



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

Renato Faria da Gama

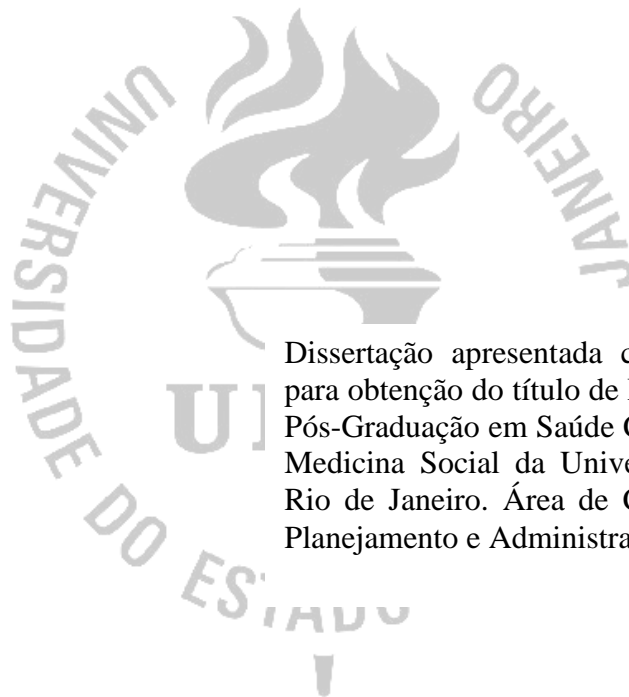
**Participação dos médicos nos processos de acreditação de serviços de saúde:
uma revisão integrativa**

Rio de Janeiro

2016

Renato Faria da Gama

**Participação dos médicos nos processos de acreditação de serviços de saúde:
uma revisão integrativa**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Cristina França da Silva

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G184 Gama, Renato Faria da.
Participação dos médicos no processo de acreditação de serviços de
saúde: uma revisão integrativa /Renato Faria da Gama. – 2016.
65 f.

Orientadora: Tânia Cristina França da Silva.
Co-orientadora: Carla Simone Duarte de Gouvêa.

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Acreditação – Métodos – Teses. 2. Avaliação de serviços de
saúde – Métodos – Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Garantia da
qualidade dos cuidados de saúde – Teses. I. Silva, Tânia Cristina França
da. II. Gouvêa, Carla Simone Duarte de. III. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.39

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renato Faria da Gama

Participação dos médicos nos processos de acreditação de serviços de saúde: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 15 de março de 2016

Orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Cristina França da Silva

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte Gouvêa
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prof. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Marcia Silveira Ney
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2016

RESUMO

GAMA, R.F. **Participação dos médicos nos processos de acreditação de serviços de saúde**: uma revisão integrativa. 2016. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Acreditação é uma das possíveis modalidades de avaliação e melhoramento da qualidade dos serviços de saúde. Praticada por muitos anos e em diversas regiões do mundo, existem diversas descrições e análises de sua metodologia, bem como relato de experiências bem sucedidas, especialmente narradas pelos defensores da ferramenta e por associados das instituições certificadoras. No entanto, existem também alguns relatos de dificuldades em sua implantação, especialmente relacionadas à resistência oferecida por profissionais, atribuídas a fatores pouco compreendidos e sobre os quais existem poucos estudos. Esta dissertação se propõe realizar uma revisão integrativa da literatura, conectando resultados encontrados em buscas sistemáticas com os fundamentos da acreditação de instituições de saúde, teorias sobre atitude frente a mudanças na cultura organizacional e o relacionamento entre categorias profissionais distintas. Tem o objetivo de fomentar o debate sobre o assunto, expandindo a compreensão do tema para os aspectos históricos, filosóficos, psicológicos e gerenciais do cotidiano das instituições de saúde e seus impactos sobre a qualidade de sua atuação.

Palavras chave: Acreditação de instituições de saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Atitude do pessoal de saúde. Cultura organizacional.

ABSTRACT

GAMA, R.F. Participation of physicians in healthcare accreditation processes: an integrative review. 2016. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Accreditation is one of the possible methods of assessment and improving the quality of health services. Even performed for many years and in various regions of the world, there are several descriptions and methodology of its analysis, as well as reporting of successful experiences, especially narrated by the tool supporters and associates of certifying institutions. However, there are also some reports of difficulties in its implementation, especially regarding the resistance offered by professionals, attributed to poorly understood factors and about which there are few studies. This thesis proposes to carry out an integrative literature review, connecting results in systematic searches with the fundamentals of accreditation of health institutions, theories of attitude to changes in organizational culture and relationships between different professional categories. It aims to stimulate debate on the subject, expanding the understanding of the subject to the scope of history, philosophy, psychology and management of the daily life of health institutions and their impact on the quality of his performance.

Keywords: Health facility accreditation. Quality Assurance. Health care. Attitude of health personnel. Organizational culture.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACS	<i>Attitude Against Change Scale</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIC	<i>Accreditation International Canada</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CC	Centro Cirúrgico
CENDES	<i>Centro de Estudios del Desarrollo da Universidad Central de Venezuela</i>
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IMS	Instituto de Medicina Social
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPE	<i>Interprofessional Education</i>
IPW	<i>Interprofessional Work</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISQua	<i>International Society of Quality in Healthcare</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MOPH	<i>Ministry of Public Health (Índia)</i>
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONA	Organização Nacional de Acreditação
OR	<i>Operation Room</i>
OSS	Organizações Sociais
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PHC	<i>Primary Healthcare Centers</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PPP	Parcerias Público-Privadas
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 - Sistema de Classificação para uso em avaliação de qualidade.....	19
Tabela 2 - Critérios de busca e termos utilizados na busca da literature.....	37
Tabela 3 - Características dos estudos incluídos na revisão integrative, Segundo o foco temático e território onde o trabalho foi desenvolvido.....	40
Tabela 4 - Características dos estudos selecionados segundo objetivos, método e fonte de dados utilizada.....	42
Tabela 5 - Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão.....	45
Tabela 6 - Fatores limitadores do envolvimento de medicos na acreditação e estratégias apontadas para superação das resistências.....	49
Tabela 7 - Análise das limitações da participação do medico na acreditação em serviços de saúde de acordo com as categorias identificadas nos artigos.....	55

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	12
1.1	Qualidade em Saúde.....	12
1.2	Avaliação da qualidade em saúde.....	16
1.3	Acreditação no Mundo e no Brasil.....	25
2	JUSTIFICATIVA.....	30
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	Objetivo Geral.....	33
3.2	Objetivos Específicos.....	33
4	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	33
4.1	Desenho do estudo.....	33
4.2	A pergunta da pesquisa.....	35
4.3	Busca na literatura.....	35
5	ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS.....	38
6	RESULTADOS.....	38
6.1	Apresentação da revisão integrativa.....	38
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
	CONCLUSÃO.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICE A - Filtros utilizados na busca na BVS.....	65

INTRODUÇÃO

Uma pesquisa realizada recentemente pelo IBOPE demonstrou que a maioria dos mais de 15 mil entrevistados acredita ser a saúde o principal problema do país (G1, 2014). Isto reflete o fato de que, no Brasil, a eficiência, a qualidade, e a gestão dos serviços de atenção à saúde são frequentemente contestados por tomadores de decisões, por pesquisadores, pela população usuária e também por intermédio dos meios de comunicação de massa. Para além das fronteiras nacionais a literatura aponta para evidências de que exista uma crise global no setor saúde, manifesta em quatro dimensões principais: a da iniquidade, a da ineficiência, a da ineficácia e, finalmente, a da insatisfação dos cidadãos (FERREIRA; MENDONÇA, 2009). E esta situação tem se perpetuado a despeito de instituições como a Organização Panamericana de Saúde (OPS) o *Centro de Estudios del Desarrollo da Universidad Central de Venezuela* (CENDES) e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) estarem se dedicando, desde a década de 1950, a investigar e disseminar estratégias de planificação em saúde ansiando oferecer, aos países deste bloco, um modelo de desenvolvimento econômico e social que favoreça o aprimoramento dos seus sistemas de saúde (RIVERA, 1989).

Diversos motivos têm sido apontados como causadores de iniquidades no sistema brasileiro de saúde. Dentre eles está a gestão dos recursos (humanos e materiais), tanto no *Sistema Único de Saúde* (SUS) quanto no Sistema Suplementar. No que se refere a Recursos Humanos em Saúde (RHS), diversos estudos correlacionam a qualidade de vida das populações à quantidade de profissionais de saúde e à qualidade de sua formação. Pierantoni et al. (2006) descreveram existir mais de 1,8 mil escolas médicas no mundo, embora tenham indicado que muitos profissionais de saúde que se formam em países pobres acabam emigrando para regiões mais prósperas, o que perpetua a situação de carência nestas regiões. Estas autoras informam, por exemplo, que 23% dos médicos que atuavam nos EUA naquele ano tinham completado sua graduação em outros países, sendo que 64% destes fizeram seus estudos em países em desenvolvimento.

Por esses motivos o Plano Nacional de Saúde (PNS) instituiu diversas iniciativas a serem implantadas até 2015 visando ao aprimoramento das ferramentas de gestão, à formação e reorientação dos profissionais de saúde, com ênfase especial para a capacitação de profissionais na área de regulação, controle, avaliação, auditoria do SUS e Sistemas de

Informação em Saúde (SIS). Dentre as ferramentas adotadas para aprimoramento da qualidade da assistência e gestão está a acreditação (BRASIL, 2011).

O autor desta dissertação foi incumbido, após vinte anos de trabalho na assistência, da tarefa de desenvolver um projeto para acreditação de um hospital do SUS recém-inaugurado. Diante da proposta iniciou os primeiros contatos com os fundamentos do processo de acreditação por meio de cursos e congressos e tornou-se um entusiasta do método, que buscou introduzir sem ter ideia das dificuldades que enfrentaria. Após algumas tentativas percebeu que não se tratava de tarefa trivial, apesar de não conseguir compreender profundamente os motivos porque diversas iniciativas simplesmente não saíam do papel, e quando alguma proposta se realizava, vinha pela iniciativa hercúlea de alguns poucos profissionais, sem a adesão de boa parte da comunidade profissional da instituição.

Ao longo de seus estudos como aluno do curso de pós-graduação em saúde coletiva o autor desta dissertação teve a oportunidade de explorar este tema na tentativa de responder a pergunta: Porque alguns profissionais de saúde aderem de maneira insatisfatória à acreditação enquanto metodologia de avaliação e melhoria de qualidade em saúde? A oportunidade de cursar o mestrado acadêmico em saúde coletiva trouxe algumas luzes sobre o tema o que permitiu a compreensão de equívocos pessoais cometidos na condução de sua experiência pessoal com a ferramenta e sobre questões históricas, filosóficas, políticas e gerenciais, que, longe de responder a todas as dúvidas a respeito desta inquietação, foram capazes, ao menos, de rascunhar caminhos para uma investigação desta resposta. Este estudo visa compreender a participação dos profissionais médicos nos processos de acreditação, identificando impedimentos ao seu envolvimento mais efetivo e discutindo estratégias para minimizar eventuais obstáculos a esta participação.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Qualidade em saúde

“Qualidade é algo importante demais para ser deixado apenas nas mãos dos especialistas” (W. E. DEMING)

Todos os dias um sem-número de produtos e serviços é produzido e requerido ao redor de todo o mundo. Apesar da diversidade de fornecedores e clientes, existe um ponto em comum entre eles: todos desejam que o resultado do produto e serviço recebido esteja revestido de um mínimo de valor agregado, que pode incluir aspectos relacionados ao custo, prazo de entrega, condições de pagamento, compatibilidade entre a necessidade que demandou a encomenda e o produto recebido, entre outros.

Para o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) o termo qualidade inclui aspectos como “adequação ao uso” e “atendimento aos desejos e às aspirações dos consumidores”. Para a *International Standardization Organization* (ISO) 9000, trata-se do “grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a necessidades ou expectativas que são expressas, geralmente, de forma implícita ou obrigatória” (FERNANDES, 2011).

Apesar de haver registro de busca pela qualidade desde os tempos mais remotos da existência humana (FERNANDES, 2011) este tema ganhou relevância especial a partir do começo do século XX com o surgimento da Administração Científica de Frederick Taylor, que propôs a redução de desperdício de tempo e materiais fragmentando o processo de trabalho em etapas simples e controle da qualidade mediante inspeção dos resultados com uso de gabaritos e modelos padronizados. Nos anos 1940 o controle de qualidade se tornou disciplina acadêmica do curso de engenharia e na mesma década começaram a surgir instituições nos Estados Unidos e Japão com a proposta de estudar o aprimoramento da qualidade, especialmente neste segundo país, com a necessidade de reconstrução no período pós-guerra (SILVA et al., 2010).

Quando se busca compreender o conceito de qualidade em saúde as complexidades se entrelaçam, visto que o próprio conceito de saúde tem sido alvo de frequentes questionamentos e modificações. No contexto europeu já foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema qualidade dos serviços de saúde (SERAPIONI, 2009). Wehling (1990) se propôs a uma investigação a respeito da definição de qualidade do cuidado (WEHLING, 1990). Este autor encontrou aproximadamente 100 definições diferentes para qualidade em

cuidados de saúde após pesquisa em *websites*, grupos focais, publicações científicas e outras fontes. Na análise desta centena de definições foi possível definir 24 dimensões ou conceitos diferentes para classificá-las. Em uma publicação de 1966 (republicada em 2005) Avedis Donabedian (p.692) afirma que qualidade assistencial é uma noção difícil de definir, tamanha a complexidade a diversidade de facetas e atores envolvidos. Neste texto, questiona alguns trabalhos que, à época, lidavam de forma superficial com a conceituação de qualidade, banalizando a discussão e postulando que esta significaria de forma genérica (melhor transliterado que traduzido) “*almost anything anyone wishes it to be*” (DONABEDIAN, 2005). Numa revisão posterior o mesmo autor escreveu sobre qualidade em cuidados situando-a entre dois domínios, sendo o primeiro, uma dimensão técnica e o segundo uma dimensão ética e relacional, afirmando que a qualidade dos cuidados em saúde se manifesta através de uma “forma de atuar que maximize os benefícios, minimize os riscos e leve em consideração as preferências de cada paciente” (DONABEDIAN, 1978). Em sua contribuição ao Fórum da OMS Racoveanu e Johansen (1995) também enfatizam estes domínios, enumerando requisitos para a existência da qualidade em saúde, quais sejam: alto grau de competência, eficiência¹ na utilização dos recursos, mínimo risco para os pacientes, efeito favorável à saúde dos mesmos e a satisfação dos usuários com os serviços. E emitem o seguinte conceito de qualidade:

Se entiende por buena calidad de atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y, dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud (RACOVEANU e JOHANSEN, 1995).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária:

Qualidade Assistencial é um conceito pouco objetivo e que não possui uma métrica possível. Para avaliá-la (e não medi-la) torna-se necessário um conjunto de instrumentos complementares, capaz de identificar tanto os aspectos relativos à estrutura, processos e resultados quanto àqueles relativos à percepção das pessoas que trabalham nos serviços de saúde e daquelas que necessitam utilizar estes serviços (BRASIL, 2013, p. 75).

