocorrência de erros e resultados adversos que prejudicam os usuários e criam uma situação de insegurança na população em geral (QUINTO NETO, 2000).

Algumas obras já foram publicadas a respeito de qualidade em instituições hospitalares. Denton (1991) definiu os seus 12 princípios básicos da qualidade em serviços, e o autor Deming (1990) elaborou uma versão dos seus 14 princípios da administração adaptados ao serviço médico.

Cabe destacar também o trabalho de Davis (1994), que sob o ponto de vista do Código de Defesa do Consumidor, destaca os direitos do paciente: o paciente tem todo o direito de saber o que está sendo feito com o seu patrimônio: o seu corpo e a saúde desse corpo. O prontuário é um papel, formulário ou documento em que o médico registra tudo o que diga respeito ao seu paciente. E esse paciente tem direito ao acesso a todas as informações contidas naquele papel. Além disso, esse paciente tem ainda o direito de se recusar a passar por este ou aquele exame em determinada entidade ou serviço. A liberdade de escolha é sua, desde que respeitados os padrões de atendimento a que tem direito.

Nogueira (1994) destaca a aparente ambivalência existente entre a normatização e a particularização gerada do conhecimento e da prática: de um lado, a particularidade, a individualidade, a contingência e a variabilidade devem ser preservadas, respeitadas e reconhecidas. De outro, o trabalho em serviços deve originar um estado de coisas que esteja de acordo com certas regras, regulamentações e valores gerais. Conseqüentemente, um critério de Qualidade do trabalho em serviços é que ele não suprima a individualidade e a especificidade da situação de um “caso” em favor da norma de referência rígida, nem, inversamente, atribua uma tal importância às particularidades que as condições normais previstas por terceiros não sejam realizadas. Também se destaca o trabalho de Novaes e Paganini (1994), que analisa como deve ser desenvolvido um programa de garantia de qualidade, sendo necessárias qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente dos recursos, minimização de risco de lesões associadas aos serviços de saúde oferecidos, satisfação do paciente em suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde, e um sistema local de saúde, onde os serviços intra e extra-hospitalares estejam coordenados e integrados. Graham (1990) apresenta um modelo integrado – Modelo de Auditoria de Qualidade Integrado (AQI), que inclui quatro componentes: Garantia da Qualidade, Gerenciamento de Risco, Gerenciamento de Recursos e Controle de Infecções.

Alguns trabalhos foram desenvolvidos para análise e comparação de normas de qualidade aplicáveis em instituições hospitalares. Nogueira (1994) compara os trabalhos de Deming e Juran

sobre a criação do método de Gestão da Qualidade Total, verificando as semelhanças. O mesmo autor também analisa o trabalho de Donabedian em Controle Total da Qualidade (CQT) em serviços de saúde, definindo os sete pilares da qualidade em saúde.

Davis (1994) analisa a aplicabilidade e as vantagens da implantação das normas série ISO 9000 em uma instituição hospitalar. Finalmente, podemos destacar o trabalho de Moore (1999), que realizou uma comparação do Sistema de Acreditação Americano – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) – com as normas série ISO 9000. A norma ISO define o processo de trabalho, identificando e documentando todos os processos de uma empresa. As normas ISO 9000 também enfatizam bastante o *follow-up* do sistema, através de ações corretivas e preventivas, auditorias internas da qualidade, e análise crítica do sistema pela administração. Por outro lado, uma das vantagens das normas da JCAHO é destacar aspectos importantes que devem ser observados no atendimento de saúde e as características de como fazê-lo bem, como o gerenciamento de informação, controle de infecção, gerenciamento do ambiente hospitalar. A JCAHO enfatiza bem mais o resultado final do processo.

O objetivo geral deste trabalho é avaliar o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, identificando dificuldades e benefícios advindos da implantação deste Manual. Especificamente, será realizado um acompanhamento de um estudo de caso no Hospital Moinhos de Vendo, onde o Manual é implantado. Será descrito o próprio processo de implantação, bem como as dificuldades encontradas, as soluções adotadas, e as vantagens e desvantagens observadas durante e após o processo.

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares foi desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação no final da década de 1990. Assim, pode-se dizer que o processo de acreditação no Brasil ainda é bastante incipiente, sendo este o momento ideal para executar uma análise crítica do instrumento de avaliação – o próprio Manual – verificando a pertinência de seus requisitos, oportunidades de melhoria, assim como eventuais observações que possam ser detectadas. Tal análise crítica também deve ser executada na prática, de maneira a analisar o próprio processo de implantação do Manual, obtendo assim uma visão das dificuldades de implantação e mudanças ocorridas na instituição após esse processo.

2. Descrição do Estudo Realizado

2.1 A Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a estrutura do Sistema Nacional de Acreditação

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países. Na atualidade este processo avaliativo vem adquirindo maior visibilidade social em todo o mundo, na medida em que o público deseja obter informações mais específicas sobre a qualidade dos serviços oferecidos. O processo de acreditação americano é coordenado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde). A JCAHO atua somente nos Estados Unidos, e não autoriza o uso de sua metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da *Joint Commission International* (JCI), empresa ligada a JCAHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem parcialmente o modelo JCAHO, mas que não tem o seu reconhecimento.

O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado no mês de novembro de 1998, bem como o instrumento nacional desenvolvido na iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes. Em agosto de 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente e seu superintendente indicado pelo conselho. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Em 2000, estas instituições passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional. (QUINTO NETO E GASTAL (1997), e QUINTO NETO (2000)).

