ANA MARIA SAUT

**Avaliação do impacto dos programas de acreditação nas
instituições de saúde brasileiras: contribuições de um estudo
bibliométrico e de uma pesquisa de avaliação**

São Paulo

2016

ANA MARIA SAUT

Avaliação do impacto dos programas de acreditação nas instituições de saúde brasileiras: contribuições de um estudo bibliométrico e de uma pesquisa de avaliação

Dissertação apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

São Paulo

2016

Catálogo-na-publicação

Saut, Ana Maria

Avaliação do impacto dos programas de acreditação nas instituições de saúde brasileiras: contribuições de um estudo bibliométrico e de uma pesquisa de avaliação / A. M. Saut -- São Paulo, 2016.

216 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.Qualidade dos Cuidados de Saúde 2.Avaliação de Serviços 3.Certificado 4.Hospitais I.Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada ao meus
pais, irmãos, filho e sobrinhos, que
sempre estiveram ao meu lado

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Vinicius, sempre ao meu lado, me apoiando e ajudando na realização desse sonho.

Aos meus pais que me ensinaram desde cedo o valor do estudo e do trabalho; e que nunca mediram esforços para me proporcionar uma boa formação. Às minhas irmãs Maria Conceição e Alessandra pelo apoio irrestrito. Ao meu irmão João Paulo por todas as contribuições nas revisões dos trabalhos, desde o processo seletivo, sempre compartilhando comigo a sua experiência e conhecimento da vida acadêmica.

Ao Professor Fernando Tobal Berssaneti, meu orientador, pela confiança, direcionamento e apoio durante todo o programa de Mestrado. Agradeço, também, pela sua disponibilidade e envolvimento na pesquisa de campo, dando agilidade à sua execução.

Às minhas queridas amigas Fernanda Kato, Glaucia Marton e Simone Berger que me apoiaram na decisão de retornar à vida acadêmica, após 18 anos de trabalho no mundo corporativo.

Às minhas colegas e amigas Aline Sacchi Homrich e Ana Paula Vilas Boas Viveiros Lopes, que me apoiaram em diversos momentos do programa com a sua experiência e conhecimento.

A todos os professores das disciplinas realizadas durante o curso, aos funcionários da Escola Politécnica e à secretária da Pós-graduação, Lídia Nogueira da Silva.

Às Professoras Marta Maria Melleiro, Daisy Maria Rizatto Tronchin e Paulina Kurcgant da Escola de Enfermagem da USP, que me transmitiram a história e as práticas de gestão da qualidade, nos serviços de saúde. Agradeço, também, por terem me recebido em seu grupo de pesquisa, permitindo aprofundar o conhecimento sobre o tema e entender o rigor metodológico das pesquisas na área de saúde e, principalmente, as questões éticas para a sua execução. Aproveito neste ponto para estender o agradecimento aos participantes do grupo de pesquisa 'Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem'. Sem desconsiderar a importância da multidisciplinaridade e de todas as profissões, gostaria de registrar que a experiência de cursar a disciplina, participar do grupo de pesquisa e realizar o estudo junto às instituições permitiram compreender e admirar ainda mais o trabalho dos

profissionais de Enfermagem e reconhecer o seu papel fundamental como um dos viabilizadores dos programas de qualidade nos hospitais.

À minha Tia Ingrid Elsen, que, desde a graduação, sempre me apoiou e foi uma referência de dedicação e realização de trabalhos de excelência na área acadêmica. Como enfermeira de formação, dedicou a sua vida aos estudos na área de saúde e, hoje, por caminhos diferentes a vida me levou a seguir seus passos.

Aos Professores Gregório Bouer e Marta Maria Melleiro pelas contribuições feitas no exame de qualificação, que permitiram revisar a pesquisa e concluí-la com mais qualidade. Além do agradecimento, gostaria de dedicar esse trabalho ao professor Gregório, quem indiretamente contribuiu para a idealização do estudo, quando há muitos anos atrás identificou a oportunidade de desenvolver pesquisas na área de qualidade, no setor de saúde, e disseminou esta ideia aos seus alunos da graduação em Engenharia de Produção na Escola Politécnica da USP e um deles hoje é o meu orientador.

À Dra. Maria Carolina Moreno, Superintendente da Organização Nacional de Acreditação (ONA), por ter aprovado o projeto e apoiado amplamente a execução da pesquisa de campo. Além disso, agradeço pelas suas sugestões na validação do instrumento de pesquisa e por todas as palavras de motivação.

A todos que, direta ou indiretamente, me apoiaram no contato com os hospitais para realização da pesquisa de campo.

E por último, mas não menos importante, um agradecimento muito especial aos profissionais das 141 instituições participantes que, direta ou indiretamente, contribuíram para o alcance do resultado desta pesquisa.

"Que a inspiração chegue não depende de mim.
A única coisa que posso fazer é garantir que ela
me encontre trabalhando."

(Pablo Picasso)

RESUMO

No Brasil, é crescente o número de instituições de saúde que estão buscando a certificação da qualidade dos seus processos por meio da acreditação e está em aprovação um projeto de Lei que visa tornar obrigatória a obtenção de uma certificação para todas as instituições de saúde. Entretanto, as pesquisas sobre acreditação demonstram a existência de lacunas sobre os seus reais benefícios e que não há uma abordagem única para a introdução do programa no mundo. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto dos programas de acreditação nas instituições de saúde brasileiras, com foco em hospitais. O projeto de pesquisa foi desenvolvido em duas etapas: revisão da literatura e pesquisa empírica com a adoção de abordagem quantitativa, empregando o método pesquisa de avaliação (*survey*). O questionário foi elaborado a partir da revisão da literatura, outras pesquisas empíricas e opinião de especialistas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Parecer 1.416.014). A pesquisa foi realizada pela internet utilizando o software SurveyMonkey®, no período de fevereiro a maio de 2016. Do total de 161 respostas recebidas, 141 foram consideradas válidas, sendo 74,47% (105/141) provenientes de hospitais e 23,53% (36/141) de outras instituições do setor de saúde, tais como ambulatorios, laboratórios, entre outros. A amostra foi não-probabilística, podendo ser classificada como por conveniência. Participaram da pesquisa instituições de 18 estados brasileiros e do Distrito Federal. Quanto ao perfil dos participantes, a idade média foi de 40 anos, 88% eram pós-graduados, 81% ocupavam posições gerenciais e 75% tinham mais de 10 anos de experiência profissional. Para avaliação dos resultados foram realizadas as análises de correlação de Spearman e de regressão logística. Os resultados demonstraram que, na amostra analisada, há evidência de correlação significativa ($\alpha = 5\%$) e moderada entre o *status* da acreditação e as atividades de segurança do paciente (coeficiente de correlação = 0,537), de gestão da qualidade (coeficiente de correlação = 0,590), de planejamento - políticas e estratégias (coeficiente de correlação = 0,629) e envolvimento dos profissionais com os programas de qualidade (coeficiente de correlação = 0,430). A relação entre o *status* da acreditação e o envolvimento dos pacientes foi significativa ($\alpha = 5\%$), porém fraca (coeficiente de correlação = 0,252) o que sugere que o tema deveria ser tratado com uma política própria. Foram

identificados 13 impactos organizacionais da acreditação relacionados, principalmente, aos processos internos, cultura, capacitação, imagem da instituição e diferencial competitivo. Na dimensão financeira, não foi confirmado como relevante o impacto da acreditação nos resultados, porém foi validada a necessidade de investimento em infraestrutura, inovação tecnológica e tecnologia da informação na etapa de preparação. Foi realizada a avaliação de confiabilidade e validade do instrumento de pesquisa, demonstrando que a estrutura do questionário estava adequada. Adicional à avaliação dos impactos da acreditação, a pesquisa identificou aspectos importantes que podem contribuir, na etapa de planejamento, com as instituições que pretendem adotar a acreditação.

Palavras-chave: Qualidade dos Cuidados de Saúde. Avaliação de Serviços. Certificado. Hospitais.

ABSTRACT

There are an increasing number of health care organizations seeking quality certification of their processes through accreditation and a new law is under approval to make the quality certification compulsory for all institutions in Brazil. However, the research on accreditation demonstrate that there are still gaps on its actual benefits and that there is no general approach to the adoption of this program in the world. The aim of this study was to evaluate the impact of accreditation programs in Brazilian healthcare institutions, focusing on hospitals. The research project was developed in two stages: a literature review and an empirical research with the adoption of a quantitative approach, applying survey method. The questionnaire was developed from the literature review, other empirical researches and experts' opinion. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine from the University of São Paulo (Process number 1,416,014). The survey was conducted over the internet using the SurveyMonkey® software, from February to May 2016. From the 161 responses received, 141 were considered valid, 74.47% (105/141) were from hospitals and 23.53 % (36/141) came from other institutions in the healthcare sector, such as ambulatories, laboratories, among others. The sample was non-probabilistic and can be classified as a "convenience sample". The respondents are from 18 Brazilian states and the Federal District. Regarding the profile of the participants, the average age was 40 years old, 88% were postgraduates, 81% held managerial positions and 75% presented more than 10 years of professional experience. To evaluate the results, it was performed the Spearman correlation and logistic regression analysis. The results showed that, in the sample, there is evidence of a significant ($\alpha = 5\%$) and moderate correlation between the status of accreditation and patient safety activities (correlation coefficient = 0.537), quality management (correlation coefficient = 0.590), planning - policies and strategies (correlation coefficient = 0.629) and involvement of professionals in the quality programs (correlation coefficient = 0.430). The correlation between the status of accreditation and the patients' involvement was significant ($\alpha = 5\%$), but weak (correlation coefficient = 0.252) suggesting that this issue should be treated with an exclusive policy. It was identified 13 organizational impacts of accreditation related mainly to internal processes, culture, training, reputation of the institution and competitive aspects. The accreditation impact on the results has not

been confirmed as relevant in the financial dimension, however, related to financial issues, it has been validated the need for investment in infrastructure, technological innovation and information technology in the earlier stage. It was also analyzed the reliability and validity of the survey instrument, showing that the structure of the questionnaire was adequate. In addition to the assessment of accreditation impact, this research identified some issues that may support institutions that intend to implement accreditation, in the planning phase.

Keywords: Quality Health Care. Assessment Services. Certificate. Hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura do trabalho.....	30
Figura 2 - Evolução do número de programas nacionais de acreditação até 2001....	35
Figura 3 – Sobreposição dos diferentes modelos de avaliação.	40
Figura 4 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente	43
Figura 5 - Estágios do desenvolvimento de um acidente organizacional.	47
Figura 6 - Modelo de Reason.	51
Figura 7 - Número de publicações por revista e por ano.....	54
Figura 8 - Número de artigos por país de pesquisa.	55
Figura 9 – Rede de palavras-chave.	56
Figura 10 – Rede de colaboração internacional referente ao Período II (2012 a 2015), considerando os países de afiliação dos autores.	58
Figura 11 – Rede de artigos para referência do Período II (2012 a 2015).	60
Figura 12 – Rede de cocitação.....	61
Figura 13 - Fluxograma da estratégia de busca.....	72
Figura 14 - Modelo conceitual do projeto de pesquisa.	77
Figura 15 – Etapas de execução da pesquisa de avaliação.	83
Figura 16 - Proposta de níveis para envolvimento dos pacientes elaborada a partir dos quatro estágios propostos por Makai et al. (2009).	86
Figura 17 – Fluxo das etapas de análise dos resultados.	96
Figura 18 – Distribuição dos participantes da pesquisa por estado.	99
Figura 19 – Perfil das instituições participantes quanto à acreditação.	102
Figura 20 – Histograma do tempo necessário para obtenção da acreditação.	103
Figura 21 – Avaliação dos estágios de desenvolvimento da qualidade na área de 'planejamento – políticas e estratégias', segundo a escala de Makai et al. (2009) e novas questões propostas (N=141).....	112
Figura 22 – Avaliação dos estágios de desenvolvimento da qualidade na área de 'participação dos pacientes', segundo a escala de Makai et al. (2009) e novas questões propostas (N=141).	115
Figura 23 – Gráfico do tipo 'radar' comparando motivações <i>versus</i> impactos organizacionais observados pelas instituições acreditadas (N = 99).	121

Figura 24 – Gráfico de intervalos do percentual de respostas ‘concordo totalmente’ para as questões de impacto financeiro.....	125
Figura 25 – Gráfico de intervalos do percentual de respostas ‘concordo totalmente’ para as questões de impacto organizacional e financeiro (após acreditação) estratificadas em quatro dimensões.....	133
Figura 26 – Visão geral dos impactos da acreditação identificados no projeto de pesquisa.....	149
Figura 27 - Termos preferenciais propostos para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente	192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos programas de acreditação e número de instituições com acreditação.....	26
Tabela 2 – Autores com maior número de artigos publicados no Período II (2012-2015).....	55
Tabela 3 – Classificação dos artigos mais citados e o respectivo número de citações pelos artigos da base de 90 artigos.....	59
Tabela 4 – Histórico de aprovação do projeto de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro Coordenador e dos Centros Coparticipantes.....	92
Tabela 5 – Taxa de resposta por tipo de abordagem.....	98
Tabela 6 – Número de respondentes por região e estado brasileiro (N = 141).....	99
Tabela 7 – Perfil das instituições participantes quanto ao controle administrativo, tipo de estabelecimento, função educativa e capacidade das instalações.....	100
Tabela 8 – Perfil das instituições participantes quanto ao número de funcionários.....	101
Tabela 9 – Perfil das instituições participantes quanto à estrutura organizacional voltada à gestão da qualidade.....	102
Tabela 10 – Histórico do tempo necessário para obtenção da acreditação.....	103
Tabela 11 – Histórico da participação das instituições no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS (N = 141).....	104
Tabela 12 – Perfil dos respondentes – Idade, Sexo, Escolaridade e Cargo (N = 141).....	105
Tabela 13 – Perfil dos respondentes – Tempo de experiência profissional (N = 141).....	105
Tabela 14 – Análise descritiva da variável ‘segurança do paciente’ e questões relacionadas.....	107
Tabela 15 – Análise descritiva da variável ‘gestão da qualidade’ e questões relacionadas.....	109
Tabela 16 – Análise descritiva da variável ‘planejamento - políticas e estratégias’ e questões relacionadas.....	111
Tabela 17 – Análise descritiva da variável ‘envolvimento dos pacientes’ e questões relacionadas.....	114

Tabela 18 – Análise descritiva da variável ‘envolvimento dos profissionais’ e questões relacionadas.	117
Tabela 19 – Análise descritiva da variável ‘monitoramento das metas de segurança do paciente’ e questões relacionadas.	119
Tabela 20 – Análise descritiva das variáveis ‘motivações’ e ‘impactos organizacionais’, e suas medidas relacionadas.	120
Tabela 21 – Intervalo de confiança para os itens com maior diferença entre as proporções avaliadas para ‘motivações’ e ‘impactos organizacionais’.....	122
Tabela 22 – Análise descritiva da variável ‘impacto financeiro’ e medidas relacionadas.	124
Tabela 23 – Análise descritiva da variável ‘mecanismos de mudanças’ e medidas relacionadas (N = 99 referente às instituições com acreditação).	126
Tabela 24 – Resultado do teste das hipóteses de pesquisa 1 a 5 para avaliação da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o <i>status</i> da acreditação – Nível de confiança 95%.	130
Tabela 25 – Matriz com o valor-p do teste de diferença entre as questões relacionadas aos impactos organizacionais e financeiros.	134
Tabela 26 – Análise de confiabilidade do instrumento de pesquisa.	136
Tabela 27 – Resultado do KMO e teste de esferecidade de Barlett por variável. ...	137
Tabela 28 – Análise de validade convergente.....	138
Tabela 29 – Análise de validade discriminante - coeficientes de correlação entre as variáveis.	141
Tabela 30 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o <i>status</i> da certificação ISO 9001 (1 = sim ou 0 = não) – Nível de confiança 95%.	143
Tabela 31 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o tipo de estabelecimento (1 = hospital ou 0 = outros) – Nível de confiança 95%.	144
Tabela 32 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o tipo de controle administrativo (1 = privado ou 0 = outros) – Nível de confiança 95%.	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.	42
Quadro 2 – Artigos de revisão da literatura sobre ‘acreditação’	52
Quadro 3 – Critérios para escolha das abordagens de pesquisa.....	75
Quadro 4 - Variáveis do modelo conceitual.....	77
Quadro 5 - Variáveis para estudo exploratório.	78
Quadro 6 – Critérios para escolha do método de pesquisa.	82
Quadro 7– Estágios de desenvolvimento para a dimensão da qualidade ‘políticas e estratégia’	85
Quadro 8– Estágios de desenvolvimento para a dimensão da qualidade ‘participação do paciente’	86
Quadro 9 – Formato das questões e escalas utilizadas por bloco do questionário...	88
Quadro 10 – Caracterização da população – Número de estabelecimentos de saúde no Brasil por tipo (segundo a classificação da CNES).	89
Quadro 11 – Caracterização da população – Perfil dos hospitais brasileiros.....	89
Quadro 12 – Quadro resumo dos principais impactos organizacionais mais relevantes levantados na pesquisa.....	135
Quadro 13- Quadro resumo dos pontos fortes – atividades que pelo menos 75% das instituições estão desenvolvendo.....	147
Quadro 14 – Lista e definição dos termos preferenciais em segurança do paciente	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	<i>American College of Surgeons</i>
ABA	Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Variância Média Extraída (<i>Average Variance Extracted</i>)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CCHSA	<i>Canadian Council on Healthcare Services Accreditation</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISQua	<i>International Society for Quality in Healthcare</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PNGS	Prêmio Nacional da Gestão em Saúde
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Justificativa.....	25
1.2 Objetivos do trabalho	28
1.3 Estrutura do trabalho	29
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	31
2.1 Conceitos fundamentais	31
2.1.1 <i>Definição de acreditação</i>	31
2.1.2 <i>Definição de segurança do paciente</i>	42
2.1.3 <i>Riscos em hospitais</i>	44
2.2 Revisão da literatura	51
2.2.1 <i>Estatística descritiva da amostra</i>	53
2.2.2 <i>Análise das redes de relacionamento</i>	57
2.2.3 <i>Análise de conteúdo</i>	61
3 MÉTODO DA PESQUISA	71
3.1 Primeira parte - Revisão da literatura	71
3.1.1 <i>Busca nas bases de dados</i>	71
3.1.2 <i>CrITÉrios de seleção dos artigos para revisão da literatura</i>	72
3.1.3 <i>Análise bibliométrica</i>	73
3.1.4 <i>Análise de conteúdo dos artigos selecionados</i>	74
3.2 Segunda parte - Pesquisa de avaliação (survey)	74
3.2.1 <i>Modelo conceitual e hipóteses de pesquisa</i>	76
3.2.2 <i>Seleção do método de pesquisa</i>	81
3.2.3 <i>Instrumento de pesquisa</i>	83
3.2.4 <i>Pesquisa de campo – Questionário</i>	84
3.2.5 <i>Caracterização da população</i>	88
3.2.6 <i>Unidade de análise</i>	90
3.2.7 <i>Confidencialidade</i>	91
3.2.8 <i>Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa</i>	91
3.2.9 <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</i>	92
3.2.10 <i>Avaliação da qualidade do instrumento de pesquisa</i>	93
3.2.11 <i>Síntese do método de análise dos resultados</i>	94
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97

4.1 Caracterização da amostra	97
4.1.1 Caracterização das instituições participantes	98
4.1.2 Caracterização dos entrevistados	104
4.1.3 Análise descritiva das variáveis independentes do modelo conceitual.....	106
4.1.4 Análise descritiva das variáveis dependentes do modelo conceitual	118
4.1.5 Análise descritiva das variáveis para análise exploratória	125
4.2 Delineamento dos testes da pesquisa e resultados	127
4.2.1 Teste da relação entre as variáveis independentes e o status da acreditação - Hipóteses de pesquisa 1 a 5	127
4.2.2 Teste da relação entre o monitoramento das metas de segurança do paciente e o status da acreditação – Hipótese de pesquisa 6	131
4.2.3 Avaliação dos impactos organizacionais e financeiros da acreditação - Hipótese de pesquisa 7.....	131
4.3 Análise da qualidade das medidas	135
4.4 Análises adicionais – avaliação do impacto da certificação ISO 9001, do tipo de estabelecimento e do controle administrativo	142
4.4.1 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e a certificação ISO 9001	142
4.4.2 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e tipo de estabelecimento	143
4.4.3 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e o tipo de controle administrativo	144
4.5 Discussão dos objetivos e hipóteses de pesquisa	145
5 CONCLUSÃO	158
5.1 Implicações para a prática	160
5.2 Limitações e sugestões para trabalhos futuros	161
5.3 Considerações finais.....	163
REFERÊNCIAS.....	165
APÊNDICES	180
APÊNDICE A – Carta de apresentação do questionário de pesquisa	180
APÊNDICE B – Modelo do questionário para a pesquisa de avaliação (survey)	181
APÊNDICE C – Formulário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	188
ANEXOS	192
ANEXO A - Termos preferenciais propostos para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente.....	192

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Primeira aprovação – 19/02/2016	196
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Aprovação Emenda 01 – 24/03/2016	199
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Aprovação Emenda 02 – 11/05/2016	201
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital Universitário da USP (São Paulo – SP) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 15/04/2016	205
ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (São Paulo – SP) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 19/04/2016	209
ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville – SC) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 26/04/2016	213

1 INTRODUÇÃO

Diante de uma imagem de decadência, de descaso com a saúde pública e de sucateamento, com filas enormes de pacientes à espera de atendimento médico, mortes em corredores por negligência ou falta de leitos, atendimentos negados por impossibilidade de pagamento e cobranças indevidas, no início dos anos 2000, alguns focos de mudança organizacional começaram a aparecer entre os integrantes do setor de saúde no país, procurando o resgate da imagem dos hospitais frente a opinião pública em busca da confiança da sociedade (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2002).

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o caminho para as instituições que lutam pela permanência no mercado competitivo e que valorizam a excelência dos serviços prestados. Diante disso, os hospitais procuram novos modelos assistenciais e outras formas de gestão, a fim de garantir a melhoria do serviço oferecido. Nesse panorama, o programa de ‘acreditação’ surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. O processo de qualidade traz mudanças de hábitos, valores e comportamentos, impondo aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado e estereotipado, bem como fomentando um ambiente organizacional de excelência (MANZO; BRITTO; ALVES, 2013).

A acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente determinados. A acreditação dos centros de saúde é parte integrante do sistema de qualidade da saúde em mais de 70 países (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009). Atualmente, estima-se que existem cerca de 61 organizações acreditadoras no mundo (SHAW et al., 2013). A acreditação internacional está aumentando rapidamente e a maior parte é conduzida pela *Joint Commission International* (JCI), dos Estados Unidos, presente em mais de 40 países (WOODHEAD, 2013).

Os registros sobre a origem da acreditação identificam como o seu principal precursor, em 1910, nos Estados Unidos, o Doutor e Professor Ernest Amony Codman. Em 1913, o Dr. Codman foi um dos líderes do movimento que culminou com a fundação do *American College of Surgeons* (ACS), cujo objetivo visava a melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos. Como desdobramento desse trabalho liderado pelo ACS, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados de “*Minimum Standards*” (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões

relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Com o apoio dos hospitais, em 1918, o ACS realizou as primeiras avaliações com base nos padrões mínimos, abrangendo 692 hospitais, dos quais, apenas 89 atendiam aos requerimentos previstos nesses padrões. Passou a ser então estabelecido, oficialmente, o Programa de Padronização Hospitalar. Em 1926, foi lançado o primeiro manual de padrões (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Com o avanço do programa e a introdução de novos padrões, em 1950, mais de 3.200 hospitais já estavam participando do processo de avaliação, em caráter voluntário. Nesse cenário positivo quanto ao programa, o ACS, em conjunto com a Associação Americana de Clínicos, a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Médica Canadense criaram, em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos. A missão dessa nova entidade era a provisão de acreditação, em caráter voluntário (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Em 1952, o Programa de Padronização de Hospitais foi oficialmente transferido pela ACS para a JCAH, que, em 1953, publicou o primeiro 'Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar' e iniciou a oferta de programa de acreditação nos Estados Unidos. Em 1959, a Associação Médica Canadense se retirou da JCAH, para criar uma agência acreditadora no Canadá (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Em 1970, a primeira grande mudança se estabeleceu no Programa de Acreditação, quando os padrões foram redefinidos e passou-se a estabelecer requerimentos de excelência da qualidade, com a substituição de padrões mínimos por padrões ótimos alcançáveis. Essa mudança propiciou também o fortalecimento da cultura da melhoria contínua, uma vez que as instituições passaram a estabelecer novos parâmetros de referência da excelência para os processos. Com a credibilidade e a abrangência alcançada pelo Programa de Acreditação, o Congresso Americano passou a estabelecer recomendações de que a Acreditação fosse considerada como pré-requisito para procedimentos de financiamento em programas oficiais do Governo, dentre eles o Medicare e o Medicaid. Alguns estados americanos também adotaram políticas semelhantes, nessa época (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Em 1987, outra grande mudança aconteceu e a JCAH mudou de nome para *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* – JCAHO. O novo nome

refletia a expansão dos programas para diversos segmentos de serviços de saúde, incluindo também, ambulatorios, laboratórios, saúde mental, rede de serviços, *home care*, entre outros. Junto dessa iniciativa a JCAHO fez também uma mudança no processo, introduzindo os conceitos de indicadores de desempenho. Outra característica que passou a ser mais observada no programa foi a atividade educativa como tarefa principal da função dos avaliadores (RODRIGUES, 2004).

Na União Europeia, os mecanismos de avaliação externa da qualidade em saúde assumiram quatro formas: *visitação*, *acreditação*, modelo de excelência EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e norma ISO 9001, da Organização Internacional de Normatização (SCHYVE, 2000).

Assim como ocorreu nos Estados Unidos onde, na década de 20, coube ao *American College of Surgeons* lançar e liderar a ideia da acreditação hospitalar, também, no Brasil coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) o papel pioneiro no desenvolvimento da acreditação – em 1986, foi criada a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Já na década de 90, o Brasil passou a conhecer algumas iniciativas regionais relacionadas com a acreditação hospitalar, ainda restritas a algumas entidades nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1994, o CBC organizou, juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o Seminário ‘Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade’, que contou com a participação de especialistas internacionais. Como fruto deste Seminário, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS, com o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). O seminário apontou para três direções principais:

- A criação de uma agência de acreditação não-governamental;
- O desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a acreditação de serviços e sistemas de saúde; e
- A disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde.

O tema acreditação teve lugar também no Ministério da Saúde, quando em junho de 1995, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Com a implantação desse programa foi também criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade da qual faziam parte, além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Esta Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições de saúde, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa. Como a acreditação passou a ser de interesse do grupo técnico do PGAQS, uma das atividades proposta foi a identificação de metodologias e manuais de acreditação utilizados em outros países como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Inglaterra, assim como aquelas iniciativas já em início de discussão no Brasil (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em julho de 1997, a Fundação Cesgranrio promoveu no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), em conjunto com as instituições participantes do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), a oficina de trabalho 'A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde', com representantes da JCAHO e convidados internacionais, para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional de acreditação. Como desdobramento desse evento, em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) – por Protocolo de Cooperação. Pelo mesmo Protocolo, os constituintes delegaram à Fundação Cesgranrio as atribuições que viabilizaram o estabelecido como Constituinte Delegada. Função esta que, a partir de meados de 2002, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro passou a exercer, através do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social. Surgiu então em 1998, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Desde os primeiros passos observou-se que o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) deveria ser coordenado por uma organização de direito privado, responsável também pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de acreditação. No início de 1999, foi constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação - ONA, iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas do SBA. As primeiras creditações foram realizadas em 2001 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A *Joint Commission International* (JCI) foi criada em 1999, como um desdobramento da JCAHO, para melhorar internacionalmente a qualidade da assistência à saúde. No Brasil, a JCI está representada pelo CBA. Em 1999, o Hospital Israelita Albert Einstein, localizado na cidade de São Paulo, foi o primeiro hospital acreditado pela JCI, fora dos Estados Unidos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 2005, tendo em vista a promulgação do novo Código Civil e o crescimento da demanda pelos trabalhos do CBA, os constituintes resolveram criar uma instituição sem fins lucrativos, com os mesmos objetivos da criação do CBA, denominada de Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA, tendo agora como Associados Efetivos o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Cesgranrio. Para preservar sua história e assegurar a credibilidade de seu trabalho, foi mantido o nome fantasia de Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA. Esse novo formato permitiu também que o CBA pudesse cumprir a sua missão definida e destinar-se às seguintes finalidades (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005):

- Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde, por intermédio de um processo de acreditação;
- Desenvolver métodos, técnicas e procedimentos em acreditação de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, recorrendo inclusive à experiência acumulada em nível internacional, adequando-a à realidade brasileira; e
- Desenvolver iniciativas na área de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos que viabilizem a adequada utilização e exame dos métodos e técnicas empregadas nesse processo.

Atualmente, no Brasil, é crescente o número de instituições de cuidado à saúde, principalmente hospitais, que tem buscado a acreditação, tanto pelo programa nacional quanto por programas internacionais. Além do programa nacional da ONA e do internacional JCI, existem mais dois modelos de programas internacionais sendo adotados pelos hospitais no Brasil: *Canadian Council on Healthcare Services Accreditation* (CCHSA) e *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO). Aproximadamente 5% dos hospitais brasileiros possuem pelo menos uma acreditação, sendo que a maior parte deles são acreditados pela ONA.

Estudos recentes de revisão da literatura sobre o tema ‘acreditação’ mostraram que as pesquisas empíricas sobre este tema, realizadas no mundo, em sua maioria não são conclusivas (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012) e

empregam métodos observacionais, os quais possuem um nível de evidência inferior ao dos realizados com métodos de intervenção.

Em resumo, a presente pesquisa é orientada por um lado pelo contexto de crescimento do número de instituições que buscam a acreditação, como um dos principais mecanismos de melhoria da qualidade no setor de saúde; e por outro lado pela falta de estudos demonstrando a efetividade dos programas de acreditação.

1.1 Justificativa

No Brasil, do total de 282.954 de instituições de saúde do país¹, aproximadamente 0,2% possuem pelo menos uma acreditação. Entre as instituições acreditadas, a maior parte são hospitais, com acreditação pelo programa nacional ONA. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Brasil tem um total de 6.660 hospitais¹ e, portanto, a proporção de hospitais brasileiros acreditados é em torno de 5%. Adicionalmente à ONA, operam no Brasil mais três acreditadoras internacionais. A Tabela 1 apresenta uma visão geral dos quatro programas de acreditação aplicados no Brasil.

Das creditações vigentes no Brasil, 83% são pela ONA, portanto, as pesquisas sobre acreditação no Brasil refletem em muito o programa nacional de acreditação. Adicionalmente, há a perspectiva que seja adotado no setor público o pagamento das instituições de acordo com a sua situação atual (do inglês, *status*) em relação a certificação da qualidade dos serviços, o que deve acelerar a busca da acreditação por novas organizações no País. Atualmente, no Brasil, nenhum programa de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares é obrigatório, contudo tem sido discutido pelos órgãos governamentais a possibilidade de se acrescentar à Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), um artigo para dispor sobre a obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos serviços. O processo de avaliação a ser adotado não foi fixado no Projeto de Lei, mas pressupõe a existência de um sistema de qualidade, envolvendo a adoção de padrões para os procedimentos operacionais, qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado (BRASIL, 2013).

---

¹ Fonte: http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm. Dados referentes ao mês de abril/2016.

Tabela 1 – Descrição dos programas de acreditação e número de instituições com acreditação.

Programa	País de Origem	Ano da criação	Ano 1ª acreditação no Brasil	Níveis de acreditação	Instituições acreditadas	
					Hospitais	Total
ONA	Brasil	1999	2001	Nível 1 – Acreditado Nível 2 – Acreditado pleno Nível 3 – Acreditado com excelência	250	510 ^b
JCI	Estados Unidos	1952 ^a	1999	Apenas um nível – ‘acreditado’	28	50 ^c
CCHSA	Canadá	1958	2008	Apenas um nível – ‘acreditado’	44	45 ^d
NIAHO	Noruega	2008	2012	Apenas um nível – ‘acreditado’	5	5 ^e
Total					327	610

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas:

^a Data da publicação do primeiro Manual para Acreditação de Hospitais (*Standards for Hospital Accreditation*) e início das creditações dos hospitais, pela JCAH.