Para o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA a qualidade no cuidado é “o grau com o qual os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados em saúde e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (CHASSIN; GALVIN, 1998). Para além da busca de um conceito, estes autores definem seis

¹ Um conceito pormenorizado do termo eficiência será apresentado mais adiante.

atributos que caracterizam a boa qualidade dos cuidados em saúde, a saber: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Esta definição também é adotada pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) e pelo Ministério da Saúde (MS) quando da edição da Portaria MS/ GM 529/13.

O IOM define as seis dimensões da qualidade conforme descrito conforme a seguir (IOM, 2001):

- Segurança - Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
- Efetividade - Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
- Cuidado centrado no paciente - Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente
- Oportunidade - Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
- Eficiência - Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- Equidade - Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Considerando que a qualidade é um conceito multidimensional diversos pesquisadores têm se dedicado ao estudo da qualidade, seja em sua concepção mais global, seja focalizando especificamente uma de suas dimensões. Alguns aspectos do seu sentido têm recebido uma ênfase especial. Na atualidade, a segurança do paciente tem sido alvo de políticas públicas especiais no mundo e no Brasil, considerando que muitos indivíduos internados têm seus problemas primários agravados por consequências indesejadas do próprio tratamento ou simplesmente da permanência no ambiente hospitalar, o que determina o acréscimo de variáveis que impactam negativamente sua morbimortalidade (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). O aforisma “*primum non nocere*” atribuído a Hipócrates revela a dimensão da não-maleficência como um dos sustentáculos da qualidade em saúde.

A melhoria de qualidade na gestão da saúde pública brasileira é um tema desafiador, pois combina supostos antagonismos como escassez de recursos e concepção de qualidade como diretamente relacionada a tecnologias e insumos de custo elevado (ROCHA, 2008). Estes supostos antagonismos não raramente ensejam alguns questionamentos por parte de atores envolvidos nesta dinâmica. Estes frequentemente têm objetivos e expectativas particulares com relação a determinada intervenção e sua avaliação. Dentre eles se encontram os profissionais, os administradores, os financiadores, os usuários, o poder público, e os avaliadores. E seus interesses podem ser implícitos ou explícitos, consensuais ou conflitantes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Os serviços públicos em geral, e em especial no setor saúde, se caracterizam por sua complexidade, não apenas no que se refere às intervenções para promover saúde, prevenir agravos e reabilitar pessoas, mas também pela diversidade de situações possíveis no cotidiano (PIERANTONI et al., 2011). Numa revisão sistemática da literatura Alkhenizan e Shaw (2012) descrevem que médicos se mostram desconhecedores do tema e céticos a respeito de suas propostas, duvidando da possibilidade de se quantificar o grau de qualidade de sua atividade profissional. Também pairam dúvidas em suas mentes a respeito do benefício que pode ser produzido por tal investimento financeiro, motivo pelo qual muitas vezes não demonstram perante as instituições acreditadoras o mesmo comprometimento que têm com sua profissão, seus pares, pacientes e familiares, indicando talvez que profissionais de saúde, em especial os médicos, precisam ter este tema agregado à sua formação (ALKHENIZAN; SHAW, 2012). Médicos costumam correlacionar qualidade com o resultado de intervenções praticadas sem ser levado em consideração o custo envolvido. Por outro lado, para gestores a noção de eficiência é mais abrangente que o mero resultado obtido pela intervenção, uma vez que inclui a análise dos custos individuais e, na esfera coletiva, do volume de indivíduos que podem ser alcançados com os recursos disponíveis (MIRANDA, 2005).

1.2 Avaliação da qualidade em saúde

O objetivo da avaliação da qualidade em saúde é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser detectados e corrigidos (A. DONABEDIAN)

A avaliação faz parte da existência humana desde eras tão longínquas quanto à própria busca pela qualidade (FERNANDES, 2011). Importa destacar que, semelhante à definição de qualidade, o estabelecimento de uma metodologia de avaliação da qualidade também não consiste de tarefa trivial.

O vocábulo avaliação deriva do francês *évaluer*, mesmo radical latino de “*valore*” que significa “ser forte”. Portanto, avaliar pode ser compreendido como ato ou ação de aferir o valor ou estimar a força de algo ou alguém na realização de determinada tarefa. Depreende-se ao contemplar esta etimologia que avaliar a qualidade esteja ligado a mensurar o valor e a capacidade de uma estratégia em assegurar que (retornando aos rudimentos conceituais de qualidade) esta seja apropriada para a finalidade para a qual fora concebida. Para Cerqueira Neto (1992, p.8) avaliar a qualidade consiste de “um exame sistemático da extensão da capacidade da empresa para atender requisitos especificados” (CERQUEIRA NETO, 1992). Contandriopoulos (1997) define avaliação como ato de “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A OMS define avaliação como o “processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou acontecimento” (LIMA; SILVA, 2011).

Sob o ponto de vista histórico, é relevante mencionar alguns momentos importantes de questionamentos e mudanças de rota em relação à avaliação da qualidade em saúde. No início do século XX as deficiências dos resultados obtidos pelo sistema de saúde norte-americano foram atribuídas por Flexner às falhas na formação dos médicos. Isso o levou a propor a modificação da forma como as escolas ensinavam a medicina (FORTES; BAPTISTA, 2012). Este modelo flexneriano induziu a modificações nas grades curriculares dos cursos médicos em diversos países do mundo, embora esta ação não tenha redundado numa melhoria substancial à adequação dos serviços médicos às necessidades dos usuários (FORTES, 2013). Paralelamente, fora do setor saúde, o amadurecimento do conceito de avaliação da qualidade prosseguia. Até o início da Segunda Guerra Mundial viveu-se a Era da Inspeção, quando se

observava, ao final da produção, quais os produtos estavam satisfatoriamente acabados e separavam-se os que não estivessem dentro do padrão desejado. Até este momento pouco havia de planejamento ou estratégia, cabendo a seleção dos produtos defeituosos aos próprios membros da esfera operacional. Predominava um componente artesanal no modo de produção e a escassa concorrência não impulsionava a necessidade de aprimoramento. Após a Segunda Grande Guerra a produção em massa tomou lugar do componente artesanal remanescente nas indústrias. Gradualmente a inspeção da produção ao final do processo deu lugar a métodos estatísticos, sendo este momento denominado de Era do Controle Estatístico da Qualidade. Ainda prevalecia a atuação do nível operacional no processo de análise da qualidade, que adotava práticas como etiquetar objetos com defeito. Os consumidores deste período já não aceitavam qualquer produto e iniciaram um movimento de devolução e reclamação a respeito de qualidade insatisfatória (CERQUEIRA NETO, 1992). Seguindo à tendência estatística de controle da qualidade industrial, à década de 1950 os instrumentos epidemiológicos predominaram como ferramenta fundamental no processo de planificação das intervenções em saúde (LIMA; SILVA, 2011). Também se consolidavam neste período as noções de que a condução das políticas econômicas e sociais poderia ser organizada, de forma a favorecer vários aspectos da qualidade de vida humana, dentre elas, a saúde das populações (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989). Nos anos 60 surgiu o *Total Quality Control* de Feigenbaum, momento quando emergiu a ênfase nos custos da qualidade. Os serviços passaram a ser concebido de forma semelhante aos produtos, momento quando a padronização ganhou importância nas metodologias de quantificação da qualidade em saúde. O avanço tecnológico da década de 70 tornou os produtos e serviços em saúde cada vez mais caros e a preocupação com custos ganhou relevância, na denominada Era da Garantia da Qualidade. A avaliação passou gradualmente a ser controlada por processos, com enfoque predominantemente estratégico e o papel do gestor de qualidade se torna cada vez mais relevante, em substituição da atribuição originalmente delegada ao operador. (CERQUEIRA NETO, 1992). No setor saúde as discussões a respeito da medicalização do cotidiano e do crescimento do Complexo Médico Industrial ganhavam impulso, momento quando se questionava a mercadorização da saúde e despersonalização da relação entre o profissional de saúde e o paciente (LUZ, 1981). Na década de 1980 teve início a Era da Gestão Estratégica da Qualidade, muito marcada pelo acirramento da concorrência e a disseminação da informação pelos veículos de comunicação. Uma crise econômica mundial com escassez de alimentos e rarefação de recursos naturais impulsionou a necessidade de evitar a todo o custo desperdícios como os sofridos quando

clientes devolviam mercadorias. A avaliação passa a ser mandatória e a participação gerencial se agrega à operacional. A noção de qualidade extrapola a esfera técnica, ganhando sentido político e cultural (CERQUEIRA NETO, 1992). Nos anos 90 os programas de qualidade predominantes na indústria passaram a influenciar os serviços de saúde e a satisfação dos usuários tornou-se critério de grande importância na avaliação (LIMA; SILVA, 2011).

Ao se enfatizar a avaliação da qualidade dentro do setor saúde torna-se necessário mencionar a obra de uma das personagens mais importantes nesta seara. Trata-se do médico libanês radicado nos Estados Unidos Avedis Donabedian (1919-2000). Ao longo de sua trajetória este importante pesquisador atuou como autor ou coautor de 11 livros e mais de 100 artigos científicos nos quais muito contribuiu para o aprofundamento da compreensão a respeito da qualidade dos serviços de saúde (MULLNER, 2009). Desde os seus primeiros trabalhos propôs três abordagens possíveis de avaliação da qualidade em saúde. A primeira delas está ligada ao desfecho ou resultado sobre o qual argumenta ser necessário compreender dentro de suas limitações. Primeiro porque, a depender do resultado selecionado, ele pode produzir uma interpretação equivocadamente insatisfatória sobre um cuidado em saúde. Cita, por exemplo, situações quando o resultado eleito como sucesso é a sobrevivência do paciente sem considerar que em certas circunstâncias o prolongamento da vida não assegura sua dignidade. Outra limitação indicada é o fato de boa parte dos resultados que sugerem sucesso de uma técnica médica não se acompanharem de satisfação do paciente, restauração social e reabilitação física de sua incapacidade (DONABEDIAN, 2005). O segundo critério é a avaliação do processo de trabalho. Sobre este o autor defende que não se pretende aferir a qualidade de cada processo em si. Ao invés disso, a proposta é a verificação se estão sendo adotados processos de trabalho já previamente conhecidos como produtores de resultados favoráveis (DONABEDIAN, 1978). Trata-se de uma estimativa de aferição dos meios obtidos para se alcançar os resultados, supondo que uma condição importante para o alcance dos fins desejados esteja ligada a processos bem elaborados e treinados por toda a equipe. Por fim, o critério estrutura, analisa se a adequação dos instrumentos físicos e organizacionais está em conformidade e pode contribuir para um processo de trabalho fluido e o alcance de resultados satisfatórios (DONABEDIAN, 2005).

De uma forma didática Donabedian (1978) enumera os tipos de estudos que podem ser elaborados com base nestes três critérios. Menciona, conforme a Tabela 1, um sistema de classificação para uso em avaliação de qualidade. Nesta perspectiva discute uma variedade de possibilidades de estudos baseados exclusivamente em estrutura, resultados, algumas

possibilidades de modelos usando processos como ponto central, combinações das categorias resultados e processo, e avaliação de estratégias, exemplificadas com utilização de modelagem e de ensaios clínicos.

Tabela 1 - Um sistema de classificação para uso em avaliação de qualidade

- I. Estudos principalmente da estrutura**
- II. Estudos principalmente dos processos**
 - A. Observação direta da prática**
 - B. Estudos baseados em registros médicos**
 - 1. Presença ou ausência de elementos crítico de cuidados selecionados**
 - 2. Justificativa de cirurgia ou outros procedimentos maiores**
 - 3. Auditorias utilizando critérios explícitos**
 - 4. Auditorias utilizando critérios implícitos**
- III. Estudos principalmente de resultados**
 - A. Morbidade, incapacidade, mortalidade e longevidade em comunidades e populações**
 - B. Medidas mais refinadas de morbididade, incapacidade, mortalidade e longevidade**
 - 1. Eventos adversos preveníveis**
 - 2. Progressão prevenível de doença**
 - 3. Resultados diagnóstico-preveníveis**
 - 4. Morbidade ou mortalidade preveníveis**
 - C. Atribuição de responsabilidade por eventos adversos**
 - 1. Com especificação prévia de resultados esperados**
 - 2. Sem especificação prévia de resultados esperados**
- IV. Estudos que combinam processos e resultados para demonstração de efeitos de sistemas**
 - A. “Trajetórias”**
 - B. “Traçadores”**
- V. Avaliação de estratégias**
 - A. Mapas de critérios**
 - B. Testagem de estratégias**
 - 1. Por modelagem**
 - 2. Por ensaios clínicos**

Fonte: <http://www.sciencemag.org/content/200/4344/856.long> (traduzido)

Cabe aqui alguma conceituação teórica entre duas estratégias básicas de avaliação. Na primeira delas não se sabe exatamente qual é a medida ou atributo que possa ser considerado aceitável ou normal. Quando isso acontece são necessárias pesquisas científicas para determinar qual será a norma capaz de definir, em situações subseqüentes, um método

simplificado e reprodutível de determinar o nível de qualidade dos serviços ou produtos. A esta metodologia dá-se o nome de pesquisa avaliativa. Esta estratégia pode ser decomposta em seis modelos de análise: da estratégia, da intervenção, da produtividade, dos efeitos (ligada ao conceito de eficácia), do rendimento (relacionada ao grau de eficiência) e da implantação. Numa segunda situação já está convencionado (muitas vezes por pesquisas avaliativas prévias) quais os critérios para determinar o que se pode considerar adequado e como se pode quantificar o grau de qualidade de um produto ou serviço. Neste caso a tarefa é mais facilmente executada não obrigatoriamente por um pesquisador, em vez disso, por um gestor que compara os resultados obtidos com um gabarito previamente definido. A esta modalidade dá-se o nome de avaliação normativa. Um exemplo de avaliação normativa é a que foi mencionada anteriormente por Donabedian, compreendida pela tríade estrutura, processo e resultados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Muito embora esta abordagem seja passível de críticas por alguns devido à uma forma reducionista de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, tem sido esta a opção do Ministério da Saúde (2009), que afirma em nota técnica a respeito do tema:

“Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde”.