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação.

O Sistema Nacional de Acreditação se constitui no conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. É 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.

É composto por uma Organização Nacional de Acreditação (entidade líder e controladora), tendo por objetivos principais a normatização, a coordenação e a implantação do processo de Acreditação nas Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde brasileiras, pelas Instituições Acreditoras com a função de executar as atividades do Processo de Acreditação, pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde públicas e privadas. A missão da ONA é a promoção de um Processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil. A estrutura organizacional da Organização Nacional de Acreditação está representada na Figura 1. (ONA, 2000)

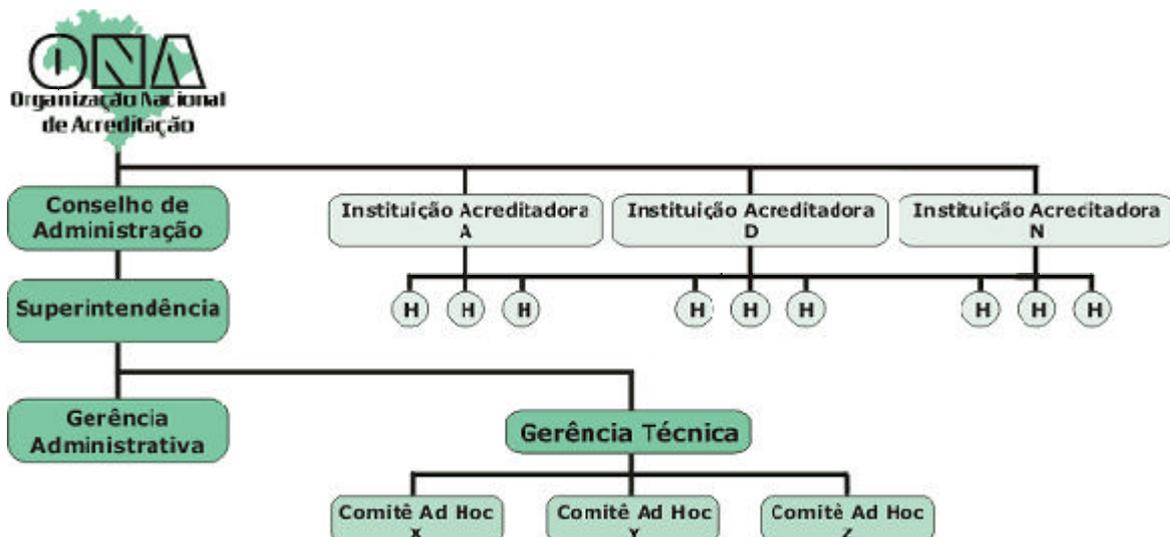


Figura 1: Estrutura organizacional da Organização Nacional de Acreditação

As atribuições e competências da ONA são:

1. regulamentar o Processo de Acreditação no país;
2. coordenar a implantação, implementação e desenvolvimento em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, através de certificações periódicas;

3. promover o desenvolvimento e a disseminação de instrumentos para atender ao processo de auto avaliação e ao aprimoramento contínuo da assistência à saúde;
4. definir critérios e credenciar Instituições Acreditoras;
5. estabelecer os padrões básicos a serem utilizados nacionalmente pelas Instituições Acreditoras;
6. estabelecer as diretrizes gerais para o treinamento e capacitação dos avaliadores;
7. controlar e avaliar o Processo de Acreditação;
8. estimular a criação de Instituições Acreditoras;
9. estimular as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde a procurarem o grau de satisfação dos seus usuários como instrumento básico para a Gestão da Qualidade.

Instituição Acreditora é uma organização de direito privado credenciada pela Organização Nacional de Acreditação, com a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços, dentro do Processo de Acreditação em nível nacional.

As atribuições e competências das Instituições Acreditoras são: 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.

Para fins de Acreditação, Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde são definidas 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.

2.2 Diretrizes do Processo de Acreditação

O processo de avaliação inicia quando uma determinada Organização Prestadora de Serviços de Saúde manifesta interesse em ser avaliada junto à Instituição Acreditora. Esta, com base nas informações coletadas, formula uma proposta. A Instituição Acreditora prepara o processo para a realização da visita, indicando a equipe de avaliadores à direção da Organização, para a aprovação.

Durante a avaliação, podem surgir quatro tipos de registros:

I. Não conformidade maior:

- ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo;
- um grande número de não conformidades “menores”, constatadas ao longo da avaliação da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema;
- uma situação que possa, com base nas evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

II. Não conformidade menor:

- falta de cumprimento a requisitos do Sistema da Qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do Sistema da Qualidade;
- uma não adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

III. Observação:

- uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade auditada;
- desconforto da equipe de avaliadores;
- falha potencial.

IV. Pontos Fortes:

- qualquer fato positivo evidenciado durante a avaliação.