^b ONA - disponível em <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. Consulta realizada em 31 de maio de 2016, com os filtros Tipo: “Hospital” e “Todos”; Certificação: “Acreditado”, “Acreditado pleno” e “Acreditado com Excelência”; Estado: “Todos”.

^c CBA – disponível em <http://cbacred.org.br/unidades-acreditadas-no-brasil.asp>. Consulta realizada 31 de maio de 2016, com os filtros Tipo: “Hospital” e “Todos”; Certificação: “Acreditação” e Estado: “Todos”.

^d Instituto Qualisa de Gestão - disponível em <http://www.iqg.com.br/instituicao.php>. Consulta realizada em 13 de outubro de 2015, com os filtros Certificação: “Acreditado ACI” e a classificação em hospitais foi realizada pela autora.

^e Informação não disponível na página da acreditadora na internet, tanto nacional quanto internacional.

Fonte: (MALIK, 2014).

Diversos fatores têm impulsionado o setor de saúde a implantar programas para melhoria da qualidade, entre os quais podem ser destacados: alto custo do sistema de saúde, elevado número de eventos adversos (BRENNAN et al., 1991; LEAPE et al., 1991; ZEGERS et al., 2009), complexidade de novas tecnologias, envelhecimento da população, aumento da velocidade de disseminação das doenças transmissíveis no mundo, entre outros fatores. Vários estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Europa revelaram que, aproximadamente, 50% dos eventos adversos que acontecem em sistemas de saúde poderiam ser evitados (CAGLIANO; GRIMALDI; RAFELE, 2011). E em um hospital, o resultado potencial de um evento adverso pode ser dramático para o paciente.

Segundo o relatório do Banco Mundial, em 2013, os gastos com saúde corresponderam a 9,7% do PIB (produto interno bruto) no Brasil. Nos Estados Unidos, os gastos com saúde representaram 17,1% do PIB, neste mesmo ano.

Os programas de acreditação têm sido amplamente implementados, sendo considerados uma ferramenta essencial de aumento de qualidade para melhorar as organizações de saúde. No entanto, há evidências conflitantes sobre a eficácia do programa, conforme demonstrado nos artigos de revisão da literatura (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012). Hinchcliff et al. (2012) identificaram, em sua revisão, que a literatura é ainda limitada em termos de nível de evidência e qualidade dos estudos. Há um número elevado de pesquisas inconclusivas sobre o impacto da acreditação na qualidade do serviço.

Há evidência de que os hospitais conseguem se adequar rapidamente para atendimento das normas publicadas, nos meses anteriores à avaliação externa para acreditação, e melhoram os processos organizacionais. Mas, há pouca evidência dos benefícios reais em termos de processo clínico e resultados (SHAW, 2003).

Mumford et al. (2013) realizaram um levantamento dos estudos sobre o tema avaliação econômica da acreditação. e analisaram os resultados das pesquisas para avaliar se os benefícios da acreditação justificariam os custos envolvidos neste processo. Após análise, observaram que as pesquisas foram inconclusivas em termos de mostrar claramente uma evidência de que a acreditação melhorava a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados.

Flodgren et al. (2011) concluíram que os processos de avaliação externos ainda precisavam de mais estudos e, portanto, não identificaram quais seriam os benefícios de tais avaliações, ou qual o processo de avaliação era o mais bem-sucedido na melhoria dos cuidados de saúde. A revisão das evidências disponíveis sobre a eficácia da avaliação externa foi sugerida como um primeiro passo importante no sentido de identificar o melhor projeto de tal processo em termos de sua capacidade de melhorar os processos de saúde e resultados (FLODGREN et al., 2011).

No Brasil, não foram identificados estudos que avaliam o programa nacional de acreditação. Na revisão da literatura foram identificadas apenas três pesquisas empíricas, em revistas revisadas por pares, sobre o tema 'acreditação' nas bases de dados pesquisadas. Os estudos identificados foram os de Manzo; Britto; Corrêa, (2012), Manzo et al., (2012) e Spiri; Macphee (2013).

Desta forma, esse projeto de pesquisa teve o objetivo de contribuir na busca de evidências que auxiliem na avaliação do impacto dos programas de acreditação no Brasil, para que possa colaborar na discussão do processo de avaliação externa dos processos de saúde que efetivamente levam a uma melhor assistência à saúde.

Não fazem parte do escopo desta pesquisa a análise de dados sobre a rotina dos pacientes/clientes, as relações e políticas internas e externas dos hospitais e demais instituições de saúde, e a relação dos mesmos com seus clientes/pacientes.

1.2 Objetivos do trabalho

O presente trabalho está situado no escopo da linha de pesquisa Qualidade e Engenharia do Produto (QEP), do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI-USP). Com base no contexto atual em que os programas de acreditação têm sido amplamente divulgados no setor de saúde com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços prestados, o objetivo geral do presente estudo era responder à seguinte questão de pesquisa:

‘Quais são os impactos da acreditação nas instituições de saúde no Brasil?’

Articulados ao objetivo geral, também foram definidos dois objetivos específicos da pesquisa, sendo eles:

- i. Primeiro objetivo específico: realizar um levantamento do referencial teórico para identificar na literatura os principais constructos e variáveis relacionados com os temas benefícios e impactos organizacionais da acreditação. Muitas questões e variáveis foram utilizadas ao longo do tempo, em estudos empíricos, e torna-se necessária uma análise para a identificação e seleção das mais adequadas ao objetivo proposto.
- ii. Segundo objetivo específico: Avaliar o impacto da acreditação nos hospitais e instituições de saúde no Brasil, por meio de uma pesquisa empírica, realizada com uma abordagem quantitativa, com o emprego do método de pesquisa de avaliação (*survey*). O impacto da acreditação foi avaliado pela comparação das atividades realizadas pelas instituições, moderada pelo seu *status* com relação à acreditação. Desta forma, será possível avaliar se a realização de algumas práticas está relacionada aos programas de acreditação ou são provenientes de políticas distintas.

Adicionalmente, como objetivos secundários, serão avaliados alguns aspectos considerados importantes para aprofundar o conhecimento sobre o programa de acreditação no Brasil. Serão avaliadas quais as principais motivações para busca da acreditação e quais os mecanismos de mudança empregados pelas instituições.

1.3 Estrutura do trabalho

O projeto de pesquisa está baseado na análise crítica da comparação entre a discussão teórica e as evidências empíricas coletadas na pesquisa de campo. A Figura 1 apresenta a estrutura utilizada para o desenvolvimento do trabalho. A estrutura final deste trabalho é composta por cinco capítulos. O primeiro capítulo 'Introdução' – apresenta justificativa, objetivos e estrutura do trabalho. O capítulo 2 'Revisão bibliográfica' - evidencia a discussão da literatura sobre conceitos fundamentais para esta pesquisa e o resultado da revisão da literatura sobre acreditação. O capítulo 3 'Método de pesquisa' apresenta os procedimentos metodológicos. A pesquisa utilizou como métodos de pesquisa a revisão de literatura e a pesquisa de avaliação (*survey*). Esse capítulo descreve os procedimentos para a condução de cada método. Em seu fechamento, o capítulo 3 apresenta toda a preparação da pesquisa de campo, o modelo conceitual e a elaboração do instrumento de pesquisa (questionário). O capítulo 4 'Resultados e Discussão' apresenta a análise descritiva, os testes das hipóteses de pesquisa, a avaliação da qualidade do instrumento de pesquisa proposto e a discussão dos resultados. Ainda neste capítulo foram discutidos os impactos da certificação ISO 9001, do tipo de estabelecimento (hospital ou outros) e do controle administrativo (privado ou outros) sobre as variáveis analisadas. E por fim, o capítulo 5 'Conclusão' apresenta as implicações práticas, as considerações finais, limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros.

Na sequência, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas e informações adicionais, contendo os modelos da carta de apresentação, do questionário para pesquisa de avaliação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); além dos pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

Figura 1 - Estrutura do trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a revisão bibliográfica pertinente e relevante com relação ao tema de pesquisa selecionado. A expectativa é que esta revisão contribua com a geração de conhecimento para o planejamento da pesquisa empírica.

O capítulo está dividido em duas partes. Na primeira parte, são apresentados os conceitos fundamentais que norteiam esta pesquisa, sendo eles ‘acreditação’, ‘segurança do paciente’ e ‘riscos em hospitais’. Na segunda parte, é apresentada a revisão da literatura, com foco nas pesquisas empíricas mais recentes sobre o tema.

2.1 Conceitos fundamentais

Os conceitos de ‘acreditação’, ‘segurança do paciente’ e ‘riscos em hospitais’ guiaram todas as discussões subsequentes. Por este motivo, não apenas a compreensão destes termos foi fundamental, mas também a sua padronização.

Segundo Runciman et al. (2009), o conhecimento em segurança do paciente tem sido comprometido pelo uso inconsistente da linguagem, em que conceitos similares tem diferentes termos e termos são usados para diferentes conceitos. Estes autores realizaram uma ampla pesquisa sobre termos e conceitos e definiram 48 termos preferenciais propostos para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente (Anexo A).

2.1.1 Definição de acreditação

“The object of quality assessment is to determine how successful they have been in doing so [...]”

“O objeto da avaliação da qualidade é determinar o quão bem-sucedido eles têm sido em fazê-lo [...]”²
(DONABEDIAN, 1978)

A palavra ‘acreditação’ é originária do inglês “*accreditation*”. Esta palavra, tanto no inglês quanto nas línguas latinas, é oriunda do Latim “*credere*” cujo significado é o mesmo em todas elas: ‘crer’. O sufixo “-ation” em inglês tem a mesma noção de ‘-

---

² A tradução desta passagem, como todas as demais em língua estrangeira foram realizadas pelo autor (tradução livre).

ação’ em português, “-ation” em francês, “-ación” em castelhano e “-azióne” em italiano, todos derivados do sufixo latino “- ātiō, -ōnis” que serve para “formar substantivos abstratos com a noção básica de ação, ato”³. Na língua portuguesa, a palavra ‘acreditação’ foi criada recentemente, na última revisão, e tem as seguintes acepções ⁴.

- Reconhecimento oficial de pessoa ou entidade para efeitos legais ou profissionais;
- Autorização para o exercício de uma atividade;
- Atestação de capacidade e boa qualidade; e
- Declaração, por parte de uma entidade independente, de que determinado organismo de certificação ou inspeção age em conformidade com os requisitos previamente estabelecidos para a sua atuação, demonstrando a competência necessária para realizar as suas atividades.

Segundo a norma ABNT “NBR ISO/IEC 17011:2005 - Avaliação de conformidade – Requisitos gerais para organismos de acreditação”; a definição de acreditação é "atestação de terceira-parte relacionada a um organismo de avaliação da conformidade, comunicando a demonstração formal da sua competência para realizar tarefas específicas de avaliação da conformidade". Esta definição significa que organismos independentes (organismos acreditadores) executam uma verificação imparcial da competência dos Organismos de Avaliação da Conformidade (OAC) para executarem atividades de avaliação da conformidade, transmitindo confiança para o comprador e às autoridades reguladoras sobre os produtos, processos ou serviços avaliados.

2.1.1.1 Definição de acreditação para organizações de saúde

Acreditação é o mecanismo de avaliação externa mais comumente utilizado para avaliação, baseada em padrões da melhoria da qualidade na área de saúde. A ONA define acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. O processo de acreditação da ONA é pautado em três princípios fundamentais: é voluntário, periódico e reservado. A acreditação tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de

³ Fonte: Dicionário Etimológico Nova Fronteira. Antônio Geraldo da Cunha, 2ª ed. 2.001

⁴ Fonte: Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 2566.

fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas do Estado.

A palavra 'acreditação' é utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, com o significado de "procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos". Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Segundo a CBA (2014), acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente e, a partir de regras de decisão estabelecidas, receber um selo de acreditação com validade de três anos.

De acordo com Scrivens (1997), acreditação hospitalar ou dos serviços de saúde é uma forma de avaliar a qualidade dos processos organizacionais e o desempenho usando padrões acordados, cujo cumprimento é avaliado por inspetores. A acreditação ajuda a garantir a uniformidade nos padrões de atendimento e proporcionar um ambiente adequado para que os clínicos possam tratar os pacientes. Acreditação é percebida como uma ferramenta que pode, potencialmente, ajudar os decisores políticos a avaliar a adequação da qualidade dos cuidados de saúde.

Para Antunes e Ribeiro (2005), os sistemas de acreditação se colocam como uma referência de garantia da qualidade assistencial para a sociedade como um todo, uma vez que exibem uma indicação objetiva que as organizações de saúde se encontram em conformidade com determinados padrões, fato que torna menos provável a ocorrência de erros e resultados adversos que prejudicam os usuários e criam uma situação de insegurança na população em geral.

Pomey et al. (2010), definiram a acreditação como um processo rigoroso de avaliação externa que inclui uma auto avaliação quanto ao atendimento de um determinado conjunto de normas, uma pesquisa no local, seguida de um relatório com ou sem recomendações, e o recebimento ou não do certificado de acreditação.

Segundo Abdallah (2014), a acreditação é uma avaliação externa da qualidade; seus componentes principais são: normas escritas e publicadas; procedimento de avaliação

realizado por colegas de profissão; e administração do programa realizada por um organismo independente.

De acordo com Shaw (2003), as prioridades dos programas nacionais de acreditação são influenciadas por fatores sociais, políticos, econômicos e históricos locais. Nos países desenvolvidos, a ênfase comum é na avaliação e na melhoria da segurança, da eficácia clínica, da informação ao paciente, no desenvolvimento de pessoal, na inteligência do comprador e na prestação de contas (com a redução de variação). Nos países em desenvolvimento, a ênfase é no acesso a comodidades básicas e informações, melhorando o acesso em um ambiente onde pode não haver nenhuma cultura estabelecida de responsabilidade profissional e recursos muito limitados disponíveis para contratação de pessoal, equipamentos e edificações

A ONA destaca, entre os motivos para a organização submeter-se ao processo de acreditação, a demonstração que a organização apresenta padrões de segurança e qualidade no atendimento ao paciente; a responsabilidade e comprometimento com a assistência; e o fato de ser uma importante ferramenta de gestão.

2.1.1.2 Tipos de acreditação

A acreditadora em saúde mais antiga e respeitada mundialmente é a JCAHO. Um estudo mundial, conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2003, identificou 36 programas nacionais de acreditação, entre os 47 países participantes da pesquisa. Entre 1958-90, cinco programas de acreditação foram criados. O número de programas dobrou entre 1990-95 e mais que dobrou nos cinco anos seguintes. Mais de metade dos programas lançados, a partir de 1990, foram na Europa. A Figura 2 mostra o número de programas criados entre 1958 e 2001.

Conforme já foi citado, o Brasil tem seu próprio programa de avaliação da qualidade em saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Adicionalmente a ONA, operam no Brasil mais três acreditadoras internacionais, sendo que todos estão credenciados pela *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua). A ISQua trabalha para fornecer um guia de serviços aos profissionais de saúde, aos auditores, às agências, aos formuladores de política e aos consumidores, para atingir excelência no cuidado à saúde, por meio da melhoria contínua da qualidade e da segurança do cuidado.

Figura 2 - Evolução do número de programas nacionais de acreditação até 2001.

Fonte: Adaptado do relatório da OMS - “Quality and accreditation in Health care services: global review”. Esta pesquisa mundial foi realizada pela International Society for Quality in Healthcare (ISQua) para a OMS.

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

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções. As subseções apresentam padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo. As exigências do nível I contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde avaliada, analisando a existência de recursos humanos compatíveis com a complexidade das atividades, e a habilitação dos profissionais e responsáveis técnicos. Já o nível II contempla evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. O nível III, por sua vez, contempla evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, bem como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Os requisitos do Manual são cumulativos:

para que uma organização seja acreditada em um determinado nível, é necessário que os padrões correspondentes àquele nível e aos níveis inferiores estejam atendidos em todas as subseções (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

No Brasil, a JCI é representada pela CBA e a *Accreditation Canada* firmou uma *Joint Venture* com o Instituto Qualisa de Gestão – IQG, para implantação e manutenção da metodologia.

O programa NIAHO foi desenvolvido pela divisão de saúde da *Det Norske Veritas* (DNV) e aprovado pelo *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) dos Estados Unidos, em 2008, o que permite o reembolso por serviços de assistência. Foi o primeiro programa de acreditação que surgiu como uma opção nos Estados Unidos ao programa da JCAHO, baseado na plataforma de gerenciamento da qualidade da norma ISO 9001 (RATCLIFFE, 2009).

2.1.1.3 Benefícios da acreditação

Segundo a JCAHO, os benefícios da acreditação da *Joint Commission* podem ser definidos como ⁵:

- Ajuda a organizar e fortalece os esforços de segurança do paciente – Questões de segurança e qualidade do atendimento ao paciente estão em primeiro plano nas normas e iniciativas da JCAHO.
- Fortalece a confiança da comunidade na qualidade e segurança dos cuidados, tratamento e serviços – Alcançar a acreditação demonstra para a comunidade os esforços da organização em fornecer serviços de alta qualidade.

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade na instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos (CBA, 2014):

- Eleva a credibilidade da instituição junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação dos profissionais;
- Cria novos mecanismos de negociação junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à melhoria e garantia da qualidade do cuidado à saúde;

---

⁵ Fonte: JCAHO – http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx. Consultado em 14 de junho de 2014.

- Cria novos mecanismos para ouvir as demandas de pacientes e seus familiares, respeitando seus direitos e criando com eles uma parceria na melhoria do processo de cuidado à saúde;
- Permite introduzir uma cultura de segurança baseada no aprendizado com a análise dos relatórios periódicos sobre eventos adversos e outras questões de segurança; e
- Estabelece um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis.

A ONA destaca como principais vantagens do seu modelo de acreditação: segurança para os pacientes e profissionais, qualidade da assistência, construção de equipe e melhoria contínua, útil instrumento de gerenciamento, critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira, e o caminho para a melhoria contínua (ONA, 2014). Os requisitos da acreditação NIAHO fornecem às organizações do setor uma estrutura clara para a melhoria da segurança do paciente e a qualidade no atendimento, em uma linguagem que os profissionais da saúde compreendem intuitivamente. A abordagem dos sistemas de gestão transforma a acreditação, de acordo com a norma, em uma ferramenta para identificar os objetivos e implementar as alterações em cada nível da organização, proporcionando:

- Melhoria da segurança do paciente e qualidade do atendimento;
- Aumento da confiança e segurança da gestão;
- Identificação ativa de áreas de melhoria;
- Aprimoramento da reputação e confiança;
- Maior satisfação e motivação da equipe.

Segundo Scrivens (1997), o valor da acreditação está muito mais na sua capacidade de gerar discussão sobre o sistema de saúde do que de avaliar o desempenho dos serviços de saúde. A acreditação é uma ciência imprecisa. Ela nunca deve ser a única solução para avaliar ou monitorar a qualidade em um sistema de saúde.

Duckett (1983) descreve a acreditação como um dos muitos fatores que podem causar alteração nos hospitais, para garantir e melhorar a qualidade no atendimento, e que talvez a característica mais marcante seja a sua utilidade como uma 'ferramenta de gestão'. O programa de acreditação hospitalar pode claramente ser usado para interromper o equilíbrio de forças dos hospitais e estimular a mudança. O programa

tem um impacto diferente em cada parte do hospital. Na pesquisa realizada em hospitais da Austrália, as áreas mais afetadas positivamente pela acreditação foram: 'organização de enfermagem' e 'instalações físicas e de segurança'. As maiores mudanças nos serviços das enfermeiras foram a documentação e revisão dos procedimentos; a introdução de inovações nos serviços de enfermagem; e um reconhecimento do setor de enfermagem evidenciado pelo aumento da participação destes profissionais nos comitês. Quanto às 'instalações físicas e de segurança', a acreditação impactou na conscientização e realização de ações de melhoria para segurança contra incêndio, riscos físicos e prevenção de acidentes, além de aumentar a disponibilidade de material educativo nos hospitais.

El-Jardali et al. (2008), em sua pesquisa realizada com enfermeiras de hospitais acreditados do Líbano, identificaram que há uma percepção de melhoria da qualidade em função da acreditação. Os principais benefícios percebidos foram a melhoria do trabalho em equipe e da produtividade nos hospitais. Foram observadas diferenças significativas de acordo com o tamanho do hospital e, com exceção da seção 'liderança – compromisso e apoio', foram observados resultados melhores em pequenos e médios hospitais para todas as seções e subseções avaliadas.

Pomey et al. (2010), descrevem que o processo de acreditação é uma ferramenta altamente eficaz para (i) acelerar a integração e estimular o espírito de cooperação em organizações de saúde (ou do inglês, *Healthcare Organizations* – HCOs) recém-incorporadas; (ii) introduzir programas de melhoria contínua da qualidade em organizações recém-acreditadas ou ainda não credenciadas; (iii) criar uma nova liderança para iniciativas de melhoria da qualidade; (iv) aumentar o capital social, dando a equipe a oportunidade de desenvolver relacionamentos; e (v) promover as ligações entre as organizações de saúde e outras partes interessadas. O processo de acreditação é um motivador eficaz para a introdução de mudanças, mas não deixa de estar sujeito a um ciclo de aprendizagem e uma curva de aprendizado.

2.1.1.4 Acreditação *versus* outros mecanismos de qualidade

Existem muitos programas de qualidade possíveis de serem empregados nas organizações de saúde, tais como:

- Métodos estruturados de melhoria de processos, como por exemplo o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Action), *Lean healthcare*, *six sigma*, a metodologia de

solução de problemas 8D (8 disciplinas), os 5S e os 3Rs (reduzir-reutilizar-reciclar);

- Programas de acreditação: ONA, JCI, CCHSA e NIAHO;
- Modelos de excelência organizacional: Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), Malcon Baldrige, EFQM;
- Normas ISO: ISO 9001, ISO 14000, ISO 26000; e
- Dentre outros.

Como exemplo de método para melhoria dos processos, o pensamento enxuto (*Lean thinking*) começou a ter atenção nos sistemas de saúde, no mundo todo, somente nas últimas décadas (DAULTANI; CHAUDHURI; KUMAR, 2015). Na academia, o *Lean healthcare* também é considerado um tema relativamente novo, com a primeira publicação sobre o tema em 2002 (COSTA; GODINHO FILHO, 2016). Para os hospitais, os resultados mais frequentes estão relacionados a custo, tempo e aumento da capacidade do serviço (COSTA et al., 2015; DAULTANI; CHAUDHURI; KUMAR, 2015; COSTA; GODINHO FILHO, 2016). As ferramentas mais utilizadas são: na etapa de avaliação o ‘mapeamento do fluxo de valor’ e na etapa de melhoria a ‘padronização dos processos’. Na etapa de monitoramento, ainda são utilizadas poucas ferramentas (COSTA; GODINHO FILHO, 2016). Costa et al. (2015) realizaram um estudo de caso com dois hospitais brasileiros e identificaram que as barreiras para implementação estão associadas com fatores humanos. Neste estudo, os autores também sugerem que as etapas iniciais e a manutenção do *Lean healthcare* necessita de um suporte externo, porque o conhecimento sobre o tema ainda não está presente nas organizações. Adicionalmente, Daultani, Chaudhuri e Kumar (2015), destacam que o pensamento enxuto exige um foco adequado na cultura da organização e um esforço na melhoria contínua para sustentar os benefícios.

Os prêmios de excelência de desempenho e seus respectivos modelos de excelência organizacional, surgiram inicialmente com o Prêmio Deming em 1950 no Japão, seguido pela *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBQNA) e do EFQM, na década de 1980. Atualmente, prêmios de excelência de desempenho tendo como referências MBQNA ou EFQM, deram origem a prêmios e modelos de gestão em muitos países (ABDALLAH, 2014).

Na década de 2000, diversos pesquisadores estudaram os modelos de qualidade mais empregados, naquele período, na Europa. Segundo Nabitz & Klazinga (1999), os modelos de qualidade não competem entre si e há sobreposição entre os modelos

de acreditação, de visitação, EFQM e ISO (Figura 3). O modelo EFQM é o mais flexível, abrangente e representa os aspectos estratégicos, gerais e de resultados da gestão da qualidade. A acreditação está mais diretamente relacionada aos cuidados de saúde e é considerado um modelo mais específico, administrativo e prescritivo. O EFQM fornece uma perspectiva complementar que pode ajudar a ampliar o escopo da qualidade nas funções de gerenciamento nas organizações de cuidados à saúde. Os pesquisadores observaram a viabilidade de convergência destes modelos.

Figura 3 – Sobreposição dos diferentes modelos de avaliação.

Fonte: (NABITZ; KLAZINGA, 1999)

Donahue & Vanostenberg (2000) concluíram que o modelo de acreditação organizacional, tais como o JCI, fornecem uma estrutura para a convergência e a integração dos pontos fortes de todos os modelos (ISO, EFQM e visitação) em um modelo de avaliação comum de qualidade de cuidados de saúde.

De acordo com Klazinga (2000), conceitualmente, o EFQM foi considerado como o modelo mais completo para uma organização atingir as metas de gerenciamento da qualidade. Porém, o escopo e as perspectivas dos modelos se sobrepõem. A perspectiva ISO pode ser incorporada totalmente na acreditação ou no EFQM. *Visitação* e acreditação são o mais próximo da execução real dos cuidados de saúde, enquanto que ISO e EFQM abordam principalmente sobre as condições gerenciais e organizacionais nas quais os processos de atendimento são executados. Parece que os modelos são complementares e não excludentes.

Bohigas & Heaton (2000), salientam que os modelos EFQM e de acreditação têm propósitos diferentes, a acreditação prove uma evidência de que a organização atende determinados padrões, por outro lado o modelo EFQM seleciona e premia as

organizações que atingem a excelência dentro do seu setor ou negócio (somente os vencedores recebem o prêmio). O EFQM pode promover a melhoria, mas através da competição e não do desenvolvimento da colaboração organizacional. Goldschmidt; Van Der Weide; Van Gennip (2001) cita que os modelos ISO, EFQM e acreditação são semelhantes quanto ao aspecto de serem baseados na independência dos revisores.

Para Moeller (2001), o modelo de excelência EFQM é considerado genérico o suficiente para lidar com questões de saúde, no entanto não cobre todas as áreas relevantes aos cuidados de saúde. A integração do método de auto avaliação do EFQM com a acreditação pode levar a excelência em cuidados de saúde. Uma barreira na implementação do modelo EFQM, gerada pela sua origem na indústria, é a terminologia utilizada.

Em estudos mais recentes, Yousefian et al. (2013) avaliaram que todos os requisitos do sistema de acreditação JCI estão cobertos pela Modelo de Excelência do setor de saúde. A JCI é mais abrangente nos critérios e subcritérios de 'processo' do modelo EFQM, do que nos de 'resultado'. Em contrapartida, as normas da JCI possuem padrões de excelência para prestação dos serviços de cuidados de saúde, com reconhecimento e aceitação internacional. Os modelos podem ser implementados separadamente, de forma complementar. Imani Nasab et al. (2013) também identificaram que o modelo de acreditação (*Iranian National Program for Hospital Evaluation* - INPHE) e o modelo EFQM têm resultados distintos, sendo que a diferença pode estar relacionada aos critérios de desempenho do modelo EFQM.

Abdallah (2014) estudou os drivers e os desafios que as organizações de saúde enfrentam na implementação das iniciativas de qualidade. Segundo o pesquisador, a acreditação tem uma vantagem sobre os modelos de excelência, uma vez que se concentra nas necessidades específicas; entretanto modelos de excelência são melhores em promover uma cultura de qualidade e a melhoria contínua.

Makai et al. (2009) realizaram um estudo sobre o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade em hospitais húngaros. No estudo, foram consideradas duas certificações: ISO e *Hungarian Hospital Care Standards*, esta última possui um manual desenvolvido com base nos padrões da JCI. O resultado da pesquisa demonstrou que o sistema de gestão da qualidade tem uma relação fraca e que as certificações não são significativamente relacionadas com a segurança do paciente. Por um lado, a existência da relação entre qualidade e segurança suporta a visão de que a segurança

do paciente deve ser integrada nos sistemas de gerenciamento da qualidade. Por outro lado, uma vez que a relação é bastante fraca, apoia a abordagem adotada por um número de países que lidam com a segurança do paciente como uma política separada. Neste estudo, também foi avaliado o envolvimento dos pacientes no processo.

2.1.2 Definição de segurança do paciente

Runciman et al. (2009) propuseram termos preferenciais para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente e subsidio da estruturação do *International Classification for Patient Safety* (ICPS), coordenado pela Organização Nacional de Saúde (OMS). Alguns conceitos-chave foram traduzidos para a língua portuguesa pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente e constam no “Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente”. As definições dos termos mais importantes para esta pesquisa estão listadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

Termo	Definição
Segurança do paciente	Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e / ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente

Fonte: (BRASIL, 2014).

Adicionalmente, aos conceitos-chave apresentados no Quadro 1, são considerados importantes os conceitos de ‘paciente’, ‘cuidados de saúde’ (*healthcare*) e ‘saúde’, também descritos por Runciman et al. (2009), pois norteiam esta pesquisa. ‘Paciente’

pode ser descrito como a pessoa que recebe os cuidados de saúde. 'Cuidados de saúde' são os serviços recebidos por indivíduos ou por uma comunidade para promover, manter, monitorar ou restaurar à saúde. E por fim, 'saúde' é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Al-Awa et al. (2011), em sua revisão da literatura sobre segurança do paciente, descrevem que garantir a segurança do paciente envolve o estabelecimento de sistemas e processos operacionais para minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceptá-los quando ocorrem.

Wagner et al. (2006) e Makai et al. (2009) mediram a segurança do paciente através do número de atividades realizadas de segurança do paciente. Foram consideradas 11 atividades, sendo elas: (1) Sistema de reporte de eventos adversos; (2) Comitê de segurança do paciente; (3) Gestão de riscos; (4) Comitê de acidentes; (5) Comprometimento dos gestores; (6) Treinamento em segurança do paciente; (7) Definição de recursos; (8) Utilização de um sistema de reporte de eventos adversos; (9) Prevenção de quedas; (10) Prevenção de erros de (administração) de medicação; e (11) Reporte de quase-acidentes.

A OMS estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente para auxiliar as instituições a lidar com áreas específicas de preocupação em alguns dos pontos mais problemáticas de segurança do paciente, conforme segue na Figura 4.

Figura 4 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente

-
- Meta 1:** Identificar os pacientes corretamente;
  - Meta 2:** Melhorar a eficácia da comunicação;
  - Meta 3:** Melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado;
  - Meta 4:** Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto;
  - Meta 5:** Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento médico;
  - Meta 6:** Reduzir o risco de lesões causadas por queda do paciente.

Fonte: (BRASIL, 2014).

Com base, principalmente, nestas metas, a Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, que devem ser elaborados e

implantados, tais como a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça, segundo o Ministério da Saúde, a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

2.1.3 Riscos em hospitais

Tornou-se claro que os cuidados de saúde são de alto risco, não sendo muito diferente de outros setores nos quais as vidas podem estar em risco. Por exemplo, inúmeros fatores humanos como fadiga e excesso de trabalho podem contribuir para os maus resultados para o paciente (MARX; SLONIM, 2003).