Mais recentemente, e utilizando ferramentas mais elaboradas de pesquisa, Lima e Silva (2011) realizaram uma revisão teórica por meio de meta-análise de informações obtidas de artigos sobre avaliação na *praxis* da saúde. Obtiveram como resultado uma unanimidade dentre os autores estudados no que concerne à importância da avaliação em todas as atividades do setor e que estas ações devem ser institucionalizadas, visto serem determinantes no (re)direcionamento das políticas e programas de saúde, bem como da estimativa do desempenho profissional e institucional. Apesar da relevância da avaliação em saúde, esta prática ainda não faz parte da cultura do setor saúde no Brasil, sendo frequentemente vista como um procedimento meramente burocrático. Sendo assim, é comum que processos decisórios ocorram na condução destas políticas sem qualquer substrato obtido de resultados avaliativos consistentes (BRASIL, 2009).

Considerando a importância dos recursos humanos nesta discussão Pierantoni et al. (2011) ressaltam que a busca pela qualidade no setor saúde se caracteriza num desafio para gestores e trabalhadores, tendo em conta a complexidade de sua atividade de promover saúde, prevenir agravos e recuperar pessoas. Argumentam as autoras que a avaliação das atividades frequentemente envolve a aferição do desempenho, que precisa ser executada de forma a

preservar o exercício profissional, acolher as necessidades dos serviços e preservar a segurança dos pacientes. Ressaltam assim a importância de que, ao aferir o valor das atividades realizadas no setor saúde, o instrumento de avaliação aponte para ajustamentos e aprimoramento, favorecendo assim os usuários, gestores e trabalhadores (PIERANTONI et al., 2011).

Não menos importante é uma breve análise das circunstâncias nas quais estas avaliações são realizadas. Dentre os objetivos oficiais que levam à solicitação de uma avaliação se enumeram o estratégico (instrumentaliza o planejamento e a elaboração de uma intervenção), o formativo (fornece informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer), o somativo (determina os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida) ou fundamental (contribui para a construção teórica e progresso dos conhecimentos a respeito do tema). Não obstante a existência destas motivações, que o senso comum pode considerar justificáveis, pode ser enumerado outro grupo de razões “oficiosas” para a solicitação de uma avaliação, por exemplo, atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar o poder que um ator exerce sobre a intervenção, ampliar seus conhecimentos ou satisfazer exigências de organismos de financiamento (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Convém destacar, que a prática da avaliação e proposição de melhorias da qualidade não pode ser conduzida de forma inocente, acreditando-se que um ator pode isoladamente definir o que caracteriza valor sob seu ponto de vista e todos os demais irão aderir sem questionamentos à proposta. Oliveira e Silva (2012, p.121) defendem que, em situações quando o sentido de valor de um colaborador não é correspondido pela instituição, observa-se com frequência que o trabalhador interprete a discordância “pelo lado pessoal”, especialmente se ele tem trabalhado por muito tempo nesta tarefa ou se foi um dos criadores do modelo. O exemplo da enfermeira que se sente desprestigiada após ter se desdobrado heroicamente por anos para providenciar cobertores e recebe recomendação do novo gestor para dispô-los em local mais acessível e de conhecimento de toda a equipe ilustra situações quando modificações nos processos de trabalho podem ser vistos como esvaziamento de reconhecimento (OLIVEIRA; SILVA, 2012). Isto demonstra que o “*status quo*” não toma determinadas conformações de maneira aleatória, e sim após um processo histórico da instituição e todos os atores relacionados a ela. É produto de uma diversidade de disputas de poderes que se estabelecem ao longo de sua existência na qual alguns conseguem negociar ou impor seus próprios interesses e outros acabam sujeitados às regras estabelecidas, muitas

delas fora do campo formal, em vez disso, frequentemente apenas subentendida na cultura organizacional (LUZ, 1981). Vale lembrar alguns conceitos propostos por Bobbio, que afirma que o ser humano age de forma teleológica, isto é, de forma a alcançar seus objetivos pessoais. Para tanto, lança mão de um aparato ideológico que justifica suas ações de uma forma lógica e por vezes até louvável (muito embora nem sempre represente obrigatoriamente o que o sujeito realmente crê). E para chegar a este objetivo, utiliza-se de ferramentas simbólicas, em especial a linguagem, com a qual apresenta seus argumentos ideológicos em busca de alcançar sua teleologia (STRECK; MORAIS, 2006).

Considerando as postulações acima fica estabelecido um dilema quando se deseja a avaliação da qualidade em saúde. Para Carvalho et al. (2004) a utilização de modelos normativos de avaliação da qualidade pode ser questionada na medida em que diferentes instituições estão inseridas em realidades culturais, geográficas, sociais e econômicas distintas. Este questionamento pode ser ainda mais contundente quando o contexto no qual este modelo normativo foi concebido e validado difere em muito do local onde ele é aplicado. Afinal (para estes) o sucesso de certa estratégia implantada em determinadas condições não poderia ser generalizado como garantia de sucesso para todas as demais. Uma avaliação fidedigna só seria possível quando considerados os pontos de vista e interesses de cada parte envolvida nos serviços prestados e recebidos naquele cotidiano específico, levando em conta uma diversidade de variáveis como, por exemplo, os recursos disponíveis ao gestor para a execução dos serviços, o grau de capacitação dos profissionais envolvidos, as potencialidades e limitações oferecidas pela estrutura física, às necessidades dos clientes externos e suas expectativas. Argumentam o fato de que muito do que se almeja da avaliação de qualidade dos serviços de saúde esteja conectado à necessidade de mensurar os resultados obtidos por políticas institucionais e governamentais na tentativa de confirmar se os recursos estão sendo apropriadamente alocados. Este conceito conhecido como Gestão Baseada em Resultados ou “*Evidence Based Policy*” consiste da determinação de indicadores baseados em evidências econômicas, epidemiológicas e estatísticas que se propõem a aferir o nível de qualidade obtido pelas estratégias desenvolvidas e o grau de eficiência obtido com os valores nelas investidos. Mesmo diante das potencialidades oferecidas por esta tecnologia, Carvalho et al. (2004) argumentam que os métodos e práticas de avaliação dos resultados de uma determinada política envolvem grande número de ambiguidades, dentre as quais a diversidade de atores e seus respectivos interesses e expectativas já discutidos anteriormente. Por este motivo, questionam a capacidade das ferramentas normativas inferidas pela análise de

indicadores econômicos, estatísticos e epidemiológicos ou mesmo através de algumas metodologias como revisões sistemáticas, serem consideradas capazes de determinar a condução das políticas de saúde. Assim sendo, estas ferramentas apresentariam sérias limitações em sua capacidade de realçar os marcos teóricos de um programa específico, de modo que a explicitação e sustentação das mudanças sociais esperadas requeiram a construção de processos colaborativos em todas as etapas do desenvolvimento e avaliação das intervenções (CARVALHO, 2004). Neste sentido, Contandriopoulos et al. (1997, p.45) afirmam: “A avaliação é uma atividade, como pesquisa, útil para o estabelecimento de políticas, mas nunca é suficiente para estabelecer políticas”.

Merhy (1997) também argumenta que a tentativa de elaboração de processos herméticos de trabalho para profissionais que lidam com grande variabilidade de situações compromete a capacidade destes de exercer sua autonomia intelectual, limitando assim as possibilidades de interação entre o profissional de saúde e seu paciente. Este autor traça paralelos entre a especificidade da atividade do trabalhador do setor saúde e o da indústria. Destaca que, paradigmas como o controle de qualidade através da avaliação de amostragem de itens dificilmente poderia ser reproduzido na avaliação dos serviços de saúde. Tanto por que pessoas são “artigos” singulares, cada qual com suas próprias peculiaridades e necessidades, quanto porque os atores que trabalham no setor saúde também possuem suas próprias concepções a respeito de suas atividades. Consiste num desafio a elaboração de processos capazes de normatizar a atividade médica que Donabedian denominou de explícita, sem tolher o autogoverno dos profissionais de saúde, essencial para que estes permaneçam aptos a lidar com as subjetividades particulares de cada situação, denominada de atividade implícita.

Portanto, a fim de tornar o processo mais fluido e democrático Serapioni (2009) sugere que propostas de avaliação da qualidade devam ter sua construção norteadas por algumas premissas metodológicas. O passo inicial precisa ser a exposição do plano a todo o grupo envolvido. Será natural que alguns se identificarão com as ideias, pois perceberão suas demandas contempladas em alguns aspectos. Outros atores verão a proposta como perda de lucros ou privilégios e poderão reagir de forma contrária. Dever-se-ia nesta etapa, ouvir todas as posições contrárias e favoráveis em busca de consensos. Em seguida, novas abordagens de propostas devem ser expostas, já com a apropriação dos consensos obtidos, cientes de que permanecerão divergências, e novas rodadas de negociação precisarão ser travadas, até que, com o máximo de consenso obtido e tendo a adesão de significativa parcela dos indivíduos

que tomaram parte na intervenção, seja possível a implantação das primeiras medidas (SERAPIONI, 2009).

Em busca de uma metodologia normativa que fosse capaz de observar as instituições e seus atores de uma forma mais abrangente e humana o possível, algumas estratégias de avaliação da qualidade foram criadas, uma das quais a acreditação, sobre a qual nos debruçaremos no tópico adiante. Importante observar que esta ferramenta não é a única adotada no Brasil para avaliação e aprimoramento da qualidade em saúde, ressaltando o exemplo do PMAQ-AB, criado em 2011, instrumento de avaliação da qualidade de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, MS, 2015). Também o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde é um modelo que se assemelha à acreditação por enfatizar a tríade estrutura-processo-resultado, embora não preveja a emissão de certificação às instituições nem faculte a participação voluntária das instituições do SUS (BRASIL, ANVS, 2007).

1.3 Acreditação no mundo e no Brasil

A acreditação é uma modalidade de avaliação da qualidade em saúde. Segundo Ribeiro et al. (2011) o vocábulo não existe nos dicionários de língua portuguesa. Trata-se de um neologismo que se refere ao ato de dar crédito, reconhecer como verdadeiro, digno de reputação. Para estas autoras, uma instituição acreditada tem crédito e inspira confiança (RIBEIRO, 2011).

Para a OMS a Acreditação é desde 1989 um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina (FELDMAN, 2005). Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar “o processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE). Para a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2014a) a ferramenta consiste de um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde que atua em caráter educativo visando à melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle social/ governamental (ONA, 2014a). Dentro da classificação descrita por Contandropoulos e Champagne (1997) a acreditação guarda características de método normativo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Se caracteriza por ser uma avaliação externa, a partir de critérios explícitos, os padrões. Um padrão pode ser definido como “uma expectativa explícita definida por uma autoridade competente que descreve o nível de desempenho aceitável de uma instituição” (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999).

A história da acreditação em saúde já tem sido contada por vários autores, motivo pelo qual não haverá delongas nestes detalhes², sendo mencionados somente alguns aspectos fundamentais da evolução do método ao longo do tempo.

Diante da necessidade de aprimorar a qualidade dos serviços de saúde várias iniciativas foram tomadas desde os primórdios do século XX. Dentre elas, já anteriormente mencionada, a de Flexner em 1910 de avaliar as escolas médicas na tentativa de corrigir problemas de desfecho atuando sobre a metodologia de formação dos profissionais. Três anos após a edição do Relatório Flexner, Ernest A. Codman, cirurgião norte-americano, publicou trabalhos científicos sugerindo a sistematização dos modelos de prática médica (FORTES,

² Para informações aprofundadas sobre a trajetória da Acreditação no Brasil a tese de doutorado de Maria Thereza Ribeiro Fortes traz detalhes obtidos através de pesquisa documental e entrevistas com atores que participaram ativamente do processo (FORTES, 2013).

2011). Sobre o trabalho de Codman, Miranda (2005) comenta haver enfoque especial sobre a relação processo de trabalho X resultado, buscando especificamente a apreciação da relação capital investido X desfechos (MIRANDA, 2005). A Teoria de Resultados Finais elaborada por Codman deu origem ao livro “Um Estudo Sobre a Eficiência do Hospital”, documento que originou o conceito atual de Gerenciamento dos Resultados (*Outcomes Management*). Este movimento desencadeou a criação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) em 1913. Em 1917 o CAC adotou o Sistema de Resultados Finais para elaborar os padrões mínimos de qualidade. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015a).

Partindo deste paradigma inicial de qualidade nos serviços de saúde foi realizada em 1918 uma avaliação em 692 hospitais de pelo menos 100 leitos nos Estados Unidos, momento quando somente 89 conseguiram alcançar um padrão de qualidade adequado (MIRANDA, 2005). Em 1924³, sob a batuta do CAC foi estabelecido o Programa de Padronização Hospitalar – PPH. Neste programa foi atribuída ênfase significativa aos aspectos da estrutura (existência de um laboratório clínico e de um departamento de radiologia, por exemplo) e processos de trabalho (importância da coleta de história clínica e seu registro adequado nos prontuários, estabelecimento de critérios para alta ou permanência hospitalar, dentre outros) (FELDMAN, 2005). Em 1926 o CAC editou o primeiro manual de padrões com objetivo de disseminar entre as instituições de saúde quais eram os critérios estabelecidos como mínimo exigido pela instituição (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015).