Terminada a avaliação, a equipe de avaliadores emitirá o Relatório de Avaliação com os resultados da visita, que será apresentado à Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Esta deverá registrar a sua ciência no Relatório. A Organização avaliada terá um prazo de 90 dias, a contar da data de assinatura de ciência, para ajustar as não conformidades menores, se for o caso,

e solicitar nova visita à Instituição Acreditadora, que retornará à Organização para verificar as não conformidades menores pendentes. Ao final da visita, a equipe de avaliadores entregará o Relatório de Avaliação à Organização Prestadora de Serviços de Saúde, que registrará sua ciência no mesmo. O processo de avaliação é considerado terminado após aprovação do Relatório de Avaliação pela Instituição Acreditadora, emissão do seu parecer final sobre o processo de avaliação, entrega deste à organização avaliada e dos documentos correspondentes à Organização Nacional de Acreditação. O processo de avaliação está representado na Figura 2. (ONA, 2000)

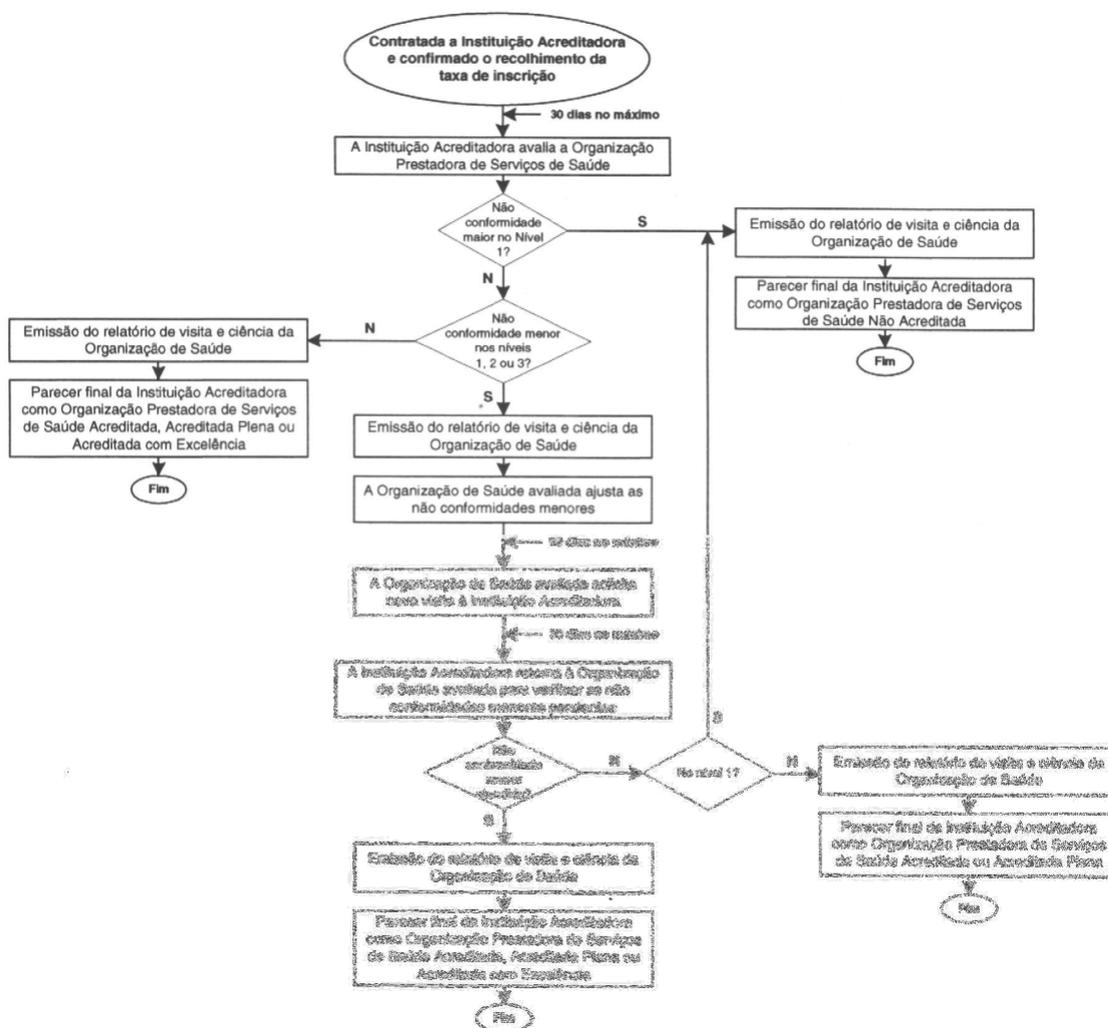


Figura 2 – Processo de acreditação hospitalar (ONA, 2000)

No período de validade do certificado, a Organização Acreditada estará subordinada a dois mecanismos de controle para a verificação de manutenção do desempenho obtido no processo de avaliação: a avaliação anual simplificada de manutenção de Acreditação e a detecção de eventos-sentinela.

Evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da organização, como elevação incidental da taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar elevada, suicídio de paciente em local onde recebe assistência 24 horas, troca de bebê após o nascimento, entre outros.

O processo de recertificação será desencadeado por iniciativa da Organização Acreditada, por ocasião do término da validade do certificado anteriormente obtido. O processo de recertificação poderá ser acionado antecipadamente ao término da validade do certificado, em qualquer tempo, como forma de acesso antecipado (*up-grade*) a um nível de acreditação superior ao vigente, desde que efetuado com a mesma Instituição Acreditadora.(ONA, 2000)

2.3 Critérios de Avaliação

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, incorporado no Manual Brasileiro de Acreditação, é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções. Nas subseções existem padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e a preparação do serviço de saúde para a Acreditação. Os padrões seguem o princípio do “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido (ONA, 2000). Os três níveis definidos em cada subseção são:

I. NÍVEL 1

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

- 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 orientada para a execução coerente de suas tarefas.