Vários autores se dedicaram aos estudos sobre os erros em saúde, e entre eles se destaca o psicólogo James Reason, da Universidade de Manchester, na Inglaterra. A definição de erro, da OMS e do trabalho de Runciman et al. (2009), como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, foi baseada nos trabalhos de James Reason. A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica a proposição de um modelo de 'barreiras' para impedir que o erro chegue ao paciente. É preciso fazer uma distinção entre falhas ativas (tem resultados adversos imediatos) e as falhas de ação latentes ou atrasadas as quais podem existir por um longo período antes de combinar com fatos geradores locais e penetrar as defesas do sistema (REASON, 1995). Para resumir as diferenças entre falhas ativas e latentes:

- Falhas ativas são atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles que estão no "ponto nevrálgico" do sistema (cirurgiões, anestesiologistas, médicos, enfermeiros, etc.). Ela (falha ativa) é a pessoa na interface pessoa-sistema, cujas ações podem ter consequências negativas imediatas. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração.
- Falhas latentes são criadas como resultado de decisões tomadas nos escalões mais elevados de uma organização. Suas consequências danosas pode permanecer latente por um longo tempo, só se tornando evidente quando se

combinam com fatores desencadeantes locais para romper as defesas do sistema. Um exemplo, pode ser a falta de medicamento no hospital.

Reason (1995) parte do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos.

Segundo Leape et al. (2009), o princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não são causados por pessoas más, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados negativos. Esse conceito está transformando o foco anterior sobre o erro individual pelo foco nos defeitos do sistema. Embora o principal foco sobre a segurança do paciente venha sendo a implementação de práticas seguras, torna-se cada vez mais evidente que atingir um alto nível de segurança nas organizações de saúde requer muito mais. Para tanto, diversas correntes têm surgido: uma é o reconhecimento da importância de maior engajamento dos pacientes no seu cuidado, e outra é a necessidade de transparência. No atual ambiente organizacional da maioria dos hospitais, pelo menos seis grandes mudanças são requeridas para iniciar a jornada com vistas a uma cultura da segurança:

1. É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema;
2. É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa;
3. Mudar do sigilo para a transparência;
4. O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente;
5. Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por uma equipe profissional interdependente, colaborativa e interfuncional; e
6. A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

2.1.3.1 Fatores de riscos em hospitais

"We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work."

"Nós não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham."⁶
(REASON, 2000)

Segundo Reason (1995), o maior fator de risco nos hospitais são as pessoas, pois o erro humano é a maior causa dos eventos adversos. A grande contribuição do erro humano é mais uma questão de oportunidade do que o resultado de descuido excessivo, ignorância ou imprudência. Porém, qualquer que seja o número real, o comportamento humano (para o bem ou para o mal) domina claramente os riscos para os sistemas tecnológicos modernos em todas as áreas, não só na área de saúde. Atualmente, é evidente que atos inseguros acontecem de várias formas - lapsos e enganos, erros e violações - cada um com diferentes origens psicológicas e que requerem diferentes contra-medidas.

Porém, de acordo com Reason (1995), os eventos adversos raramente são determinados por um único erro, seja ele humano ou tecnológico, mas mais frequentemente são o resultado de uma cadeia de erros e eventos em que a pessoa responsável pelo erro final é apenas o último elo causal. Em outras palavras, os eventos adversos são produzidos por diversos fatores, tais como os de organização, profissionais, pessoais e técnicos. Principais inquéritos de acidentes tornam evidente que as causas humanas de acidentes graves são distribuídos amplamente, tanto dentro de uma organização como um todo quanto ao longo de vários anos antes do evento real acontecer.

A Figura 5 mostra como acontece um acidente organizacional, em que pode ser observada a direção da causalidade que é da esquerda para a direita. A sequência de acidentes começa com as consequências negativas de processos organizacionais (isto é, as decisões relacionadas com o planejamento, programação, previsão, concepção, formulação de políticas, comunicação, regulação, manutenção, etc). As falhas latentes assim criadas são transmitidas ao longo de vários caminhos organizacionais e departamentais para o local de trabalho (sala de operações, etc), onde elas criam as condições locais que promovem a prática de erros e violações (por exemplo, falta de pessoal e alta carga de trabalho, poucas interfaces entre equipamentos e pessoas, etc.). Muitos desses atos inseguros são susceptíveis de

---

⁶ A tradução desta passagem, como todas as demais em língua estrangeira foram realizadas pelo autor (tradução livre).

serem cometidos, mas apenas poucos deles irão ultrapassar as defesas para produzir resultados prejudiciais. O fato de que as características de engenharia de segurança, os padrões, controles, procedimentos, etc, podem ser deficientes devido a falhas latentes e falhas ativas, está indicado na figura pela seta que liga diretamente os processos organizacionais às defesas (REASON, 1995).

Figura 5 - Estágios do desenvolvimento de um acidente organizacional.

Fonte: Adaptado de Reason (1995).

Os resultados da pesquisa realizada por Manzo, Britto e Alves (2013) mostraram que informação insuficiente, a falta de objetividade, clareza e integridade no repasse de conhecimento favorecem a ruptura da prestação de serviços de qualidade. A comunicação organizacional é uma ferramenta eficaz para subsidiar mudanças importantes nas empresas, como o alcance da acreditação hospitalar. Articulando a mudança de forma concisa e clara no que se refere à comunicação, o padrão de qualidade poderá ser alcançado perenemente.

2.1.3.2 Gestão de riscos em hospitais

Muitas organizações que gerenciam os riscos humanos tem-se concentrado na tentativa de evitar a repetição de erros específicos e violações. A resposta interna comum a tais eventos é a definição de novos procedimentos que proíbem um comportamento particular; elaborar engenharia "retro-fixes" que irá impedir tais ações com resultados adversos; a sanção e treinamento de pessoas-chave, um esforço para

torná-los mais cuidadosos; e introduzir uma maior automatização. Esta abordagem "anti-pessoal" tem vários problemas (REASON, 1995):

1. As pessoas não têm a intenção de cometer erros. Por isso, é difícil para os outros controlar o que as pessoas não podem controlar por si;
2. Os precursores psicológicos de um erro (ou seja, falta de atenção, distração, pré-ocupação, esquecimento, fadiga e estresse) são provavelmente os últimos da cadeia de eventos que levam a um erro e que menos tem ligações gerenciáveis;
3. Acidentes raramente ocorrem como resultado de atos inseguros individuais. Eles são o produto de vários fatores: pessoal, tarefa relacionada, situacional e organizacional. Isso tem duas implicações. Em primeiro lugar, a mera repetição de algum ato, envolvido em um acidente anterior, provavelmente não terá um resultado adverso na ausência de outros fatores causais. Em segundo lugar, enquanto estes problemas latentes subjacentes persistirem, outros atos – até então não considerados como inseguros - também poderão servir para completar uma seqüência de acidente incipiente;
4. Estas contramedidas podem criar uma falsa sensação de segurança. Como os sistemas modernos são geralmente altamente confiáveis, é provável que poderá passar algum tempo entre a implementação dessas medidas relacionadas com o pessoal e o próximo acidente. Durante este tempo, aqueles que instituíram as mudanças estão inclinados a acreditar que eles tenham corrigido o problema. Mas, então, um outro tipo de acidente ocorre, e o ciclo de ações corretivas no local começa todo de novo. Tais acidentes tendem a ser vistos de forma isolada, em vez de serem vistos como um sintoma de algum problema sistêmico; e
5. Aumento da automação não soluciona o problema de fatores humanos, ele simplesmente muda a sua natureza. Os sistemas tornam-se mais obscuros para seus operadores. Em vez de causar danos por deslizos ou lapsos, as pessoas estão mais propensas a fazer juízos equivocados sobre o estado do sistema.

O objetivo da gestão de riscos eficaz não é tanto para minimizar os erros e violações particulares como para melhorar o desempenho humano em todos os níveis do sistema. Talvez paradoxalmente, a maioria das medidas de melhoria de desempenho

não estão diretamente focados no que se passa individualmente dentro das cabeças das pessoas. Pelo contrário, elas são dirigidas a equipe, tarefa, situação, e organizacional (REASON, 1995).

Segundo Pritchard (1997), gestão de riscos é um método que se concentra na identificação e controle de áreas ou eventos que tem o potencial de causar mudanças não desejadas. Quatro pilares sustentam o processo de gestão de riscos: procedimentos, ferramentas e técnicas, recursos humanos e treinamento.

Segundo Messenger (1988), gestão de riscos é um sistema para identificar, analisar e prevenir riscos. Messenger (1988) considera que o envolvimento dos médicos é muito importante para a implantação e manutenção do programa de gestão de riscos. Os médicos devem estar cientes que primeiramente o programa está relacionado à preocupação com a qualidade do atendimento ao paciente e não simplesmente para cumprir requisitos de seguros ou processos para acreditação. Um desafio em relação aos médicos é que normalmente eles não fazem parte do quadro de funcionários do hospital.

De acordo com Morlock e Malitz (1991), gestão de risco hospitalar é um programa sistemático projetado para reduzir as lesões e acidentes evitáveis e minimizar a perda financeira para a instituição. Tradicionalmente, esses programas em muitos hospitais têm concentrado-se em manter e melhorar as instalações e equipamentos, bem como proteger funcionários, visitantes e segurança do paciente. Tornou-se cada vez mais claro, porém, que o maior risco de reclamações contra hospitais vem de assistência ao paciente nas áreas clínicas, tais como cirurgia geral e obstetrícia. O ponto chave para programas clínicos de gestão de risco são os métodos para a identificação de eventos adversos aos pacientes, resultando em sistemas de alerta precoce. Os sistemas de alerta precoce mais comuns na maioria das vezes dependem de ocorrência (ou seja, incidente clínico) elaboração de relatórios e / ou ocorrência de triagem para detecção de eventos.

Dückers et al. (2009) definiram três subseções para avaliar as evidências de intervenção de um sistema de gestão de riscos: detecção, mitigação e ações para redução dos riscos. Os estudos sobre detecção foram avaliados considerando duas categorias: relatórios de incidentes e técnicas de análise (como por exemplo, Failure Modes and Effects Analysis - FMEA e *Root Cause Analysis* - RCA). Em sua pesquisa, foram identificados estudos que evidenciaram a efetividade das atividades de detecção na redução de riscos; não foram encontrados estudos sobre mitigação; e a

maior parte dos estudos foram sobre ações para redução dos riscos. As ações para redução dos riscos tiveram impacto tanto na redução do número, quanto da gravidade dos erros de medicação, incidentes de queda, erros de diagnóstico e eventos adversos em geral. Infelizmente, porém, nas ações de redução de riscos não foi possível identificar qual componente foi eficaz e por que. Dentro do contexto de resiliência, a gestão de riscos pode ser ligado à implementação da ciência e conceitos como o de melhoria contínua da qualidade, sistemas cíclicos de gestão de qualidade cíclica e aprendizagem organizacional.

Desde Julho 2001, a JCAHO tem exigido que cada hospital credenciado realize pelo menos uma avaliação pró-ativa de risco por ano. A ferramenta recomendada para esta tarefa foi a Failure Modes and Effects Analysis - FMEA (MARX; SLONIM, 2003).

Em alguns países, o programa de gestão de riscos é pré-requisito para obtenção de licenças, como exemplo, pode-se citar alguns estados dos Estados Unidos (MORLOCK; MALITZ, 1991).

“Adverse events are seldom determined by a single error, being it either human or technological, but more often they are the result of a chain of errors and events where the person responsible for the final error is only the last causal link.”

Os eventos adversos raramente são determinados por um único erro, seja ele humano ou tecnológico, mas mais frequentemente são o resultado de uma cadeia de erros e eventos em que a pessoa responsável pelo erro final é apenas o último elo causal.⁷

James T. Reason

O modelo de Reason é baseado na definição de que um evento adverso é uma versão inesperada de energia que pode ser prevenida por erguer barreiras entre a fonte de energia e a pessoa ou o objeto a ser protegido (Figura 6). Nesta situação, a palavra 'barreira' refere-se a uma ampla gama de medidas preventivas, incluindo os dispositivos de proteção, sistemas de segurança, procedimentos de trabalho, treinamento, supervisão e plano de emergência). Quando há deficiências nestes barreiras, elas não são capazes de bloquear o fluxo inesperado de energia e originam um evento adverso que pode ser classificado como um 'quase acidente', um 'dano', ou um 'incidente', de acordo com sua gravidade (CAGLIANO; GRIMALDI; RAFELE, 2011).

---

⁷ A tradução desta passagem, como todas as demais em língua estrangeira foram realizadas pelo autor (tradução livre).

O modelo de Reason reforça a necessidade de ter uma perspectiva sistêmica para riscos, a fim de ter uma visão global de como as inter-relações entre os fatores organizacionais, técnicos e humanos provocam e previnem eventos negativos (CAGLIANO; GRIMALDI; RAFELE, 2011).

Segundo Reason, a abordagem para redução dos riscos, considera quatro perspectivas para tratamento dos erros: organizacionais (ou sistêmicas), individuais, técnicas e psicológicas (CAGLIANO; GRIMALDI; RAFELE, 2011).

Figura 6 - Modelo de Reason.

Fonte: Adaptado de Cagliano, Grimaldi e Rafele (2011).

2.2 Revisão da literatura

O Quadro 2 apresenta os principais artigos encontrados de revisão de literatura sobre o tema 'acreditação'. Estudos prévios da literatura sobre acreditação (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; AL-AWA et al., 2011; ALKHENIZAN; SHAW, 2011; FLODGREN et al., 2011; HINCHCLIFF et al., 2012), demonstram que há evidências conflitantes sobre a eficácia do programa. Por este motivo, foi considerado adequado acompanhar as avaliações dos estudos anteriores com uma nova revisão, aplicando métodos de pesquisa semelhantes, para responder às perguntas, tais como:

- Existe evidência confiável dos benefícios dos programas de acreditação?

- Quais os resultados dos estudos recentes a respeito dos impactos da acreditação sobre medidas de qualidade, sistema organizacional, resultados financeiros, pontos de vista de consumidor e satisfação do paciente?

Quadro 2 – Artigos de revisão da literatura sobre ‘acreditação’

Referência	Periódico*	Número de citações*
(GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008)	International Journal for Quality in Health Care JCR = 1.756	ISI WoS = 105 Scopus = 125 Scholar = 208
(AL-AWA et al., 2011)	Research Journal of Medical Sciences JCR = ---	ISI WoS = 0 Scopus = 9 Scholar = 10
(FLODGREN et al., 2011)	The Cochrane Database of Systematic Reviews JCR = 6.032	ISI WoS = 12 Scopus = 0 Scholar = 39
(ALKHENIZAN; SHAW, 2011)	Annals of Saudi Medicine JCR = 1.071	ISI WoS = 23 Scopus = 28 Scholar = 53
(HINCHCLIFF et al., 2012)	BMJ Quality & Safety JCR = 3.988	ISI WoS = 22 Scopus = 23 Scholar = 37

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas: JCR = *Journal Citation Report*; dados de JCR e número de citações foram consultados em 21/11/2015.

O objetivo desta revisão é analisar o tema, proporcionando uma identificação abrangente e estruturada, juntamente com uma análise bibliométrica e uma análise de conteúdo de toda a pesquisa empírica publicada a partir de janeiro de 2012 até agosto de 2015. Foi utilizado um método semelhante ao da última revisão publicada por Hinchcliff et al. (2012) e os resultados foram comparados. Os resultados da revisão conduzida por Hinchcliff et al. (2012) foram identificados, neste trabalho, como Período I e os resultados da revisão como parte deste projeto de pesquisa como Período II.

A maioria dos estudos anteriores utilizaram uma abordagem qualitativa para revisar a literatura sobre o domínio da acreditação. Não foram identificados estudos anteriores utilizando uma abordagem quantitativa para avaliar o campo de pesquisa de acreditação. O método aplicado para revisão está descrito detalhadamente no capítulo 3. As análises e os resultados foram divididos em estatística descritiva da amostra, análise das redes de relacionamento e análise de conteúdo.

2.2.1 Estatística descritiva da amostra

O número total de artigos elegíveis para análise foi de 90 artigos. Estes artigos foram publicados em 52 periódicos e tem um total de 381 autores. As duas maiores áreas de pesquisa sobre o tema, de acordo com as áreas da base de dados ISI Web of Science, são '*health care sciences service*' e '*public environmental occupational health*'.

2.2.1.1 Evolução das publicações ao longo do tempo

Apesar do primeiro artigo identificado ter sido publicado em 1983 (HINCHCLIFF et al., 2012), observa-se que houve um aumento nas publicações somente a partir de 1998, como mostrado na Figura 7. A partir de 1998, o número de estudos sobre acreditação aumentou, principalmente nos últimos dois anos (2013-2014). Os artigos foram publicados em várias fontes liderados pelo *International Journal for Quality in Health Care* (n = 28), seguido pelo *Journal of Public Health Management & Practice* (n = 15). Com exceção das duas fontes citadas, nenhum outro periódico publicou mais do que cinco artigos.

A maior parte dos artigos publicados no *Journal of Public Health Management & Practice* são do ano de 2014 (14 do total de 15 artigos). Estes artigos (EMER et al., 2014; HAGOS et al., 2014; THIELEN et al., 2014b; VERMA; MORAN, 2014; WALKER, 2014; WETTA et al., 2014; HOTCHKISS, 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL, 2014; MARSHALL et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; RICCARDO; PARENT; DESALVO, 2014; THIELEN et al., 2014a) são da edição de número 20, do mês de janeiro, referente à edição do 20º aniversário do periódico, com o título "*Transforming Public Health Practice Through Accreditation*" (NOVICK, 2014). Uma série de relatos de casos descreveu como os departamentos de saúde têm se preparado para a acreditação; discutiu a dependência mútua entre acreditação, melhoria da qualidade e do desempenho do departamento de saúde; e demonstrou os muitos vínculos entre a acreditação e outras iniciativas de saúde pública (BEITSCH et al., 2014).

Vale destacar que, apesar da edição especial, o maior número de publicações ocorreu no ano de 2014 – sem os 14 artigos da edição especial, o número de publicações em 2014 seria igual a 28 artigos.

Figura 7 - Número de publicações por revista e por ano.

Fonte: Dados de 1983 a 2011: (HINCHCLIFF et al., 2012). Dados a partir de 2012: Elaborados pela autora.

Nota: Um artigo de 2012 (GREENFIELD et al., 2012a) fez parte das duas bases de dados; por este motivo ele foi considerado apenas uma vez na construção do gráfico.

2.2.1.2 Publicações por países

De acordo com o estudo prévio (HINCHCLIFF et al., 2012), uma grande proporção de artigos sobre estudos de 'acreditação' foi realizada nos EUA e na Austrália, antes de 2012. Na análise da base de artigos publicados a partir de 2012, observa-se que apesar dos EUA e a Austrália ainda produzirem o maior número de estudos, nos últimos anos houve uma diminuição nas pesquisas desenvolvidas nos EUA e um aumento de estudos em outros países, sugerindo que o tema acreditação tornou-se mais internacional (Figura 8). O grupo 'Outros' é constituído por vários países, liderados pela Holanda, Líbano, Brasil e Taiwan.

Figura 8 - Número de artigos por país de pesquisa.

Fonte: Dados do Período I: (HINCHCLIFF et al., 2012); Período II: elaborado pela autora.

2.2.1.3 Autores por publicação

Na Tabela 2 podem ser observados os autores que publicaram cinco ou mais artigos sobre o tema 'acreditação' e a sua filiação. Pode se observar que os pesquisadores de maior relevância, pelo critério de número de publicações, são todos da Universidade de New South Wales, na Austrália. Destaca-se na Austrália, a criação do *Australian Institute of Health Innovation*, um importante instituto de pesquisa sobre acreditação.

Tabela 2 – Autores com maior número de artigos publicados no Período II (2012-2015).

Autor	Filiação	País	Número artigos
Braithwaite, Jeffrey	University of New South Wales (Faculdade de Medicina)	Austrália	11
Greenfield, David	University of New South Wales (Faculdade de Medicina)	Austrália	11
Westbrook, Johanna	University of New South Wales (Faculdade de Medicina)	Austrália	9
Hinchcliff, Reece	University of New South Wales (Faculdade de Medicina)	Austrália	8
Pawsey, Marjorie	University of New South Wales	Austrália	7
Mumford, Virginia	University of New South Wales	Austrália	5

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.1.4 Rede de palavras-chave

A primeira rede analisada foi a de palavras-chave (Figura 9). As linhas mostram as expressões mencionadas em conjunto na amostra. As principais ligações reveladas usando esta análise são entre *'accreditation and outcomes'*, *'accreditation and performance'*, *'accreditation and health-service accreditation'*, *'accreditation and quality improvement'*, e *'outcomes and quality'*. O termo *'accreditation'* apresentou o maior grau centralidade, seguido de *'performance'*, *'programs'*, *'impact'*, *'health-service accreditation'* e *'care'*, em ordem decrescente. Este resultado sugere que os temas centrais nos artigos são o desempenho e o impacto do programa.

Comparando a rede de palavras-chave do período II (2012-2015) (Figura 9) com a rede de palavras-chave da revisão de literatura anterior (HINCHCLIFF et al., 2012) foram identificadas algumas palavras-chave novas, tais como *'programs'*, *'health-service accreditation'*, *'healthcare'*, *'experience'*, *'system(s)'*, *'implementation'* e *'standards'*. Por outro lado, algumas palavras-chave do Período I não apareceram na nova lista (Período II), são elas *'improvement'*, *'hospital accreditation'*, *'patient safety'*, *'quality management'* and *'management'*.

Figura 9 – Rede de palavras-chave.

Fonte: Elaborado pela autora. Nota: Esta rede foi criada utilizando o software Ucinet a partir da base de dados importados do software Sitkis. A espessura das linhas corresponde a intensidade das relações.

2.2.2 Análise das redes de relacionamento

Para análise da produção científica foram analisadas três redes de relacionamento: rede de colaboração entre os autores, rede de artigos para referência, rede de cocitação.

2.2.2.1 Rede de colaboração

Na sequência, foi analisado o perfil de coautoria dos artigos da base para entender as parcerias de colaboração entre os autores (Figura 10). A percentagem de artigos com menos do que três autores reduziu de 41,8% no Período I para 35,6% no Período II, o que significa um aumento no número de artigos escritos em colaboração entre os pesquisadores da área, nos últimos anos.

Considerando os países de filiação dos autores, o número de artigos com coautores de diferentes países tem aumentado ao longo do tempo. No Período I, apenas um artigo foi escrito por coautores com origem em mais de quatro países, o qual foi desenvolvido pelos autores a partir de oito países europeus (GRATWOHL et al., 2011). Por outro lado, no Período II, mais artigos foram escritos em estreita colaboração, incluindo autores de diferentes países e regiões do mundo, como Shaw et al. (2013) que envolve quatro países de diferentes regiões Oceania, América do Norte, Europa e África. Além disso, no período II, havia três artigos da América do Sul (que não aparecem no Período I), por pesquisadores do Brasil (um foi escrito em parceria com um pesquisador do Canadá). Como mostra a Figura 10, estes resultados sugerem que há uma tendência de aumento da colaboração internacional entre autores.

Figura 10 – Rede de colaboração internacional referente ao Período II (2012 a 2015), considerando os países de afiliação dos autores.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Esta rede foi criada utilizando o software Ucinet a partir da base de dados importados do software Sitkis. Os círculos representam os países e os quadrados representam os artigos. Os principais artigos desenvolvidos em colaboração por diferentes países estão destacados na figura. Entre os países, foi dado destaque para a Austrália.

2.2.2.2 Rede de artigos para referência

A Tabela 3 mostra as referências mais citadas pelos artigos selecionados. O artigo mais citado em ambos os períodos foi uma revisão da literatura (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008) publicado em 2008. Pela análise dos artigos da Tabela 3, observa-se que existem dois temas centrais: impacto da acreditação e medidas de resultados.

Tabela 3 – Classificação dos artigos mais citados e o respectivo número de citações pelos artigos da base de 90 artigos.

Artigos citados (Referências)	Número de citações		Total
	Período I (Até 2012)	Período II (2012 - 2015)	
(GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008)	11	10	21
(BRAITHWAITE et al., 2006)	7	6	13
(GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009)	6	5	11
(POMEY et al., 2004)	8	1	9
(GRIFFITH; KNUTZEN; ALEXANDER, 2002)	8	-	8
(CHEN et al., 2003)	7	1	8
(GREENFIELD et al., 2009)	4	4	8
(BRAITHWAITE et al., 2010)	-	7	7
(HIBBARD; STOCKARD; TUSLER, 2003)	7	-	7
(DUCKETT, 1983)	7	-	7
(SHAW, 2000)	7	-	7

Fonte: Relatório gerado pelo software Sitkis.

Da Tabela 3, observa-se que o artigo de Braithwaite et al. (2010) ganhou mais popularidade do Período I para o Período II, enquanto que os artigos de Griffith; Knutzen; Alexander (2002); Pomey et al. (2004); Hibbard; Stockard; Tusler (2003); Duckett (1983); e Shaw (2000) apresentaram um número menor de citações. Há também os artigos, tais como Braithwaite et al. (2006) e Greenfield; Braithwaite (2009), que mantiveram a sua popularidade em todo o período do estudo.

A Figura 11 mostra a rede de artigos para referência de Período II (2012-2015). A análise de rede fornece uma informação importante o campo de pesquisa de acreditação. Observa-se uma ocorrência de repetidas autocitações por pesquisadores da Austrália, sugerindo a continuidade da pesquisa ao longo do tempo.

Figura 11 – Rede de artigos para referência do Período II (2012 a 2015).

Fonte: Elaborado pela autora. Nota: Esta rede foi criada utilizando o software Ucinet a partir da base de dados importados do software Sitkis. Os círculos representam os artigos e os quadrados representam as referências citadas.

2.2.2.3 Rede de cocitação

Em seguida, foram estudados os artigos para referência, através da análise de frequência com que um conjunto de artigos foi citado por um mesmo artigo (Figura 12). Se um conjunto de artigos foi cocitado, muitas vezes, isto indica que estes artigos provavelmente compartilham de ideias comuns (CHAI; XIAO, 2012) e esses agrupamentos de artigos constituem o que é chamado de um 'grupo de conhecimento estrutural' (PILKINGTON; MEREDITH, 2009).

Como pode ser visto na Figura 12, a maioria dos artigos da rede de cocitação foram desenvolvidos pelos pesquisadores da Austrália (BRAITHWAITE et al., 2006, 2010; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008, 2009; GREENFIELD et al., 2009; GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011, 2013), indicando a criação de 'grupo conhecimento estrutural' por estes pesquisadores.

Figura 12 – Rede de cocitação.

Fonte: Elaborado pela autora. Nota: Esta rede foi criada utilizando o software Ucinet a partir da base de dados importados do software Sitkis.

2.2.3 Análise de conteúdo

Os 90 artigos da base foram classificados em nove categorias temáticas, sendo que em alguns casos um mesmo artigo foi classificado em mais de uma categoria.

2.2.3.1 Relação com as medidas de qualidade

A relação entre o programa de acreditação e os indicadores de qualidade foi avaliada em 21 artigos (WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012a; CHABANNON et al., 2012; WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2013; BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; PEACOCK et al., 2013; PRONOVOST et al., 2013; RAJAMANI et al., 2013; KWON et al., 2013; NOUWENS et al., 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; SONG; LI; ZHOU, 2014; TOWERS; CLARK, 2014; VAN DOORN – KLOMBERG et al., 2014; GRATWOHL et al., 2014; MERKOW et al., 2014; MORTON; GARG; NGUYEN, 2014; MUMFORD et al., 2014; BOGH et al., 2015; TELEM et al., 2015; FALSTIE-JENSEN et al., 2015; LIU et al., 2015). Similar a revisão realizada por Hinchcliff et al. (2012), observou-se que dois subtemas principais foram explorados

nestes estudos, sendo eles: indicadores de desempenho organizacional e resultados para os pacientes ou consumidores dos serviços de saúde. Doze estudos compararam serviços de saúde ou unidades de serviços de saúde acreditados versus não-acreditados (CHABANNON et al., 2012; BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2013; RAJAMANI et al., 2013; TOWERS; CLARK, 2014; MERKOW et al., 2014; MORTON; GARG; NGUYEN, 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; BOGH et al., 2015; FALSTIE-JENSEN et al., 2015; LIU et al., 2015; TELEM et al., 2015).

Além disso, 10 estudos apresentaram resultados positivos entre a acreditação e os níveis de desempenho organizacional (WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012a, 2013; KWON et al., 2013; PEACOCK et al., 2013; PRONOVOST et al., 2013; MERKOW et al., 2014; MORTON; GARG; NGUYEN, 2014; NOUWENS et al., 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; LIU et al., 2015); entretanto, dois deles não identificaram associação entre a acreditação e os resultados para o paciente (MERKOW et al., 2014; NOUWENS et al., 2014). Em uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, centros de câncer com acreditação tiveram melhor desempenho na maior parte dos processos e nas medidas de experiência do paciente, mas mostraram um desempenho pior na maioria das medidas de resultado (MERKOW et al., 2014). Da mesma forma, o foco dos planos de melhoria de gestão de risco cardiovascular (CVRM - *cardiovascular risk management*) em práticas do programa de acreditação conduziu a algumas melhorias na gestão de risco, mas não em resultados primários (NOUWENS et al., 2014). Um exemplo de resultados positivos é a radioterapia no esôfago em centros médicos (acreditados) que incorreu significativamente em menores despesas médicas, mortalidade e risco de morte do que em centros não-acreditados (LIU et al., 2015). Resultados negativos ou neutros também foram identificadas em três estudos (RAJAMANI et al., 2013; VAN DOORN – KLOMBERG et al., 2014; BOGH et al., 2015), como por exemplo, a participação na acreditação não foi associada a um aumento maior em medidas de desempenho para AVC agudo, insuficiência cardíaca ou úlcera (BOGH et al., 2015).

Nove estudos avaliaram os resultados para os pacientes (CHABANNON et al., 2012; BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; GRATWOHL et al., 2014; MERKOW et al., 2014; NOUWENS et al., 2014; SONG; LI; ZHOU, 2014; TOWERS; CLARK, 2014; FALSTIE-JENSEN et al., 2015; TELEM et al., 2015), destes seis revelaram associação positiva entre acreditação e indicadores de resultado para o paciente. Por

exemplo, foi observado um aumento significativo de 14% na sobrevida global para pacientes com leucemia crônica que receberam um transplante alogênico em um programa credenciado-JACIE (*Joint Accreditation Committee of ISCT - International Society for Cell Therapy - Europe and EBMT - European group for Blood and Marrow Transplantation*), em comparação com aqueles tratados em programas não-credenciados. (CHABANNON et al., 2012). Da mesma forma, a acreditação de um hospital bariátrico melhorou os resultados dos pacientes, em comparação com hospitais não acreditados e dentro do mesmo hospital em comparação com o período pré-acreditação (TELEM et al., 2015). Outros estudos tiveram resultados inconsistentes ou não identificaram associação (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; MERKOW et al., 2014; NOUWENS et al., 2014). Por exemplo, a acreditação *Baby-Friendly Hospital Initiative* (BFHI) por si só não melhorou as taxas de amamentação em um e quatro meses quando as taxas de iniciação da amamentação eram elevadas. (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013)

Adicionalmente, uma pesquisa comparou o índice de conformidade da higiene das mãos com os resultados da acreditação, em hospitais australianos. Os resultados indicaram que a acreditação e os dados de auditoria de higiene das mãos mediam diferentes partes do espectro de qualidade e segurança. Os autores destacaram que compreender o que está sendo medido quando se faz a seleção de indicadores para avaliar o impacto da acreditação é fundamental (MUMFORD et al., 2014).

2.2.3.2 Avaliação do programa

No total, 21 artigos avaliaram o impacto dos programas de acreditação (WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012a, 2012b; CHABANNON et al., 2012; GUINDO et al., 2012; O'BEIRNE et al., 2013; RAJAMANI et al., 2013; BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; KWON et al., 2013; ABOU ELNOUR et al., 2014; AGHEORGHIESEI et al., 2014; MERKOW et al., 2014; MORTON; GARG; NGUYEN, 2014; NOUWENS et al., 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; VAN DOORN – KLOMBERG et al., 2014; ALONAZI; THOMAS, 2014; GRATWOHL et al., 2014; KELTON; TALAN; BLOOM, 2014; SISAY et al., 2015; TELEM et al., 2015; LAYMON et al., 2015). Foram identificados impactos positivos, negativos e neutros. Dez artigos identificaram impactos positivos (CHABANNON et al., 2012; GUINDO et al., 2012; WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012b; ABOU ELNOUR et al., 2014; AGHEORGHIESEI et al.,

2014; GRATWOHL et al., 2014; MORTON; GARG; NGUYEN, 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; SISAY et al., 2015; TELEM et al., 2015). Por exemplo, foi observado um aumento significativo de 14% na sobrevivência dos pacientes com leucemia crônica que receberam um transplante alogênico (transplante de células-tronco hematopoéticas) em um programa acreditado, em comparação com aqueles tratados em um programa não-acreditados (CHABANNON et al., 2012). Da mesma forma, centros acreditados estão associados à diminuição da incidência de complicações, a mortalidade e falhas na recuperação, o que sugere que os centros acreditados são mais seguros do que os não acreditados para a realização de uma cirurgia bariátrica (MORTON; GARG; NGUYEN, 2014). Por outro lado, os resultados de alguns estudos sugerem que são necessárias mais pesquisas para analisar o possível impacto da acreditação em cuidados de saúde (O'BEIRNE et al., 2013; ALONAZI; THOMAS, 2014).