As normas preconizadas pelo Manual de Padronização foram absorvidas gradualmente, de sorte que em 1950 o número de instituições hospitalares que alcançaram a meta chegou a 3250. Os anos seguintes foram marcados pela expansão das ações em busca da qualidade em saúde (MIRANDA, 2005).

Em 1951 foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais - em inglês, *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) - que congregava algumas associações médicas americanas e canadenses, já adotando a nomenclatura de “*accreditation*” (MIRANDA, 2005). No ano seguinte à sua criação esta instituição foi delegada oficialmente pelo CAC na competência de avaliar a qualidade dos serviços de saúde em território norte-americano (THE JOINT COMMISSION, 2014). Em 1953 a JCAH publicou a primeira versão do Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015a).

³ Miranda (2005) data a criação do PPH em 1917 e não em 1924.

Em 1959 os canadenses optaram por criar sua própria instituição, o *Canadian Council* (MIRANDA, 2005) e nos anos seguintes outras instituições começam a surgir, predominantemente nos países anglofônicos onde ficou limitada até a transição das décadas 1960-70 (FORTES; BAPTISTA, 2012). A partir dos anos 60 ocorreu uma grande ampliação das atuações da JCAH, que passou a avaliar os sistemas *Medicaid* e *Medicare*, além de outras instituições não hospitalares, como ambulatórios, laboratórios e serviços odontológicos. Considerando o progressivo aumento no escopo de atividades da JCAH a instituição decide modificar, no final da década de 1980, seu nome para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Em 2005 a OMS designou a JCAHO como centro colaborador para soluções em segurança do paciente. Em 2007 a JCAHO encurtou seu nome para *The Joint Commission* (THE JOINT COMMISSION, 2014).

Portanto, *The Joint Commission*, é atualmente a organização maior e mais antiga organização sem fins lucrativos na avaliação de qualidade em serviços de saúde do mundo. Avaliou e acreditou, desde sua fundação, aproximadamente 21 mil organizações de saúde. Tem sua administração liderada por um corpo de 32 comissários que inclui médicos, administradores, enfermeiros, educadores, especialistas em qualidade, dentre outros. Sua sede está estabelecida em *Oakbrook Terrace, Illinois*, com um escritório e *Washington DC* (THE JOINT COMMISSION, 2015).

A acreditação chegou à Europa primeiramente pela Catalunha em 1981 e em 1988 toda comunidade médica hispânica foi alcançada com a constituição da Fundação Avedis Donabedian em Barcelona no ano de 1998. Também no Reino Unido duas organizações foram estabelecidas a partir do final da década de 1980. Na atualidade já existem agências acreditadoras disseminadas em todo o mundo, incluindo países centrais como França, Finlândia e Dinamarca e países periféricos como Brasil, Bolívia, Colômbia, Argentina e Filipinas (MIRANDA, 2005). Apesar de, por definição, a acreditação ter caráter voluntário existe alguma variação entre os modelos adotados por cada país. A experiência francesa pode ser introduzida pelo fragmento de um trabalho a respeito da sua experiência:

Historically, France has always been a centralized country. The medical profession... has often had to abide by laws the profession did not always approve. When it became clear that physicians were generally not assessing their practices as recommended when quality assurance was voluntary, government made this assessment obligatory (GIRAULD-ROUSFAST; CHARBOT, 2008).

Para compreender melhor esta diversidade, Fortes, Mattos e Baptista (2011) desenvolveram um estudo comparativo entre as experiências em acreditação no modelo francês, britânico e catalão. Os autores sugerem que a ferramenta produz impactos diferentes

quando adotada de forma voluntária e conferindo certificação de qualidade nos sistemas privados ou de forma não voluntária e/ ou sem emissão de certificação. Na percepção destes autores a estratégia pode ter maior potencialidade regulatória sobre o sistema de saúde no segundo modelo, sendo que, quando adotado de forma voluntária, atua com enfoque mais mercadológico em modelos privados, contribuindo mais para a concrência entre as organizações de saúde que propriamente como estabelecimento de marco regulatório do setor (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

No Brasil atribui-se a Odair Pedroso em 1935 a primeira iniciativa de aprimoramento institucional da qualidade dos serviços de saúde junto à comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. À época, o pesquisador elaborou uma ficha de inquérito hospitalar que guardava alguma semelhança com os critérios mínimos de qualidade do PPH, com a particularidade de uma ênfase, sobretudo na apreciação da estrutura (FELDMAN, 2005). Em 1948 o Hospital dos Servidores do Estado (do Rio de Janeiro) foi avaliado e acreditado por uma instituição norte-americana. Em 1986 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões instituiu a Comissão Permanente de Qualificação de Hospitais. Na década de 1990 a OPAS promoveu debates junto a instituições médicas como a Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre a acreditação na América Latina, quando teve início o Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar, embora este não tenha adotado um modelo de acreditação (FORTES, 2013). Também neste período diversas instituições acadêmicas como a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Fundação Cesgranrio e associações de profissionais de saúde (Academia Nacional de Medicina dentre outras) patrocinaram simpósios sobre a acreditação, que culminaram com a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (MIRANDA, 2005). Dentre estes eventos salienta-se a atuação de José de Carvalho Noronha⁴, que após ter tido contato com a acreditação em programa de *Fellowship* nos EUA e conhecido de perto o funcionamento do *Medicaid*, *Medicare* e da JCAHO liderou em 1992 a promoção de seminários sobre o tema no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Outro ator importante nesta construção foi Hésio Cordeiro⁵ (FORTES, 2013).

⁴ José de Carvalho Noronha foi um ator que ocupou importantes funções no Inamps, Ministério da Saúde, JCI, ABRASCO, OPAS, OMS e no IMS/ UERJ.

⁵ Hésio Cordeiro foi outro ator de grande importância na acreditação, tendo ocupado funções importantes na Fundação Cesgranrio, ABRASCO, Inamps e IMS/ UERJ, tendo sido reitor da UERJ e orientado a tese de doutorado de Miranda (2005) que aborda o tema acreditação e direito de escolha de tratamentos hormonal no climatério.

Em 1997 o projeto Acreditação Hospitalar foi introduzido com apoio do Ministério da Saúde, do REFORSUS, e do Banco Mundial. Em 1998 foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (MIRANDA, 2005). O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é o representante exclusivo da *Joint Commission International* (JCI) no Brasil desde 1998. Tem o objetivo de trabalhar pela melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado aos pacientes por meio de acreditação institucional e ensino. É certificado pelo INMETRO e acreditado pela *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua) (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015b). Na atualização das instituições acreditadas realizada em 28/09/2015 o CBA tinha 13 unidades ambulatoriais, três instituições de *home care*, quatro unidades de atenção primária, 13 unidades de cuidados clínicos, 28 hospitais, uma empresa de transporte de pacientes e uma operadora de planos de saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015a). O primeiro título de hospital acreditado pelo CBA foi outorgado ao Hospital Israelita Albert Einstein em 1999 (MIRANDA, 2005).

Em 1999, após iniciativas do setor saúde em colaboração com esferas governamentais foi fundada a ONA. Sua atuação tem ampliado a discussão da qualidade do cuidado em saúde também em instituições de países na América Latina e Caribe, em colaboração com a OPAS (ONA, 2014b).

Para o Ministério da Saúde (2002) a acreditação é um método de consenso que busca a racionalização e ordenação das organizações prestadores de serviços hospitalares, especialmente no que concerne à educação permanente dos seus profissionais. Esta instância governamental considera que a utilização de um instrumento específico – o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – é a ferramenta primordial para avaliação da qualidade das instituições de saúde no Brasil (BRASIL, 2002).

A equipe de avaliadores é composta de pelo menos três indivíduos, sendo no mínimo um médico, um enfermeiro e um administrador. Um destes membros é o avaliador-líder, responsável perante a instituição avaliadora por todas as fases do processo de acreditação. Os demais avaliadores também possuem treinamento específico. O processo de avaliação tem início com a inscrição voluntária e contratação da instituição acreditadora. É feita uma visita agendada que se inicia com a apresentação do planejamento dos trabalhos, coleta de evidências e apresentação dos resultados, cabendo recurso, caso a instituição avaliada não concorde com o resultado apresentado pela avaliadora (BRASIL, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

A atitude do profissional de saúde frente às propostas de melhoria de qualidade não é um consenso na literatura. Bomfin, Trivelatto e Hastenreiter (2013) apontam que o caminho para a implantação de programas de qualidade não tem sido uma tarefa simples e uma das dificuldades observadas tem sido a resistência oferecida pelos profissionais de saúde (BOMFIN; TRIVELATTO; HASTENREITER, 2013). Alástico e Toledo (2013) idealizaram uma proposta de roteiro para implantação de acreditação baseada na análise da experiência de quatro hospitais, tendo observado resistência dos profissionais em duas destas instituições (ALASTICO; TOLEDO, 2013). Ribeiro et al (2011) entrevistaram 34 profissionais de um hospital acreditado em Belo Horizonte. Enquanto alguns entrevistados descreveram de forma positiva a metodologia da acreditação, outros avaliaram a ferramenta de forma mecânica, desacompanhada de um processo de reflexão sobre o trabalho em saúde, considerando o fato de ter trabalhado em instituição acreditada como um mero agregador de títulos aos seus “*curricula vitae*” e vários outros como um fardo inútil a ser carregado, inclusive sob o risco de punições em caso de descumprimento das normas (RIBEIRO et al., 2011). Silva et al. (2010) realizaram estudos comparativos de casos entre cinco hospitais privados acreditados, em um dos quais foi percebida resistência à proposta de melhoria de qualidade (SILVA et al., 2010). Miranda (2005) descreve uma participação satisfatória da equipe técnica na proposta de acreditação do Hospital Universitário Pedro Ernesto (MIRANDA, 2005).

Sobre este tema, Gurgel e Vieira (2002) apresentam um ponto de vista mais contundente, que vale a pena ser reproduzido em sua integralidade (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002):

No setor hospitalar observa-se uma grande resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que historicamente detêm o poder dentro destas organizações e não veem com bons olhos a ideia de contenção de custos, nem uma avaliação do seu trabalho numa perspectiva de medir a qualidade, por se sentirem fiscalizados e terem medo de perder sua autonomia na condução clínica dos pacientes (p. 330).

Ainda sobre a participação da categoria médica, Denis e Champagne (1997) afirmam (DENIS e CHAMPAGNE, 1997):

De fato, os médicos têm opiniões diversas sobre a utilidade dos outros atores no processo de execução de cuidados. Em duas organizações estudadas, os médicos resistem à colaboração interprofissional porque percebem aí uma ameaça ao seu papel decisório predominante na forma de produção dos cuidados. Dão, conseqüentemente, pouco apoio à inovação (p.77).

Longe de ser um “privilégio” dos países em desenvolvimento, motivar médicos para acreditação de sistemas de saúde também consiste num desafio para pesquisadores franceses (GIRAULD-ROUSFAST; CHARBOT, 2008). Para estes existem três empecilhos principais: 1) autonomia profissional; 2) tempo necessário para elaboração e implementação de procedimentos de garantia de qualidade; e 3) uma cultura de que muitos dos procedimentos para garantia de qualidade destoem da prática médica tradicional contribui também para o estranhamento desta metodologia o fato desta prática não ser abordada pela ciência médica, consistindo na adequação de uma prática comum às indústrias, que segundo Mintzberg (1995) praticam rotineiramente avaliações dos seus produtos, seja por amostragem do produto acabado, seja por aprimoramento do processo de produção. Para este autor o modelo do setor serviços baseia-se predominantemente na busca pela qualidade através da formação profissional supondo que profissionais bem formados têm condições de oferecer serviços de qualidade. É possível, portanto, que um conflito conceitual esteja estabelecido nesta tentativa de aplicar o controle dos processos a atores habituados à garantia da qualidade baseada na formação profissional (MINTZBERG, 1995). Um fragmento desta experiência francesa (GIRAULD-ROUSFAST; CHARBOT, 2008) a respeito da acreditação pode ilustrar este conflito: “... *most quality of care policies do not originate from the inside the medical profession, but have been imported in health care from industries with a low degree of uncertainty*” (p.2664).

Sobre este desconforto Donabedian (1978) arrazoa sobre possíveis motivos pelos quais o médico se sinta desconfortável a respeito de metodologias herméticas de avaliação. Para este autor existe, de fato, uma dimensão individual do processo saúde-doença que envolve desde determinantes sociais (como hábitos de vida, influências culturais e religiosas, condições de moradia e nível de escolaridade), os quais se agregam aos aspectos iminentemente clínicos (por exemplo, exposição ambiental a agentes tóxicos e predisposições genéticas a determinadas enfermidades). Os médicos, por sua vez, também não podem ser entendidos como indivíduos unívocos, mesmo quando leva em consideração o universo de profissionais que exercem uma mesma especialidade. Cada qual agrega ao seu modo de atuação traços de sua personalidade e caráter, além de permear suas ações com vivências prévias ao longo de sua trajetória profissional. Deve-se compreender, portanto, que apesar da alta probabilidade de que neurologistas formados nas diferentes escolas médicas do mundo terem baseado sua formação nos mesmos textos clássicos da sua área de atuação, não seria difícil considerar que um especialista que atue na Amazônia brasileira tenha uma prática

diversa de outro atuando num instituto de referência em reabilitação neurológica, os quais possivelmente também terão estratégias de atuação diferentes das utilizadas por um neurologista que realiza pesquisas clínicas num laboratório de neurociências aplicadas. Assim sendo, a relação entre um médico e seu paciente se reveste de um grau de personalização tão peculiar que não consista de tarefa trivial o estabelecimento de uma metodologia rígida à avaliação de qualidade das relações quando se aborda estes aspectos tão personalistas da relação médico-paciente, ainda que sejam considerados profissionais da mesma especialidade tratando de indivíduos acometidos por uma mesma categoria nosológica.