II. NÍVEL 2

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

- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;
- evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

III. NÍVEL 3

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

- evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados;

- utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Os requisitos do Manual são cumulativos: para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível estejam atendidos em todas as subseções. Assim, para uma organização ser acreditada é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1; para ser acreditada plena, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1 e todos os de Nível 2; para ser acreditada com excelência, é necessário que haja conformidade com todos os padrões de Nível 1, Nível 2 e Nível 3. Em caso de apresentar não conformidades menores é facultada a manutenção do processo em aberto por um período máximo de noventa dias para a resolução das mesmas e, na formulação do resultado final pesará o mesmo critério, na medida em que seja atingida conformidade com todos os padrões necessários para o devido enquadramento em um dos três níveis. O Quadro 1 apresenta os resultados possíveis obtidos na avaliação.

Quadro 1 – Possíveis resultados da avaliação em uma organização hospitalar

| Padrão correspondente a | Presença de não conformidade maior | Não conformidade menor não atendida em 90 dias | Não conformidade menor atendida em 90 dias |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Nível 1 | Não acreditada | Não acreditada | Acreditada – Nível 1 |
| Nível 2 | Acreditada – Nível 1 | Acreditada – Nível 1 | Acreditada plena – Nível 2 |
| Nível 3 | Acreditada plena – Nível 2 | Acreditada plena – Nível 2 | Acreditada com excelência – Nível 3 |

As seções e subseções constantes no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares são apresentadas no Quadro 2. (ONA, 2001)

Quadro 2 – Seções e subseções do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

| Seção | Subseção |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Liderança e Administração | Direção |
| | Administração |
| | Garantia da Qualidade |
| Serviços Profissionais e Organização da Assistência | Corpo Clínico |
| | Enfermagem |
| Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente | Internação |
| | Referência e Contra-Referência |
| | Atendimento Ambulatorial |
| | Emergência |
| | Centro Cirúrgico |
| | Anestesiologia |
| | Obstetrícia |
| | Neonatologia |
| | Tratamento Intensivo |
| | Hemoterapia |
| | Reabilitação |
| | Medicina Nuclear |
| | Radioterapia |
| Serviços de Apoio ao Diagnóstico | Laboratório Clínico |
| | Diagnóstico por Imagem |
| | Métodos Gráficos |
| | Anatomia Patológica |
| Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento | Arquivo Médico |
| | Controle de Infecção Hospitalar |
| | Estatísticas |
| | Farmácia |
| | Nutrição e Dietética |
| | Central de Processamento de Roupas – Lavanderia |
| | Processamento de Materiais e Esterilização |
| | Higiene |
| | Segurança e Saúde Ocupacional |
| | Serviço Social |
| Serviços de Apoio Administrativo e Infra-Estrutura | Documentação da Planta Física |
| | Estrutura Físico-Funcional |
| | Sistema Elétrico |
| | Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Potabilidade da Água |
| | Segurança Geral |
| Ensino e Pesquisa | Biblioteca/Informação Científica |

2.4 Análise comparativa entre o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000

A Norma NBR ISO 9001/2000 especifica requisitos necessários para a adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade. É utilizada por partes internas ou externas, incluindo organismos de certificação, para avaliar a capacidade da organização de atender aos requisitos do cliente, os regulamentares e os da própria organização (ABNT, 2000).

A NBR ISO 9001/2000 promove a adoção de uma abordagem de processo para o desenvolvimento, implantação e melhoria da eficácia de um sistema de gestão da qualidade para aumentar a satisfação do cliente pelo atendimento aos requisitos do cliente. Isto significa que um sistema de processos é aplicado pela organização, junto com a identificação, as interações desses processos e sua gestão.

Resumidamente, podemos destacar as seguintes diferenças entre a NBR ISO 9001/2000 e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares:

- a estrutura da norma NBR ISO 9001/2000 é por processos, e a do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é por setores;
- a norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo para Sistema de Gestão da Qualidade, enquanto que o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresenta um Sistema de Garantia da Qualidade para boas práticas de assistência ao paciente, com um enfoque de gestão no nível 3;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a existência de um Manual da Qualidade;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares requer o controle do registro “prontuário clínico”, não havendo exigência explícita de controle sobre outros tipos de registros;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a definição de uma Política da Qualidade, Objetivos para a Qualidade, e um Representante da Direção;

- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não requer a realização de uma reunião de análise crítica nos moldes que a NBR ISO 9001/2000 determina;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não exige uma sistemática para desenvolvimento de novos serviços;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não detalha requisitos com relação à aquisição, avaliação de fornecedores e verificação do produto adquirido;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares não exige explicitamente um controle dos dispositivos de medição e monitoramento (calibração);
- determinados padrões do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares exigem a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle – como medição e monitoramento do produto, controle de produto não-conforme, ações corretivas e ações preventivas;
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares detalha requisitos específicos para hospitais, incluindo determinados requisitos legais e questões básicas de higiene e segurança (padrões nível 1);
- o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é um modelo muito adequado para a avaliação do processo assistencial, tendo um foco muito forte na atividade fim dos hospitais;
- os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares vêm ao encontro de uma aspiração médica que nem sempre é expressa, no sentido de criar um processo de acreditação cujas ferramentas causarão mais segurança no trabalho do médico.