Alguns estudos citaram algumas preocupações sobre os resultados da acreditação, tais como a acreditação não continuar a promover melhorias ao longo do tempo (WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012a; KWON et al., 2013) e a acreditação não ter impacto sobre as medidas de resultados (RAJAMANI et al., 2013; MERKOW et al., 2014; NOUWENS et al., 2014)

2.2.3.3 Mecanismos de mudança

Desde 2012, no total, 23 estudos exploraram como as atividades de preparação e de passagem pela acreditação promovem mudanças nas organizações de saúde (MCHUGH et al., 2013; CAUNDAY et al., 2013; CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013; DAY et al., 2013; DERIU et al., 2013; HOTCHKISS, 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; RICCARDO; PARENT; DESALVO, 2014; THIELEN et al., 2014a, 2014b; VERMA; MORAN, 2014; WALKER, 2014; WETTA et al., 2014; DAVIS et al., 2014; EL-JARDALI et al., 2014; EMER et al., 2014; HAGOS et al., 2014; ANDIRIC; MASSAMBU, 2015; CARMAN; TIMSINA, 2015; LAYMON et al., 2015). Foram identificados vários mecanismos de mudança. Primeiro, oito estudos destacaram a necessidade de trabalhar em colaboração interna e externamente. Internamente, há uma necessidade de quebrar alguns silos funcionais (DAY et al., 2013; DERIU et al., 2013; EMER et al., 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL et al., 2014; WALKER, 2014;

LAYMON et al., 2015). Em segundo lugar, seis estudos exploraram o engajamento pessoal na melhoria da qualidade (DAVIS et al., 2014; HOTCHKISS, 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; WALKER, 2014; CARMAN; TIMSINA, 2015). Em terceiro lugar, a introdução e utilização de indicadores (CAUNDAY et al., 2013; CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013; DERIU et al., 2013; HAGOS et al., 2014). Finalmente, os outros mecanismos identificados foram a abordagem de treinamento (DERIU et al., 2013; WETTA et al., 2014; ANDIRIC; MASSAMBU, 2015) e o apoio da liderança (MARONE et al., 2014; WETTA et al., 2014).

2.2.3.4 Impacto organizacional

O impacto dos programas de acreditação em organizações e unidades de serviços de saúde foram examinados em 27 estudos, entre 2012 e 2015 (WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012b; CHUNG; YU, 2012; GUINDO et al., 2012; ABDALLAH et al., 2013; PRONOVOST et al., 2013; SALEH et al., 2013; DAY et al., 2013; ABOU ELNOUR et al., 2014; LEE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL, 2014; MBAH et al., 2014; MOHAMMADI; MATIN; RIAHI, 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; SAGHATCHIAN et al., 2014; SHAW et al., 2014; SONG; LI; ZHOU, 2014; VERMA; MORAN, 2014; YILDIZ; KAYA, 2014; CARMAN; TIMSINA; SCUTCHFIELD, 2014; EL-JARDALI et al., 2014; GREENFIELD et al., 2014c; NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015; RAJAN et al., 2015; ANDIRIC; MASSAMBU, 2015; SISAY et al., 2015; CHEN et al., 2015), incluindo melhoria contínua da qualidade, cultura organizacional da qualidade e de segurança, o cumprimento das diretrizes de programas externos, padronização de processos de cuidados, e sistemas de gestão de desempenho. Em uma pesquisa realizada no Líbano, a maioria dos hospitais que responderam o questionário consideraram a acreditação como um investimento digno devido ao seu efeito sobre o reforço da cultura de qualidade e segurança (SALEH et al., 2013). Em outro estudo, a acreditação foi considerada como um passo inicial no processo de alcançar a excelência em hospitais (ABDALLAH et al., 2013).

2.2.3.5 Atitude dos profissionais com respeito a acreditação

Nove estudos analisaram os pontos de vista dos profissionais de saúde sobre os processos, impactos e valores dos programas de acreditação (MANZO et al., 2012; MANZO; BRITTO; CORRÊA, 2012; WAGNER; MCDONALD; CASTLE, 2012b; SPIRI;

MACPHEE, 2013; EL-JARDALI et al., 2014; HO et al., 2014; YILDIZ; KAYA, 2014; NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015; RAJAN et al., 2015). Por um lado, em todos os estudos, os profissionais de saúde perceberam os efeitos positivos dos programas de acreditação sobre a qualidade do serviço de cuidado da saúde. Por outro lado, três revelaram efeitos indesejados para os profissionais de saúde, como por exemplo, o aumento da carga de trabalho. (MANZO et al., 2012; MANZO; BRITTO; CORRÊA, 2012; HO et al., 2014). Dois estudos foram realizados para analisar as implicações da acreditação hospitalar no cotidiano dos profissionais de saúde em um hospital, o que revelou aspectos negativos, como estresse, sobrecarga de trabalho e pouca valorização profissional. (MANZO et al., 2012; MANZO; BRITTO; CORRÊA, 2012) Da mesma forma, embora tenham sido percebidos efeitos positivos da acreditação, em um estudo, a percepção dos profissionais era de que o atendimento ao paciente não foi diretamente influenciado pelo programa de acreditação (NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015). Este resultado está em linha com a revisão prévia da literatura (HINCHCLIFF et al., 2012) uma vez que existem mensagens contrastantes, o que sugere a necessidade de investigação adicional para analisar o ponto de vista dos profissionais de saúde sobre o tema.

2.2.3.6 Impactos financeiros da acreditação

Quatorze estudos abordaram algumas questões relativas aos aspectos financeiros da acreditação (AMMAR et al., 2013; SALEH et al., 2013; KWON et al., 2013; MCHUGH et al., 2013; DAVIS; BEVC; SCHENCK, 2014; SONG; LI; ZHOU, 2014; WETTA et al., 2014; EL-JARDALI et al., 2014; EMER et al., 2014; LEE, 2014; MERKOW et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015; LIU et al., 2015). Os principais temas estão relacionados aos custos e despesas durante e após a acreditação. Se por um lado, a acreditação pode ser uma oportunidade para aumentar o financiamento (LEE, 2014) ou reduzir as despesas (MERKOW et al., 2014; SONG; LI; ZHOU, 2014; LIU et al., 2015). Por exemplo, o programa de intervenção de um ano para uso ambulatorial de antibióticos, durante a preparação para a acreditação da JCI, reduziu as despesas com estes medicamentos (SONG; LI; ZHOU, 2014). Por outro lado, o processo para obter a acreditação exige tempo e recursos significativos, o que deveria ser considerado na decisão de implementar o programa de acreditação especificamente em um serviço de saúde ou pela perspectiva do sistema nacional de

saúde (SALEH et al., 2013; EMER et al., 2014; WETTA et al., 2014; NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015). Entre os desafios encontrados na implementação da acreditação estão os recursos financeiros limitados, infraestrutura precária e falta de pessoal (EL-JARDALI et al., 2014). Modalidades flexíveis de financiamento podem ser uma forma eficaz de aumentar a prontidão dos departamentos de cuidados de saúde para a acreditação (MONTEIRO et al., 2014).

Foram identificados dois novos temas relacionados às questões financeiras: o pagamento dos hospitais com base no nível de acreditação (AMMAR et al., 2013; MCHUGH et al., 2013), e a influência de fatores contextuais (tais como cortes de financiamento) sobre as capacidades de preparação em um programa de acreditação (DAVIS; BEVC; SCHENCK, 2014).

2.2.3.7 Opinião dos consumidores ou a satisfação dos pacientes

Somente sete estudos abordaram a relação entre a acreditação e a opinião dos consumidores ou satisfação do paciente (KOWALSKI et al., 2012; GREENFIELD et al., 2013a; HSIAO; CHENG, 2013; MERKOW et al., 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; YILDIZ; KAYA, 2014; HANDAYANI et al., 2015). Embora o número de artigos seja ainda relativamente baixo, o resultado sugere uma tendência de mudança. Ao contrário da revisão da literatura anterior (HINCHCLIFF et al., 2012), a literatura indica que a acreditação tem um impacto positivo sobre as opiniões dos consumidores ou a satisfação do paciente (MERKOW et al., 2014; PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014; YILDIZ; KAYA, 2014). Por exemplo, em um caso de pacientes com apneia obstrutiva do sono, o *status* da acreditação dos centros de sono foi associado com uma melhor aderência ao tratamento de aplicação de pressão positiva das vias respiratórias, melhor educação do paciente, maior satisfação do paciente, e maior pontualidade (PARTHASARATHY; SUBRAMANIAN; QUAN, 2014).

Os resultados da pesquisa aplicada aos Centros de Câncer da Mama mostrou que a acreditação desempenhou um papel fundamental na escolha de uma clínica (KOWALSKI et al., 2012). Além disso, em uma pesquisa desenvolvida em Taiwan, os resultados revelaram que a escolha do hospital (nível de acreditação) é associado à educação do paciente (HSIAO; CHENG, 2013).

Um estudo investigou as práticas associadas com a divulgação pública de informações sobre a acreditação, além de percepções das múltiplas partes interessadas sobre os principais desafios e oportunidades de melhoria (GREENFIELD et al., 2013a). Foram identificadas quatro questões inter-relacionadas: as informações da acreditação deveriam ser divulgadas publicamente; a necessidade de informar a comunidade sobre a informação de acreditação e à questão prática do detalhe a ser fornecido para a acreditação; os impactos, positivos e negativos, de divulgar informações de acreditação foram levantados; e a falta de conhecimento sobre o impacto sobre os consumidores foi discutido.

2.2.3.8 Avaliação e questões sobre avaliação

Foram encontrados nove artigos que abordavam este tema (BRAITHWAITE et al., 2012; GREENFIELD et al., 2012a, 2012b, 2013b, 2015; AGHEORGHIESEI; ILIESCU; GAVRILOVICI, 2013; CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013; AGHEORGHIESEI et al., 2014; TOWERS; CLARK, 2014) pela análise da função e da credibilidade da avaliação e dos avaliadores para acreditação. Os resultados sugerem que pesquisas recentes têm se concentrado mais nas questões sobre a avaliação. Principais conclusões sobre a avaliação consideram: auditoria ética dentro do processo de acreditação (AGHEORGHIESEI; ILIESCU; GAVRILOVICI, 2013; AGHEORGHIESEI et al., 2014); o uso de relatórios com indicadores clínicos para suportar os avaliadores (CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013); pesquisa da jornada dos pacientes (*patient journey survey*) e metodologias de auditorias comunicadas com pouca antecedência (*short notice survey methodologies*), mas não como um substituto para os métodos de acreditação existentes (GREENFIELD et al., 2012a, 2012b); e visitas não anunciadas parecem ter pouco efeito sobre os padrões cíclicos de resultados dos pacientes (TOWERS; CLARK, 2014).

Entre outras questões, diferentes expectativas da auditoria e experiências foram consideradas importantes pelas partes interessadas sobre a evolução dos programas de acreditação de serviços de saúde (GREENFIELD et al., 2015). Além disso, as principais conclusões relativas a questões de avaliação incluem: processos de certificação de avaliadores trainees foi apontado como recurso especializado com divergência entre os países de renda baixa e média e os países de renda mais alta (BRAITHWAITE et al., 2012).

Um estudo desenvolvido para investigar a confiabilidade de uma pesquisa no julgamento pessoal da equipe, em um grande hospital de ensino da Austrália, foi inconclusiva (GREENFIELD et al., 2013b). O resultado foi comprometido por eventos além das configurações de estudo, interações entre os auditores, influências organizacionais sobre o auditor e as relações entre pesquisador e participantes.

2.2.3.9 Sustentabilidade do programa

A ideia de criar esta nova categoria temática surgiu a partir da análise dos artigos, observando que alguns deles discutiam principalmente o desenvolvimento e a sustentabilidade dos programas de acreditação. No geral, 10 estudos examinaram a evolução dos programas de acreditação (BRAITHWAITE et al., 2012; HINCHCLIFF et al., 2013; SAX; MARX, 2013; SHAW et al., 2013; TABRIZI; GHARIBI; PIRAHARY, 2013; WOODHEAD, 2013; GREENFIELD et al., 2014a, 2014b, 2015; HANDAYANI et al., 2015). A maior parte deles destacou as preocupações das partes interessadas (*stakeholders*), tais como o governo, as agências e a comunidade, além do processo colaborativo.

Em uma pesquisa realizada no Paquistão, para identificar os fatores percebidos que influenciam a adaptação de um programa internacional de acreditação, dentro do contexto de um país em desenvolvimento, concluiu-se que não há uma abordagem "*one size fits all*", ou seja, não há uma abordagem única para a introdução da acreditação como um meio para melhorar a qualidade da saúde. Portanto, aqueles que pretendem apoiar a acreditação na saúde precisam entender como os componentes da acreditação podem se ajustar ao sistema local de saúde e ao ambiente político e social de forma mais ampla (SAX; MARX, 2013).

Como indicado pela comparação dos programas de acreditação de serviços de saúde em países de baixa e média renda para aqueles em países de renda mais alta, a sustentabilidade do programa de acreditação, independentemente das características de cada país, é influenciada por vários fatores. Os fatores identificados foram o apoio político pelo governo, um mercado de saúde grande o suficiente, o programa estável de financiamento, diversos incentivos para encorajar a participação na acreditação pela organização de saúde, bem como o contínuo aperfeiçoamento e melhoria nas operações de agências de acreditação, juntamente com a entrega de programas (BRAITHWAITE et al., 2012).

Adicionalmente, uma pesquisa estudou o crescimento da acreditação internacional e seu relacionamento com o mercado de turismo médico. Os resultados indicaram um aumento na globalização da saúde (*healthcare-globalization*), talvez também sinalizando no sentido do desenvolvimento da maturidade dos mercados mundiais de saúde (WOODHEAD, 2013).

3 MÉTODO DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos aplicados para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

3.1 Primeira parte - Revisão da literatura

Este estudo envolveu uma abordagem metodológica híbrida, combinando uma estratégia multi-método de pesquisa, seleção de artigos, juntamente com a análise bibliométrica e de conteúdo. A fim de permitir avaliar a evolução dos estudos de acreditação, foi aplicado um método de revisão semelhante ao utilizado em estudos anteriores (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012). A revisão teve como objetivo identificar pesquisas que examinavam tanto os processos quanto os impactos dos programas de acreditação.

Devido ao tempo decorrido entre a seleção dos artigos para análise bibliométrica e de conteúdo (buscas concluídas em setembro de 2015) e a conclusão desta dissertação, foi realizada uma nova consulta às bases de dados na internet, em junho de 2016. Os artigos identificados na segunda busca foram lidos e serviram como referência para a discussão dos resultados. No total, foram selecionados sete artigos (COSTA et al., 2015; DAULTANI; CHAUDHURI; KUMAR, 2015; GROENE et al., 2015; GROENE; SUNOL, 2015; MUMFORD et al., 2015; SUNOL et al., 2015; COSTA; GODINHO FILHO, 2016).

3.1.1 Busca nas bases de dados

A pesquisa foi realizada entre julho e setembro de 2015. A primeira estratégia de busca foi uma pesquisa nas bases eletrônicas de dados, seguida de busca no sítio de internet da *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua). Para a obtenção da amostra inicial, as pesquisas foram realizadas nas bases de dados Medline, CINAHL, Web of Science e Scopus; sem restrições sobre as áreas de pesquisa, fonte ou datas de publicação. As palavras-chave utilizadas foram 'accreditation', 'Joint Commission' OU 'JCAHO'. Foi realizada a busca para cada palavra individualmente dentro de cada banco de dados. Foram considerados apenas os artigos revisados por pares. A pesquisa inicial resultou na identificação de 89.286 artigos. Além disso, 15 estudos foram identificados no sítio de internet da ISQua. Um total de 89.301 publicações

preencheram os critérios iniciais da pesquisa (Figura 13). Entre os resultados, um novo filtro foi aplicado pela busca de referências associadas a 'research' (por exemplo, 'accreditation' e 'research'). Este filtro reduziu a amostra a 11.636 artigos, a qual após a exclusão das duplicatas e da aplicação do filtro por data de publicação resultou em uma base de 1.833 artigos.

Figura 13 - Fluxograma da estratégia de busca.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.2 Critérios de seleção dos artigos para revisão da literatura

Os critérios para inclusão dos artigos na base final era que as referências deveriam se concentrar em um ou mais aspectos ou processos dos programas de acreditação de serviços de saúde. Critérios adicionais de inclusão foram: pesquisa empírica, idioma Inglês e texto completo disponível. Os critérios de exclusão foram investigação

sobre desenvolvimento ou credenciamento de programas profissionais de educação, revisões de literatura não sistemáticas e comentários. Os títulos e resumos dos artigos foram revisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, de forma independente. Quando necessário, o artigo completo foi lido. Após esta revisão, 90 publicações foram consideradas elegíveis.

3.1.3 Análise bibliométrica

Este estudo aplicou uma combinação de análises quantitativas da literatura, muitas vezes chamada de análise bibliométrica (PILKINGTON; CHAI, 2008), uma vez que esta técnica pode proporcionar uma avaliação mais objetiva pela análise das citações, cocitações, ou uma combinação dos dois para analisar o campo de pesquisa sobre acreditação.

A ferramenta de pesquisa ISI Web of Science fornece um conjunto de metadados essencial para a análise bibliométrica, incluindo resumos, referências, número de citações, lista de autores, instituições, países e o fator de impacto dos periódicos. Devido à limitação da base ISI Web of Science, este estudo só conseguiu extrair artigos com citações completas na pesquisa disponível sobre acreditação, sendo 71 dos 90 artigos elegíveis da base de revisão.

A primeira análise foi sobre algumas características básicas dos artigos selecionados, tais como número de publicações por ano, área de pesquisa e fontes das publicações. Os trabalhos mais citados, e as referências que foram citadas com maior frequência nestes documentos, foram analisadas para desenvolver três redes de citações: palavras-chave, artigo para referências e cocitações. Análise de citação baseia-se no pressuposto de que os autores mencionam documentos considerados importantes para o desenvolvimento da sua pesquisa. Além de análise de citações, análise de cocitação avalia a frequência na qual duas citações aparecem juntas em um mesmo artigo. A análise de cocitação é baseada na filosofia de que se duas referências são citadas juntos, essas referências estão relacionadas (IKPAAHINDI, 1985). Por fim, foram analisados os padrões de coautoria.

Os dados foram extraídos usando a versão do software Sitkis 6,1 (SCHILDT, 2002) e os diagramas de rede foram desenhados utilizando o software Ucinet 6 para Windows versão 6.535 (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002).

3.1.4 Análise de conteúdo dos artigos selecionados

A fim de organizar os artigos da base, todos eles foram registrados individualmente utilizando o software de gerenciamento de referências bibliográficas Mendeley - versão 1.14 (MENDELEY SUPPORT TEAM, 2011).

Para a análise de conteúdo, os artigos foram classificados em nove categorias temáticas. Oito categorias são provenientes do trabalho anterior de revisão de literatura desenvolvido por Hinchcliff et al. (2012), sendo elas: (a) os impactos organizacionais; (b) relação com medidas de qualidade; (c) mecanismos de mudança; (d) avaliação do programa; (e) os impactos financeiros; (f) as atitudes dos profissionais a respeito de acreditação; (g) visão do consumidor ou a satisfação do paciente; e (h) questões relacionadas às avaliações e aos avaliadores. Uma nova categoria temática, sobre a evolução dos programas de acreditação, foi identificada após a análise dos artigos. Esta nova categoria foi nomeada de 'sustentabilidade do programa'. Na revisão anterior (HINCHCLIFF et al., 2012), alguns artigos sobre 'sustentabilidade do programa' já haviam sido encontrados, porém os mesmos tinham sido classificados na categoria 'avaliação do programa'. Ainda com relação às categorias, assim como na revisão realizada por Hinchcliff et al. (2012), com frequência os artigos foram classificados em mais de uma categoria.

Semelhante aos estudos anteriores (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012), a análise de conteúdo foi realizada para fornecer uma visão global dos principais temas de investigação no âmbito da literatura sobre acreditação, incluindo o conhecimento das lacunas na literatura.

3.2 Segunda parte - Pesquisa de avaliação (*survey*)

Segundo Salomon (1991), os problemas da ciência devem ser aqueles com relevância operativa, contemporânea e humana, cuja solução implica na geração de novos conhecimentos, atualização e novidade que tenham uma utilidade para a humanidade. De acordo com o problema a ser estudado, existe o tipo mais apropriado de pesquisa científica:

1. Pesquisa exploratória ou descritiva: cujo objetivo é definir melhor o problema, proporcionar "*insights*" sobre o assunto, descrever comportamentos ou definir e classificar fatos e variáveis;

2. Pesquisa aplicada: cujo objetivo é aplicar leis, teorias e modelos na descoberta de soluções ou diagnóstico de realidades; e
3. Pesquisa pura ou teórica: cujo objetivo é ir além da definição e descrição dos problemas para buscar a interpretação, a explicação e a predição por meio de teorias, leis ou modelos.

A fase atual do tema ‘acreditação’ ainda pode ser caracterizada como exploratória, devido ao baixo nível de evidência dos estudos, aos resultados conflitantes e a existência de alguns temas ainda pouco explorados, tais como os relacionados a satisfação dos pacientes e impactos financeiros da acreditação. No âmbito nacional, o desenvolvimento atual das pesquisas quantitativas é ainda mais restrito, sobretudo sobre o tema específico desta pesquisa, o ‘impacto da acreditação para hospitais’. Este fato justifica o caráter inovador da presente pesquisa, a qual apresenta características de pesquisa aplicada e pesquisa exploratória.

Com relação à abordagem, esta pesquisa pode ser classificada como quantitativa. O Quadro 3 apresenta os critérios para escolha da abordagem de pesquisa. Segundo Bryman (1989), as preocupações principais da abordagem quantitativa são: a mensurabilidade, a causalidade, a generalização e a replicação do experimento. E ainda, a pesquisa quantitativa pode ser aplicada a estudos exploratórios.

Quadro 3 – Critérios para escolha das abordagens de pesquisa.

Critério	Características da Pesquisa	Abordagem Quantitativa	Abordagem Qualitativa
Adequação dos conceitos	Necessidade da presença do pesquisador na coleta de dados	Pouco comum	Comum
	Tamanho da amostra pequeno	Insuficiente	Possível
	Variáveis difíceis de quantificar	Inadequado	Possível
	Necessidade de captar a percepção das pessoas	Impossível	Possível
Adequação dos objetivos	Elucidar as relações de causa e efeito	Possível	Possível
	Contribuição para formulação de teoria	Inadequado	Adequado
Validade interna		Possível	Insuficiente
Validade externa	Generalização estatística	Possível	Insuficiente
Confiabilidade		Possível	Possível

Fonte: Adaptado de Yin (2013).

Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa, buscando contribuir para o enriquecimento do conhecimento sobre o tema. Na pesquisa quantitativa, as hipóteses são formuladas a partir da teoria. As hipóteses são transformadas em

variáveis a serem manipuladas e medidas para efeito de quantificação. A quantificação das variáveis permite fazer inferências estatísticas que confirmarão ou refutarão as hipóteses. As variáveis devem ter uma relação de causa-efeito entre elas, de modo a demonstrar quais são dependentes, independentes e de contorno.

As pesquisas empíricas direcionadas pela abordagem quantitativa permitem aos pesquisadores avançarem na teoria (BERTRAND; FRANSOO, 2002). Segundo Godoy (1995), em linhas gerais, um estudo quantitativo é conduzido a partir de um plano estabelecido *a priori*, com hipóteses claramente especificadas e variáveis operacionalmente definidas. Preocupa-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados. Busca a precisão, evitando distorções na etapa de análise e interpretação dos dados, garantindo assim uma margem de segurança em relação às inferências obtidas.

3.2.1 Modelo conceitual e hipóteses de pesquisa

A Figura 14 mostra o modelo conceitual testado. Nesta pesquisa, foram consideradas, como impacto da acreditação, as duas variáveis de 'saída' do modelo: o impacto organizacional e o impacto financeiro da acreditação. Como variáveis de entrada (também denominadas como variáveis independentes) estão as atividades de segurança do paciente, de gestão da qualidade, de planejamento (Políticas e Estratégias), envolvimento dos pacientes, envolvimento dos profissionais e monitoramento das metas de segurança. Na Figura 14 consta também uma indicação das sete hipóteses de pesquisa, as quais foram descritas na sequência deste trabalho.

Figura 14 - Modelo conceitual do projeto de pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 4 apresenta as variáveis do modelo conceitual e a referência teórica a partir da qual cada variável foi originada.

Quadro 4 - Variáveis do modelo conceitual.

Item avaliado	Relação com Revisão da Literatura
<i>Variáveis independentes</i>	
Atividades de segurança do paciente	Conceitos fundamentais – Definição de Segurança do Paciente (item 2.1.2)
Atividades de gestão da qualidade	Conceitos fundamentais – Definição de acreditação – Acreditação versus outros mecanismos de qualidade (item 2.1.1.4)
Atividades de planejamento – políticas e estratégias	Conceitos fundamentais – Definição de acreditação – Acreditação versus outros mecanismos de qualidade (item 2.1.1.4); Wagner et al. (2006); Makai et al. (2009); Norma ISO 9001:2008 (“Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos”, 2008); Modelo EFQM
Envolvimento dos pacientes	Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Opinião dos consumidores ou a satisfação dos pacientes (item 2.2.3.7); Wagner et al. (2006); Makai et al. (2009); Norma ISO 9001:2008; Modelo EFQM
Envolvimento dos profissionais	Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Mecanismos de mudança (item 2.2.3.3)

Continua

Item avaliado	Relação com Revisão da Literatura
<i>Variáveis independentes</i>	
Monitoramento das metas de segurança do paciente	Conceitos fundamentais – Definição de acreditação – Benefícios da acreditação (item 2.1.1.3) Conceitos fundamentais – Definição de Segurança do Paciente (item 2.1.2)
<i>Variáveis dependentes</i>	
Impacto organizacional	Conceitos fundamentais – Definição de acreditação – Benefícios da acreditação (item 2.1.1.3) Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Impacto organizacional (item 2.2.3.4) Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Sustentabilidade do programa (item 2.2.3.9)
Impacto financeiro	Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Impactos financeiros da acreditação (item 2.2.3.6)

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 5, podem ser observadas as variáveis para o estudo exploratório sobre quais as motivações para obtenção da acreditação e os mecanismos de mudança.

Quadro 5 - Variáveis para estudo exploratório.

Item avaliado	Relação com Revisão da Literatura
Mecanismos de mudança	Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Mecanismos de mudança (item 2.2.3.3)
Motivações	Conceitos fundamentais – Definição de acreditação – Benefícios da acreditação (item 2.1.1.3) Revisão da literatura - Análise de conteúdo – Impacto organizacional (item 2.2.3.4) Análise de conteúdo – Impactos financeiros da acreditação (item 2.2.3.6) - (LEE, 2014) Análise de conteúdo – Sustentabilidade do programa (item 2.2.3.9) - (WOODHEAD, 2013)

Fonte: Elaborado pela autora.

As hipóteses foram originadas de uma reflexão sobre a revisão da literatura as quais guiaram a construção do instrumento de pesquisa, conforme segue:

Hipótese 1: *Não existe uma relação entre as atividades de segurança do paciente realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 1 tem o objetivo de verificar se a acreditação conduz as instituições a implementar boas práticas de segurança do paciente (como por exemplo, ter um comitê de segurança do paciente). Este resultado permitirá discutir se as

melhores práticas relacionadas à segurança do paciente são provenientes dos programas de acreditação ou de políticas próprias.

Hipótese 2: *Não existe uma relação entre as atividades de gestão da qualidade realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 2 tem o objetivo de verificar se as instituições com acreditação implantaram e realizam determinadas atividades relacionadas à gestão da qualidade (como por exemplo, implantação do programa 5S) com maior frequência do que as sem acreditação.

Hipótese 3: *Não existe uma relação entre as atividades de planejamento, para estabelecimento de Políticas e Estratégias, realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 3 tem o objetivo de verificar se as instituições com acreditação estabelecem e gerenciam políticas e objetivos estratégicos voltados para a qualidade.

Hipótese 4: *Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para envolvimento dos pacientes e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 4 tem o objetivo de verificar se há uma adesão maior das instituições acreditadas nas ações com o objetivo de envolver os pacientes em seus processos, como por exemplo a participação dos pacientes nos projetos de melhoria do serviço.

Hipótese 5: *Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para envolvimento os profissionais nos processos e programas de qualidade e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 5 tem o objetivo de verificar se há uma adesão maior das instituições acreditadas nas ações com o objetivo de envolver os profissionais em seus programas de qualidade, sendo eles os médicos, demais profissionais da área de saúde, profissionais das áreas administrativas e apoio, e terceiros (prestadores de serviço).

Hipótese 6: *Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para monitoramento das metas de segurança do paciente e o seu status quanto a acreditação.*

A hipótese 6 tem o objetivo de verificar se as instituições acreditadas conseguem promover uma cultura de qualidade que incentive o relato dos eventos adversos e *near miss*, reduzindo a possibilidade de subnotificação e permitindo que sejam tomadas ações corretivas para redução dos riscos aos pacientes.

Hipótese 7: *a acreditação hospitalar tem um impacto organizacional e financeiro positivo, contribuindo para melhoria dos processos e resultados, tais como padronização de serviços, elevados níveis de desempenho (do inglês, performance), melhoria contínua dos processos, cultura de qualidade e segurança do paciente; aderência a outros programas externos de qualidade; aumento no nível de satisfação para os pacientes; aumento no nível de motivação dos funcionários; melhoria nos níveis de segurança para os pacientes; e aumento no resultado financeiro; entre outros.*

A hipótese 7 tem o objetivo de verificar quais os impactos da acreditação percebidos pelas instituições, sejam eles financeiros ou organizacionais. Foram testados os principais benefícios levantados na revisão da literatura.

Adicionalmente, a pesquisa tinha questões para permitir uma avaliação, ainda em caráter exploratório, de alguns aspectos importantes para aprofundar o conhecimento sobre o programa de acreditação no Brasil. Foram coletadas informações sobre quais as principais motivações para busca da acreditação e quais os mecanismos de mudança empregados pelas instituições.

A definição de utilizar na entrada medidas relacionadas às atividades e na saída questões qualitativas é justificada pela dificuldade em obter medidas válidas e relatórios acurados para avaliação da qualidade assistencial (GOESCHEL; WACHTER; PRONOVOST, 2010; WACHTER, 2010). Segundo Goeschel, Wachter e Pronovost (2010), as medidas atuais para avaliar o progresso na segurança do paciente não permitem uma avaliação adequada dos serviços nas instituições e muitas são de validade duvidosa. Entre os problemas, os autores citam pouco rigor, falta de padronização e baixa proporção de relatos nos sistemas de auto relato (*self-*

reported). Medidas baseadas em frequência requerem um numerador (número de eventos ocorridos) e um denominador (total de situações em que os pacientes são colocados em risco para o evento) claramente definidos. A maioria das medidas de segurança não têm esses atributos. As mudanças na taxa ao longo do tempo provavelmente refletem o viés de informação mais do que a mudança na segurança do paciente. Na verdade, atualmente, tanto um aumento no relato de eventos (muitas vezes considerado como uma evidência da ‘cultura de segurança’) como uma redução do número de relatos (“poucos casos”) são vistos como sinais de progresso (WACHTER, 2010).