Considerando, portanto, a transversalidade de saberes envolvidos no tema, as diferentes possibilidades de olhares pelos mais diversos atores envolvidos e sobretudo a ainda pequena produção científica a respeito da matéria, considera-se relevante a elaboração da revisão, que pretende investigar as experiências de pesquisadores publicadas na literatura.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a participação dos profissionais médicos nos processos de acreditação em serviços de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Investigar eventuais impedimentos ao envolvimento mais efetivo dos profissionais médicos nas propostas de acreditação;

Discutir estratégias úteis para minimizar eventuais obstáculos à participação dos profissionais médicos nesta metodologia de avaliação e melhoria de qualidade.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Desenho do estudo

Uma revisão de literatura é o primeiro passo para a compreensão de um tema científico. Por meio dela é possível aumentar a compreensão a respeito de determinado assunto, bem como identificar lacunas sobre as quais seja interessante um aprofundamento. Existem dois modelos fundamentais de revisão de literatura: revisão narrativa e revisão sistemática. A revisão tradicional, atualmente denominada de revisão narrativa, não se caracteriza pelo rigor metodológico nos critérios utilizados durante a busca das referências e seleção dos trabalhos. Tem a vantagem de poder ser realizada num curto período de tempo e utilizando o material rapidamente acessível ao pesquisador. Entretanto, não traz respostas quantitativas aos questionamentos nem estabelece o caminho feito para fins de reprodução posterior. A revisão sistemática, por sua vez, é planejada para responder a uma pergunta específica e lança mão de metodologia bem definida. Desta forma, permite a outros pesquisadores refazer o caminho percorrido na pesquisa, mantendo claros quais foram os critérios utilizados para seleção do material e análise dos dados. A revisão sistemática pode ser configurada em quatro modelos: meta-análise, revisão sistemática⁶, revisão qualitativa e revisão integrativa. Em ambos os casos são preconizados sete passos metodológicos, que são:

⁶ Notar que o termo revisão sistemática é usado pela fonte tanto para designar um tipo de revisão, quanto para designar um subtipo da classe que leva o mesmo nome.

a) formulação da pergunta; b) localização dos estudos; c) avaliação crítica dos estudos; d) coleta dos dados; e) análise e apresentação dos dados; f) interpretação dos dados e, g) aprimoramento e atualização da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

O método de estudo aplicado foi a revisão integrativa, visando à busca por evidências científicas através da análise de estudos relacionados à participação de médicos nas iniciativas para acreditação das instituições de saúde.

A revisão integrativa possibilita a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de estudos significativos na prática. Não se restringe a estudos primários, como ocorre com as meta-análises, nem limitar-se à síntese rigorosa de estudos experimentais, como nas revisões sistemáticas. Deste modo, consiste de uma abordagem mais ampla, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais buscando uma compreensão completa do fenômeno analisado. Permite a combinação de dados obtidos de literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, como definição de conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Por estes motivos, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta modalidade de estudo pretende uma compreensão abrangente de um fenômeno particular analisando o conhecimento construído em pesquisas anteriores por meio da pesquisa na literatura teórica ou empírica. Pode utilizar como amostra dados quantitativos e qualitativos. Deve estar estruturada em uma sucessão de etapas bem definidas. A primeira delas é a identificação do tema e seleção da pergunta da pesquisa. Nesta etapa deve ser feita a definição dos descritores ou palavras-chave, da estratégia de busca e dos bancos de dados a serem utilizados. Em segundo lugar devem-se estabelecer quais serão os critérios de inclusão e exclusão. Por terceiro é necessário identificar os estudos pré-selecionados e selecionados por meio da leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave, com a elaboração de uma tabela com os estudos pré-selecionados. A quarta etapa objetiva sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos, incluindo dados como tamanho da amostra, quantidade dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de análise, teoria ou conceitos utilizados. Este momento crucial deve ser executado com apoio de um instrumento denominado matriz de síntese ou análise. Esta pode conter diversas modalidades de informações, sejam citações diretas, resumo de um fragmento importante, dados numéricos,

etc. Não existem modelos universais para a confecção desta matriz. A habilidade do autor e sua compreensão a respeito das leituras poderão leva-lo a confeccionar uma matriz mais ou menos funcional. Para tanto é importante que o autor crie categorias analíticas que permitam a ordenação e sumarização dos estudos. Em quinto lugar deve-se proceder a discussão dos textos analisados, momento quando se fazem possíveis a identificação das lacunas e a formulação de pautas para futuras pesquisas. A sexta e última etapa consiste da apresentação sintética dos conhecimentos extraídos, sendo devidamente inserido o caminho percorrido pelo pesquisador para alcançar os resultados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

4.2 A pergunta da pesquisa

A questão que norteou esta revisão integrativa foi: “qual são os motivos que podem influenciar negativamente a participação dos médicos nos processos de avaliação e melhoria da qualidade do cuidado quando utilizada a metodologia da acreditação?”

4.3 Busca na literatura

A pesquisa dos estudos foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE. Para a seleção dos descritores o autor verificou na bibliografia obtida quando da etapa narrativa da pesquisa quais foram aqueles utilizados por seus autores. Foram eleitos dois eixos temáticos básicos para a busca: “atitude do profissional de saúde” e “acreditação”. Estes eixos foram pesquisados de forma ortográfica flexível utilizando *Medical Subject Headings* (MeSH) ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A tentativa de introduzir o termo “médico” como MeSH/ DeCS no processo de busca levou os resultados a números excessivamente pequenos, sendo igual a zero em boa parte das tentativas. Por outro lado, percebeu-se que alguns trabalhos que não se restringiam a esta categoria profissional faziam importantes menções à atitude dos mesmos frente à acreditação. Por isso, optou-se por verificar nos títulos e resumos se os trabalhos que enfocavam os profissionais de saúde de forma ampla incluíam médicos os quais foram incluídos na seleção. Considerando o caráter histórico da pesquisa não foi utilizada restrição temporal. Uma ilustração simplificada das buscas pode ser observada no fluxograma 1 e tabela 2 e cuja descrição será feita abaixo.

A busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi guiada pela utilização de “acreditação” [DeCS] AND “atitude do profissional de saúde” [DeCS]. A pesquisa foi realizada para nível regional e em todos os índices. Foram utilizados critérios de restrição disponíveis no apêndice A. Esta pesquisa gerou um total de 253 trabalhos. A pesquisa no Pubmed/ Medline foi realizada com (*accreditation [MeSH Terms]*) e (*attitude of health personnel [MeSH Terms]*). Foram aplicados como critérios de exclusão:

- a) não referentes a humanos;
- b) idiomas diferentes do inglês, português ou espanhol;
- c) sem resumo disponível. O resultado a esta pesquisa inicial foi de 261 artigos.

Ao perceber que a utilização dos critérios empregados na BVS e Pubmed traziam resultados muito restritos quando aplicados aos bancos Scielo e LILACS optou-se por ampliar as estratégias de busca. No Scielo foi realizada uma primeira busca utilizando-se “acreditação hospitalar” em todos os índices/regional com resultado de 23 artigos e uma segunda utilizando-se o termo “acreditação” restringindo a busca às áreas temáticas ciências da saúde, ciências humanas e ciências sociais aplicadas. O resultado obtido foi 69 artigos. Para o LILACS foi utilizada a expressão “acreditação hospitalar” não sendo aplicada qualquer restrição (incluídos Título, resumo, assunto/ busca por palavras). O resultado foi de 7 trabalhos encontrados.

A leitura dos títulos e resumos foi feita pelo autor desta dissertação e por uma das orientadoras, de forma independente, visando a busca de um consenso a respeito de quais seriam os artigos selecionados para leitura do texto integral. Foram selecionados artigos teóricos ou empíricos que abordassem a implementação de e a participação de profissionais de saúde em processos de acreditação em serviços de saúde.

Foram excluídos artigos que tratassem de:

1. Acreditação de modelos educacionais (e não de modelos assistenciais) em saúde (frequentemente de graduação em enfermagem e residência médica);
2. Acreditação de instituições que não envolviam a atuação médica na assistência (por exemplo, laboratórios de análises clínicas e odontologia);
3. Acreditação da assistência abordando somente outras categorias profissionais, sem qualquer menção à participação do médico.

A estratégia de busca está exposta na tabela abaixo:

Tabela 2 - Critérios de busca e termos utilizados na busca da literatura

Base de dados	MeSH/ DeCS utilizado(s)	Critério selecionado	Número de artigos obtidos
Scielo	“acreditação”	Áreas temáticas: ciências da saúde, ciências humanas e ciências sociais aplicadas	69
Scielo	“acreditação hospitalar”	Todos os índices/ regional	23
LILACS	“acreditação hospitalar”	Título, resumo, assunto/ palavras	7
BVS	“acreditação” [DeCS] AND “atitude do profissional de saúde” [DeCS]	Todos os índices/ regional	253
Medline	“accreditation” [MeSH Terms] AND “attitude of health personnel” [MeSH Terms]	Excluídos trabalhos que não se referiam a humanos, idiomas diferentes do inglês, português ou espanhol e sem resumo disponível.	261

Fonte: O autor, 2016

A leitura completa dos artigos incluídos na revisão integrativa foi realizada exclusivamente pelo autor dessa dissertação. A informação de interesse foi coletada em instrumento padrão, contendo: título do artigo, autores, fonte, país, idioma, ano de publicação, objetivos, método de estudo, discussão, resultados e conclusões.

5 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

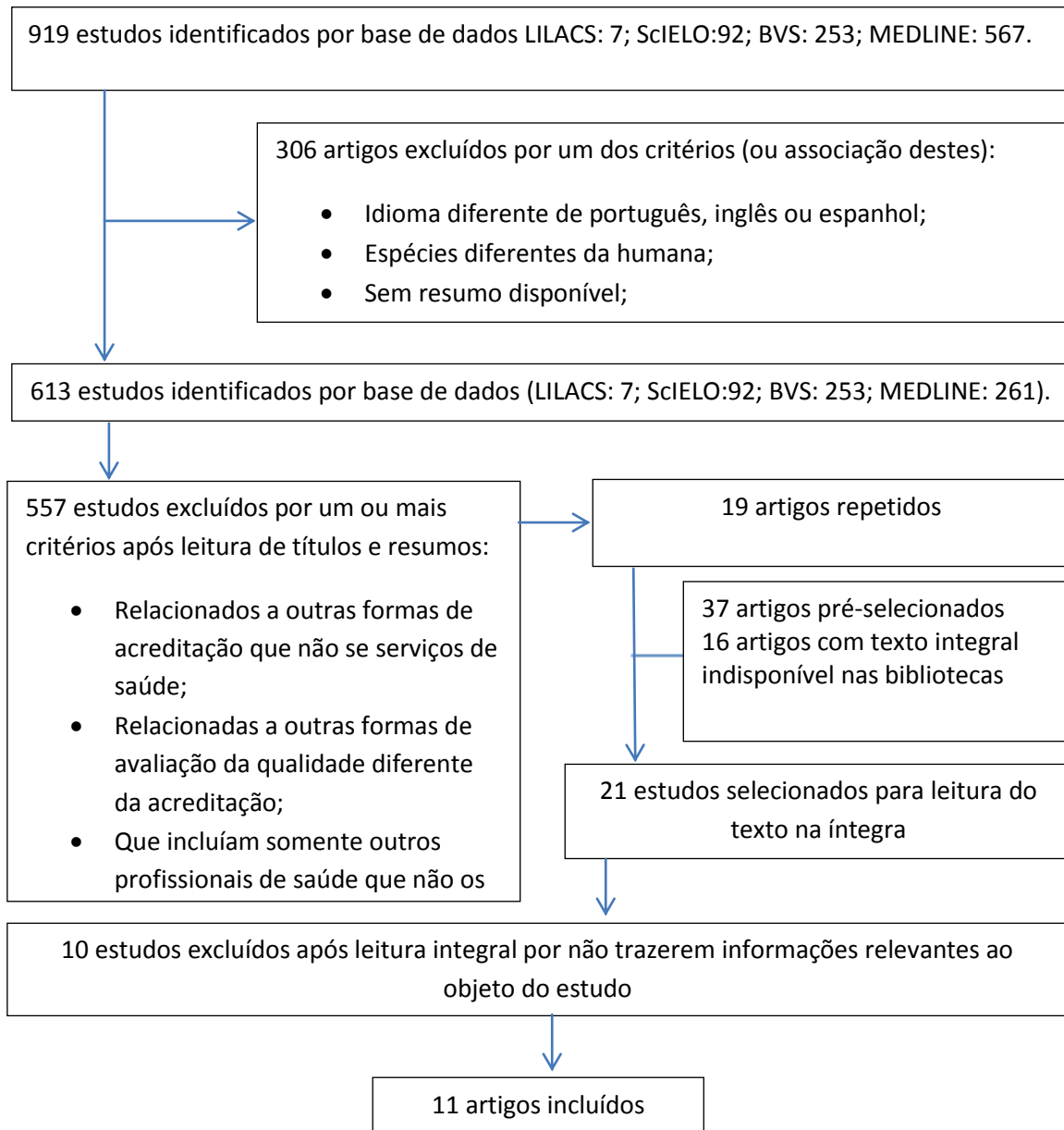
Esta consiste em uma etapa bastante sutil da pesquisa. Em meta-análises, por exemplo, reveste-se de grande importância a avaliação da metodologia estatística utilizada pelos pesquisadores e da similaridade das amostras avaliadas por cada estudo. Num estudo qualitativo, que utiliza como substrato o resultado de trabalhos com metodologias diversas, os critérios utilizados são, de modo geral, a coerência da argumentação do autor original, a verificação de conflitos de interesse que pudessem criar vieses na interpretação dos dados, a qualidade do periódico no qual o artigo foi publicado (livros de autores consagrados ou textos extraídos de periódicos indexados), a reputação do autor e sua experiência a respeito do tema, o fato de a publicação ter sido fruto de extenso trabalho de pesquisa (como no caso de textos produzidos a partir de teses de doutorado ou dissertação de mestrado). Neste estudo esta análise não foi considerada um fator de exclusão, mas ao longo da discussão é apresentada uma análise contextual dos trabalhos, assim como a relação existente entre os autores e seus pontos de vista.