2.5 O Estudo de Caso realizado junto ao Hospital Moinhos de Vento

O Hospital Moinhos de Vento é uma instituição hospitalar de Porto Alegre (RS) voltada para a preservação da saúde e da vida das pessoas. É um hospital geral, privado, que atende a todas as especialidades, oferecendo aos médicos, pacientes e familiares, serviços médico-hospitalares que vão do diagnóstico à terapêutica, através de procedimentos e da assistência ao tratamento clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico e neonatal. Como característica de um

hospital geral com Corpo Clínico aberto, onde o médico utiliza a estrutura hospitalar para o diagnóstico e tratamento de seus clientes atendidos em consultório, as internações são encaminhadas ao hospital pelo seu Corpo Clínico, constituído pelos médicos credenciados. A estrutura do hospital é utilizada para prestar o atendimento médico ao paciente, que é cliente de ambos.

O Hospital Moinhos de Vento aderiu ao Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP) em 1995, e desde lá é integrante atuante do PGQP. Esse processo colaborou muito para que o hospital se desenvolvesse na Gestão da Qualidade e Gestão Empresarial. Entretanto, faltava um espaço para revisão de processos específicos da área hospitalar; havia a necessidade da utilização de uma ferramenta específica. A lacuna maior estava na área fim para utilização da metodologia da qualidade. Em 1998 o Hospital participou de um plano piloto de acreditação junto ao PGQP, onde foi constatado que a acreditação veio ao encontro do que o Hospital Moinhos de Vento procurava. A seguir, no ano de 2000, a Gerente da Qualidade e a Gerente Assistencial fizeram um curso sobre a acreditação e recomendaram o processo para instituição.

O objetivo do hospital é conquistar a acreditação internacional, segundo o modelo da *Joint Commission International* (JCI). Entretanto, como os requisitos do modelo da acreditação nacional (ONA) estão contidos no modelo da JCI, e a acreditação internacional é mais abrangente que a nacional, se viu por bem conquistar inicialmente a acreditação nacional de forma a obter a certificação, bem como auxiliar outros hospitais do país a buscar o padrão de excelência.

O processo de implantação iniciou com uma pesquisa sobre os processos de acreditação em outros hospitais no mundo. Em janeiro de 2001 foi decidido que o hospital implementaria o modelo de acreditação internacional, e em março de 2001 iniciou-se a realização de uma consultoria específica para o modelo JCI. Foram realizadas mais de 4000 horas de treinamentos de capacitação envolvendo todo o corpo funcional do hospital.

Para a implantação dos requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, foi traçado um paralelo entre os requisitos desse Manual e os requisitos do Manual da JCI. Inicialmente foi formado um grupo de facilitadores, e cada facilitador coordenou um ou mais grupos de trabalho multifuncionais, juntamente com a Superintendência. Após o estudo dos requisitos e uma avaliação para diagnóstico, foram realizadas reuniões periódicas e traçados

planos de ação para os requisitos não atendidos. Finalmente, foram estabelecidas e documentadas normas, rotinas e padrões em relação ao atendimento do paciente.

O primeiro passo no processo foi buscar inicialmente a acreditação nacional. Em maio de 2001 foi realizada uma avaliação diagnóstica para a acreditação à ONA, e no final do ano de 2001, após a avaliação final pela Instituição Acreditadora, o Hospital Moinhos de Vento foi recomendado para a acreditação à ONA, sendo classificado como hospital nível 3 (acreditada com excelência). No momento da conclusão deste trabalho, o Hospital Moinhos de Vento estava aguardando a documentação oficial e o parecer final da Organização Nacional de Acreditação. O hospital deu continuidade ao processo e obteve a acreditação internacional em 2003.

Com o intuito de analisar criticamente o processo de acreditação conduzido no Hospital Moinhos de Vento, imediatamente após a avaliação de acreditação foram realizadas entrevistas com durações entre 30 e 60 minutos com os facilitadores dos grupos criados para a implantação dos requisitos da acreditação, além de outras pessoas-chave no processo. Foram entrevistadas as seguintes pessoas:

- Superintendente Assistencial;
- Gerente da Qualidade;
- Supervisora Médica da área Materno-Infantil;
- Gerente de Obras e Manutenção;
- Gerente de Fisioterapia;
- Gerente Médico;
- Gerente da Controladoria;
- Gerente Assistencial;
- Médica Cardiologista;
- Gerente de Recursos Humanos.

Em cada entrevista foram mencionados determinados tópicos pelo autor, e cada entrevistado discorreu livremente sobre o assunto em questão. O roteiro orientativo utilizado para realizar as entrevistas foi:

- o processo de acreditação;
- principais dificuldades na implantação;
- principais mudanças advindas do processo (incluindo aspectos negativos);
- atendimento às expectativas anteriores à acreditação, e expectativas para o futuro;
- impacto no mercado;
- momento atual do Hospital Moinhos de Vento.

2.6 Descrição das Entrevistas

A dificuldade inicial destacada pelos entrevistados foi justamente promover a mudança de cultura e envolver toda a equipe de funcionários e o corpo clínico aberto. Foi necessário mostrar que isto é uma ação do conjunto de todas as atividades do Hospital Moinhos de Vento, não somente daqueles que atuam na beira de leito, bem como integrar todos no foco do negócio e no centro das atenções, que é o paciente. Outro fato que trouxe dificuldade, também associada a atitudes, foi fazer as pessoas enxergarem o hospital como um todo, ou seja, uma série de setores que estão interligados e apresentam dependência entre si. Entretanto, a própria sistemática utilizada para a implantação, com a formação e a participação dos grupos multifuncionais colaborou para o sucesso da divulgação e da conscientização sobre o programa. Outra dificuldade importante mencionada foi sistematizar a utilização e o preenchimento de registros. Destaque especial foi dado ao envolvimento dos médicos, no sentido de que o corpo clínico adquirisse a cultura de preencher completamente e adequadamente os registros de prontuários clínicos.