3.2.2 Seleção do método de pesquisa

Os métodos de procedimento mais comuns para a coleta de dados na pesquisa quantitativa são a pesquisa de avaliação (*survey*), o experimento de campo e o experimento de laboratório.

O Quadro 6 apresenta a forma de seleção do método de procedimento de pesquisa. Dentre os dois métodos quantitativos (Pesquisa Experimental e Pesquisa de Avaliação), uma análise do Quadro 6 demonstra que o método mais adequado às características da pesquisa a ser desenvolvida é o método de procedimento de pesquisa de avaliação (*survey*). Essa escolha se deve principalmente devido ao fato do pesquisador não possuir qualquer tipo de controle sobre as variáveis estudadas. Outro fator que norteou a seleção foi a demanda de verificação da teoria, uma vez que as proposições foram elaboradas com base na teoria existente. Essas proposições foram transformadas em variáveis, as quais foram medidas para efeito de quantificação. A quantificação dessas variáveis permite fazer as inferências estatísticas para confirmar ou refutar cada uma das proposições elaboradas. Além disso, o pesquisador não consegue manipular as variáveis independentes para observar os resultados ou alterações nas variáveis dependentes.

Quadro 6 – Critérios para escolha do método de pesquisa.

Características de Pesquisa	Pesquisa Experimental	Pesquisa de Avaliação
Presença do pesquisador na coleta de dados	Possível	Pouco comum
Construção da Teoria	Possível	Pouco comum
Tamanho da amostra pequeno	Possível	Pouco comum
Variáveis difíceis de quantificar	Possível	Possível
Medidas perceptíveis	Possível	Possível
Fronteiras não pré-definidas	Pouco comum	Difícil
Estudar causalidade entre as variáveis	Adequado	Pouco comum
Necessidade de responder à pergunta “como”	Possível	Difícil
Compreensão profunda do processo de decisão	Difícil	Difícil
Participação não ‘ativa’ do pesquisador	Possível	Possível
Ausência de controle sobre as evidências	Difícil	Possível

Fonte: Adaptado de Yin (2013).

Um desafio da pesquisa de avaliação é a recomendação da presença do pesquisador na coleta de dados, facilitando o seu preenchimento e resolução de dúvidas que possam surgir. Por isto, nos casos em que os respondentes apresentaram alguma necessidade de esclarecimento adicional, foi realizado contato telefônico. O uso do envio do questionário foi necessário principalmente para permitir a coleta de dados nas diferentes regiões do país, dadas as suas dimensões.

Os questionários foram aplicados via web, por telefone ou pessoalmente pelo pesquisador responsável por este projeto. Para aplicação do questionário pela web, foi utilizado o software de questionários e pesquisas SurveyMonkey®. As etapas para condução da pesquisa de avaliação estão descritas na Figura 15.

Figura 15 – Etapas de execução da pesquisa de avaliação.

Fonte: (FORZA, 2002)

3.2.3 Instrumento de pesquisa

Segundo de Yin (2013), há seis fontes de evidências a partir das quais o investigador pode coletar informações: documentação, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação indireta, observação participativa e artefatos físicos. As entrevistas são importantes fontes de informação, podendo ser estruturadas ou semiestruturadas de forma a transformar o entrevistado num informante do pesquisador. Quanto mais estruturado, menor o uso de questões abertas (MIGUEL, 2012).

Entre as fontes descritas, a fonte primária de informações deste projeto de pesquisa foi o questionário de avaliação, o qual foi aplicado, preferencialmente, ao responsável pela área de qualidade da instituição.

O questionário deste estudo foi elaborado pelo autor com base na literatura pertinente, outras pesquisas empíricas (WAGNER et al., 2006; MAKAI et al., 2009) e sugestões de especialistas. As sugestões foram dadas durante o exame de qualificação do programa de Mestrado e na apresentação do projeto à representante do programa nacional de acreditação.

A pesquisa de avaliação apresenta a vantagem de aplicação simultânea do questionário em vários respondentes, além de permitir uma amostragem mais abrangente no que tange a empresas e níveis hierárquicos. Contudo, apresenta a

desvantagem de representar a percepção e interpretação do respondente naquele momento, o que pode não corresponder à realidade da empresa, de fato.

3.2.4 Pesquisa de campo – Questionário

O questionário da pesquisa de avaliação (*survey*) possui uma carta inicial de apresentação (Apêndice A) e o seu conteúdo é composto por doze blocos (Apêndice B), conforme segue:

1. Caracterização da instituição;
2. Caracterização do respondente;
3. Atividades de segurança do paciente;
4. Atividades de gestão da qualidade;
5. Atividades de planejamento – políticas e estratégias;
6. Envolvimento dos pacientes;
7. Envolvimento dos profissionais.
8. Motivações para buscar a acreditação;
9. Mecanismos de mudança;
10. Impacto financeiro da acreditação;
11. Resultados das metas de segurança do paciente; e
12. Impacto organizacional da acreditação.

Os **dois primeiros blocos**, de caracterização da instituição e do participante, visam identificar a amostra obtida na pesquisa. Adicionalmente, essas informações permitiram realizar possíveis estratificações para análise dos dados. Destaca-se nessa parte do questionário a questão número 8, do bloco 1 ('caracterização da instituição'), sobre os selos e certificações de qualidade que a instituição possui, a qual foi a base para a classificação das instituições em acreditadas ou não-acreditadas (ou seja, sem acreditação).

O **bloco 3** tem o objetivo de verificar as atividades voltadas à segurança do paciente realizadas pelas instituições. Para a elaboração deste bloco, assim como dos blocos 4 a 12, foi realizada uma reflexão sobre a revisão da literatura e das hipóteses da pesquisa, além de uma validação com especialistas. As questões do bloco 3 permitiram testar a hipótese de relação entre “*as atividades de segurança do paciente e o status da acreditação*”. Adicionalmente, o resultado permitiu avaliar quais são as atividades mais comumente realizadas pelas instituições e as menos empregadas.

O **bloco 4** tem um objetivo muito semelhante ao do bloco 3, pois também avalia os processos implantados. No bloco 4 foram verificadas as atividades voltadas à gestão da qualidade e seu resultado subsidiou o teste da hipótese de relação entre “as atividades de gestão da qualidade e o status da acreditação”.

O **bloco 5** tem questões direcionadas para a avaliação das atividades de planejamento das políticas e estratégia das instituições e irá subsidiar o teste da hipótese 3. O resultado permitiu estimar qual o nível de desenvolvimento desse assunto nas instituições de saúde, embora ainda de forma exploratória. Os níveis foram avaliados a partir dos quatro estágios da dimensão da qualidade ‘políticas e estratégia’ utilizados por Wagner et al. (2006) e Makai et al. (2009) (Quadro 7). No bloco 5, além das questões propostas por Makai et al. (2009), foram incluídas três questões baseadas na Norma ISO 9001:2008, as quais estão relacionadas à definição e mensuração dos objetivos da qualidade, e à análise crítica do sistema de gestão da qualidade pela Alta Administração.

Quadro 7– Estágios de desenvolvimento para a dimensão da qualidade ‘políticas e estratégia’.

Estágio de desenvolvimento	Dimensão da qualidade
Estágio 0	Declaração da Missão, relatório anual da qualidade
Estágio 1	Existe uma política da qualidade escrita, plano de ação da qualidade em desenvolvimento
Estágio 2	Plano de ação da qualidade desenvolvido
Estágio 3	Plano de ação da qualidade e manual da qualidade

Fonte: (WAGNER et al., 2006; MAKAI et al., 2009).

O **bloco 6** traz as questões sobre o envolvimento dos pacientes. As perguntas de 1 a 4 foram extraídas de um questionário de pesquisa realizado em hospitais na Holanda, Hungria e Finlândia (WAGNER et al., 2006) e, posteriormente, realizado na Hungria (MAKAI et al., 2009). Conforme já foi citado, este é um tema recente e, por isto, estas questões foram utilizadas para avaliar quais as práticas utilizadas pelos hospitais brasileiros e se existe diferença de acordo com o *status* da acreditação. O resultado do bloco 6 permitiu estimar qual o nível de desenvolvimento deste assunto no país, embora ainda de forma exploratória, baseado nos estágios de desenvolvimento para

a dimensão da qualidade ‘participação do paciente’ utilizados por Wagner et al. (2006) e Makai et al. (2009) (Quadro 8).

Quadro 8– Estágios de desenvolvimento para a dimensão da qualidade ‘participação do paciente’.

Estágio de desenvolvimento	Dimensão da qualidade
Estágio 0	Paciente não é envolvido
Estágio 1	Avaliação das metas de qualidade
Estágio 2	Desenvolvimento dos critérios de qualidade
Estágio 3	Comitês e projetos de melhoria

Fonte: (WAGNER et al., 2006; MAKAI et al., 2009).

Os estudos anteriores (WAGNER et al., 2006; MAKAI et al., 2009) denominaram o bloco 6 como ‘participação do paciente’, porém, como foram incluídas as perguntas 5, 6 e 7, optou-se nessa pesquisa por uma distinção do nome do bloco e por isto foi descrito como ‘envolvimento dos pacientes’. A Figura 16 apresenta uma representação gráfica dos níveis propostos para avaliação do envolvimento dos pacientes nesta pesquisa.

Figura 16 - Proposta de níveis para envolvimento dos pacientes elaborada a partir dos quatro estágios propostos por Makai et al. (2009).

Fonte: Elaborado pela autora.

O **bloco 7** traz as questões sobre o envolvimento dos profissionais que atuam nas instituições, sejam eles internos ou externos. As questões desse bloco subsidiaram o teste da hipótese 5.

O **bloco 8** visa identificar as motivações para obtenção da acreditação. O resultado permitiu:

- Comparar com a literatura;
- Entender se o foco é em segurança do paciente ou também na implantação de um programa de acreditação como um programa de gestão da qualidade;
- Entender porque instituições não acreditadas buscariam a acreditação; e
- Comparar as motivações com os resultados efetivamente obtidos pelas instituições acreditadas.

O **bloco 9** tem o objetivo de identificar os mecanismos de mudança utilizados pelas instituições para obter a acreditação. Esses resultados representam os ‘meios’ que, em conjunto com as motivações (‘entradas’ do processo), permitirão um entendimento melhor dos impactos da acreditação (‘saídas’ do processo).

O **bloco 10** está voltado à mensuração dos resultados da acreditação. O objetivo do bloco 10 é avaliar o impacto financeiro da acreditação. Além das questões de resultado, foram incluídas nesse bloco três perguntas referentes ao impacto pré acreditação, ou seja, os custos para preparação.

O **bloco 11** tem questões direcionadas para avaliar o monitoramento das metas de segurança do paciente, considerando que com a implantação de uma cultura de qualidade há uma conscientização sobre a importância das notificações e que, portanto, o número de relatos aumenta, deixando de existir uma subnotificação. Além disto, as questões do bloco 11 permitiram avaliar se as notificações estão contribuindo para melhoria dos processos e, conseqüentemente, para a redução dos riscos para os pacientes.

O **bloco 12**, assim como o bloco 10, está voltado para avaliação dos resultados da acreditação. Nesse bloco foram avaliados os impactos organizacionais da acreditação.

Com relação ao tipo de pergunta e escalas utilizados, o questionário apresenta diferentes tipos, conforme descrito no Quadro 9. O tipo de questão pode variar, porém foram empregadas as mais comumente utilizadas, sendo elas: questões abertas, fechadas dicotômicas, fechadas tricotômicas e de múltipla escolha. Com exceção dos blocos 1 e 2 (caracterização da instituição e do respondente, respectivamente), todos

os outros blocos utilizaram questões fechadas, as principais vantagens são: fácil preenchimento pelo respondente; e relativa facilidade de tabulação e análise dos dados (MIGUEL, 2012).

Quadro 9 – Formato das questões e escalas utilizadas por bloco do questionário

Item avaliado	Tipo de questão	Escala ¹ (Opção de resposta)
Bloco 1	– Abertas – Dicotômicas (Sim/Não) – Múltipla escolha	Diversas Observação sobre as escalas: - As escalas para classificação pelo controle administrativo, pelo tipo de estabelecimento e pela capacidade do hospital foram baseadas nas recomendações do Ministério da Saúde
Bloco 2	– Abertas – Dicotômica (Fem./ Masc.) – Múltipla escolha	Diversas
Blocos 3 a 7	– Fechadas tricotômicas	Escalas 1. Não 2. Sim, mas não está totalmente operacionalizado 3. Sim 4. Não se aplica / Não sabe
Blocos 8 a 12	– Fechadas tricotômicas	Escalas 1. Discordo totalmente 2. Não concordo, nem discordo 3. Concordo totalmente 4. Não se aplica / Não sabe

Fonte: Elaborado pela autora.

Para os blocos 3 a 9 e para o bloco 12, foi aplicada a funcionalidade do software SurveyMonkey® de randomizar as questões, isto é, a ordem das perguntas dentro de cada bloco não será a mesma para todos os respondentes, pois o sistema ordenará aleatoriamente. Todas as perguntas foram formatadas na opção ‘resposta obrigatória’.

3.2.5 Caracterização da população

O Quadro 10 apresenta uma síntese do perfil da população a ser avaliada. Observa-se que existem 6.660 hospitais, em um total de 289.614 instituições de saúde cadastradas, de acordo com o relatório do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de abril de 2016.

Quadro 10 – Caracterização da população – Número de estabelecimentos de saúde no Brasil por tipo (segundo a classificação da CNES).

Tipo de Estabelecimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
Hospital	6.660	2,30%
Hospital Geral	5.070	1,75%
Hospital Especializado	1.025	0,35%
Hospital Dia	565	0,20%
Outras classificações	282.954	97,70%
Consultório	143.431	49,52%
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	40.866	14,11%
Centro De Saúde/Unidade Básica De Saúde	35.535	12,27%
Unidade De Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	21.425	7,40%
Posto de Saúde	9.721	3,36%
Policlínica	6.579	2,27%
Outros	25.397	8,77%
TOTAL	289.614	100,00%

Fonte: CNES (abril/2016). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
Data consulta: 31/05/2016.

No Quadro 11 são apresentadas as classificações dos hospitais de acordo com a sua atividade Ensino/Pesquisa e a sua localização. A maior parte dos hospitais estão localizados nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul.

Quadro 11 – Caracterização da população – Perfil dos hospitais brasileiros.

Característica	Frequência absoluta	Frequência relativa
Hospital de Ensino/Pesquisa		
Sem atividade de ensino	6081	91,31%
Com atividade de ensino	579	8,69%
Localização		
Região Sudeste	2331	35,00%
Região Nordeste	1925	28,90%
Região Sul	1104	16,58%
Região Centro oeste	770	11,56%
Região Norte	530	7,96%

Fonte: CNES (abril/2016). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
Data consulta: 31/05/2016.

3.2.6 Unidade de análise

A unidade de análise para esta pesquisa foi o representante de cada instituição, convidado a responder o instrumento de pesquisa de forma voluntária. Foram consideradas elegíveis apenas as instituições localizadas no território brasileiro, com acreditação nacional e/ou internacional ou sem acreditação. Os questionários foram, sempre que possível, encaminhados ao responsável pela área de qualidade da instituição. Foi considerada apenas uma resposta por instituição, porém os respondentes puderam pedir o suporte de outras pessoas da instituição, quando não tinham as informações necessárias.

A seleção das unidades seguiu o critério de amostragem não aleatória, portanto deve ser considerada uma amostra por conveniência. O objetivo foi obter uma amostra com conhecimento acerca do tema estudado, capaz de responder ao questionário de pesquisa. Como não existe uma lista única disponível com o nome das instituições e contatos, foram utilizadas diferentes estratégias para identificação das instituições e envio dos convites, sendo as principais:

- Submissão do projeto para apreciação pela ONA, a qual enviou uma mensagem às instituições do seu cadastro, informando sobre o seu apoio ao projeto de pesquisa e pedindo colaboração;
- Divulgação através do grupo de pesquisa 'Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem' da Escola de Enfermagem da USP;
- Consulta à lista de hospitais no relatório anual da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF) e envio do convite às instituições listadas;
- Consulta à lista de Hospitais Universitários disponível no sítio da internet do Ministério de Educação (disponível em <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios> - consulta em nov/15) e envio do convite às instituições;
- Pesquisa em sítio de internet de buscas (Google) e, posterior, consulta às páginas dos hospitais na internet para consulta dos contatos e envio do convite;
- Busca pela internet de grupos de hospitais, sendo que nestes casos o envio do convite foi encaminhado para a área corporativa, solicitando a participação das Unidades;
- Envio do convite pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (eSic);

- Divulgação do projeto de pesquisa em rede de relacionamentos profissionais (Linkedin) para os grupos relacionados ao tema acreditação; e
- Contatos pessoais da pesquisadora e do orientador.

3.2.7 Confidencialidade

Para garantir a confidencialidade das informações de cada instituição, os dados da pesquisa foram mostrados de acordo com os seguintes pressupostos:

- Somente foram apresentados agrupamentos que contenham acima de cinco participantes; e
- Nenhum dado individual foi ou será disponibilizado, em nenhum meio de divulgação.

Os termos definidos com relação à confidencialidade não comprometeram o atingimento do objetivo da pesquisa, pois o propósito era identificar aspectos relacionados ao programa de acreditação que possam ser utilizados para discussões no nível nacional.

3.2.8 Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto original foi submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), através da Plataforma Brasil. A pesquisa de campo foi iniciada somente após a aprovação por este Comitê.

Para execução do projeto foi necessária a realização de uma Emenda ao projeto, para inclusão de outras instituições como coparticipantes. A Tabela 4 apresenta um histórico do processo de aprovação do projeto de pesquisa.

Foi iniciado o cadastro de uma segunda Emenda para inclusão de um hospital como coparticipante, porém devido ao tempo necessário para aprovação em todos os fóruns, optou-se por não o incluir na pesquisa.

Os pareceres consubstanciados emitidos podem ser consultados nos Anexos B a G.

Tabela 4 – Histórico de aprovação do projeto de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro Coordenador e dos Centros Coparticipantes.

CAAE ¹	Instituição	Data	Objeto da aprovação
51230715.1.0000.0065	Universidade de São Paulo	19/02/2016	Aprovação do projeto original
		24/03/2016	Inclusão de instituições como coparticipantes – Emenda 01
		11/05/2016	Inclusão de instituições como coparticipantes – Emenda 02
51230715.1.3001.0076	Hospital Universitário da USP	15/04/2016	Aprovação para aplicar o questionário de pesquisa
51230715.1.3002.5363	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC	26/04/2016	Aprovação para aplicar o questionário de pesquisa
51230715.1.3004.5551	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	19/04/2016	Aprovação para aplicar o questionário de pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: ¹ CAAE é o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, sendo o identificador do projeto, em todos os níveis da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e inclusive nas revistas de publicação científica ou congressos.

3.2.9 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

No Apêndice C pode ser observado o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

Os participantes contatados diretamente pela pesquisadora, por telefone ou por e-mail, receberam uma cópia do TCLE, em anexo, na mensagem com a carta convite. Para todos os respondentes, o conteúdo do TCLE foi apresentado logo após a tela da carta de apresentação no sítio da internet e, nesta mesma tela, foram solicitados os dados para envio do TCLE pelo correio. Após o recebimento do questionário preenchido pela internet, foi encaminhado um envelope aos respondentes, pelo correio, contendo:

- Uma carta de agradecimento pela participação, solicitando também a assinatura do TCLE e a devolução da via assinada ao pesquisador;
- Formulário do TCLE; e
- Um envelope preenchido e pré-pago, para devolução do TCLE assinado.

Foram enviados lembretes e, em alguns casos, houve a necessidade de enviar um novo envelope, pois as instituições informaram que não receberam a primeira correspondência. Todos os participantes da pesquisa receberam uma cópia do TCLE. Os Termos assinados foram arquivados pela pesquisadora.

3.2.10 Avaliação da qualidade do instrumento de pesquisa

Foram utilizados métodos psicométricos para investigar a confiabilidade e validade do instrumento de pesquisa. Para análise da confiabilidade (*reliability*) das medidas foi considerado o coeficiente Alfa de Cronbach, calculado conforme a eq.(1). A confiabilidade é definida como o grau em que uma variável ou conjunto de variáveis é consistente com o que se pretende medir. Os valores do coeficiente Alfa de Cronbach variam de 0 a 1, sendo os valores de 0,60 a 0,70 considerados o limite inferior de aceitabilidade (HAIR et al., 2006). Segundo Pestana e Gageiro (2008), para coeficientes maiores do que 0,9 a consistência interna (ou confiabilidade) é muito boa; entre 0,8 e 0,9 boa; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,6 e 0,7 fraca; e menor do que 0,6 inadmissível.

$$\alpha \text{ de Cronbach} = \frac{K}{K-1} \times \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right] \quad (1)$$

Sendo que,

K = número de itens;

V_i = Variância individual dos itens; e

V_t = Variância total.

Os outros dois parâmetros estimados foram para análise da validade das medidas, validade convergente e discriminante. Segundo Hair et al. (2006), a validade é o grau em que uma medida ou um conjunto de medidas corretamente representa o conceito de estudo. A validade convergente foi avaliada em dois níveis, sendo o primeiro deles no nível do indicador ou questão, seguido da avaliação no nível da variável (PENG; LAI, 2012). No nível do indicador, foi realizada uma avaliação das cargas fatoriais, as quais deveriam ser no mínimo iguais a 0,5, e, idealmente, maiores ou iguais a 0,7 (HAIR et al., 2006). Cargas fatoriais maiores ou iguais a 0,5 significam que os indicadores são responsáveis por pelo menos 25% da variância (PESTANA;

GAGIEIRO, 2008). Fornell e Larcker (1981) sugerem usar a variância média extraída (*Average Variance Extracted* - AVE), como critério de validade convergente no nível da variável. Um AVE de pelo menos 0,5 indica validade convergente suficiente, isto significa que a variável latente é capaz de explicar, em média, mais que metade da variância de seus indicadores.

A validade discriminante foi analisada pelo cálculo das variâncias extraídas, em que os valores estimados para dois construtos devem ser maiores do que o quadrado da correlação entre os dois fatores. Este teste permite avaliar o grau em que uma variável é verdadeiramente diferente das demais (HAIR et al., 2006).

Para aplicação da análise fatorial, preliminarmente, foram realizados dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, sendo eles Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Barlett (PESTANA; GAGIEIRO, 2008). O KMO compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O KMO é uma estatística que varia entre zero a um, sendo que resultados de 1-0,9 são considerados muito bons para aplicação da análise fatorial; 0,8-0,9 são bons; 0,7-0,8 médios; 0,6-0,7 razoáveis; 0,5-0,6 ruins; e menores do que 0,5 inaceitáveis porque existe uma correlação fraca entre as variáveis. O teste de esfericidade de Barlett verifica se a matriz das correlações é uma matriz identidade, o esperado para aplicar a análise fatorial é que a hipótese de igualdade com a matriz identidade seja rejeitada, isto é, valor-p menor do que 0,05, ao nível de confiança de 95%. Todos os cálculos de análise da qualidade das medidas foram realizados no software estatístico SPSS versão 17.0.2.

3.2.11 Síntese do método de análise dos resultados

A Figura 17 apresenta de forma gráfica as principais etapas do tratamento dos dados para análise dos resultados da pesquisa de avaliação (*survey*). Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software estatístico SPSS versão 17.0.2 (11 de março de 2009) e o Minitab®17.1.0. O software SPSS foi utilizado para as análises de correlação e o Minitab para análise de regressão.

Para o teste das hipóteses da pesquisa (etapa 6 da Figura 17), as variáveis foram avaliadas a partir do somatório das respostas iguais a sim, isto é, a atividade está presente e totalmente operacionalizada na instituição, seguindo um procedimento

semelhante ao aplicado por Wagner et al. (2006) e Makai et al. (2009). Foram realizadas análises de correlação de Spearman e regressão logística.

O coeficiente de correlação Ró de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais e assume valores de -1 a +1 (PESTANA; GAGIEIRO, 2008). Um coeficiente de correlação amostral igual a +1 corresponde a uma relação linear positiva perfeita e de -1 corresponde a uma relação linear negativa perfeita entre as variáveis. Um valor de correlação igual a zero indica que não há relação entre as variáveis. Segundo Pestana e Gagueiro (2008), em ciências exatas, um coeficiente menor de que 0,2 indica uma relação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta de uma variável com a outra.

O coeficiente de determinação (R^2), calculado a partir da regressão logística, é uma medida da proporção da variância da variável dependente em torno da sua média que é explicada pelas variáveis independentes (HAIR et al., 2006). O coeficiente de determinação varia de 0 a 1, quanto mais perto de um maior a percentagem da variação de uma variável que é explicada pela outra (PESTANA; GAGIEIRO, 2008). Os valores de coeficiente de determinação, segundo Chin (1998), são considerados como 0,19 – fraco; 0,33 – moderado; e 0,67 forte. Porém, nas ciências sociais, segundo Hair et al. (2006), valores de 0,25 podem ser úteis.

Não foi necessário definir um tratamento para os dados faltantes, pois o software SurveyMonkey® estava parametrizado para permitir a conclusão do questionário somente se todas as questões estivessem respondidas.

Figura 17 – Fluxo das etapas de análise dos resultados.

Fonte: Elaborado pela autora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados obtidos na pesquisa de campo e na análise estatística, com vistas à identificação das relações entre as variáveis de entrada (independentes) e as variáveis de saída (dependentes). Primeiramente, é apresentada a caracterização da amostra, valendo-se da estatística descritiva a qual está subdividida em duas partes: caracterização dos respondentes e caracterização das instituições. Na sequência, são tabulados os resultados da análise de correlação entre as variáveis de entrada e as variáveis dependentes e, para os resultados significantes ao nível de confiança de 95%, são apresentados os resultados da regressão logística.

Os questionários foram respondidos no período de 19 de fevereiro a 16 de maio de 2016, totalizando 87 dias de realização da pesquisa de campo.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra é composta de hospitais e instituições de saúde, localizados no Brasil. Os questionários foram respondidos apenas uma vez por instituição.

Foram recebidos 161 (cento e setenta e um) questionários preenchidos. Entretanto, deste total, 20 (vinte) foram descartados, sendo 12 por não concluir o questionário, cinco por iniciar a resposta em duplicidade (preencheu o questionário completo em outra resposta) e três por preencher as perguntas abertas dos blocos 1 e 2 com informações sem sentido (por exemplo, números ou letras). Dos 141 (cento e quarenta e um) questionários válidos, 80 (56,74%) foram recebidos por meio de mensagem enviada pela ONA às instituições do seu cadastro interno e 61 (43,26%) foram por contato feito pela pesquisadora e/ou rede de relacionamento. A taxa de resposta foi de 17,67% (Tabela 5), do total de 798 convites enviados.

Tabela 5 – Taxa de resposta por tipo de abordagem

Abordagem	Total de instituições contatadas [A]	Total respostas válidas recebidas [B]	Taxa de resposta (%) [B/A]
Carta convite encaminhada pela ONA	537	80	14,90%
Convite realizado pela pesquisadora	261	61	23,37%
Total	798	141	17,67%

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme citado no item 3.2.6 (Unidade de análise), a amostra foi por conveniência, considerando principalmente a possibilidade de realização do estudo e a disponibilidade de um respondente com o perfil e conhecimento necessário.

4.1.1 Caracterização das instituições participantes

Embora o questionário tenha sido encaminhado para instituições de todos os estados brasileiros, participaram da pesquisa instituições de 18 estados brasileiros e do Distrito Federal (Figura 18).

Do total de 141 respostas válidas, a maior parte das instituições está localizada nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do País, conforme pode ser observado na Tabela 6. Na região Sudeste, destacam-se os estados de São Paulo e Minas Gerais com 48 e 23 participantes, respectivamente. Na região Sul, destacam-se os estados de Santa Catarina, com 15 participantes, e do Rio Grande do Sul, com 10 participantes. Na Região Nordeste, houve a participação de oito instituições da Bahia.

Com relação à distribuição por cidades, considerando as respostas válidas, a pesquisa foi aplicada em 68 cidades. Sendo que metade das respostas foram provenientes de instituições localizadas em capitais brasileiras. Individualmente, a cidade com o maior número de respostas foi São Paulo, com 25 respostas, seguida de Salvador, com sete respostas, Belo Horizonte e Joinville, com seis respostas, e Porto Alegre e Rio de Janeiro, com cinco respostas.

Figura 18 – Distribuição dos participantes da pesquisa por estado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 6 – Número de respondentes por região e estado brasileiro (N = 141).

Localização	Frequência absoluta			Frequência relativa
	Capital	Outras cidades	Total	
Região Sul	11	20	31	21,98%
<i>Santa Catarina</i>	2	13	15	10,64%
<i>Rio Grande do Sul</i>	5	5	10	7,09%
<i>Paraná</i>	4	2	6	4,25%
Região Sudeste	37	43	80	56,74%
<i>São Paulo</i>	25	23	48	34,04%
<i>Minas Gerais</i>	6	17	23	16,31%
<i>Rio de Janeiro</i>	5	2	7	4,96%
<i>Espírito Santo</i>	1	1	2	1,42%
Região Centro Oeste	7	3	10	7,09%
<i>Distrito Federal</i>	3	-	3	2,13%
<i>Goiás</i>	1	2	3	2,13%
<i>Mato Grosso do Sul</i>	1	1	2	1,42%
<i>Mato Grosso</i>	2	-	2	1,42%
Região Nordeste	14	1	15	10,64%
<i>Bahia</i>	7	1	8	5,67%
<i>Ceará</i>	2	-	2	1,42%
<i>Pernambuco</i>	2	-	2	1,42%
<i>Paraíba</i>	1	-	1	0,71%
<i>Piauí</i>	1	-	1	0,71%
<i>Maranhão</i>	1	-	1	0,71%
<i>Sergipe, Alagoas e Rio Grande do Norte</i>	-	-	-	0,00%

Continua

Localização	Frequência absoluta			Frequência relativa
	Capital	Outras cidades	Total	
Região Norte	2	3	5	3,55%
Pará	1	3	4	2,84%
Amazonas	1	-	1	0,71%
Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins	-	-	-	0,00%
TOTAL	71	70	141	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 7 apresenta o perfil das instituições participantes. Quanto ao controle administrativo, a maior parte é do setor privado (67,38%). Na classificação por tipo de estabelecimento, 105 (74,47%) são hospitais, sendo 76 (53,90%) hospitais gerais e 29 (20,57%) especializados. Verifica-se que os hospitais são, na sua maioria, de médio (24,82%) e grande porte (36,17%). Adicionalmente, observa-se que a maior parte das instituições participantes exerce função de educação (63,83%).

Tabela 7 – Perfil das instituições participantes quanto ao controle administrativo, tipo de estabelecimento, função educativa e capacidade das instalações.

Perfil das instituições participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Controle Administrativo		
Privado	95	67,38%
Público	25	17,73%
Filantrópico	9	6,38%
Beneficente	7	4,96%
Organização Social de Saúde	5	3,55%
Tipo de Estabelecimento		
Hospital Geral	76	53,90%
Hospital Especializado	29	20,57%
Outros	36	25,53%
Exerce função educativa		
Sim	90	63,83%
Não	51	36,17%
Capacidade das Instalações		
Hospital de pequeno porte: até 49 leitos	10	7,09%
Hospital de médio porte: de 50 a 149 leitos	35	24,82%
Hospital de grande porte: de 150 a 500 leitos	51	36,17%
Hospital de capacidade especial ou extra: acima de 500 leitos	7	4,97%
Não se aplica (1)	38	26,95%

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: (1) Dois hospitais especializados responderam à questão sobre a capacidade como 'não se aplica'.

A Tabela 8 apresenta o porte das instituições de acordo com o número de empregados, adotando o critério utilizado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE)⁸. Das 135 instituições que responderam a esta questão, 81,48% são de grande porte, sendo que 25% possuem mais de 1400 empregados. Não houve nesta pesquisa instituições classificadas como microempresas (até 19 empregados).

Tabela 8 – Perfil das instituições participantes quanto ao número de funcionários.