6 RESULTADOS

6.1 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Trinta e sete artigos foram pré-selecionados para leitura do texto integral. Os artigos foram pesquisados na plataforma de periódicos CAPES com impossibilidade de obtenção do texto integral de 16 artigos. Vinte e um artigos foram lidos na íntegra. Destes, 9 se mostraram sem relevância de conteúdo para esclarecimento da pergunta da pesquisa ou alcance dos objetivos estabelecidos. Foram, portanto, definidos como artigos selecionados um total de 12 publicações. A sistemática de busca pode ser observada no Fluxograma 1, apresentado abaixo:

Fluxograma 1 - Sistemática de busca



As informações obtidas na revisão foram ilustradas nas tabelas abaixo, respectivamente, 3) Características dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o foco temático e território onde o trabalho foi desenvolvido; 4) características dos estudos selecionados, segundo seus objetivos, método de pesquisa e fonte dos dados utilizada e 5) resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão.

TABELA 3 - Características dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o foco temático e território onde o trabalho foi desenvolvido.

Autor/Ano	Território onde o trabalho foi desenvolvido	Foco temático
Bateganya et al., 2009	Quatro hospitais rurais de Uganda	Incentivos e barreiras na implementação de padrões de qualidade em hospitais
Nandraj et al., 2001	Diversos hospitais de portes variados em Mumbai, Índia	Abordagem dos “ <i>stakeholders</i> ” a respeito da acreditação hospitalar
El-Jardali et al., 2014	Vinte e cinco unidades de excelência em atenção primária no Líbano	Percepção de diretores e trabalhadores da saúde a respeito do sucesso, desafios e implicações políticas produzidas pela acreditação na atenção primária
Rodríguez, 2013	Chile	Reflexões de uma expert sobre a criação de uma cultura de qualidade hospitalar
Manzo et al., 2012	Um hospital de médio porte acreditado em Belo Horizonte, MG – Brasil	Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano dos profissionais de saúde
Seren e Bayakal, 2007	Quatro hospitais acreditados em Istambul, Turquia	Relação entre cultura organizacional e flexibilidade a mudanças em hospitais
Schiesari, 2014	Centro de estudos de um hospital de excelência em São Paulo, Brasil	Reflexão a respeito da possibilidade de se executar a avaliação externa das organizações hospitalares através de metodologias alternativas
Manzo et al., 2013	Um hospital de médio porte acreditado em Belo Horizonte, MG – Brasil	Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

TABELA 3 - Características dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o foco temático e território onde o trabalho foi desenvolvido.

Autor/Ano	Território onde o trabalho foi desenvolvido	Foco temático
Kaplan et al., 2010	Um grande hospital urbano de ensino e nível terciário de complexidade no Brooklyn, Nova Iorque	Relato de experiência institucional na criação de uma cultura de respeito mútuo e minimização do comportamento disruptivo
Greenfield et al., 2011	Um grande hospital de ensino em processo de revisão de acreditação em Sydney, Austrália	Fatores que motivam profissionais de saúde a se engajar na acreditação de organizações de saúde
Hinchcliff et al., 2013	Diversos hospitais acreditados localizados nas variadas regiões da Austrália	Perspectivas de “ <i>stakeholders</i> ” a respeito da implementação de programas de acreditação

Fonte: O autor, 2016.

TABELA 4 - Características dos estudos selecionados, segundo seus objetivos, método de pesquisa e fonte dos dados utilizada.

Autor/Ano	Objetivos	Método	Fonte de dados
Bateganya et al., 2009	Sondar os conhecimentos, práticas e atitudes de equipes hospitalares em relação existência de normas e avaliar o nível de motivação das equipes para conhecer novas normas	Grupos focais, entrevistas e debates	Superintendentes e membros de equipes médicas familiarizados com o uso de padrões de qualidade e tinham participado do programa nacional de acreditação “ <i>Yellow Star</i> ”
Nandraj et al., 2001	Comparar os pontos de vista dos principais “ <i>stakeholders</i> ” na introdução da acreditação, sobre os objetivos desejados do programa e a forma como esta deve ser conduzida	Entrevistas semiestruturadas face a face e questionários estruturados enviados pelos correios	Cento e treze proprietários e administradores de hospitais, oito representantes de corporações profissionais (dentre as quais, três de categorias médicas e uma de proprietários de hospitais), dois representantes de seguradoras/ financeiras atuando no setor saúde, seis agentes governamentais e outros membros de associações de usuários do sistema de saúde
El-Jardali et al., 2014	Compreender a percepção de diretores e membros da equipe das instituições de saúde analisadas a respeito do impacto sobre a equipe e pacientes	Estudo transversal utilizando abordagem metodológica mista, com componentes qualitativos (entrevistas semiestruturadas) e quantitativos (questionários auto aplicados)	Duzentos e noventa e dois entrevistados de diversas categorias profissionais da saúde, sendo 78 (27,5%) médicos e 12 (4,2%) diretores de unidades de atenção primária

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

TABELA 4 - Características dos estudos selecionados, segundo seus objetivos, método de pesquisa e fonte dos dados utilizada.

Autor/Ano	Objetivos	Método	Fonte de dados
Rodríguez, 2013	Discutir o significado de qualidade e segurança do paciente tanto para clientes externos quanto para a equipe que cuida deles	Reflexão sobre a experiência chilena a respeito da qualidade hospitalar	Revisão narrativa da literatura e análise das informações à luz da realidade local
Manzo et al., 2012	Analisar as implicações do processo de acreditação no cotidiano de profissionais de saúde	Entrevistas semiestruturadas avaliadas por análise de conteúdo	Trinta e quatro profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, sendo seis médicos
Seren e Bayakal, 2007	Identificar a atitude do pessoal de saúde frente às mudanças produzidas pela acreditação comparando-as com a cultura organizacional de cada instituição	Análise situacional através da aplicação da “ <i>Culture Scale</i> ” e da “ <i>Attitude Against Change Scale (AACCS)</i> ”	Amostra de 1289 médicos e 1778 enfermeiros, todos atuando em quatro hospitais acreditados pela metodologia ISO
Schiesari, 2014	Comparar os resultados obtidos pelos diferentes modelos de avaliação externa de qualidade em serviços de saúde no Brasil	Relato da experiência de uma profissional especializada em implantação de programas de acreditação	Síntese de experiências pessoais e informações colhidas durante cursos de mestrado e doutorado da autora
Manzo et al., 2013	Analisar, na perspectiva de profissionais, as principais barreiras de comunicação vivenciadas no decorrer do processo de acreditação de um	Entrevistas semiestruturadas avaliadas por análise de conteúdo	Trinta e quatro profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, sendo seis médicos

hospital

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

Tabela 4 - Características dos estudos selecionados, segundo seus objetivos, método de pesquisa e fonte dos dados utilizada. (conclusão)

Autor/Ano	Objetivos	Método	Fonte de dados
Kaplan et al., 2010	Prover informações e reflexões baseadas no processo contínuo de criação de uma cultura de respeito mútuo em contraposição a condutas disruptivas adotadas por alguns profissionais de saúde	Aplicação de questionários a respeito do código de respeito mútuo implantando na instituição em 3 anos consecutivos, momentos distintos do processo de implantação da cultura de respeito mútuo. Relato da experiência da instituição	Somente valores percentuais dos entrevistados é informado. Em todos os anos pelo menos 50% dos entrevistados eram médicos e os demais membros de outras categorias profissionais de saúde da mesma instituição.
Greenfield et al., 2011	Explorar as experiências de executivos da saúde, gerentes e clínicos da “linha de frente” que participaram de processos de acreditação organizacional	Entrevistas semiestruturadas com seleção proposital da amostra	Trinta profissionais de saúde experimentados em acreditação
Hinchcliff et al., 2013	Identificar fatores que favorecem a efetiva implantação de programas de acreditação em diferentes configurações organizacionais	Oito entrevistas pessoais e 39 grupos focais	Duzentos e cinquenta e oito “ <i>stakeholders</i> ” de cuidados de saúde atuantes nas diversas unidades do território australiano

Fonte: O autor, 2016.

Tabela 5 - Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão.

Autor/no	Resultados	Conclusões
Bateganya et al., 2009	Demonstra a experiência de profissionais que exercem a assistência em situação de extrema carência, enfatizando a incongruência entre propostas de qualidade e a privação de recursos mínimos para a implantação destes programas. Demonstra insatisfação de médicos quando insinuada a possibilidade de punição por resultados insatisfatórios sob condições degradantes de trabalho. Aponta a remuneração indigna, falta de reconhecimento, carência de recursos humanos, insuficiência de assistência técnica, financiamento e treinamento como obstáculos principais. Acreditam na troca de informações entre instituições como geradores de maior segurança para a execução das tarefas.	As possibilidades de implantação de qualidade são remotas quando as condições de trabalho são inapropriadas. Penalização pelo insucesso nestas circunstâncias são consideradas inaceitáveis pelos profissionais. Remuneração indigna, sobrecarga de atividades, falta de reconhecimento, de assessoria técnica, de suporte material e de sentimento de parceria é deletéria à motivação dos trabalhadores. A interrupção injustificada de programas de melhorias provoca frustração nos profissionais.

Nandraj et al., 2001	Revela que os médicos rejeitaram a proposta de que a acreditação seja utilizada como forma regulatória da assistência em saúde em substituição ao papel estatal, questionaram o fato de a acreditação ser executada com pouco treinamento. Repelem a ideia de punição em casos de resultados insatisfatórios e que estes resultados sejam publicizados com objetivo de nortear a precificação dos serviços oferecidos por profissionais e instituições.	A acreditação é mais bem sucedida quando não procura ocupar o papel regulatório próprio do Estado, nem produz resultados punitivos em consequência dos insucessos. Médicos e empresários da saúde precisam estar no centro da discussão sobre acreditação. Melhores resultados podem ser obtidos com a contratação de médicos em período integral para a implantação do processo, ou a colaboração de voluntários em dedicação por curtos períodos, evitando a sobrecarga dos profissionais envolvidos na tarefa. Instituições que estejam muito distantes do nível de excelência devem começar suas atividades enfocando aspectos básicos de segurança e estrutura. A confrontação de instituições em fases iniciais da caminhada em direção da qualidade com os elevados padrões de qualidade já praticados nos países pioneiros no método pode produzir desmotivação e resistência, com pequena expectativa de êxito.
----------------------	---	--

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

Tabela 5 - Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão.

Autor/Ano	Resultados	Conclusões
El-Jardali et al., 2014	Reconhecimento, treinamento e remuneração abaixo do esperado foram as queixas mais importantes. Aponta a resistência dos profissionais de saúde mais idosos e especialmente dos médicos. Revelou ansiedade desta categoria a respeito de serem avaliados. Desconforto com a baixa disponibilidade de médicos e a consequente sobrecarga de trabalho, rotatividade acentuada dos profissionais e deficiência na comunicação entre atores e instituições.	Os resultados favoráveis apresentados no estudo só se tornaram possíveis, pois foram fruto de ações estratégicas de capacitação planejada e desenvolvida em longo prazo.
Rodríguez, 2013	Apresenta questionamentos feitos por profissionais a respeito da acreditação, especialmente quando ocorre aumento de trabalho sem melhoria na remuneração. Esclarece as dificuldades de se proceder à melhoria da qualidade sem um trabalho de adequação	Reconhecimento, incentivos e clareza de metas são chaves para motivar funcionários a trabalhar em equipe. Estes incentivos devem ser individuais e não coletivos. É importante sensibilizar os profissionais de que qualidade se reverte em benefício a ele próprio

da cultura organizacional. Ressalta que com alguma frequência existe uma confusão entre conceitos de qualidade, luxo e alta complexidade. Enfatiza a necessidade de priorizar no início do processo os trabalhadores com características de liderança (formadores de opinião) e que também agreguem virtudes como compromisso ético e profissionalismo (independentemente da posição hierárquica que ocupem na organização). Ressalta também a necessidade de transmitir a ideia de que todos são importantes no processo (não apenas a liderança da qualidade) e estimular o sentimento altruísta em benefício do cliente. Inclui a necessidade de sensibilizar para o caráter finito dos recursos, inserindo à concepção de qualidade o conceito de utilização racional dos recursos. Destaca a importância de utilizar instrumentos fidedignos e de fácil compreensão para aferição da qualidade, reconhecer o trabalho dos colaboradores e apresentar-lhes os benefícios de trabalhar num ambiente de segurança, que permite o crescimento profissional através do compartilhamento de experiências por meio de “*benchmarking*”.

embora esteja simultaneamente ligada a priorizar o benefício do usuário e utilizar os recursos materiais e humanos de forma racional. Qualquer iniciativa que não seja desejada pela liderança estará fadada ao fracasso.

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

Tabela 5 - Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão.

Autor/Ano	Resultados	Conclusões
Manzo et al., 2012	Estabelece ambiguidades na percepção de profissionais de saúde a respeito da acreditação hospitalar, destacando como aspectos negativos o caráter impositivo, a insuficiência de tempo para execução concomitante de tarefas assistenciais e burocráticas, desmotivação relacionada à sensação de impotência diante de condições adversas à preparação para avaliação, o que resultou em respostas psicológicas como medo, angústia e traumas emocionais como motivadores de resistência à condução do processo.	O sucesso da acreditação hospitalar depende da compreensão das percepções dos profissionais e respeito das mudanças organizacionais decorrentes do processo. Somente com este cuidado será possível promover modificações em hábitos, valores e comportamentos, transformando um modelo tecnicista de assistência em um formato humanizado de atenção.
Seren e Bayakal, 2007	Estudou a atitude dos profissionais de saúde frente a mudanças demonstrando que existe maior resistência naquelas onde existe predomínio da cultura do poder e/ ou chefes autoritários, entre	A adoção de uma postura democrática pela liderança e a existência de uma cultura organizacional colaborativa motiva os profissionais ao processo de acreditação. Um estudo prévio da cultura organizacional

Schiesari,
2014

profissionais que não tiveram envolvimento direto com o processo de preparação para a avaliação, ocorrendo o oposto naquelas onde a cultura era predominantemente colaborativa, com líderes mais democráticos e quando grande número de profissionais foram convidados a se envolver no processo.