Além disso, alguns entrevistados citaram como dificuldades a elaboração de protocolos, a atualização dos exames periódicos de saúde ocupacional, a adequação do enfoque internacional para o nacional, a elaboração de indicadores da qualidade não financeiros, e sua constante atualização. O Gerente da Controladoria comentou que existia – e ainda existe – uma dificuldade em monitorar e acompanhar o andamento dos planos de ação.

Nove dos dez entrevistados destacaram uma grande mudança comportamental durante o processo: o entusiasmo, a mobilização e o envolvimento de todos os colaboradores. Tal entusiasmo e esforço provocaram um aumento no indicador de satisfação do paciente internado

no mês de novembro, quando ocorreu a avaliação para a acreditação. O trabalho dos grupos, segundo a maioria dos entrevistados, colaborou também com uma melhoria na comunicação interna do hospital. A Gerente Assistencial destacou também que as pessoas passaram a ter maior credibilidade de que as regras podem se fazer cumprir. Para alguns entrevistados cabe ainda destacar como melhoria a sistematização do uso de registros, possibilitando, entre outras coisas, a obtenção de um histórico para cada equipamento.

Uma maior quantidade de registros em prontuários clínicos gera um aumento nas informações do paciente. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil destaca ainda que “situações como a recusa de um paciente em se submeter a um determinado tratamento ou a concordância deste para a realização de algum tipo de procedimento invasivo são formalizadas”. A Superintendente Assistencial ressalta ainda que “o Hospital Moinhos de Vento está indo ao encontro de uma aspiração médica que nem sempre é expressa, no sentido de criar um processo de acreditação cujas ferramentas causarão mais segurança no trabalho do médico”.

A maioria dos entrevistados concorda que a acreditação hospitalar foi o instrumento ideal para avaliar a qualidade da assistência ao paciente: “Foi o primeiro movimento que avaliou o desempenho da atividade fim do hospital”, segundo o Gerente Médico. Muitos entrevistados também observaram um aumento da organização interna em função da normatização, o gerenciamento e a melhoria dos processos. Foram destacadas ainda as seguintes vantagens: a equipe assistencial aprendeu muito; a acreditação auxiliou no sentido de dar um maior suporte à “venda” de novas idéias para a alta administração; a acreditação mostrou a importância dos indicadores para o Hospital. A Gerente da Qualidade destaca ainda como vantagens: o início de um grande envolvimento do corpo clínico; a elaboração de uma política de protocolo; melhorias nas áreas físicas da nutrição e do arquivo médico; a evolução de registros em prontuário clínico, gerando uma referência, com conseqüente aumento de produção científica para a comunidade da área da saúde.

Como principais obstáculos inerentes ao processo, foram destacados como oriundos da implantação: o descrédito inicial de algumas pessoas no início do processo, a sobrecarga de trabalho inicial, e o modelo de adiar o trabalho, causando correria para implementar.

O Gerente da Controlaria e a Gerente da Qualidade destacam que “a acreditação não se preocupa com a questão custo, reestruturação, não orienta no sentido de tornar os processos

enxutos”. Além disso a acreditação, segundo o Gerente da Controladoria, não exige profundamente o monitoramento e acompanhamento do andamento dos planos de ação.

Todos os entrevistados concordaram que as expectativas anteriores à acreditação foram atendidas com o processo e o resultado desse e, em muitos casos, foram superadas. A Gerente da Qualidade ressaltou que, no entanto, suas expectativas quanto a uma possível racionalização dos processos do hospital não foram atendidas. A grande expectativa de todo o hospital para o ano de 2002 é a conquista do seu objetivo final, a acreditação internacional junto a *Joint Comission International*. Além disso, todos esperam conseguir manter o sistema e manter a chama acesa no hospital. A Gerente da Qualidade espera que no futuro o hospital consiga tornar os seus processos mais enxutos.

A maioria dos entrevistados concorda que a sociedade em geral ainda não sabe o que é o processo de acreditação. Assim, um possível impacto junto à sociedade somente será observado a longo prazo, mediante uma educação da sociedade como um todo a respeito do que significa ser um hospital acreditado. A Gerente Assistencial, a Gerente da Qualidade e a Gerente de Recursos Humanos acreditam que o impacto maior deve ser junto à comunidade médico-científica. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil acredita que para o corpo clínico a acreditação do Hospital Moinhos de Vento será um diferencial: “para o médico é melhor trabalhar em um hospital nessas condições, é uma questão de status e confiança”. Com relação aos convênios, a Gerente Assistencial acredita que a acreditação acarretará num aumento da credibilidade junto aos convênios. A Supervisora Médica da área Materno-Infantil espera que no futuro um hospital acreditado poderá ter um quadro diferenciado, diferentemente do Gerente da Fisioterapia, que não acredita em um possível aumento de valores das fontes pagadoras. O Gerente Médico possui uma opinião diferente dos demais entrevistados: ele não considera que o objetivo deva ser impactar no mercado, mas sim utilizar a acreditação internamente como ferramenta.

3. Discussão do Estudo Realizado

O processo de acreditação no Brasil ainda é muito recente e incipiente. Poucas são as instituições hospitalares que já obtiveram a acreditação, e escassos são os relatos sobre tais processos. Nesse sentido, o presente trabalho constitui uma contribuição pioneira junto a um tema de grande relevância para o setor hospitalar.