Perfil das instituições participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
De 10 a 49 empregados (pequena)	15	11,11%
De 50 a 99 empregados (média)	10	7,41%
Mais de 100 empregados (grande)	110	81,48%
Subtotal	135	100,00%
Não informaram	6	
Total	141	
Número de funcionários		
<i>Mínimo</i>	15	
<i>Máximo</i>	24000	
<i>Média</i>	1126,26	
<i>Desvio padrão</i>	2313,21	
<i>Mediana</i>	500	
<i>1º quartil</i>	155	
<i>3º quartil</i>	1400	

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à existência de uma estrutura organizacional dedicada à gestão da qualidade, a maior parte das instituições informou que possui uma área de Qualidade (82,98%), sendo que 75% foram implantadas há mais de três anos (Tabela 9).

⁸ Consultado em <http://www.sebrae-sc.com.br/leis/default.asp?vcdtexto=4154> no dia 23/06/2016

Tabela 9 – Perfil das instituições participantes quanto à estrutura organizacional voltada à gestão da qualidade.

Perfil das instituições participantes		Frequência absoluta	Frequência relativa
Possui uma Área de Qualidade			
Sim		117	82,98%
Não		24	17,02%
Tempo aproximado em anos			
Mínimo	1		
Máximo	20		
Média	6,39		
Desvio padrão	4,76		
Mediana	5		
1º quartil	3		
3º quartil	9		

Fonte: Elaborado pela autora.

Do total de 141 participantes, 99 (70,21%) possuem pelo menos uma acreditação (Figura 19). Quanto ao tipo de acreditação, 95 instituições possuem a acreditação nacional, sendo que 10 delas possuem, além da acreditação nacional, uma acreditação internacional. Quatro hospitais são acreditados exclusivamente pela JCI. Nenhuma das instituições participantes possui a acreditação NIAHO.

Figura 19 – Perfil das instituições participantes quanto à acreditação.

Fonte: Elaborado pela autora.

A maior parte das instituições (82,83%) precisou de no máximo três anos para se preparar para obter a acreditação (Tabela 10). O tempo médio entre o início da preparação até a obtenção da acreditação, calculado a partir dos dados da Tabela 10, foi de um ano de 11 meses.

Tabela 10 – Histórico do tempo necessário para obtenção da acreditação.

Tempo de preparação para obter a acreditação	Frequência absoluta	Frequência relativa
1 ano ou menos	21	21,21%
Entre 1 e 2 anos	41	41,42%
Entre 2 e 3 anos	20	20,20%
Entre 3 e 4 anos	9	9,09%
Acima de 4 anos	8	8,08%
Subtotal	99	100,00%
<i>Não possui acreditação / Não se aplica</i>	42	
Total	141	

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 20 apresenta, de forma gráfica, os dados da Tabela 10, em que pode ser observada uma grande concentração na classe de tempo ‘entre 1 e 2 anos’.

Figura 20 – Histograma do tempo necessário para obtenção da acreditação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Apenas 11 (7,80%) instituições informaram que já participaram do Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS, sendo que seis foram premiadas pelo menos uma vez (Tabela 11). Do total das 11 instituições que participaram do PNGS, dez possuem pelo menos uma acreditação, nacional ou internacional. Todas as instituições que foram premiadas pela menos uma vez são acreditadas, porém é importante citar que este trabalho não tem o objetivo de fazer uma avaliação de associação ou de causalidade entre esses programas ('acreditação' e 'PNGS'). As informações apresentadas têm apenas o objetivo de contribuir na caracterização das instituições quanto ao seu estágio de desenvolvimento dos programas de qualidade.

Tabela 11 – Histórico da participação das instituições no Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS (N = 141).

Perfil das instituições participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim e foi premiada pelo menos uma vez	6	4,25%
Sim, mas não chegou a ser premiada	5	3,55%
Nunca participou	130	92,20%

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.2 Caracterização dos entrevistados

Conforme apresentado na Tabela 12, a amostra é composta principalmente por profissionais que ocupam posições de liderança ou gerenciais nos hospitais, ou seja, 80,85% dos respondentes. A maior parte dos participantes são do sexo feminino (81,56%) e a idade média é de 40 anos. Quanto à formação, 87,94% possuem pós-graduação.

Tabela 12 – Perfil dos respondentes – Idade, Sexo, Escolaridade e Cargo (N = 141).

Perfil dos respondentes		Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo			
	Feminino	115	81,56%
	Masculino	26	18,44%
Idade			
	20 a 29 anos	25	17,73%
	30 a 39 anos	58	41,13%
	40 a 49 anos	25	17,73%
	50 a 59 anos	28	19,86%
	60 anos ou acima	5	3,55%
<i>Idade média: 40,0 anos</i>			
Escolaridade			
	Pós-doutorado	1	0,71%
	Doutorado	5	3,55%
	Mestrado	24	17,02%
	Especialização e/ou MBA	94	66,66%
	Terceiro grau completo	13	9,22%
	Até terceiro grau incompleto	4	2,84%
Cargo ou Função			
	Presidente	1	0,71%
	Diretor	19	13,48%
	Gerente ou Chefe de Departamento	59	41,84%
	Supervisor ou Coordenador	35	24,82%
	Outros	27	19,15%

Fonte: Elaborado pela autora.

O tempo médio dos respondentes no cargo atual é de 6,3 anos (Tabela 13), sendo que o tempo em que eles trabalham na instituição é, em média, de 9,6 anos. Com relação ao tempo total de experiência profissional, 75% dos respondentes possuem pelo menos 10 anos de experiência.

Tabela 13 – Perfil dos respondentes – Tempo de experiência profissional (N = 141).

Experiência profissional	Tempo aproximado em anos						
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil
Tempo em que atua no cargo/função atual	1,00	37,00	6,27	5,96	5,00	3,00	7,00
Tempo em que trabalha instituição atual	1,00	38,00	9,59	7,85	7,00	4,00	13,00
Tempo total de experiência profissional	3,00	50,00	17,14	9,75	15,50	10,00	23,25

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.3 Análise descritiva das variáveis independentes do modelo conceitual

A seguir são apresentados os resultados obtidos para as cinco variáveis independentes do modelo.

4.1.3.1 Atividades de segurança do paciente

A Tabela 14 apresenta os resultados da avaliação das atividades de 'segurança do paciente', podendo-se observar que sete das 11 atividades estão implementadas em mais de 80% das instituições avaliadas. A média de atividades de segurança do paciente realizada por instituição é de 8,26 do total de 11 atividades avaliadas. Os intervalos de confiança (IC) para as proporções de respostas 'sim' mostram que não há sobreposição entre os intervalos de acordo com o *status* da acreditação para a maior parte das questões avaliadas, com exceção das questões cinco ('comprometimento dos gestores'), oito ('utilização de um sistema de reporte de eventos adversos'), e 11 ('reporte de *near miss*'). Para as questões em que sem sobreposição dos ICs há evidência de que as proporções obtidas para as instituições acreditadas são diferentes das obtidas pelas não acreditadas.

No campo 'outros', algumas instituições relataram que, adicionalmente às atividades avaliadas na pesquisa, são realizadas atualmente as seguintes atividades: Comissão de óbito, monitoramento das metas internacionais de segurança, protocolos de segurança do paciente (Protocolo de cirurgia segura, Protocolo de identificação do paciente, Incidência de flebite, Incidência de perda de sonda nasogástrica - SNG/ nasoenteral - SNE, entre outros), auditoria interna, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, Comitê de Humanização, Comissão de Prontuários, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e existência de um Setor específico para gerenciamento de protocolos de prevenção.

Tabela 14 – Análise descritiva da variável ‘segurança do paciente’ e questões relacionadas.

Atividades	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC respostas Sim	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC repostas Sim
1. Sistema de reporte de eventos adversos	140	3,57	12,14	84,29	99	2,02	6,06	91,92	[86,55; 97,29]	41	7,32	26,83	65,85	[51,33; 80,37]*
2. Comitê de Segurança do Paciente	136	4,41	13,24	82,35	95	3,16	6,31	90,53	[84,64; 96,42]	41	7,32	29,27	63,41	[48,67; 78,15]*
3. Gestão de Riscos	141	2,13	16,31	81,56	99	1,01	8,08	90,91	[85,25; 96,57]	42	4,76	35,72	59,52	[44,67; 74,37]*
4. Comitê de Acidentes	135	20,00	10,37	69,63	95	13,68	8,42	77,90	[69,54; 86,24]	40	35,00	15,00	50,00	[34,50; 65,50]*
5. Comprometimento dos gestores	141	1,42	17,73	80,85	99	0,00	14,14	85,86	[79,00; 92,72]	42	4,76	26,19	69,05	[55,07; 83,03]
6. Treinamento em segurança do paciente	139	2,88	13,67	83,45	97	1,03	8,25	90,72	[84,95; 96,49]	42	7,14	26,19	66,67	[52,41; 80,93]*
7. Definição de recursos	129	10,85	22,48	66,67	93	7,53	15,05	77,42	[68,92; 85,92]	36	19,44	41,67	38,89	[22,96; 54,82]*
8. Utilização de um sistema de reporte de eventos adversos	139	5,76	12,23	82,01	99	5,05	7,07	87,88	[81,45; 94,31]	40	7,50	25,00	67,50	[52,98; 82,02]
9. Prevenção de quedas	132	3,79	9,85	86,36	92	1,09	2,17	96,74	[93,11; 100,37]	40	10,00	27,50	62,50	[47,50; 77,50]*
10. Prevenção de erros de (administração) de medicamentos	132	5,30	18,18	76,52	93	2,15	9,68	88,17	[81,61; 94,73]	39	12,82	38,46	48,72	[33,03; 64,41]*
11. Reporte de <i>near miss</i>	128	10,16	27,34	62,50	93	6,45	24,73	68,82	[59,41; 78,23]	35	20,00	34,29	45,71	[29,21; 62,21]
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘sim’	8,26 (do total 11) (<i>Desvio padrão: 2,87</i>)				9,17 (do total de 11) (<i>Desvio padrão: 2,07</i>)					6,10 (do total de 11) (<i>Desvio padrão: 3,33</i>)				
Respostas ‘sim’ e ‘parcial’	9,91 (do total 11) (<i>Desvio padrão: 1,65</i>)				10,23 (do total de 11) (<i>Desvio padrão: 1,19</i>)					9,17 (do total de 11) (<i>Desvio padrão: 2,25</i>)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; parcial = presente, mas não está totalmente operacionalizada; IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

* Diferença significativa, com 95% de confiança, entre as proporções de respostas iguais a ‘sim’ para as instituições acreditadas x não-acreditadas.

4.1.3.2 Atividades de gestão da qualidade

A média de atividades de 'gestão da qualidade' implementadas e operacionalizadas é de 4,42 do total de oito atividades avaliadas (Tabela 15). As atividades mais comuns de 'gestão da qualidade' nas instituições avaliadas são 'definição de Missão, Visão e Valores' (89,83%), 'padronização dos processos' (73,76%) e 'planejamento estratégico' (73,05%). Em contrapartida, as metodologias *Lean service* ou *Lean Healthcare* e *Six Sigma* são empregadas por um número ainda muito restrito de instituições, 12,70% e 15,39% respectivamente, sendo que não há sobreposição dos intervalos de confiança das proporções e, portanto, evidencia que as respostas 'sim' das instituições com acreditação *versus* sem acreditação sejam iguais para as duas questões (*Lean healthcare* e *Six sigma*).

Destaca-se também a questão referente ao 'programa 5S' devido ao seu percentual baixo de implementação, pois menos da metade das instituições possuem o programa implantado e totalmente operacionalizado, sendo que também há sobreposição dos intervalos de confiança para as proporções de respostas 'sim' das instituições com acreditação *versus* sem acreditação para esta questão o que evidencia que não há diferença entre os intervalos de confiança ($\alpha = 5\%$).

Os resultados para as proporções de respostas 'sim' mostram que não há sobreposição dos intervalos de confiança de acordo com o *status* da acreditação para as questões um a cinco, portanto existem evidências de que as proporções podem ser consideradas como diferentes ($\alpha = 5\%$).

Apenas sete instituições responderam que realizam todas as atividades de gestão da qualidade, correspondente a 4,96% do total.

Tabela 15 – Análise descritiva da variável ‘gestão da qualidade’ e questões relacionadas.

Atividades	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC respostas Sim	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC repostas Sim
1. Definição da Missão, Visão e Valores	139	4,32	5,75	89,93	99	1,01	3,03	95,96	[92,08; 99,84]	40	12,50	12,50	75,00	[61,58; 88,42]*
2. Planejamento Estratégico	141	5,67	21,28	73,05	99	0,00	16,16	83,84	[76,59; 91,09]	42	19,05	33,33	47,62	[32,52; 62,72]*
3. Desdobramento e gerenciamento das metas	140	9,28	26,43	64,29	99	3,03	18,18	78,79	[70,74; 86,84]	41	24,39	46,34	29,27	[15,34; 43,20]*
4. Padronização dos processos	141	2,13	24,11	73,76	99	0,00	10,10	89,90	[83,96; 95,84]	42	7,14	57,14	35,72	[21,22; 50,20]*
5. Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos	141	5,67	22,70	71,63	99	0,00	15,15	84,85	[77,79; 91,91]	42	19,04	40,48	40,48	[25,63; 55,33]*
6. Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>	130	76,92	7,69	15,39	97	73,19	9,28	17,53	[9,96; 25,10]	33	87,88	3,03	9,09	[-0,72; 18,9]
7. Aplicação da metodologia <i>Lean service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>	126	73,02	14,28	12,70	94	73,40	12,77	13,83	[6,85; 20,81]	32	71,87	18,75	9,38	[-0,72; 19,48]
8. Programa 5S	140	40,72	13,57	45,71	99	36,36	14,14	49,50	[39,64; 59,34]	41	51,22	12,20	36,58	[21,85; 51,33]
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘sim’	4,42 (do total de 8) (Desvio padrão: 2,06)				5,13 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,61)					2,74 (do total de 8) (Desvio padrão: 2,04)				
Respostas ‘sim’ e ‘parcial’	5,75 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,46)				6,11 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,04)					4,90 (do total de 8) (Desvio padrão: 1,92)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; parcial = presente, mas não está totalmente operacionalizada; IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

* Diferença significativa, com 95% de confiança, entre as proporções de respostas iguais a ‘sim’ para as instituições acreditadas x não-acreditadas.

4.1.3.3 Atividades de planejamento – políticas e estratégias

Das 141 instituições participantes, a maior parte informou que o programa de acreditação faz parte do seu Plano Estratégico (86,13%) e que o mesmo está considerado na Política de Qualidade (86,96%) (Tabela 16). Com relação às atividades, destacam-se como as mais presentes e operacionalizadas a ‘elaboração de uma Política de Qualidade’ (85,82%), a ‘existência de um plano de ação da qualidade’ (79,28%) e a ‘definição dos objetivos da qualidade’ (77,31%). Em contrapartida, as atividades com percentual mais baixo de implementação são: ‘elaboração do relatório anual da qualidade’ (58,99%), ‘análise crítica periódica do sistema de gestão da qualidade’ (63,57%), ‘estabelecimento do manual da qualidade’ (65,22%) e ‘mensuração dos objetivos da qualidade’ (66,91%). Observa-se que, com exceção do ‘estabelecimento do manual da qualidade’, as atividades com maior índice de implementação estão relacionadas à etapa de planejamento e, por outro lado, as com índice mais baixo estão relacionadas ao gerenciamento.

Na Tabela 16 observa-se que não há sobreposição dos intervalos de confiança das proporções de respostas ‘sim’ ao se comparar as respostas de acordo com o *status* da acreditação para todas as questões, portanto existem evidências de que as proporções são diferentes ($\alpha = 5\%$) na amostra avaliada.

Na Figura 21, observa-se a classificação das instituições avaliadas, de acordo com os quatro estágios de desenvolvimento da qualidade, considerados por Makai et al. (2009), apresentados no Quadro 7 do capítulo de Método da pesquisa. Considerando os quatro estágios, 80,14% das instituições podem ser classificadas no último nível, ou seja, no ‘Estágio 3 – Plano de ação da qualidade e Manual da qualidade’. Porém, se forem considerados os dois níveis adicionais na análise dos estágios de desenvolvimento, sendo eles ‘objetivos da qualidade’ (questões 5 e 6) e ‘análise crítica do sistema de gestão da qualidade’ (questão 9), observa-se que mais da metade das instituições também atendem a estes estágios novos.

Tabela 16 – Análise descritiva da variável ‘planejamento - políticas e estratégias’ e questões relacionadas.

Atividades	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC respostas Sim	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC repostas Sim
1. O programa de acreditação faz parte do Plano Estratégico da instituição	137	8,76	5,11	86,13	98	0,00	2,04	97,96	[95,16; 100,00]	39	30,77	12,82	56,41	[40,85; 71,97]*
2. A instituição tem uma política da qualidade	141	4,25	9,93	85,82	99	0,00	2,02	97,98	[95,21; 100,00]	42	14,29	28,57	57,14	[42,17; 72,11]*
3. Existe uma política de qualidade que considera o programa de acreditação	138	8,69	4,35	86,96	97	1,03	1,03	97,94	[95,11; 100,00]	41	26,83	12,19	60,98	[46,05; 75,91]*
4. Foi estabelecido um manual da qualidade	138	20,29	14,49	65,22	98	11,23	8,16	80,61	[72,78; 88,44]	40	42,50	30,00	27,50	[13,66; 41,34]*
5. Foram estabelecidos os objetivos da qualidade	141	6,38	16,31	77,31	99	2,02	9,09	88,89	[82,70; 95,08]	42	16,67	33,33	50,00	[34,88; 65,12]*
6. Os objetivos da qualidade são mensurados	139	12,95	20,14	66,91	99	8,08	12,12	79,80	[71,89; 87,71]	40	25,00	40,00	35,00	[20,22; 49,78]*
7. Existe um plano de ação da qualidade	140	7,86	12,86	79,28	99	2,02	7,07	90,91	[85,25; 96,57]	41	21,95	26,83	51,22	[35,92; 66,52]*
8. É feito um relatório anual da qualidade	139	28,78	12,23	58,99	98	23,47	10,20	66,33	[56,97; 75,69]	41	41,46	17,08	41,46	[26,38; 56,54]*
9. A Alta Administração realiza, periodicamente, uma análise crítica do sistema de gestão da qualidade	140	15,72	20,71	63,57	99	12,12	16,16	71,72	[62,85; 80,59]	41	24,39	31,71	43,90	[28,71; 59,09]*
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘sim’	6,62 (do total de 9) (Desvio padrão: 2,80)				7,68 (do total de 9) (Desvio padrão: 1,88)					4,12 (do total de 9) (Desvio padrão: 3,05)				
Respostas ‘sim’ e ‘parcial’	7,77 (do total de 9) (Desvio padrão: 2,01)				8,35 (do total de 9) (Desvio padrão: 1,22)					6,38 (do total de 9) (Desvio padrão: 2,73)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; parcial = presente, mas não está totalmente operacionalizada; IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

* Diferença significativa, com 95% de confiança, entre as proporções de respostas iguais a ‘sim’ para as instituições acreditadas x não-acreditadas.

Figura 21 – Avaliação dos estágios de desenvolvimento da qualidade na área de ‘planejamento – políticas e estratégias’, segundo a escala de Makai et al. (2009) e novas questões propostas (N=141).

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas:

1. A classificação das instituições nos estágios de desenvolvimento da qualidade foi realizada considerando que as atividades deveriam estar presentes de forma cumulativa. Ex. As instituições classificadas no 'Estágio 0' não possuem uma 'política da qualidade', premissa para estar no 'Estágio 1'. Por outro lado, as instituições do nível 3 realizam as quatro atividades propostas por Makai et al. (2009) – atividades 2, 3, 4 e 8 da Tabela 16.
2. Na análise, foram consideradas as respostas 'sim', ou seja, quando a atividade está presente e totalmente operacionalizada.

4.1.3.4 Envolvimento dos pacientes

Entre as sete atividades avaliadas com o objetivo de envolver os pacientes nos processos, as atividades mais comuns foram '*pesquisa de satisfação dos pacientes*' (86,33%), e '*processo formal para comunicação com os pacientes em relação às suas dúvidas, sugestões e reclamações*' (84,17%). As atividades que apresentaram o

menor percentual de instituições realizando integralmente foram '*avaliação das metas de qualidade*' (38,69%) e '*participação em comitês e projetos de melhoria*' (40,58%). A média de atividades de envolvimento dos pacientes foi de 3,84 de um total de sete atividades avaliadas (Tabela 17). Apenas 15 instituições informaram que realizam todas as atividades avaliadas.

Os resultados das proporções de respostas 'sim' mostram que há sobreposição entre os intervalos de confiança obtidos de acordo com *status* da acreditação para todas as questões, com exceção da quinta questão 'envolvimento dos familiares dos pacientes'. A sobreposição dos intervalos de confiança é uma evidência de que não há diferença entre as proporções observadas por questão de acordo com o seu *status* da acreditação.

No campo 'outros', os respondentes relataram que, adicionais às questões avaliadas, são realizadas atualmente: *disclosure*⁹ (em caso de eventos graves), disponibilização do canal de contato da acreditadora para pacientes, utilização de quadros informativos nos leitos (alertando pontos em que o paciente deve ter atenção) e fornecimento do Guia do Paciente.

Na Figura 22, pode ser observada a classificação das instituições avaliadas, de acordo com os quatro estágios de desenvolvimento da qualidade, segundo Makai et al. (2009), apresentados no Quadro 8 do capítulo de Método da pesquisa. Considerando os quatro estágios, a maior parte das instituições pode ser classificada como 'Estágio 0 – Paciente não é envolvido'. Porém, se for considerada uma etapa intermediária de 'comunicação com o paciente', observa-se que 45,25% das instituições realizam estas atividades e, portanto, podem ter uma fonte de informação sobre o paciente para melhorar continuamente os seus processos.

---

⁹ Do inglês, *disclosure* significa divulgação realizada pela empresa, com o objetivo de dar informações úteis a seus clientes, tornando-as públicas. O conceito de *disclosure* relaciona-se diretamente ao conceito de transparência corporativa.

Tabela 17 – Análise descritiva da variável ‘envolvimento dos pacientes’ e questões relacionadas.

Atividades	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC respostas Sim	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC repostas Sim
1. Avaliação das metas de qualidade	137	43,06	18,25	38,69	96	38,54	17,71	43,75	[33,83; 53,67]	41	53,66	19,51	26,83	[13,27; 40,39]
2. Desenvolvimento dos critérios de qualidade	138	36,23	16,67	47,10	97	31,96	14,43	53,61	[43,69; 63,53]	41	46,34	21,95	31,71	[17,47; 45,95]
3. Participação em comitês e projetos de melhoria	138	48,55	10,87	40,58	98	46,94	11,22	41,84	[32,07; 51,61]	40	52,50	10,00	37,50	[22,50; 52,50]
4. Desenvolvimento das diretrizes de qualidade	139	40,29	16,55	43,16	98	35,71	14,29	50,00	[40,10; 59,90]	41	51,22	21,95	26,83	[13,27; 40,39]
5. Envolvimento dos familiares dos pacientes	132	20,45	29,55	50,00	92	16,30	25,00	58,70	[48,64; 68,76]	40	30,00	40,00	30,00	[15,80; 44,20]*
6. Pesquisa de satisfação dos pacientes	139	0,72	12,95	86,33	98	1,02	7,14	91,84	[86,42; 97,26]	41	0,00	26,83	73,17	[59,61; 86,73]
7. Existe um processo formal para comunicação com os pacientes em relação às suas dúvidas, sugestões e reclamações	139	2,88	12,95	84,17	98	2,04	9,18	88,78	[82,53; 95,03]	41	4,88	21,95	73,17	[0,5961; 86,73]
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘sim’	3,84 (do total de 7) (Desvio padrão: 2,05)				4,21 (do total de 7) (Desvio padrão: 1,93)					2,90 (do total de 7) (Desvio padrão: 2,05)				
Respostas ‘sim’ e ‘parcial’	4,99 (do total de 7) (Desvio padrão: 1,91)				5,16 (do total de 7) (Desvio padrão: 1,84)					4,48 (do total de 7) (Desvio padrão: 2,12)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; parcial = presente, mas não está totalmente operacionalizada; IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

* Diferença significativa, com 95% de confiança, entre as proporções de respostas iguais a ‘sim’ para as instituições acreditadas x não-acreditadas.

Embora a maior parte das instituições se apresente nos estágios iniciais de desenvolvimento, observou-se que algumas instituições atingiram o estágio de 'envolvimento dos familiares' (10,95%) o que significa que elas realizam as sete atividades avaliadas e sob este aspecto podem ser consideradas como uma referência de melhores práticas para as demais.

Figura 22 – Avaliação dos estágios de desenvolvimento da qualidade na área de 'participação dos pacientes', segundo a escala de Makai et al. (2009) e novas questões propostas (N=141).

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas:

1. A classificação das instituições nos estágios de desenvolvimento da qualidade foi realizada considerando que as atividades deveriam estar presentes de forma cumulativa. Ex. As instituições classificadas no 'Estágio 0' não realizam a atividade de 'avaliação das metas de qualidade', premissa para estar no 'Estágio 1'. Por outro lado, as instituições do nível 3 realizam as quatro atividades propostas por Makai et al. (2009) – atividades 1 a 4 da Tabela 17.
2. Nesta análise, foram consideradas as respostas 'sim', ou seja, quando a atividade está presente e totalmente operacionalizada.
3. O estágio de 'processo de comunicação com o paciente' considera as atividades 6 e 7 da Tabela 17.

4.1.3.5 Envolvimento dos profissionais

Entre as atividades avaliadas de 'envolvimento dos profissionais' nos programas de qualidade da instituição, as mais comuns estão relacionadas aos profissionais da área administrativa (82,27%), de apoio (82,01%) e da saúde (80,71%). As atividades menos comuns são de envolvimento dos '*médicos cadastrados*' (64,96%), e dos '*terceiros ou prestadores de serviços*' (63,57%). A média de atividades de envolvimento dos profissionais é de 3,70 do total de cinco (Tabela 18). Em 17,73% dos hospitais, menos de metade das atividades de envolvimento dos profissionais são realizadas.

Os intervalos de confiança para as proporções de respostas 'sim' não se sobrepõem, indicando que as proporções são diferentes de acordo com o *status* da acreditação para todas as questões ($\alpha = 5\%$).

Tabela 18 – Análise descritiva da variável ‘envolvimento dos profissionais’ e questões relacionadas.

Atividades	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC respostas Sim	N	Não (%)	Parcial (%)	Sim (%)	IC repostas Sim
1. Ações para envolvimento dos médicos cadastrados	137	5,84	29,20	64,96	96	3,12	21,88	75,00	[66,34; 83,66]	41	12,20	46,34	41,46	[26,38; 56,54]*
2. Ações para envolvimento dos demais profissionais da área de saúde que atuam na instituição	140	2,86	16,43	80,71	98	1,02	7,14	91,84	[86,42; 97,26]	42	7,14	38,10	54,76	[39,71; 69,81]*
3. Ações para envolvimento dos profissionais das áreas administrativas	141	4,25	13,48	82,27	99	1,01	6,06	92,93	[87,88; 97,98]	42	11,91	30,95	57,14	[42,17; 72,11]*
4. Ações para envolvimento dos profissionais das áreas de apoio	139	5,76	12,23	82,01	97	1,03	5,16	93,81	[89,01; 98,61]	42	16,67	28,57	54,76	[39,71; 69,81]*
5. Ações para envolvimento dos terceiros (prestadores de serviço) que atuam na instituição	140	12,14	24,29	63,57	98	5,10	16,33	78,57	[70,45; 86,69]	42	28,57	42,86	28,57	[14,91; 42,23]*
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘sim’	3,70 (do total de 5) (Desvio padrão: 1,74)				4,26 (do total de 5) (Desvio padrão: 1,16)					2,36 (do total de 5) (Desvio padrão: 2,14)				
Respostas ‘sim’ e ‘parcial’	4,46 (do total de 5) (Desvio padrão: 0,98)				4,82 (do total de 5) (Desvio padrão: 0,63)					4,21 (do total de 5) (Desvio padrão: 1,44)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; parcial = presente, mas não está totalmente operacionalizada; IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

* Diferença significativa, com 95% de confiança, entre as proporções de respostas iguais a ‘sim’ para as instituições acreditadas x não-acreditadas.

4.1.3.6 Monitoramento das metas de segurança do paciente

Na Tabela 19 estão os resultados do 'monitoramento das metas de segurança'. Observa-se que a maior parte dos respondentes concordaram com os quatro itens avaliados, evidenciando que, ao longo do tempo, as instituições estão conseguindo eliminar o problema de subnotificações e ter um registro mais fiel do número de eventos adversos e *near miss*, e que esta informação tem permitido melhorar os processos para reduzir os riscos aos pacientes, atuando tanto na redução da probabilidade de ocorrência quanto na severidade dos eventos.

A sobreposição dos intervalos de confiança para as proporções de respostas 'sim' é uma evidência de que as proporções não são diferentes de acordo com o *status* da acreditação para todas as questões ($\alpha = 5\%$).

4.1.4 *Análise descritiva das variáveis dependentes do modelo conceitual*

As duas variáveis dependentes do modelo, 'impacto organizacional' e 'impacto financeiro' da acreditação, foram avaliadas considerando somente o resultado da pesquisa das instituições que possuem acreditação (N = 99), uma vez que estas variáveis tinham como objetivo subsidiar a análise dos benefícios de fato obtidos por estas instituições.

4.1.4.1 Impacto organizacional da acreditação

A Tabela 20 apresenta uma análise descritiva da variável 'impacto organizacional' que tem o objetivo de identificar o efeito da acreditação para as instituições. Adicionalmente, são apresentados os resultados das 'motivações', com o objetivo de avaliar se os fatores que motivaram a busca pela acreditação foram atingidos e/ou se houveram benefícios não planejados inicialmente. É importante observar que esse trabalho não se propõe a discutir as causas das diferenças entre as duas variáveis ('motivação' e 'impacto'), pois para esta análise seriam necessárias informações adicionais. Como descrito no item 1.2 de 'objetivos do trabalho', o levantamento das motivações tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre o programa de acreditação no Brasil. Para a variável 'motivação' são apresentados os resultados gerais, isto é, de todos os respondentes e o resultado das instituições com acreditação.

Tabela 19 – Análise descritiva da variável ‘monitoramento das metas de segurança do paciente’ e questões relacionadas.

Questões	TOTAL				INSTITUIÇÕES COM ACREDITAÇÃO					INSTITUIÇÕES SEM ACREDITAÇÃO				
	N	DT (%)	P (%)	CT (%)	N	DT (%)	P (%)	CT (%)	IC respostas C - Concordo	N	DT (%)	P (%)	CT (%)	IC respostas C - Concordo
1. Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos eventos adversos	139	4,32	10,07	85,61	99	2,02	7,07	90,91	[85,25; 96,57]	40	10,00	17,50	72,50	[58,66; 86,34]
2. Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos near miss	129	3,10	17,06	79,84	96	2,08	16,67	81,25	[73,44; 89,06]	33	6,06	18,18	75,76	[61,14; 90,38]
3. O relato dos eventos adversos e near miss tem permitido rever os procedimentos para reduzir a possibilidade de ocorrência de novos eventos pela mesma causa	135	0,00	2,22	97,78	98	0,00	1,02	98,98	[96,99; 100,97]	37	0,00	5,41	94,59	[87,30; 101,88]
4. O relato dos eventos adversos e near miss tem permitido rever os procedimentos para reduzir a gravidade (impacto para o paciente) de potenciais eventos futuros	135	0,74	5,19	94,07	98	0,00	4,08	95,92	[92,00; 99,84]	37	2,70	8,11	89,19	[79,18; 99,20]
Média de atividades por instituição														
Respostas ‘Concordo totalmente’	3,46 (do total de 4) (Desvio padrão: 0,99)				3,63 (do total de 4) (Desvio padrão: 0,75)					3,05 (do total de 4) (Desvio padrão: 1,34)				

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: N = respostas válidas, ou seja, é igual ao total (141) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’; DT = ‘Discordo totalmente’; P = ‘Nem concordo, nem discordo’; CT = ‘Concordo totalmente’; e IC = Intervalo de Confiança ($\alpha = 5\%$).

Tabela 20 – Análise descritiva das variáveis ‘motivações’ e ‘impactos organizacionais’, e suas medidas relacionadas.