Levanta dúvidas a respeito da relação custo-benefício dos processos, visto que poucas instituições são capazes de quantificar o valor investido e os retornos obtidos com a iniciativa. Questiona a rigidez do processo, que foi concebido num contexto cultural diverso da realidade latino-americana, com tendência quase que mundial de lidar com esta inflexibilidade de forma a “contornar” as normas. Propõe que um processo mais simplificado e maleável a realidades locais talvez seja mais exequível e menos traumático. Apresenta a “depressão pós-acreditação” como reação frequente de profissionais ao perceber que o esforço dispendido para a avaliação não gerou mudanças duradouras.

é altamente recomendado antes de se fazer qualquer movimento em direção da avaliação e melhoria da qualidade.

Dependendo da cultura organizacional de cada instituição, a acreditação pode não ser a melhor opção para a avaliação e melhoria da qualidade. As modalidades “prêmio de qualidade” nas instituições caracterizadas pela cultura mais competitiva, enquanto a metodologia ISO podem se adequar melhor quando a cultura estiver mais ligada aos processos.

Fonte: O autor, 2016.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em sua dissertação de mestrado Campos (2005) estuda os motivos pelos quais ocorre elevada rotatividade de médicos na atenção primária em São Paulo. Suas conclusões demonstraram que treinamento apropriado, ambiente físico adequado, materiais de qualidade suficiente e clima organizacional favorável estiveram relacionados com a satisfação do profissional e menor rotatividade destes na Estratégia da Saúde da Família (ESF). A autora destaca que os salários acima da média do mercado para esta atividade em São Paulo possivelmente tenha contribuído para que o fator remuneração não tenha sido apontado como critério de baixa satisfação (CAMPOS, 2005). Muito embora o enfoque deste trabalho não esteja sobre a rotatividade de profissionais, a tabela 6 demonstra que alguns aspectos que podem dificultar a adesão à acreditação também estão diretamente relacionados à satisfação do médico com o trabalho que exerce e a qualidade de vida que este usufrui como fruto desta atividade.

Tabela 6 - Fatores limitadores do envolvimento de médicos na acreditação e estratégias apontadas por cada trabalho para superação das resistências.

Autor/Ano	Fatores que dificultam o envolvimento dos médicos nas propostas de acreditação	Estratégias para minimizar obstáculos à participação dos médicos nas propostas de acreditação
Bateganya et al., 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração abaixo da expectativa; • Condições precárias de trabalho; • Sobrecarga de atividades; • Possibilidade de punição por resultados insatisfatórios; • Falta de reconhecimento; • A interrupção injustificada de programas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de informações entre instituições parceiras; • Treinamento apropriado; • Utilização de insumos adequados; • Assessoria técnica especializada; • Dimensionamento adequado dos recursos humanos;
Nandraj et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização da acreditação como forma de precificação dos serviços ou regulação da assistência em saúde; • Possibilidade de punição por resultados insatisfatórios; • Comparação constrangedora da instituição nas etapas iniciais da acreditação com outras que já alcançaram graus elevados de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação dos médicos na discussão sobre a implantação da acreditação; • Contratação de médicos em período integral para a implantação do processo (ou a colaboração de voluntários em dedicação por curtos períodos) evitando a sobrecarga dos profissionais envolvidos na tarefa; • Determinação da segurança e estrutura como pontos de partida em direção da qualidade nas instituições que estejam nos estágios iniciais da melhoria da qualidade.
El-Jardali et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos mais idosos • Percepção de estar sendo avaliado; • Sobrecarga de atividades; • Deficiência na comunicação entre atores e instituições parceiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e capacitação de longo prazo; • Seleção apropriada os profissionais e instituições que terão melhores condições de desencadear o início do processo em situações quando existe disparidade acentuada entre realidades locais

Fonte:

O

autor,

2016.

(continua)

Tabela 6 - Fatores limitadores do envolvimento de médicos na acreditação e estratégias apontadas por cada trabalho para superação das resistências.

Autor/Ano	Fatores que dificultam o envolvimento dos médicos nas propostas de acreditação	Estratégias para minimizar obstáculos à participação dos médicos nas propostas de acreditação
Rodríguez, 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de trabalho sem melhoria na remuneração. • Concepção equivocada da qualidade como sinônimo de luxo e tecnologia de alta complexidade e custo; • Implantação do programa de qualidade antes de um estudo da cultura organizacional; • Utilização de reconhecimento coletivo para conquistas alcançadas por iniciativas individuais; • Falta de clareza nas metas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte comprometimento da liderança com a qualidade; • Priorização da seleção de trabalhadores com características de liderança (formadores de opinião) e que também agreguem virtudes como compromisso ético e profissionalismo (independentemente da posição hierárquica que ocupem na organização) para trabalho nas etapas iniciais do processo; • Sentimento altruísta em benefício do cliente; • Sensibilização para o caráter finito dos recursos, inserindo à concepção de qualidade o conceito de utilização racional dos recursos; • Utilização de instrumentos fidedignos e de fácil compreensão para aferição da qualidade; • Esclarecimento da qualidade enquanto geradora de segurança no ambiente de trabalho; • Percepção de possibilidade de crescimento profissional através do compartilhamento de experiências por meio de “<i>benchmarking</i>”.
Manzo et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Caráter impositivo; • Sobreposição de tarefas assistenciais e burocráticas; • Sensação de impotência diante de condições adversas à preparação para avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão das percepções dos profissionais e respeito das mudanças organizacionais decorrentes do processo; • Promoção gradual de modificações em hábitos, valores e comportamentos; • Substituição do modelo tecnicista de assistência por um formato humanizado de atenção.
Seren e Bayakal, 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional baseada no poder de chefes autoritários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional baseada na colaboração e líderes mais democráticos; • Envolvimento direto do maior número possível de profissionais no

- processo de preparação para avaliação;
- Estudo prévio da cultura organizacional antes de se fazer qualquer movimento em direção da avaliação e melhoria da qualidade.

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

Tabela 6 - Fatores limitadores do envolvimento de médicos na acreditação e estratégias apontadas por cada trabalho para superação das resistências.

Autor/Ano	Fatores que dificultam o envolvimento dos médicos nas propostas de acreditação	Estratégias para minimizar obstáculos à participação dos médicos nas propostas de acreditação
Schiesari, 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de questionamentos sobre a relação custo-benefício dos processos de acreditação; • Percepção de que o esforço dispendido para a avaliação não gerou mudanças duradouras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação prévia compatibilidade entre a cultura organizacional e a metodologia da acreditação; • Utilização de metodologia flexível e adaptada às realidades locais.
Manzo et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Superficialidade na comunicação objetivando a mera transmissão de informações; • Relações comunicativas empobrecidas, sem objetividade ou fragmentadas; • Utilização de linguagem excessivamente técnica com a exclusão de profissionais da assistência que não dominam os conceitos e vocabulários da gestão; • Perda do foco educativo relegado ao objetivo imediatista do alcance da certificação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um ambiente propício para a reflexão a respeito do processo de trabalho; • Exploração das potencialidades da comunicação para moldar comportamentos, motivar, facilitar tomada de decisões e manifestar os aspectos emocionais da vida no trabalho; • Envolvimento de todos os atores de forma democrática e acessível.
Kaplan et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes disruptivas por parte de médicos que exercem o protagonismo das instituições de saúde que impactam negativamente o resultado no tratamento de pacientes e as relações sociais entre colaboradores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição de códigos de conduta nas instituições de saúde; • Abertura de instâncias de mediação de conflitos e canais de denúncia de comportamento inapropriado; • Priorização dos gestores na solução de problemas recorrentes que produzem desgaste relacional na equipe.
Greenfield et col., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de oportunidade de troca de experiências avaliador e profissional de saúde; • Sobreposição de tarefas gerenciais e assistenciais causando sobrecarga de trabalho; • Burocratização excessiva do processo de acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão coletiva a respeito das práticas organizacionais fomentada pela inclusão, motivação, reconhecimento e encorajamento; • Visão de resultados de longo prazo; • Orientação transmitida pelo avaliador sobre como outras instituições de saúde lidam com problemas semelhantes aos vivenciados pelo avaliado.

Fonte: O autor, 2016.

(continua)

Tabela 6 - Fatores limitadores do envolvimento de médicos na acreditação e estratégias apontadas por cada trabalho para superação das resistências.

Autor/Ano	Fatores que dificultam o envolvimento dos médicos nas propostas de acreditação	Estratégias para minimizar obstáculos à participação dos médicos nas propostas de acreditação
Hinchcliff et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de clareza dos benefícios frente aos custos da acreditação; • Divergências na concepção de qualidade entre os profissionais; • Atendimento de interesses de alguns grupos da instituição em detrimento dos anseios de outros; • Insuficiência de recursos financeiros para avaliação e implantação das melhorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional sensível às propostas de melhoria da qualidade e/ ou boa vontade dos membros da instituição para modificar sua cultura; • Busca por consensos a respeito dos critérios de qualidade e das mudanças a ser produzidas; • Homogeneidade de benefícios entre diferentes categorias envolvidas nas mudanças produzidas; • Relação de confiança e colaboração entre a agência acreditadora, a instituição avaliada e seus colaboradores.

Fonte: O autor, 2016.

Para melhor organizar o estudo destes fatores, os mesmos foram agrupados em três categorias na tabela 7. A primeira delas se refere às necessidades mais básicas para a sobrevivência do profissional médico e o exercício de seu ofício. Está incluída aqui a satisfação com a remuneração, a segurança para a prática médica, a adequação do treinamento e as condições de trabalho. O exemplo mais emblemático deste quadro foi observado no trabalho de Bateganya et al. (2009) no qual foram enumeradas queixas de que na região interiorana de Uganda os salários eram inferiores aos da capital e existia carência extrema de recursos higiênicos (água encanada e luvas) e de segurança (vacinas para os profissionais) (BATEGANYA et al., 2009). Quanto à sensação de insegurança foi incluído o temor de que a acreditação seja utilizada como ferramenta para redução de salários, que motive punições ou mesmo que seja acompanhado de um caráter impositivo, com tom ameaçador. Manzo (2012) informa que a reação de médicos quando submetidos a estas situações variam desde desconfiança e indiferença até estados de ansiedade e medo frente à proposta da melhoria da qualidade (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012). Conforme podem ser visualizados na tabela Z estes fatores básicos se mostraram amplamente presentes nos artigos que estudaram países em desenvolvimento (Uganda, Índia, Brasil e Líbano). Apenas uma breve menção a sobrecarga de trabalho foi incluída por Greenfield (2011) na experiência australiana.

Num segundo degrau de refinamento (isto é, excluindo os rudimentos das necessidades dos médicos enquanto sujeitos) são categorizados aspectos subjetivos relacionados ao clima organizacional, reconhecimento e premiação, relações de poder e possibilidade de realização intelectual plena. A comunicação ganhou destaque especial no trabalho de Manzo (2013). Sua pesquisa apontou o fato de que o empobrecimento das relações sociais dentro das instituições de saúde frequentemente se expressa por meio de uma linguagem superficial, meramente informativa a respeito de dados burocráticos do ambiente de trabalho com desperdício significativo de oportunidades de troca de experiências (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). De fato a comunicação tem sido apontada como fator crucial para o sucesso das instituições de saúde. Considerando a relevância do tema o Ministério da Saúde incluiu a comunicação efetiva como uma das seis metas no Programa Nacional de Segurança do Paciente visto que este tema contribui não somente para o aprimoramento das relações e bem estar do colaborador, mas está fortemente relacionado com o resultado das intervenções aplicadas aos pacientes (BRASIL, 2013). Num aprofundamento da investigação sobre as causas de bloqueios às relações sociais saudáveis no ambiente de hospitais Kaplan (2010) descreve a experiência de um hospital em Nova Iorque onde foi

estabelecido um código de conduta e desenvolvida uma estratégia para que comportamentos disruptivos sejam modificados, sendo introduzidas estratégias de avaliação e mediação de conflitos. Os resultados deste trabalho descrevem uma percepção de melhora do clima organizacional após a implantação destas medidas (KAPLAN; MESTEL; FELDMAN, 2010). Embora a limitação da autonomia e da realização plena do exercício intelectual tenha sido identificadas em diversos trabalhos houve destaque especial nas publicações de países de elevado padrão socioeconômico. Vale destacar os resultados obtidos por Greenfield (2011) nos qual a insatisfação dos médicos esteve muito vinculada a situações quando avaliadores adotavam uma postura desatenta aos trabalhos desenvolvidos pelos avaliados ou quando aqueles deixavam de interagir com os estes a respeito das experiências de outros hospitais semelhantes a respeito de como lidar com problemas parecidos (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008).

Uma última categoria consiste de reações ligadas à metodologia da acreditação ou ao processo de implantação. A tentativa de implantação sem um estudo e preparo adequado da cultura e/ ou clima organizacional foi apontado como fator importante de baixa adesão dos médicos. Esta foi observada de maneira bastante uniforme nos estudos incluídos, não parecendo haver relação com o país onde estes foram desenvolvidos. Questionamento sobre as vantagens da acreditação considerando custo e benefício também foi uma causa de resistência, embora este argumento esteja presente apenas nos artigos que discutem a estratégia sob o ponto de vista dos médicos que atuam na gestão e análise das diferentes metodologias de qualidade. Um único artigo (Nandraj, 2001) questiona a possibilidade de a acreditação ser usada para fins regulatórios, ocupando, portanto, um objetivo distinto daquele fim para a qual a estratégia fora concebida.