A partir de uma análise teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares foram apresentados os requisitos (padrões) do Manual, além da descrição do processo de acreditação e comparação entre os requisitos do Manual e da Norma NBR ISO 9001/2000.

O estudo teórico apresentado neste trabalho revelou que o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções. As subseções apresentam padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo. As exigências do nível I contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde avaliada, analisando a existência de recursos humanos compatíveis com a complexidade das atividades, e a habilitação dos profissionais e responsáveis técnicos.

Já o nível II contempla evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. O nível III, por sua vez, contempla evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Os requisitos do Manual são cumulativos: para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível estejam atendidos em todas as subseções.

A comparação entre os requisitos do Manual e os requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 demonstrou que o Manual apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificamente para instituições hospitalares, enquanto que a Norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo genérico de gestão da qualidade. A estrutura de abordagem dos requisitos também difere: enquanto a estrutura da norma NBR ISO 9001/2000 é por processos, a do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é por setores. Foi possível observar que alguns requisitos da Norma NBR ISO 9001/2000 não são exigidos explicitamente no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, como a existência de um Manual da Qualidade, definição de Política e Objetivos da Qualidade, entre outros. Finalmente, o Manual

das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares exige a realização de um controle de qualidade para os setores, sem detalhar qual a forma e a abrangência de tal controle. A Norma NBR ISO 9001/2000, por outro lado, define como deve ser a sistemática de medição e monitoramento do produto, controle de produto não-conforme, ações corretivas e ações preventivas.

Com base nesse estudo, as instituições hospitalares podem comparar as características e as vantagens entre essas duas ferramentas – o Manual e a NBR ISO 9001/2000 e, eventualmente, optar entre uma das implantações. Entre as principais vantagens do Manual, destaca-se o fato de que a acreditação é um modelo mais adequado para o processo assistencial, tendo um foco muito forte na atividade fim dos hospitais. A NBR ISO 9001/2000, por outro lado, é uma excelente ferramenta de Gestão da Qualidade. Conseqüentemente, um hospital já acreditado pela ONA pode decidir implantar a NBR ISO 9001/2000 para complementar seu Sistema de Gestão, ou inversamente: um hospital certificado NBR ISO 9001/2000 pode utilizar o Manual como uma ferramenta de boas práticas de assistência.

Foi observado que o processo de acreditação no Hospital Moinhos de Vento trouxe muitos benefícios para a instituição como um todo. De um modo geral, as principais dificuldades destacadas pelos entrevistados foram:

- mudança de cultura e o envolvimento de toda a equipe de funcionários e o corpo clínico aberto;
- sistematizar a utilização e o preenchimento de registros.

Pode-se observar que as principais dificuldades citadas não estão relacionadas especificamente a algum requisito do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, mas sim a todo o processo de implantação. A principal evidência de que o hospital obteve êxito na superação de tais dificuldades, além do próprio resultado final da avaliação, foi o entusiasmo contagiante com que todos levaram o processo de acreditação.

Além disso, passar a incorporar no dia-a-dia novos hábitos que anteriormente não existiam – como o preenchimento de alguns registros, por exemplo – foi outra dificuldade considerável do processo. O corpo clínico em particular foi muito citado nas entrevistas: a

conscientização do corpo clínico sobre a importância de preencher adequadamente os registros de prontuário está sendo uma grande vitória do hospital.

Cabe ainda destacar a dificuldade de acompanhamento e monitoramento dos planos de ação citada pelo Gerente da Controladoria: essa observação vem corroborar diretamente o resultado da análise comparativa entre o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000 realizada. O Manual requer a realização de um controle da qualidade em determinadas seções, sem detalhar como tal controle deve ser feito. Ao comparar com o requisito 8.5.2 da Norma NBR ISO 9001/2000, nota-se que a Norma é uma ferramenta muito robusta para a tomada de ações.

Entretanto, segundo a avaliação dos entrevistados, a acreditação foi o instrumento mais adequado para a instituição. A própria sistematização do uso de registros tende a ser um instrumento de segurança para o hospital e para os próprios médicos, no sentido de que todas as intervenções ficam registradas e qualquer solicitação por parte do paciente no que se refere a recusas em se submeter a um tratamento específico é formalizada.

Independente de outros aspectos, a grande mudança observada pelos entrevistados foi o entusiasmo com que todos os funcionários participaram do processo. Isso não é uma mudança advinda de algum requisito específico do Manual, mas sim da própria forma com que o Hospital Moinhos de Vento concebeu a implantação dos requisitos do Manual. Ao criar grupos de trabalho multifuncionais o hospital conseguiu que todos os funcionários se sentissem representados pelos grupos, o que minimizou consideravelmente uma possível resistência interna. O trabalho em grupo auxiliou também no sentido de que os colaboradores passassem a conhecer melhor os processos do hospital como um todo, auxiliando até mesmo na comunicação interna.

Também deve ser mencionado que, durante o processo de implantação, foram criados vários indicadores não financeiros que complementam os indicadores já existentes anteriormente. Além disso, como a acreditação foi recente (no mês de novembro de 2001), ainda não foi possível mensurar os resultados positivos advindos da acreditação. A tendência é que a longo prazo os indicadores revelem resultados positivos, mas no momento da conclusão desse trabalho ainda era cedo para observar mudanças nos resultados expressos pelos indicadores.

O estudo de caso complementou o estudo teórico. Em conjunto as duas abordagens permitem a análise do processo de acreditação junto à ONA, tanto do ponto de vista conceitual como prático. Tal análise pode servir de orientação a outros hospitais que estejam buscando a acreditação junto à ONA.