Itens avaliados	MOTIVAÇÃO PARA OBTER ACREDITAÇÃO										IMPACTO ORGANIZACIONAL				
	<i>Todas as instituições participantes</i>					<i>Instituições com acreditação</i>					<i>Instituições com acreditação</i>				
	N	DT	NT	CT	% CT	N	DT	NT	CT	% CT	N	DT	NT	CT	% CT
1. Estimular a cultura da qualidade e segurança do paciente	140	2	1	137	97,86%	99	2	1	96	96,97%	99	0	2	97	97,98%
2. Melhorar a qualidade dos serviços	140	1	2	137	97,86%	99	1	0	98	98,99%	99	0	3	96	96,97%
3. Melhorar a <i>performance</i>	140	1	4	135	96,43%	99	1	1	97	97,98%	98	0	3	95	96,94%
4. Padronizar os processos	140	2	5	133	95,00%	99	2	2	95	95,96%	99	0	0	99	100,00%
5. Desenvolver a cultura de mensuração na instituição	140	1	9	130	92,86%	99	1	5	93	93,94%	99	0	0	99	100,00%
6. Melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade	140	2	8	130	92,86%	99	1	3	95	95,96%	99	3	4	92	92,93%
7. Aumentar segurança dos funcionários no trabalho	139	2	8	129	92,81%	99	2	6	91	91,92%	99	0	11	88	88,89%
8. Aumentar a satisfação dos pacientes	138	1	9	128	92,75%	97	1	5	91	93,81%	97	0	10	87	89,69%
9. Realizar uma avaliação objetiva da qualidade	139	2	11	126	90,65%	98	2	6	90	91,84%	98	0	2	96	97,96%
10. Obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições	137	7	6	124	90,51%	98	3	1	94	95,92%	97	0	7	90	92,78%
11. Aumentar a integração entre os setores da instituição	139	1	13	125	89,93%	98	0	8	90	91,84%	99	0	2	97	97,98%
12. Melhorar a capacitação dos funcionários	140	7	8	125	89,29%	99	5	5	89	89,90%	99	0	1	98	98,99%
13. Melhorar a comunicação interna na instituição	140	3	12	125	89,29%	99	3	6	90	90,91%	99	0	9	90	90,91%
14. Ter uma plataforma para mudança	137	5	16	116	84,67%	96	4	12	80	83,33%	94	1	8	85	90,43%
15. Tornar o atendimento mais humanizado	140	4	20	116	82,86%	99	4	11	84	84,85%	98	0	12	86	87,76%
16. Atrair mais clientes	131	9	15	107	81,68%	92	5	8	79	85,87%	88	6	27	55	62,50%
17. Aumentar a satisfação dos funcionários	139	2	26	111	79,86%	99	1	15	83	83,84%	98	0	21	77	78,57%
18. Atender exigências externas (requisitos legais)	135	12	19	104	77,04%	94	6	14	74	78,72%	98	0	2	96	97,96%
19. Aumentar as oportunidades de captação de recursos financeiros	127	7	27	93	73,23%	88	5	21	62	70,45%	84	6	26	52	61,90%
20. Atuar ou aumentar a participação no mercado do turismo médico	111	36	43	32	28,83%	74	24	31	19	25,68%	62	14	36	12	19,35%

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: DT = Discordo totalmente; NT = Não concordo, nem discordo; CT = Concordo Totalmente; N = Número de respostas válidas (total respondentes menos respostas ‘não sabe/ não se aplica’).

A Figura 23 permite visualizar melhor os resultados das ‘motivações’ *versus* ‘impactos organizacionais’ da acreditação para as instituições acreditadas. Entre todos os pontos avaliados, o ‘turismo médico’ obteve o menor percentual de concordância, tanto como um fator de motivação para buscar a acreditação, quanto como um resultado obtido.

Figura 23 – Gráfico do tipo ‘radar’ comparando motivações *versus* impactos organizacionais observados pelas instituições acreditadas (N = 99).

O ‘atendimento de exigências externas’, tais como requisitos legais, e a ‘capacitação dos funcionários’ se destacam como itens que têm um percentual baixo na avaliação de motivação quando comparado ao percentual de impacto no resultado obtido. Em contrapartida, a ‘atrair mais clientes’ aparece na lista de fatores de motivação com um percentual superior ao obtido na avaliação do impacto para as instituições após a acreditação. Na Tabela 21 pode-se observar que não há sobreposição dos intervalos de confiança das proporções para os três fatores, evidenciando que as proporções obtidas para ‘motivação’ *versus* ‘impacto organizacional’ são diferentes.

Tabela 21 – Intervalo de confiança para os itens com maior diferença entre as proporções avaliadas para ‘motivações’ e ‘impactos organizacionais’.

Itens avaliados	Motivações para obter a acreditação ⁽¹⁾		Impacto organizacional da acreditação	
	% concordo totalmente	Intervalo de confiança (95%)	% concordo totalmente	Intervalo de confiança (95%)
12. Melhorar capacitação dos funcionários	89,90%	[83,96%; 95,84%]	98,99%	[97,02%; 100,00%]
16. Atrair mais clientes	85,87%	[78,75%; 92,99%]	62,50%	[52,38%; 72,62%]
18. Atender exigências externas (requisitos legais)	78,72%	[70,45%; 87,00%]	97,96%	[95,16%; 100,00%]

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: ⁽¹⁾Considerando apenas as respostas das instituições acreditadas (n=99/141)

Adicional às questões apresentadas na Tabela 20, foram avaliados outros cinco fatores, sendo dois relacionados às ‘motivações’ e três aos ‘impactos organizacionais’. Referente às ‘motivações’ para obter a acreditação, as duas questões adicionais foram ‘melhorar os resultados financeiros’ e ‘reduzir os eventos adversos’. Esses itens tiveram um percentual de respostas ‘concordam totalmente’ de 80,71% e 88,49%, respectivamente. Além disso, foram também analisados os três itens do bloco de ‘impactos organizacionais’, sendo ‘melhoria contínua dos processos’, ‘implantação de novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora’ e ‘atendimento dos requisitos de programas externos de qualidade (como por exemplo, Norma ISO 9001 e PNGS)’; com percentuais de respostas ‘concordo totalmente’ de 98,99%, 97,96% e 72,37%, respectivamente.

4.1.4.2 Impacto financeiro da acreditação

A Tabela 22 apresenta o resultado do impacto financeiro da acreditação para as instituições, tanto do período de preparação (questões 1 a 3) quanto após a acreditação (questões 4 a 6). Observa-se que a maior parte dos respondentes concordam que há necessidade de investimentos em infraestrutura (77,32%), inovação tecnológica (66,67%) e tecnologia da informação (77,90%) para obter a acreditação. Em contrapartida, as questões referentes ao período pós-acreditação

tiveram percentuais menores de concordância, variando entre 41,57% ('redução dos custos e despesas após a acreditação') e 51,11% ('impacto positivo no resultado financeiro da instituição após a acreditação'). Na avaliação por questão, os intervalos de confiança para as proporções de respostas 'concordo totalmente' mostram que não há sobreposição, com 95% de confiança, dos resultados de quatro questões (1, 3, 4 e 5), sendo uma evidência de que as proporções são diferentes. Para as questões 2 e 6, há sobreposição dos intervalos de confiança o que pode ser considerado como uma evidência de que não há diferença entre as proporções. Os intervalos de confiança estão representados de forma gráfica na Figura 24.

Adicionalmente, na avaliação por subgrupo de questões (aspectos *pré versus pós* acreditação), há evidência de diferença estatisticamente significativa (valor- $p < 0,05$), com 95% de confiança, entre as médias de respostas 'concordo totalmente' para as questões. A média de respostas 'concordo totalmente' para as questões de custos para obter a acreditação (itens 1 a 3) foi de 2,18 do total de 3, e das questões referentes ao resultado após a obtenção da acreditação (itens 4 a 6) foi de 1,30 do total de 3.

Tabela 22 – Análise descritiva da variável ‘impacto financeiro’ e medidas relacionadas.

Impacto financeiro		N ⁽¹⁾	Avaliação por Questão				Avaliação por subgrupo de Questões		
			DT (%)	P (%)	CT (%)	IC para respostas CT (%)	Média CT	Desvio padrão	Intervalo de confiança
Pré-acreditação	1. Investimento em <i>infraestrutura</i> na etapa de preparação	97	4,12%	18,56%	77,32%	[68,99; 85,65]	2,18	1,04	[1,97; 2,39]
	2. Investimento em <i>inovação tecnológica</i> na etapa de preparação	93	10,75%	22,58%	66,67%	[57,09; 76,25]			
	3. Investimento em <i>tecnologia da informação</i> na etapa de preparação	95	5,26%	16,84%	77,90%	[69,54; 86,24]			
Pós-acreditação	4. Redução dos custos e despesas, após a acreditação	89	17,98%	40,45%	41,57%	[31,33; 51,81]	1,30	1,13	[1,07; 1,53]
	5. Aumento do número de pacientes e do faturamento, após a acreditação	86	10,46%	44,19%	45,35%	[34,83; 55,87]			
	6. Impacto positivo no resultado financeiro da instituição, após a acreditação	90	10,00%	38,89%	51,11%	[40,78; 61,44]			
Média de respostas						Teste de diferença entre médias ($\alpha = 5\%$)			
‘Concordam totalmente’		3,40 (do total de 6) (Desvio padrão: 1,67)				Média Dif. = 0,86 (desvio padrão = 1,41)			
						t = 5,879 df = 92 valor-p = 0,000*			

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: DT = Discordo totalmente; P = Não concordo, nem discordo; CT = Concordo Totalmente; N = Número de respostas válidas; IC = Intervalo de confiança ($\alpha = 5\%$).

Nota: (1) O valor de N é igual ao total de respostas (99 instituições com acreditação) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’.

* Diferença significativa, com 99% de confiança.

Figura 24 – Gráfico de intervalos do percentual de respostas ‘concordo totalmente’ para as questões de impacto financeiro.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Os números das questões são correspondentes aos apresentados na Tabela 22.

Adicionalmente, observa-se na base de dados que apenas 20 (20,20%) das 99 instituições acreditadas concordaram com todas as questões referentes ao impacto positivo pós-acreditação na dimensão financeira (questões 4, 5 e 6).

4.1.5 Análise descritiva das variáveis para análise exploratória

No item 1.2 ('objetivos do trabalho') havia sido descrito como objetivo secundário a avaliação das 'motivações para obter a acreditação' e dos 'mecanismos de mudança empregados pelas instituições', como aspectos importantes para aprofundar o conhecimento sobre o programa de acreditação no Brasil. Para facilitar a análise, os resultados da variável 'motivações' foi apresentado em conjunto com o da variável de 'impactos organizacionais' no item 4.1.4.1. Portanto, nesse item será apresentado apenas o resultado da variável 'mecanismos de mudança'.

4.1.5.1 Mecanismos de mudança

Na Tabela 23 estão os resultados da avaliação dos ‘mecanismos de mudança’ utilizados para obter a acreditação. Observa-se que a maior parte dos respondentes concordaram com todos os itens avaliados e que há sobreposição dos intervalos de confiança das proporções de respostas ‘concordo totalmente’, portanto há uma evidência de diferença entre os intervalos de confiança das proporções dos itens avaliados. Em média, as instituições concordaram com 8,28 das nove questões avaliadas. Do total de 99 instituições com acreditação, 67 (67,68%) concordaram com todas as questões avaliadas.

Tabela 23 – Análise descritiva da variável ‘mecanismos de mudanças’ e medidas relacionadas (N = 99 referente às instituições com acreditação).

Mecanismos de mudança	N ⁽¹⁾	% de instituições com acreditação			
		DT	P	CT	IC para respostas CT
1. Compromisso com a implementação de sistemas de qualidade baseados em evidências	99	0,00%	4,04%	95,96%	[92,08; 99,84]
2. Contratação/ designação de pessoas para trabalhar com foco na gestão de qualidade	98	1,02%	13,27%	85,71%	[78,78; 92,64]
3. Colaboração interna e externa	97	0,00%	7,22%	92,78%	[87,63; 97,93]
4. Introdução e utilização de indicadores	99	1,01%	3,03%	95,96%	[92,08; 99,84]
5. Treinamento	99	1,01%	3,03%	95,96%	[92,08; 99,84]
6. Utilização de <i>benchmarkings</i> internos	95	2,11%	12,63%	85,26%	[78,13; 92,39]
7. Utilização de <i>benchmarkings</i> externos	97	2,06%	7,22%	90,72%	[84,95; 96,49]
8. Liderança	99	2,02%	3,03%	94,95%	[90,64; 99,26]
9. Engajamento pessoal dos funcionários na melhoria da qualidade	99	1,01%	0,00%	98,99%	[97,02; 100,00]
Média de respostas					
‘Concordam totalmente’		8,28 (do total de 9) (Desvio padrão: 1,36)			

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: DT = Discordo totalmente; P = Não concordo, nem discordo; CT = Concordo Totalmente; N = Número de respostas válidas (total respondentes menos respostas ‘não sabe/ não se aplica’); IC = Intervalo de confiança ($\alpha = 5\%$).

Nota: (1) O valor de N é igual ao total de respostas válidas (99 instituições com acreditação) menos o número de respostas ‘Não sabe/ Não se aplica’ para cada questão.

4.2 Delineamento dos testes da pesquisa e resultados

A partir da revisão da literatura foi proposto um modelo conceitual, apresentado no Capítulo 2. Deste modelo, emergiram sete hipóteses a serem testadas. A seguir são apresentados os resultados dos testes para avaliação das hipóteses.

Para o teste das hipóteses foram estimados os coeficientes de correlação de Spearman e os coeficientes de determinação, conforme citado no capítulo 3 (Método da pesquisa). Os valores de referência para análise dos resultados são:

- Coeficiente de correlação de Spearman: menor que 0,2 relação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e entre 0,9 e 1 muito alta (PESTANA; GAGIEIRO, 2008); e
- Coeficiente de determinação: 0,19 – fraco; 0,33 – moderado; e 0,67 forte (CHIN, 1998). Os resultados a partir de 0,25 foram considerados úteis, conforme indicado por Hair et al. (2006).

Os testes foram realizados com um nível de confiança de 95%, portanto valor- $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

4.2.1 Teste da relação entre as variáveis independentes e o status da acreditação - Hipóteses de pesquisa 1 a 5

As hipóteses 1 a 5 avaliam se há evidência de uma correlação entre o *status* da acreditação e as 'atividades de segurança do paciente', 'atividades de gestão da qualidade', 'atividades de planejamento – políticas e estratégias', 'envolvimento dos pacientes' e 'envolvimentos dos funcionários', respectivamente. Uma vez que as cinco variáveis foram avaliadas com as mesmas escalas de medida e o método para testar a hipótese é o mesmo, os resultados são apresentados conjuntamente. Apenas a avaliação dos resultados será realizada individualmente (por hipótese).

A Tabela 24 apresenta os resultados sob quatro perspectivas, resultantes da combinação dos parâmetros a seguir:

1. *Status* da acreditação:
  - 1.a. Sem distinção do tipo ou nível de acreditação: 'acreditado = 1' e 'não-acreditado = 0'; e
  - 1.b. Considerando o tipo e nível de acreditação: 'não acreditado = 1', 'acreditado ONA Nível I = 2', 'acreditado ONA Nível II = 3', e 'acreditado

ONA Nível III ou acreditação internacional ou mais de uma acreditação = 4'.

2. Resultado das variáveis dependentes:

- 2.a. Resultado das variáveis dependentes é igual à soma apenas das respostas 'sim' de todas as questões; e
- 2.b. Resultado das variáveis dependentes é igual ao somatório das respostas 'sim' e 'sim, mas não está totalmente operacionalizado'. Este critério é igual ao utilizado por Makai et al. (2009), referência esta que foi utilizada para as variáveis 'atividades de segurança do paciente', 'planejamento – políticas e estratégias' e 'envolvimento dos pacientes'.

Observa-se na Tabela 24 que, na perspectiva que considera o 'tipo e nível de acreditação' (1b) e a soma apenas das respostas 'sim' (2a), os resultados da análise de correlação e os níveis de explicação das variáveis (R^2) são superiores aos obtidos nas demais perspectivas (1a-2a, 1a-2b, 1b-2b) e, portanto, foi considerada como a perspectiva que melhor explica a relação entre as variáveis e será a referência para a discussão dos resultados.

O resultado do teste da **hipótese 1** mostra que há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) e moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,537) entre o *status* da acreditação e as 'atividades de segurança do paciente'. O coeficiente de determinação de 31,09% demonstra um nível de explicação de fraco a moderado, significando que o *status* da acreditação explica 31,09% da variância do número de atividades de segurança do paciente realizadas. Portanto, a hipótese H_0 de que não existe relação entre as variáveis foi rejeitada.

O resultado do teste da **hipótese 2** mostram que há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) e moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,590) entre o *status* da acreditação e as 'atividades de gestão da qualidade'. A variância do número de atividades de gestão da qualidade é explicada em 39,39% (nível de explicação considerado como moderado) pelo *status* da acreditação. Portanto, a hipótese H_0 de que não existe relação entre as variáveis foi rejeitada.

O resultado do teste da **hipótese 3** mostram que há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) e moderada

(coeficiente de correlação de Spearman = 0,629) entre o *status* da acreditação e as 'atividades de planejamento – políticas e estratégias'. A variância do número de atividades de planejamento – políticas e estratégias é explicada em 42,14% (nível de explicação considerado como moderado) pelo *status* da acreditação. Portanto, a hipótese H_0 de que não existe relação entre as variáveis também foi rejeitada.

O resultado do teste da **hipótese 4** mostra que há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05), porém fraca (coeficiente de correlação de Spearman = 0,252), entre o *status* da acreditação e as 'atividades de envolvimento dos pacientes'. O coeficiente de determinação igual a 11,03% fica abaixo do limite mínimo de 0,19. A hipótese 4, de que não existe relação entre as variáveis, não foi rejeitada.

Por fim, o resultado da **hipótese 5** mostra que há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,430) entre o *status* da acreditação e as 'atividades de envolvimento dos profissionais'. O coeficiente de determinação de 25,49% demonstra um nível de explicação de fraco a moderado, significando que o *status* da acreditação explica 25,49% da variância do número de atividades realizadas para envolvimento dos profissionais nos programas de qualidade das instituições. Portanto, a hipótese H_0 de que não existe relação entre as variáveis foi rejeitada.

Tabela 24 – Resultado do teste das hipóteses de pesquisa 1 a 5 para avaliação da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o *status* da acreditação – Nível de confiança 95%.

Hipóteses	Variável independente	Variável independente é o somatório das respostas 'sim' (2a)			Variável independente é o somatório das respostas 'sim' e 'sim, mas não está totalmente operacionalizado' (2b)		
		Correlação de Spearman	Valor-p	Coeficiente de determinação R ²	Correlação de Spearman	Valor-p	Coeficiente de determinação R ²
H₀: Não existe uma relação entre a variável independente e o status da acreditação H_i: Existe uma relação entre a variável independente e o status da acreditação Variável acreditação (1a) 1 = Sim; 0 = Não	H ₁ : Atividades de segurança do paciente	0,492**	0,000	19,73%	0,297**	0,000	6,83%
	H ₂ : Atividades de gestão da qualidade	0,534**	0,000	24,91%	0,378**	0,000	12,01%
	H ₃ : Atividades de Planejamento - Políticas e Estratégias	0,582**	0,000	28,01%	0,450**	0,000	16,23%
	H ₄ : Envolvimento dos pacientes	0,271**	0,001	6,25%	0,136	0,110	1,51%
	H ₅ : Envolvimento dos profissionais	0,501**	0,000	19,89%	0,283**	0,001	6,12%
H₀: Não existe uma relação entre a variável independente e o status da acreditação H_i: Existe uma relação entre a variável independente e o status da acreditação Variável acreditação (1b) 1 = não acreditado 2 = acreditado ONA Nível I 3 = acreditado ONA Nível II; 4 = acreditado ONA Nível III ou Internacional ou mais de uma acreditação	H ₁ : Atividades de segurança do paciente	0,537**	0,000	31,09%	0,334**	0,000	16,26%
	H ₂ : Atividades de gestão da qualidade	0,590**	0,000	39,39%	0,402**	0,000	19,55%
	H ₃ : Atividades de Planejamento - Políticas e Estratégias	0,629**	0,000	42,14%	0,436**	0,000	22,27%
	H ₄ : Envolvimento dos pacientes	0,252**	0,003	11,03%	0,110	0,196	2,93%
	H ₅ : Envolvimento dos profissionais	0,430**	0,000	25,49%	0,289**	0,001	9,27%

Fonte: Elaborado pela autora.

* Correlação é significativa ao nível 0,05; ** Correlação é significativa ao nível 0,01.

4.2.2 Teste da relação entre o monitoramento das metas de segurança do paciente e o status da acreditação – Hipótese de pesquisa 6

A sexta hipótese de pesquisa está relacionada às questões de monitoramento das metas de segurança do paciente:

H₀: *Não existe uma relação entre monitoramento das metas de segurança do paciente e o status da acreditação*

H₁: *Existe uma relação entre Monitoramento das metas de segurança do paciente e o status da acreditação*

Onde,

- Variável *status* da acreditação é igual a 1 para instituições acreditadas e 0 para não-acreditadas.
- Variável monitoramento das metas de segurança do paciente é igual à soma das respostas iguais a ‘concordo totalmente’ para as quatro questões avaliadas, portanto podendo variar de 0 a 4.

Há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (Valor-p = 0,012), porém fraca (coeficiente de correlação de Spearman = 0,216). Portanto, a hipótese H₀, de que não existe relação entre as variáveis, não foi rejeitada. O coeficiente de determinação (R²) é igual a 23,35%, demonstrando um nível de fraco a moderado de explicação, porém abaixo do limite mínimo de 25% indicador por indicado por Hair et al. (2006).

4.2.3 Avaliação dos impactos organizacionais e financeiros da acreditação - Hipótese de pesquisa 7

Nesta pesquisa, foram definidas duas variáveis de resultado para avaliar os impactos diretos da acreditação nas instituições de saúde, ‘impactos organizacionais’ e ‘impactos financeiros’, totalizando 26 questões. De acordo com as Tabelas 20 e 22 apresentadas na análise descritiva, observa-se que os percentuais de concordância foram altos para a maior parte das questões, indicando que de fato os fatores identificados na literatura são adequados para a avaliação nessa pesquisa.

Devido ao número alto de questões, optou-se por fazer uma análise agrupando os fatores conceitualmente. Como referência para o agrupamento foi considerada a

proposta desenvolvida por Kaplan e Norton (1998) contendo quatro dimensões, sendo elas 'pessoas', 'processos internos', 'clientes' e 'financeira'.

A Figura 25 apresenta o intervalo de confiança para as respostas 'concordo totalmente' das 26 questões, estratificadas de acordo com as quatro dimensões. Adicionalmente, a Tabela 25 apresenta o resultado (valor-p) do teste de diferença entre proporções, com 95% de confiança, para a combinação das 26 questões, totalizando 325 combinações que foram calculadas individualmente utilizando o software Minitab®17.1.0.

A análise conjunta dos dados da Figura 25 e da Tabela 25 permite identificar que:

- Na dimensão '**Pessoas**', das cinco questões avaliadas, há evidência, com 95% de confiança, de que as questões 'P3 - Aumentar a segurança dos funcionários' e 'P5 - Aumentar a satisfação dos funcionários no trabalho' são diferentes das demais e foram consideradas como menos relevantes.
- Na dimensão '**Processos internos**', há evidência, com 95% de confiança, de que a questão 'I10 - Atendimento dos requisitos de programas externos de qualidade' é diferente de todas as questões dessa dimensão e, portanto, foi considerada como menos relevante. Adicionalmente, há evidência de que as questões 'I5 - Melhorar a comunicação interna' e 'I6 - Ter uma plataforma para mudança' também são diferentes da maior parte das questões desta dimensão, com exceção das questões I1 e I11, e por esta razão foram consideradas como de relevância moderada dentre os impactos avaliados.
- Na dimensão '**Clientes**', das seis questões avaliadas, há evidência, com 95% de confiança, de que duas são diferentes das demais ('C5 - Atrair mais clientes' e 'C6 - Atuar ou aumentar a participação no mercado do turismo médico') e foram consideradas como menos relevantes. Quando comparadas às questões das demais dimensões, as questões 'C2 - Aumentar a satisfação dos pacientes' e 'C4 - Tornar o atendimento mais humanizado' também apresentam uma diferença significativa com diversas questões e foram consideradas de relevância moderada dentre os impactos avaliados.
- Na dimensão '**Financeira**', há evidência, com 95% de confiança, de diferença significativa entre as proporções de concordância das quatro questões avaliadas nessa dimensão e as questões das demais dimensões. Os resultados sugerem que esta é a dimensão de menor relevância na avaliação dos impactos da acreditação.

Figura 25 – Gráfico de intervalos do percentual de respostas ‘concordo totalmente’ para as questões de impacto organizacional e financeiro (após acreditação) estratificadas em quatro dimensões.

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda:

DIMENSÃO PESSOAS

- P1** - Estimular a cultura da qualidade e segurança do paciente
- P2** - Desenvolver a cultura de mensuração na instituição
- P3** - Aumentar a segurança dos funcionários no trabalho
- P4** - Melhorar a capacitação dos funcionários
- P5** - Aumentar a satisfação dos funcionários

DIMENSÃO PROCESSOS INTERNOS

- I1** - Melhorar a *performance*
- I2** - Padronizar os processos
- I3** - Realizar avaliação objetiva da qualidade
- I4** - Aumentar a integração entre os setores
- I5** - Melhorar a comunicação interna
- I6** - Ter uma plataforma para mudança
- I7** - Atender exigências externas (requisitos legais)
- I8** - Melhorar contínua dos processos
- I9** - Implantação novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora
- I10** - Atendimento dos requisitos de programas externos de qualidade
- I11** - Melhorar a qualidade dos serviços

DIMENSÃO CLIENTES

- C1** - Melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade
- C2** - Aumentar a satisfação dos pacientes
- C3** - Obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições
- C4** - Tornar o atendimento mais humanizado
- C5** - Atrair mais clientes
- C6** - Atuar ou aumentar a participação no mercado do turismo médico

DIMENSÃO FINANCEIRA

- F1** - Aumentar as oportunidades de captação de recursos financeiros
- F2** - Redução dos custos e despesas, após a acreditação
- F3** - Aumento do número de pacientes e do faturamento, após a acreditação
- F4** - Impacto positivo no resultado financeiro da instituição, após a acreditação

Tabela 25 – Matriz com o valor-p do teste de diferença entre as questões relacionadas aos impactos organizacionais e financeiros.

	Pessoal (P)					Processos Internos (I)											Clientes (C)						Financeira (F)			
	P1	P2	P3	P4	P5	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	C1	C2	C3	C4	C5	C6	F1	F2	F3	F4
P1	1,000																									
P2	0,153	1,000																								
P3	0,009*	0,000*	1,000																							
P4	0,560	0,315	0,002*	1,000																						
P5	0,000*	0,000*	0,048*	0,000*	1,000																					
I1	0,642	0,079	0,026*	0,307	0,000*	1,000																				
I2	0,153	0,000	0,000*	0,315	0,000*	0,079	1,000																			
I3	0,992	0,153	0,009*	0,555	0,000*	0,650	0,153	1,000																		
I4	1,000	0,153	0,009*	0,560	0,000*	0,642	0,153	0,992	1,000																	
I5	0,028*	0,002*	0,637	0,008*	0,015*	0,074	0,002*	0,029*	0,028*	1,000																
I6	0,024*	0,002*	0,726	0,007*	0,021*	0,063	0,002*	0,025*	0,024*	0,908	1,000															
I7	0,992	0,153	0,009*	0,555	0,000*	0,650	0,153	1,000	0,992	0,029*	0,025*	1,000														
I8	0,560	0,315	0,002*	1,000	0,000*	0,307	0,315	0,555	0,560	0,008*	0,007*	0,555	1,000													
I9	0,992	0,153	0,009*	0,555	0,000*	0,650	0,153	1,000	0,992	0,029*	0,025*	1,000	0,555	1,000												
I10	0,000*	0,000*	0,006*	0,000*	0,347	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,002*	0,002*	0,000*	0,000*	0,000*	1,000											
I11	0,650	0,079	0,025*	0,311	0,000*	0,990	0,079	0,658	0,650	0,072	0,061	0,658	0,311	0,658	0,000*	1,000										
C1	0,086	0,006*	0,322	0,028*	0,003*	0,197	0,006*	0,088	0,086	0,602	0,529	0,088	0,028*	0,088	0,000*	0,192	1,000									
C2	0,015*	0,001*	0,856	0,004*	0,031*	0,041*	0,001*	0,015*	0,015*	0,773	0,865	0,015*	0,004*	0,015*	0,004*	0,040*	0,421	1,000								
C4	0,082	0,006*	0,343	0,027*	0,004*	0,187	0,006*	0,083	0,082	0,631	0,557	0,083	0,027*	0,083	0,000*	0,183	0,968	0,446	1,000							
C4	0,005*	0,000*	0,804	0,001*	0,083	0,014*	0,000*	0,005*	0,005*	0,473	0,552	0,005*	0,001*	0,005*	0,012*	0,014*	0,217	0,669	0,234	1,000						
C5	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,015*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,175	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	1,000					
C6	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	1,000				
F1	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,013*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,156	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,936	0,000*	1,000				
F2	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,004*	0,002*	0,006*	1,000			
F3	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,021*	0,000*	0,028*	0,614	1,000	
F4	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,004*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,123	0,000*	0,149	0,199	0,444	1,000

Quantidade de testes com evidência de diferença ou de igualdade entre as proporções por questão – (Total de testes por questão = 25)

	P1	P2	P3	P4	P5	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	C1	C2	C3	C4	C5	C6	F1	F2	F3	F4
≠	13	15	19	15	23	11	15	13	13	17	17	13	15	13	22	11	12	19	12	18	22	25	22	23	23	21
=	12	10	6	10	2	14	10	12	12	8	8	12	15	12	3	14	13	6	13	7	3	0	3	2	2	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: A legenda é a mesma apresentada na Figura 25. As células destacadas em cinza representam os resultados do teste entre as variáveis da mesma dimensão.

O Quadro 12 apresenta um resumo dos impactos avaliados que foram percebidos com maior frequência pelas instituições e, portanto, considerados como os mais relevantes nesse estudo.

Quadro 12 – Quadro resumo dos principais impactos organizacionais mais relevantes levantados na pesquisa.

Dimensão	Impactos organizacionais da acreditação
Pessoas	1. Estimular a cultura da qualidade e segurança do paciente (P1) 2. Desenvolver a cultura de mensuração na instituição (P2) 3. Melhorar a capacitação dos funcionários (P4)
Processos internos	4. Melhorar a <i>performance</i> (I1) 5. Padronizar os processos (I2) 6. Realizar avaliação objetiva da qualidade (I3) 7. Aumentar a integração entre os setores (I4) 8. Atender exigências externas (requisitos legais) (I7) 9. Melhoria contínua dos processos (I8) 10. Implantação novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora (I9) 11. Melhorar a qualidade dos serviços (I11)
Clientes	12. Melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade (C1) 13. Obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições (C3)
Financeira	<i>Pouco relevante</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Análise da qualidade das medidas

A consistência interna dos domínios pode ser considerada como boa, uma vez que todos os coeficientes obtidos foram superiores aos limites mínimos de aceitabilidade de 0,60 (Tabela 26). Estes resultados indicam a confiabilidade das medidas utilizadas na pesquisa.

Tabela 26 – Análise de confiabilidade do instrumento de pesquisa.

Domínio / Variável	Número de itens incluídos	Coefficiente Alfa de Cronbach
1. Atividades de segurança do paciente	11	0,794
2. Atividades de gestão da qualidade	8	0,748
3. Atividades de Planejamento – Políticas e Estratégias	9	0,888
4. Envolvimento dos pacientes	7	0,810
5. Envolvimento dos profissionais	5	0,837
6. Motivações para obter a acreditação	22	0,911
7. Mecanismos de mudança	9	0,911
8. Impacto financeiro	6	0,866
9. Monitoramento das metas de segurança do paciente	4	0,831
10. Impacto organizacional	23	0,993
Total	104	0,969

Fonte: Elaborado pela autora.