Tabela 7 - Análise das limitações da participação do médico na acreditação em serviços de saúde de acordo com as categorias identificadas nos artigos

Autor/Ano	Condições básicas de vida do médico e segurança para o exercício de sua atividade	Aspectos subjetivos relacionados ao clima organizacional, reconhecimento e premiação, relações de poder e possibilidade de realização intelectual plena	Questões ligadas à metodologia da acreditação ou ao processo de implantação
Bateganya et al., 2009	X	X	
Nandraj et al., 2001	X	X	X
El-Jardali et al., 2014	X	X	
Rodríguez, 2013	X	X	X
Manzo et al., 2012	X		X
Seren e Bayakal, 2007			X
Schiesari, 2014			X
Manzo et al., 2013		X	X
Kaplan et al., 2010		X	
Greenfield et al., 2011	X	X	X
Hinchcliff et al., 2013		X	X

Fonte: O autor, 2016.

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível enumerar alguns fatores que podem contribuir para uma atitude mais positiva ou negativa dos médicos nos processos de acreditação. As razões encontradas na revisão que se acompanham de baixa aderência destes ao método podem estar ligadas às condições básicas de vida do médico e segurança para o exercício de sua atividade, aos aspectos subjetivos relacionados ao clima organizacional, reconhecimento e premiação, relações de poder e às possibilidades de realização intelectual plena e questões ligadas à metodologia da acreditação ou ao processo de implantação.

Estratégias possíveis para minimizar os obstáculos descritos são fazer o estudo da cultura organizacional antes do início do trabalho, identificar qual a metodologia de avaliação e melhoria da qualidade que melhor se aplica à instituição (que pode eventualmente não ser a acreditação), expor exaustivamente a metodologia antes de qualquer iniciativa prática esclarecendo quanto será adicionado na remuneração e quais as formas de reconhecimento que serão conduzidas frente ao sucesso. Também pode ter efeito positivo o esclarecimento sobre o aumento da segurança ao exercício profissional advindo da implantação dos padrões, discutir o método e a aplicabilidade da ferramenta no contexto da organização iniciando sempre pelos pontos de consenso, envolver a todos os níveis hierárquicos da instituição utilizando linguagem acessível a todos e priorizando a inclusão dos formadores de opinião dentre os trabalhadores de cada categoria. O esclarecimento do aspecto educativo e não punitivo das novas estratégias e ressaltar com veemência de que a instituição acreditada é um local onde as pessoas trabalham com mais felicidade e segurança, com um clima organizacional mais humano e equilibrado também podem ser facilitadores da adesão médica à acreditação.

Parece ser bem recomendado que problemas que gerem conflitos habituais tenham prioridade em sua resolução por parte da direção. Também não pareceu apropriado cogitar a hipótese de estabelecer qualquer alvo irreal ou desacompanhado dos instrumentos básicos que possam tornar possível o alcance das metas estipuladas. Não se deve deixar de focar que a utilização racional de recursos faz parte da qualidade e é lícito lançar mão de argumentos como consciência ambiental e prevenção do aparecimento de cepas multirresistentes como decorrência do uso irracional de antibióticos. Incluir atores relacionados aos aspectos sociais

do cuidado como psicólogos, assistentes sociais e capelães pode ser uma estratégia para sensibilizar sobre o aspecto altruísta da qualidade.

O processo de avaliação deve ser, sobretudo, um momento amistoso, uma oportunidade de aprendizagem, de troca de experiências entre o avaliador e a equipe, quando o primeiro valoriza as iniciativas do avaliado e compartilha as soluções encontradas por outras instituições para resolver os mesmos tipos de problema. E cada etapa de implantação deve ser acompanhada de uma oportunidade de reflexão a respeito dos resultados obtidos pelas melhorias implantadas.

As limitações desta dissertação estão ligadas à amplitude do assunto. Longe de pretender a palavra final sobre o tema, tem o objetivo de inquietar a outros pesquisadores a se debruçar sobre o tema, o que parece que poderá ser feito com a ampliação do escopo dos estudos incluindo pesquisas a respeito do poder nas instituições de saúde, atitudes frente a mudanças e cultura organizacional nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Acreditação de operadoras**, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/acreditacao-de-operadoras>>. Acesso em: 19 agosto 2015.
- AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z. N. **SUS: sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 17-40.
- ALASTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, out-dez. 2013.
- ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. **J. Family Community Med.**, v. 19, n. 2, p. 74-80, agosto 2012.
- AZEVEDO, E. A. Organizações sociais. **Rev. Proc. Geral Est. SP.**, São Paulo, v. 51/52, p. 135-42, jan-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/Revista%20PGE%2051-52.pdf>>. Acesso em: 19 agosto 2015.
- BATEGANYA, M. et al. Incentives and barriers to implementing national hospital standards in Uganda. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 21, n. 6, p. 421-6, Sep 2009.
- BOMFIN, D. F.; TRIVELATTO, L. P.; HASTENREITER, F. Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 116-133, abr- jun. 2013.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gest. Soc.**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-36, maio-agosto 2011.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007. 84 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 19 agosto 2015.
- _____. _____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Departamento de Atenção Básica, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 19 agosto 2015. Acesso em: 19 agosto 2015.
- _____. _____. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: MS, 2002. 108 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

_____. _____. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. BRASIL. Brasília, 2009. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília. 2001. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2328/1/TD_787.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

_____. **Plano Nacional de Saúde (PNS): 2012-2015**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 22 outubro 2014.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2005. p. 202

CARVALHO, A. I.; BODSTEIN, R. C. . H. Z.; MATIDA, A. H. Conceções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-9, jul-set. 2004.

CERQUEIRA NETO, E. P. **Paradigmas da qualidade**. Rio de Janeiro: Imagem, 1992. 172 p.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, Sep 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição**. v. 2, São Paulo: CRMSP, 2013. p. 256. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual do diretor técnico**. 5. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006. 286 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cremerj37manual_diretor_tecnico.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

_____. **Código de ética médica e legislação dos conselhos de medicina**. 6. ed., atual. e rev. Rio de Janeiro: Duo Print Comércio de Material Gráfico e Informática Ltda, 2012. 80 p. Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/publicacoes/download/167>>. Acesso em: 19 agosto 2015.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Sobre o CBA**, Rio de Janeiro e São Paulo, 2015a. Disponível em: <<http://cbacred.org.br/institucional/historico.asp>>. Acesso em: 03 out 2015.

_____. **Unidades acreditadas no Brasil**, Rio de Janeiro e São Paulo, 2015b. Disponível em: <<http://cbacred.org.br/acreditacao/acreditacao/unidades-acreditadas-no-brasil.asp>>. Acesso em: 19 agosto 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 19-47.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva 1990. 367 p.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, May 1978.

_____. Evaluating the quality of medical care. **Milbanck Q.**, v. 83, n. 4, p. 691-729, Dec 2005.

EL-JADARLI, F. et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. **BMC Health Ser. Res.**, v. 14, n. 86, p. 1-10, Feb 2014.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do Serviço de Enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 4, n. 14, p. 540-545, Jul-Ago. 2006.

_____. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 213-219, abr-jun. 2005.

FERNANDES, W. A. **O movimento da qualidade no Brasil**. São Paulo: Essencial Idea, 2011. 158 p.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde. (SUS): uma inovação gerencial recente. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, 11, p. 113-126, jul-set. 2009.

FORTES, M. T. R; Baptista, Tatiana W. F. Acreditação: ferramenta ou política pra organização dos sistemas de saúde? **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 626-631, 2012.

_____. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. 190 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/7666/2/0000018.pdf>>. Acesso em: 25 agosto 2015.

_____. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rer. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-249, mar-abr. 2011.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

G1. Brasileiros apontam saúde como principal problema do país. Levantamento foi feita pela CNI em parceria com o Ibope no fim de 2013. **G1 Portal de Notícias**, Brasília, 12 Fev 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2014/02/saude-e-o-principal-problema-do-brasil-diz-pesquisa.html>>. Acesso em: 22 outubro 2014.

GIRAULD-ROUSFAST, A.; CHARBOT, J. M. Medical acceptance of quality assurance in health care: the French experience. **JAMA**, v. 300, n. 22, p. 2663-2665, dez. 2008.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, jun. 2010.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 20, n. 3, p. 172-83, Jun. 2008.

_____. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? **Int. J. Qual. Health Care**, v. 23, n. 1, p. 8-14, Feb. 2011.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-34, jan. 2002.

HEGEDUS, C. E. N. **A compreensão da percepção da qualidade pelo consumidor como base para definição de estratégias pelas empresas e suas cadeias de fornecimento**. 2000. 183 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

HINCHCLIFF, R. et al. Stakeholder perspective on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. **BMCI Health Serv. Res.**, v. 13, n. 437, p. 1-9, Oct. 2013.

KAPLAN, K.; MESTEL, P.; FELDMAN, D. L. Creating a culture of mutual respect. **AORN J.**, v. 91, n. 4, p. 495-510, apr. 2010.

LAURENSEN, M.; BROCKLEHURST, H. Interprofessionalism, personalization and care provision. **Br. J. Community Nurs.**, v. 16, n. 4, p. 184-90, apr. 2011.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos, e fortalecimento da institucionalização. **Rev. Bras Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-114, jan-mar. 2011.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 295 p.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 46-51, jan-fev. 2013.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. M. R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, abr. 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. [S.l.]: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 14 outubro 2014.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995. 304 p.

MIRANDA, A. T. C. **Valores e Atitudes de médicos e pacientes sobre o processo de decisão clínica: o caso da terapêutica hormonal no climatério**. 2005. 138 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

MULLNER, R. M. **Encyclopedia of Health Services Research**. online. ed. Londres: Sage Publications, Inc, 2009. 1345 p. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=eyx1AwAAQBAJ&pg=PA321&lpg=PA321&dq=Beyond+structure-process-outcome:+Donabedian%27s+seven+pillars+and+eleven+buttresses+of+quality.&source=bl&ots=ko7FMhUc1B&sig=Q6fFg3YxEHAXsPjk7-hf8z6s3R0&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CGgQ6AEwCW>>. Acesso em: 25 agosto 2015.

NANDRAJ, S. et al. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. **Health Policy Plann.**, v. 16, n. Suppl 2, p. 70-79, Dec. 2001.

OLIVEIRA, M. P. V.; SILVA, M. L. Cadeia de Valor dos Serviços de Saúde: A Necessidade Crescente de uma Gestão Transdisciplinar de Processos. In: DAMAZIO, L. F.; GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em Serviços de saúde: Caminhos e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 109-123.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação?** Organização Nacional de Acreditação, 2014a. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 19 agosto 2015

_____. **Historico**. Organização Nacional de Acreditação, 2014b. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 03 outubro 2015.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Cad. RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 29-40, mar. 2006.

RACOVEANU, N. T.; JOHANSEN, K. S. **Tecnología para el mejoramiento coninuo de la calidad de la atención sanitaria**. Organización Mundial de la Salud. **Foro Mundial de la Saúde**, Copenhague, p. 158-165. 1995. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/53791/1/WHF_1995_16_n2_p158-165_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 agosto 2015

RIBEIRO, H. C. T. et al. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 571-6, out.-dez. 2011.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, ago. 2010.

RIVERA, F. J. U.; TESTA, M.; MATUS, C. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA, J. S. A. **Gestão baseada em indicadores de custo segundo o manual brasileiro de acreditação hospitalar. O caso da clínica cirúrgica II do HU/ UFSC**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 22. 2008. Disponível em: <<http://www.gea.org.br/scf/artigo.pdf>>. Acesso em: 25 agosto 2015

RODRÍGUEZ, A. Creando una cultura de calidad hospitalaria. **Medwave**, v. 13, n. 9, p. 1-10, 2013.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, dez. 2014.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crít. Ciênc. Soc.**, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SEREN, S.; BAYKAL, U. Relationship between change and organizational culture in hospitals. **J. Nurs. Scholarsh.**, v. 39, n. 2, p. 191-7, 2007.

SILVA, A. M. B. S. et al. **Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do Estado do Rio de Janeiro: estudo de caso comparativo**. VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Niterói: [s.n.]. 2010. p. 22.

SILVA, L. D. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 21, p. 425-6, jan-fev. 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, 8, p. 102-106, jan-mar. 2010.

STRECK, L. L.; MORAIS, J. L. B. **Ciência política & teoria do Estado**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

THE JOINT COMISSION. **Facts about The Joint Comission**. 29 Jul 2015. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/facts_about_the_joint_commission/>. Acesso em: 03 outubro 2015.

_____. **Over a century of quality and safety.** 2014. Disponível em:
<http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_2014.pdf>. Acesso em:
03 outubro 2015.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R. A. **Uma transformação na saúde:** como reduzir custos e
oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012. 161 p.

WEHLING, J. H. Defining quality of care. In: LOHR, K. N. **Medicare:** a strategy for quality
assurance. v. 2, Washington DC: National Academies Press, Sources and Methods, 1990. p.
476.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care:** a process for making strategic
choices in health systems. Genebra, p. 38. 2006. Disponível em:
<http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Acesso em: 25
agosto 2015

APÊNDICE A - Filtros utilizados na busca na BVS

Assunto principal

- Acreditação
- Atitude do Pessoal de Saúde
- Competência Clínica
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde
- Qualidade da Assistência à Saúde
- Hospitais
- Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde
- Médicos
- Avaliação de Programas e Projetos de Saúde
- Medicina Interna
- Satisfação no Emprego
- Casas de Saúde
- Ambiente de Instituições de Saúde
- Diretores Médicos
- Gestão da Qualidade Total
- Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde
- Administração Hospitalar
- Liderança
- Benchmarking
- Assistência ao Paciente
- Administradores Hospitalares
- Recursos Humanos em Hospital
- Autonomia Profissional
- Diretores de Hospitais
- Assistência à Saúde
- Educação Continuada
- Unidades Hospitalares
- Corpo Clínico Hospitalar
- Controle de Qualidade
- Administração de Serviços de Saúde
- Condutas na Prática dos Médicos
- Fidelidade a Diretrizes
- Política de Saúde
- Hospitais Comunitários
- Hospitais Públicos
- Capacitação em Serviço
- Programas de Autoavaliação
- Sociedades Hospitalares
- Medicina Estatal