4. Conclusões

Este trabalho analisou a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Foi realizada uma avaliação teórica do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, além de um acompanhamento de um estudo de caso no Hospital Moinhos de Vento, onde o Manual foi implantado. Através deste trabalho, foi possível obter uma visão das dificuldades de implantação e mudanças ocorridas na instituição após esse processo, bem como as vantagens e desvantagens obtidas.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a qualidade em hospitais, onde se observou que existem vários modelos de programas de qualidade aplicados aos serviços de saúde. Foi feita uma análise dos direitos do paciente sob o ponto de vista do Código de Defesa do Consumidor. Além disso, foi destacada a importância de prontuários clínicos e a utilização de protocolos. A revisão bibliográfica também abordou a análise e comparação de normas de qualidade aplicáveis a hospitais. Tal revisão abordou os trabalhos já publicados em Gestão da Qualidade Total, Controle Total da Qualidade (CQT), Normas ISO 9000, e as normas de acreditação desenvolvidas pela JCAHO. Através dessa análise foi possível observar que apenas as normas da JCAHO são normas específicas para instituições hospitalares que enfatizam o resultado final do processo, enquanto as demais normas são genéricas e possuem um foco maior no negócio.

A seguir foi desenvolvido um estudo teórico que abordou a estrutura da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do Sistema Nacional de Acreditação. Tal estudo também analisou as diretrizes de acreditação pela ONA e os requisitos de avaliação. Finalmente, foi realizada uma análise comparativa entre os requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e a Norma NBR ISO 9001/2000. O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares apresenta subseções com padrões definidos através de três níveis, do mais simples ao mais complexo. Da mesma forma que as normas da JCAHO, foi

possível observar que o Manual apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificamente para instituições hospitalares, enquanto que a Norma NBR ISO 9001/2000 apresenta um modelo genérico de gestão da qualidade: o Manual se aplica como uma ferramenta de boas práticas de assistência no nível 1 com enfoque de gestão no nível 3, enquanto a Norma NBR ISO 9001/2000 se aplica como uma ferramenta de gestão da qualidade para a organização.

Em seguida, foi desenvolvido um estudo de caso junto ao Hospital Moinhos de Vento. Esse estudo englobou uma análise do processo de implantação através da realização de entrevistas com os facilitadores dos grupos criados para a implantação dos requisitos de acreditação. Para a implantação dos requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, o Hospital Moinhos de Vento formou um grupo de facilitadores, e cada facilitador coordenou um ou mais grupos de trabalho multifuncionais, juntamente com a Superintendência. Cada grupo foi formado por pessoas representativas de cada área.

As maiores dificuldades observadas pelos grupos durante a implantação foram a mudança de cultura, o envolvimento da equipe, e a sistematização de registros. Entretanto, após essas dificuldades terem sido superadas, elas se tornaram as principais vantagens percebidas pelo Hospital Moinhos de Vento após a acreditação.

Este trabalho foi pioneiro no sentido em que o processo de acreditação no Brasil ainda é bastante incipiente, havendo atualmente apenas dois hospitais acreditados no Rio Grande do Sul. Assim, poucos são os trabalhos já publicados que abordam esse assunto. As análises teórica e prática desenvolvidas neste trabalho podem orientar outros hospitais que estejam buscando a acreditação junto à ONA.

5. Agradecimentos

Ao Hospital Moinhos de Vento, por ter permitido a realização do estudo de caso apresentado neste trabalho, e a todos os profissionais entrevistados, bem como àqueles que trouxeram contribuições valiosas e às profissionais que possibilitaram os contatos.

Ao Prof. Dr. José Luís Duarte Ribeiro, pelas suas constantes atenção e disponibilidade, e por ter orientado de forma tão brilhante e profissional a elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas da Det Norske Veritas (DNV), por terem permitido o meu primeiro contato com um assunto tão fascinante.

À srta. Jaqueline Gonçalves, da ONA, pelas suas orientações.

6. Referências

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2000). NBR ISO 9001. Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 21 p.

DAVIS, Frank Stephen (1994). Qualidade Total em Saúde. São Paulo: STS, 216 p.

DEMING, William Edwards (1990). Qualidade: A Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 367 p.

DENTON, D. Keith (1991). Qualidade em Serviços: o Atendimento ao Cliente como Fator de Vantagem Competitiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 217 p.

GRAHAM, N. O. (1990). Quality Assurance in Hospitals – Strategies for Assessment and Implementation. Maryland: Aspen Publishers, 374 p.

MOORE, Lila Margaret (1999). High standards: ISO 9000 comes to health care. Chicago: Trustee – Vol. 52, 2 ed., pag. 10 – 14 (Feb 1999)

NOGUEIRA, Roberto Passos (1994). Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 176 p.

NOVAES, Humberto de Moraes (1994); PAGANINI, José María. Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais(Brasil). Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 108 p.

Organização Nacional de Acreditação (2001). Manual da Organização Nacional de Acreditação – Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília: ONA.

Organização Nacional de Acreditação (2000). Manual da Organização Nacional de Acreditação – Normas Orientadoras. Brasília: ONA.

QUINTO NETO, Antônio (2000). Processo de Acreditação: a Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica, 136 p.

QUINTO NETO, Antônio; GASTAL, Fábio (1997). Acreditação Hospitalar: Proteção aos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 136 p.

Artigo recebido em 20/10/02 e aceito para publicação em 16/02/05