Os coeficientes obtidos para as variáveis ‘atividades de segurança do paciente’ (alfa de Cronbach = 0,794) e ‘atividades de planejamento – políticas e estratégias’ (alfa de Cronbach = 0,888) foram muito próximos aos obtidos nos estudos anteriores desenvolvidos Makai et al. (2009), que apresentou resultados de 0,79 e 0,77, respectivamente. Por outro lado, os resultados para a variável ‘envolvimento dos pacientes’, cujo questionário foi revisado nesta pesquisa, apresentou resultados superiores (alfa de Cronbach = 0,810) aos apresentados por Makai et al. (2009) de 0,61.

A Tabela 27 apresenta os resultados dos testes preliminares para verificar a adequação do uso da análise fatorial na estimativa das cargas fatoriais para análise da validade: estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e teste de esfericidade de Barlett. Os resultados do KMO estão acima de 0,6 e, portanto, são adequados para continuar a análise. No teste de Barlett, todos os valores-p são menores do que 0,05, portanto rejeita-se a hipótese de que a matriz de correlações é uma matriz de identidade e pode-se aplicar a análise fatorial.

Tabela 27 – Resultado do KMO e teste de esfericidade de Barlett por variável.

Variável	KMO	Teste de Barlett		
		Qui-quadrado	df	Valor-p
1. Atividades de segurança do paciente	0,771	534,737	55	0,000
2. Atividades de gestão da qualidade	0,767	334,586	28	0,000
3. Atividades Planejamento – Políticas e Estratégias	0,889	761,513	36	0,000
4. Envolvimento dos pacientes	0,813	399,126	21	0,000
5. Envolvimento dos profissionais	0,810	330,867	10	0,000
6. Motivações para obter a acreditação	0,882	2382,362	231	0,000
7. Mecanismos de mudança	0,918	1002,345	36	0,000
8. Monitoramento metas de segurança do paciente	0,689	389,278	6	0,000
9. Impacto organizacional - resultados	0,951	9711,620	253	0,000
10. Impacto financeiro	0,824	460,314	15	0,000

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 28 apresenta os resultados da análise de validade convergente. A análise foi realizada em dois níveis, sendo o primeiro nível correspondente aos indicadores, em que as cargas fatoriais deveriam ser no mínimo iguais a 0,5, e, idealmente, maiores ou iguais 0,7 (HAIR et al., 2006). Do total de 104 itens, 12 apresentaram cargas fatoriais inferiores ao limite de 0,5, indicando que a validade convergente no nível do indicador pode ser melhorada; porém foram mantidos no modelo por terem um embasamento teórico. No segundo nível foi realizada a avaliação da variância média extraída (AVE) calculada para as variáveis, sendo que o valor esperado é de no mínimo 0,5. Observa-se que as variáveis que apresentam itens com cargas fatoriais inferiores ao limite, também tiveram um AVE (quatro do total de 10) inferior ao limite de 0,5, mostrando que a validade convergente no nível da variável precisa ser ajustada. Em trabalhos futuros, sugere-se uma avaliação individual dos 12 itens como objetivo de refinar o instrumento de pesquisa.

Tabela 28 – Análise de validade convergente.

Variável	Questão	Carga fatorial	AVE
1. Atividades de segurança do paciente	1) Sistema de reporte de eventos adversos	0,673	0,341
	2) Comitê de segurança do paciente	0,707	
	3) Gestão de riscos	0,561	
	4) Comitê de acidentes	0,504	
	5) Comprometimento dos gestores	0,379	
	6) Treinamento em segurança do paciente	0,605	
	7) Definição de recursos	0,416	
	8) Utilização de um sistema de reporte de eventos adversos	0,568	
	9) Prevenção de quedas	0,723	
	10) Prevenção de erros de (administração) de medicação	0,748	
	11) Reporte de <i>near miss</i>	0,539	
2. Atividades de gestão da qualidade	1) Definição da Missão, Visão e Valores	0,604	0,382
	2) Planejamento Estratégico	0,828	
	3) Desdobramento e gerenciamento de metas	0,796	
	4) Padronização dos processos	0,661	
	5) Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos	0,758	
	6) Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>	0,460	
	7) Aplicação da metodologia <i>Lean service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>	0,368	
	8) Programa 5S	0,468	
3. Atividades de planejamento – Políticas e Estratégias	1) O programa de acreditação faz parte do Plano Estratégico da instituição	0,731	0,560
	2) A instituição tem uma política de qualidade	0,855	
	3) Existe uma política de qualidade que considera o programa de acreditação	0,791	
	4) Foi estabelecido um manual da qualidade	0,703	
	5) Foram estabelecidos os objetivos da qualidade	0,877	
	6) Os objetivos da qualidade são mensurados	0,742	
	7) Existe um plano de ação da qualidade	0,870	
	8) É feito um relatório anual da qualidade	0,559	
4. Envolvimento dos pacientes	9) A Alta Administração realiza, periodicamente, uma análise crítica do sistema de gestão da qualidade	0,608	0,440
	1) Avaliação das metas de qualidade	0,833	
	2) Desenvolvimento dos critérios de qualidade	0,843	
	3) Participação em comitês e projetos de melhoria	0,782	
	4) Desenvolvimento das diretrizes de qualidade	0,887	
	5) Envolvimento dos familiares dos pacientes	0,417	
	6) Pesquisa de satisfação dos pacientes	0,335	
	7) Existe um processo formal de comunicação com os pacientes em relação às dúvidas, sugestões e reclamações	0,544	

Continua

Continuação

Variável	Questão	Carga fatorial	AVE
5. Envolvimento dos profissionais	1) Ações para envolvimento dos médicos cadastrados	0,677	0,630
	2) Ações para envolvimento dos demais profissionais da área de saúde que atuam na instituição	0,843	
	3) Ações para envolvimento dos profissionais das áreas administrativas	0,877	
	4) Ações para envolvimento dos profissionais das áreas de apoio	0,853	
	5) Ações para envolvimento dos terceiros (prestadores de serviço) que atuam na instituição	0,719	
6. Motivações para obter a acreditação	1) Melhorar a qualidade dos serviços	0,879	0,440
	2) Melhorar a <i>performance</i>	0,838	
	3) Padronizar os processos	0,849	
	4) Estimular a cultura de segurança do paciente	0,805	
	5) Aumentar a satisfação dos pacientes	0,609	
	6) Reduzir os eventos adversos	0,715	
	7) Tornar o atendimento mais humanizado	0,669	
	8) Realizar uma avaliação objetiva da qualidade	0,737	
	9) Atender exigências externas (requisitos legais)	0,477	
	10) Melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade	0,788	
	11) Aumentar as oportunidades de captação de recursos financeiros	0,384	
	12) Atrair mais clientes	0,381	
	13) Ter uma plataforma para mudança	0,531	
	14) Obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições	0,479	
	15) Atuar ou aumentar a participação no mercado do turismo médico	0,255	
	16) Melhorar os resultados financeiros	0,647	
	17) Aumentar a satisfação dos funcionários	0,625	
	18) Melhorar a comunicação interna na instituição	0,808	
	19) Aumentar a integração entre os setores da instituição	0,846	
	20) Aumentar a segurança dos funcionários	0,754	
	21) Desenvolver a cultura de mensuração na instituição	0,749	
	22) Melhorar a capacitação dos funcionários	0,767	
7. Mecanismos de mudança	1) Compromisso com a implementação de sistemas de qualidade baseados em evidências	0,857	0,648
	2) Contratação/ designação de pessoas para trabalhar com foco na gestão de qualidade	0,654	
	3) Colaboração interna e externa	0,820	
	4) Introdução e utilização de indicadores	0,880	
	5) Treinamento	0,860	
	6) Utilização de benchmarkings internos	0,647	
	7) Utilização de benchmarkings externos	0,723	
	8) Liderança	0,873	
	9) Engajamento pessoal dos funcionários na melhoria da qualidade	0,930	

Continua

			Conclusão	
Variável	Questão	Carga fatorial	AVE	
8. Impacto financeiro	1) Investimento em Infraestrutura, na etapa de preparação	0,813	0,603	
	2) Investimento em Inovação tecnológica, na etapa de preparação	0,788		
	3) Investimento em Tecnologia da Informação, na etapa de preparação	0,764		
	4) Redução dos custos e despesas, após a acreditação	0,688		
	5) Aumento do número de pacientes e o faturamento, após a acreditação	0,791		
	6) Impacto positivo no resultado financeiro da instituição, após a acreditação	0,815		
9. Monitoramento das metas de segurança do paciente	1) Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos eventos adversos	0,706	0,683	
	2) Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos <i>near miss</i>	0,776		
	3) O relato dos eventos adversos e <i>near miss</i> tem permitido rever os procedimentos para reduzir a possibilidade de ocorrência de novos eventos pela mesma causa	0,921		
	4) O relato dos eventos adversos tem permitido rever os procedimentos para reduzir a gravidade (impacto para o paciente) de potenciais eventos futuros	0,904		
10. Impacto organizacional	1) Padronização dos processos	0,992	0,859	
	2) Implantação de novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora	0,971		
	3) Atendimento mais humanizado	0,962		
	4) Melhoria dos resultados dos indicadores de <i>performance</i>	0,983		
	5) Melhoria da qualidade dos serviços	0,990		
	6) Avaliação objetiva da qualidade	0,984		
	7) Melhoria contínua dos processos	0,993		
	8) Cultura organizacional de qualidade e segurança do paciente	0,991		
	9) Atendimento dos requisitos de programas externos de qualidade (como por exemplo, ISO 9001 e PNGS)	0,691		
	10) Atendimento das normas e exigências legais de qualidade e segurança do paciente	0,971		
	11) Aumento da satisfação dos pacientes	0,955		
	12) Novos clientes	0,810		
	13) Aumento das oportunidades de captação de recursos financeiros	0,753		
	14) Melhora a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade	0,967		
	15) Aumento da motivação dos colaboradores internos	0,953		
	16) Implantação de uma plataforma inicial para mudança	0,910		
	17) Obtenção de um diferencial competitivo em relação as outras instituições	0,956		
	18) Passou a atuar ou aumentou a sua participação no mercado do turismo médico	0,567		
	19) Treinamento e capacitação dos funcionários	0,992		
	20) Melhoria da comunicação interna na instituição	0,984		
	21) Aumento da integração entre os setores da instituição	0,990		
	22) Aumento da segurança dos funcionários no trabalho	0,972		
	23) Desenvolvimento da cultura de mensuração na instituição	0,975		

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: AVE = variância média extraída (average variance extracted). Os valores destacados na tabela indicam que o resultado foi inferior ao esperado.

Na Tabela 29, a raiz quadrada de cada AVE é maior do que a correlação entre as variáveis, indicando uma validade discriminante para todas as variáveis. A única exceção foi para a raiz quadrada do AVE da variável ‘atividades de gestão da qualidade’ (0,618) e o coeficiente de correlação desta variável com a de ‘atividades de planejamento – políticas e estratégias’ (0,624), sugerindo que essa variável (atividades de gestão da qualidade) requer mais ajustes e refinamento para garantir que não haverá redundância entre variáveis do modelo e tornar o instrumento de pesquisa mais robusto.

Tabela 29 – Análise de validade discriminante - coeficientes de correlação entre as variáveis.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Atividades de segurança do paciente	0,584									
2. Atividades de gestão da qualidade	0,492**	0,618								
3. Atividades Planejamento – Políticas e Estratégias	0,569**	0,624**	0,749							
4. Envolvimento dos pacientes	0,294**	0,294**	0,353**	0,663						
5. Envolvimento dos profissionais	0,434**	0,526**	0,396**	0,412**	0,794					
6. Motivações para obter a acreditação	0,026	0,040	0,117	0,138	-0,003	0,663				
7. Mecanismos de mudança	0,094	0,272**	0,259**	0,180*	0,095	0,279**	0,805			
8. Impacto financeiro	-0,021	0,024	0,084	0,145	-0,007	0,311**	0,273**	0,777		
9. Monitoramento metas de segurança do paciente	0,197*	0,225**	0,198*	-0,010	0,209*	0,101	0,103	0,086	0,827	
10. Impacto organizacional – resultados	0,330**	0,464**	0,468**	0,274**	0,361**	0,330**	0,124	0,176*	0,149	0,927

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas: Os números da primeira linha correspondem aos números da primeira coluna. Na diagonal, destacado e em negrito, estão os valores da raiz quadrada da variância média extraída (AVE) e fora da diagonal os coeficientes de correlação.

4.4 Análises adicionais – avaliação do impacto da certificação ISO 9001, do tipo de estabelecimento e do controle administrativo

Neste item são apresentados os resultados da avaliação do efeito de três variáveis sobre os resultados das variáveis independentes do modelo conceitual (atividades de segurança do paciente, atividades de gestão da qualidade, atividades de planejamento – políticas e estratégias, envolvimento dos pacientes e envolvimento dos profissionais). A primeira variável é o *status* da certificação ISO 9001, semelhante ao estudo realizado por Makai et al. (2009), a segunda é o tipo de instituição e a terceira é o controle administrativo. Semelhante ao teste de hipóteses realizado no item 4.2.1, foi realizada uma análise de correlação entre as variáveis, por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Os parâmetros utilizados para avaliação dos resultados do coeficiente de correlação foram: menor de que 0,2 relação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e entre 0,9 e 1 muito alta (PESTANA; GAGIEIRO, 2008). Os testes foram realizados ao nível de confiança de 95%.

4.4.1 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e a certificação ISO 9001

As instituições foram classificadas quanto à certificação em 'com certificação ISO 9001' (grupo 1) e 'sem certificação' (grupo 0), observando que 11 instituições, do total de 141, são certificadas na norma ISO 9001. A Tabela 30 apresenta os resultados dos testes de correlação.

O teste de hipótese para avaliar se existe relação entre os resultados das variáveis independentes e o *status* da certificação ISO 9001 mostra que não há evidência, com 95% de confiança, de relação estatisticamente significativa entre as variáveis uma vez que todos os valores-p são maiores do que 0,05. Portanto, a informação sobre o *status* da certificação ISO 9001 se mostrou irrelevante para discussão dos resultados desta pesquisa.

Tabela 30 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o *status* da certificação ISO 9001 (1 = sim ou 0 = não) – Nível de confiança 95%.

Hipóteses	Variável independente	Variável independente é o somatório das respostas 'sim' das questões	
		Correlação de Spearman	Valor-p
H₀: Não existe uma relação entre a variável independente e o <i>status</i> da certificação ISO 9001	H₁: Atividades de segurança do paciente	-0,025	0,765
	H₂: Atividades de gestão da qualidade	0,017	0,837
H₁: Existe uma relação entre a variável independente e o <i>status</i> da certificação ISO 9001	H₃: Atividades de Planejamento - Políticas e Estratégias	0,017	0,838
	H₄: Envolvimento dos pacientes	-0,039	0,651
Certificação ISO 9001 1 = Sim 0 = Não	H₅: Envolvimento dos profissionais	0,024	0,775

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.2 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e tipo de estabelecimento

As instituições foram classificadas quanto ao 'tipo de estabelecimento' em hospitais (grupo 1) e outros (grupo 0). Na Tabela 31 estão apresentados os resultados dos testes de correlação entre as variáveis.

Os resultados da Tabela 31 mostram que há evidência, com 95% de confiança, de relação estatisticamente significativa (valor-p = 0,015), porém fraca (coeficiente de correlação de Spearman = -0,205) apenas com a variável 'envolvimento dos pacientes'. Para as demais variáveis analisadas (atividades de segurança do paciente, atividades de gestão da qualidade, atividades de planejamento – políticas e estratégias e envolvimento dos profissionais) não há evidência de relação estatisticamente significativa (valor-p é maior do que 0,5) com o tipo de estabelecimento.

Tabela 31 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o tipo de estabelecimento (1 = hospital ou 0 = outros) – Nível de confiança 95%.

Hipóteses	Variável independente	Variável independente é o somatório das respostas 'sim' das questões	
		Correlação de Spearman	Valor-p
H₀: Não existe uma relação entre a variável independente e o Tipo de estabelecimento	H₁: Atividades de segurança do paciente	0,116	0,172
	H₂: Atividades de gestão da qualidade	-0,057	0,505
H₁: Existe uma relação entre a variável independente e o Tipo de estabelecimento Tipo de estabelecimento 1 = Hospital 0 = Outros	H₃: Atividades de Planejamento - Políticas e Estratégias	-0,130	0,125
	H₄: Envolvimento dos pacientes	-0,205*	0,015
	H₅: Envolvimento dos profissionais	-0,050	0,552

Fonte: Elaborado pela autora.

* Correlação é significativa ao nível 0,05.

4.4.3 Avaliação da relação entre as variáveis independentes e o tipo de controle administrativo

As instituições foram classificadas quanto ao tipo de 'controle administrativo' em privado (grupo 1) e outros (grupo 0). A Tabela 32 apresenta os resultados dos testes de correlação.

O teste de hipótese para avaliar se existe relação entre os resultados das variáveis independentes e a classificação do tipo de estabelecimento mostra que não há evidência, com 95% de confiança, de correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, pois todos os testes apresentaram valor-p maior do que 0,05. Portanto, a informação sobre o tipo de controle administrativo das instituições se mostrou irrelevante para discussão dos resultados desta pesquisa.

Tabela 32 – Teste da relação entre as variáveis independentes do modelo conceitual e o tipo de controle administrativo (1 = privado ou 0 = outros) – Nível de confiança 95%.

Hipóteses	Variável independente	Variável independente é o somatório das respostas 'sim' das questões	
		Correlação de Spearman	Valor-p
H₀: Não existe uma relação entre a variável independente e o Tipo de controle administrativo	H₁: Atividades de segurança do paciente	0,086	0,309
	H₂: Atividades de gestão da qualidade	0,022	0,795
H_i: Existe uma relação entre a variável independente e o Tipo de controle administrativo	H₃: Atividades de Planejamento - Políticas e Estratégias	0,135	0,112
	H₄: Envolvimento dos pacientes	0,035	0,679
Controle administrativo 1 = Privado 0 = Outros	H₅: Envolvimento dos profissionais	0,022	0,799

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Discussão dos objetivos e hipóteses de pesquisa

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, o estudo promoveu discussões da literatura e uma pesquisa de avaliação. Isto permitiu que as hipóteses delineadas a partir do modelo conceitual fossem testadas. Neste contexto, a discussão dos resultados é apresentada com base na revisão da literatura e nas hipóteses da pesquisa.

O método de **revisão de literatura** permitiu uma avaliação objetiva do cenário mundial de produção científica sobre os programas de acreditação. Foram identificados 90 estudos empíricos que examinam os processos ou os impactos de programas de acreditação. A evolução das publicações ao longo do tempo identificou um aumento no número de pesquisas a partir do ano 1998, com pico de 42 publicações em 2014. A maioria dos estudos eram dos EUA, Austrália e Europa, apesar dos resultados indicarem tendência crescente de colaboração internacional entre pesquisadores. Além disso, a análise da rede de cocitação sugere que os pesquisadores da Austrália criaram um 'grupo de conhecimento estrutural' sobre o tema acreditação.

Em relação ao termo colaboração, o mesmo apareceu na pesquisa em três dimensões diferentes. Em primeiro lugar, foi discutida a colaboração entre as diferentes partes

interessadas nos países, tais como governos, agências de acreditação, comunidade e organizações de saúde. Em segundo lugar, a colaboração apareceu como um fator importante na implementação de um programa de acreditação em uma organização de saúde; foram discutidos pontos sobre a relação entre funcionários, gerentes, agências, fornecedores e outros. A necessidade de integração entre os setores / departamentos nas organizações também foi mencionada. Em terceiro lugar, a colaboração entre pesquisadores de diferentes países mostrou o movimento de aumento da colaboração internacional nas pesquisas sobre o tema, com forte participação de pesquisadores da Austrália, Estados Unidos e diversos países da Europa.

No contexto da colaboração internacional, foram observados, nessa pesquisa, mais estudos relacionados com o desenvolvimento e sustentabilidade dos programas de acreditação (total de 10 artigos publicados entre 2012 e 2015, conforme descrito no item 2.2.3.9), do que haviam sido mencionados nos estudos anteriores de revisão de literatura (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012). Este tema parece destacar-se e com tendência para futuras pesquisas. Por esta razão, foi proposta e utilizada na análise de conteúdo uma nova categoria temática chamada 'sustentabilidade do programa'.

Foi observado aumento do número de estudos que indicam efeitos positivos da acreditação, em relação às avaliações anteriores. Além disto, o nível de acreditação começa a influenciar o paciente na escolha da organização de saúde. Em contrapartida, o impacto financeiro, as questões sobre a avaliação e a visão dos profissionais ainda não estão tão claras, sugerindo que há a necessidade de pesquisas adicionais.

Em relação às questões financeiras, foram discutidos novos tópicos referentes ao pagamento dos hospitais com base no nível de acreditação, reconhecendo que a relação entre pagamento e acreditação tem estimulado maior adesão do hospital ao processo de acreditação (AMMAR et al., 2013; MCHUGH et al., 2013).

Na segunda parte do estudo, foram testadas as **hipóteses de pesquisa**. Para subsidiar a análise dos resultados, preliminarmente, foram apresentados os resultados da estatística descritiva. No Quadro 13 são apresentados, de forma resumida, os pontos fortes das instituições, identificados a partir da análise descritiva,

considerando o critério utilizado por Wagner et al. (2006) da atividade estar sendo realizada por pelo menos 75% das instituições avaliadas.

Quadro 13- Quadro resumo dos pontos fortes – atividades que pelo menos 75% das instituições estão desenvolvendo.

Variável	Instituições acreditadas	Instituições não-acreditadas
Segurança do paciente	▪ Sistema de reporte de eventos adversos ▪ Comitê de Segurança do Paciente ▪ Gestão de Riscos ▪ Comitê de Acidentes ▪ Comprometimento dos gestores ▪ Treinamento em segurança do paciente ▪ Definição de recursos ▪ Utilização de um sistema de reporte de eventos adversos ▪ Prevenção de quedas ▪ Prevenção de erros de (administração) de medicamentos	<i>Nenhuma atividade</i>
Gestão da qualidade	▪ Definição da Missão, Visão e Valores ▪ Planejamento Estratégico ▪ Desdobramento e gerenciamento das metas ▪ Padronização dos processos ▪ Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos	▪ Definição da Missão, Visão e Valores
Planejamento – Políticas e Estratégias	▪ Política da qualidade ▪ Manual da qualidade ▪ Objetivos da qualidade ▪ Mensuração dos objetivos da qualidade ▪ Plano de ação da qualidade ▪ Análise crítica do sistema de gestão da qualidade realizada periodicamente pela Alta Administração	<i>Nenhuma atividade</i>
Envolvimento dos pacientes	▪ Pesquisa de satisfação dos pacientes ▪ Processo formal para comunicação com os pacientes em relação às suas dúvidas, sugestões e reclamações	<i>Nenhuma atividade</i>
Envolvimentos dos profissionais	▪ Médicos ▪ Demais profissionais da área de saúde ▪ Profissionais das áreas administrativas ▪ Profissionais das áreas de apoio ▪ Terceiros (prestadores de serviço) que atuam na instituição	<i>Nenhuma atividade</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se pelo Quadro 13 que as instituições acreditadas possuem diversas atividades em comum, ao contrário das instituições não acreditadas. A avaliação das atividades realizadas permite uma análise indireta do impacto da acreditação, adotando como premissa que a implementação das atividades de qualidade e segurança do paciente impactam positivamente no resultado.

A partir dos resultados da pesquisa empírica, foram realizados os testes das sete hipóteses de pesquisa, com o objetivo principal de responder à questão: '*Quais são os impactos da acreditação nas instituições de saúde no Brasil?*'. A Figura 26 apresenta uma visão geral das principais descobertas dessa pesquisa, construída a partir do modelo conceitual e dos resultados apresentados. A Figura 26 contém:

- As quatro variáveis independentes cuja relação de correlação com o *status* da acreditação foi confirmada: atividades de segurança do paciente, atividades de gestão da qualidade, planejamento – políticas e estratégias, e envolvimento dos profissionais;
- As atividades consideradas fortes (de acordo com o Quadro 13) para as quatro variáveis independentes. Porém, é importante salientar que as demais atividades avaliadas dessas variáveis devem ser consideradas como confirmadas, uma vez que fazem parte conceitualmente das variáveis testadas;
- O impacto financeiro percebido na etapa de preparação para obter a acreditação;
- Os principais mecanismos de mudança empregados para obter a acreditação; e
- Os impactos organizacionais mais relevantes (de acordo com o Quadro 12 – item 4.2.3).

Figura 26 – Visão geral dos impactos da acreditação identificados no projeto de pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

A compilação dos dados representada na Figura 26 corrobora a revisão da literatura, cuja discussão será apresentada a seguir, de acordo com a estruturação das hipóteses de pesquisa.

Hipótese 1: Não existe uma relação entre as atividades de segurança do paciente realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação –

HIPÓTESE REJEITADA

No estudo realizado por Makai et al. (2009), com hospitais na Hungria, foi considerado para análise o somatório das atividades ‘presentes’ e ‘presentes, mas não totalmente operacionalizadas’ e a acreditação como uma variável binária (1=sim; 0 =não). Com estes parâmetros, Makai et al. (2009) não identificaram uma relação significativa entre as variáveis, diferente deste estudo em que há evidência de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) e moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,537). Observa-se também que a média de atividades realizadas no Brasil (8,26 do total de 11) é muito superior a identificada nos hospitais da Hungria (4,6 de 11) (MAKAI et al., 2009). A diferença entre esse estudo e o realizado na Hungria pode estar relacionada ao modelo nacional de acreditação do Brasil, o qual tem como um dos seus objetivos a segurança dos pacientes.

Na avaliação por atividade, destaca-se como a de maior percentual de implementação a prevenção de quedas, atingindo 96,74% dos hospitais acreditados, uma atividade relacionada as seis metas internacionais de segurança do paciente (conforme apresentado na Figura 4 do item 2.1.2). Entre as atividades de menor percentual de aderência apresenta-se o ‘reporte de *near miss*’, sendo que para esta atividade não há evidência de diferença significativa de acordo com o *status* da acreditação, configurando, portanto, uma oportunidade de melhoria para todas as instituições.

Hipótese 2: Não existe uma relação entre as atividades de gestão da qualidade realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação –

HIPÓTESE REJEITADA.

Na amostra analisada, há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) e moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,590) entre o *status* da acreditação e as ‘atividades de gestão da

qualidade’. Este resultado corrobora os motivos destacados pela ONA da acreditação como uma importante ferramenta de gestão (ver item 2.1.1.1).

As questões de 1 a 5 avaliadas nesse bloco (missão, planejamento estratégico, desdobramento e gerenciamento de metas, padronização e indicadores) são comuns também aos modelos de excelência (EFQM, PNGS, entre outros) e a certificação de qualidade ISO 9001. A correlação destas atividades com o *status* da acreditação reforça os resultados da revisão da literatura de que há uma convergência entre a acreditação e os modelos de excelência (NABITZ; KLAZINGA, 1999; DONAHUE; VANOSTENBERG, 2000; KLAZINGA, 2000; YOUSEFIAN et al., 2013).

Uma vez que na amostra avaliada os percentuais de instituições que participaram do PNGS (11 do total de 141) ou possuem certificação ISO 9001 (11 de 141) são pequenos, os resultados sugerem que a acreditação é o meio escolhido para introdução dos programas de qualidade no setor de saúde, no Brasil. Além disso, a acreditação contribui na implementação das melhores práticas de gestão já difundidas em outros setores de negócio.

Embora a relação entre as variáveis ‘gestão da qualidade’ e *status* da acreditação tenha sido confirmada, é importante destacar novamente que as metodologias *Lean healthcare*, *Six sigma* e o programa 5S ainda têm um percentual de implementação muito baixo (12,70%, 15,39% e 45,71%, respectivamente), representando uma oportunidade de melhoria para as instituições. Adicionalmente, para as questões referentes aos programas *Lean healthcare* e *Six sigma*, salienta-se que as mesmas tiveram diversas respostas como ‘não sabe/ não se aplica’ (15 e 11 respostas, respectivamente) o que também sugere que talvez o conhecimento sobre as mesmas não esteja difundido no setor, assim como foi identificado por Costa et al. (2015). Esses resultados, em conjunto com o resultado da avaliação de qualidade das medidas (cargas fatoriais das duas questões foi inferior a 0,5 – Tabela 28), levam a apontar uma oportunidade de estudar futuramente uma adequação no instrumento de pesquisa, considerando os programas *Lean healthcare* e *Six sigma* separadamente em um nível mais avançado de gestão.

Hipótese 3: Não existe uma relação entre as atividades de planejamento, para estabelecimento de políticas e estratégias, realizadas pelas instituições e o seu status quanto a acreditação – HIPÓTESE REJEITADA.

Na amostra analisada há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor- $p < 0,05$) e moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,629) entre o total de atividades de planejamento e o *status* da acreditação. Esse resultado mostra a importância do envolvimento da Alta Administração no processo de acreditação, definindo políticas corporativas e estratégias.

Hipótese 4: Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para envolvimento dos pacientes e o seu status quanto a acreditação – HIPÓTESE NÃO REJEITADA

Há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor- $p < 0,05$), porém fraca (coeficiente de correlação de Spearman = 0,252), entre o *status* da acreditação e as 'atividades de envolvimento dos pacientes'. Na pesquisa realizada por Makai et al. (2009), com 102 hospitais na Hungria, a participação do paciente é tratada como um tema dentro das atividades de qualidade e, embora não seja realizado a análise de correlação para o subgrupo, é possível observar que os percentuais obtidos por esta outra pesquisa também foram baixos para as atividades avaliadas¹⁰. Em um estudo mais recente, realizado em sete países da Europa, a média dos hospitais ficou entre os estágios 0 e 1 (GROENE et al., 2015). Nesse último estudo, os resultados da pesquisa sugerem ausência e / ou grandes variações na relação entre a institucionalização dos sistemas de gestão da qualidade e as estratégias para envolver os pacientes nos programas de gestão ou estratégias de qualidade para melhorar o atendimento centrado no paciente, nos hospitais.

Em uma recente revisão da literatura (GROENE; SUNOL, 2015), foi identificado que embora o tema envolvimento do paciente ainda seja novo e aberto para experimentações, o esforço de envolvimento dos pacientes tem contribuição importante na melhoria da qualidade.

Na análise dos estágios de envolvimento dos pacientes, observou-se que a maior parte das instituições avaliadas ainda estão em estágio inicial, com um baixo envolvimento dos pacientes (aproximadamente 70% estão classificadas entre os

---

¹⁰ Makai et al. (2009) avaliaram quatro atividades em 102 hospitais, na Hungria, sendo que os percentuais de Instituições que realizam cada uma das atividades variaram entre 3% (desenvolvimento de diretrizes) e 13% (avaliação das metas de qualidade). Estas proporções correspondem às respostas 'presente, mas não está totalmente operacionalizado' e 'presente e operacionalizado'.

estágios ‘0 – paciente não é envolvido’ e ‘1 – participação na avaliação das metas de qualidade’). Por outro lado, foi relatado que algumas instituições já estão em estágios mais avançados, podendo ser referência para as demais instituições e pesquisas na área, para esta tendência denominada por Wachter (2010) como “O que os pacientes podem fazer para prevenir erros médicos?”.

Com a inclusão das duas perguntas no questionário proposto por Makai et al. (2009) (processo de comunicação formal com os pacientes e pesquisa de satisfação), foi possível observar uma evolução das instituições que a princípio estavam classificadas no ‘estágio 0 – paciente não é envolvido’ pelo critério proposto por Makai et al. (2009). Estabelecer um processo de comunicação formal com os pacientes pode ser o primeiro estágio para se obter as sugestões e críticas a partir do ponto de vista do paciente e ter uma base de informações para promover melhorias nos processos internos, bem como subsidiar o planejamento estratégico.

O resultado do estágio de envolvimento dos pacientes desse estudo foi semelhante ao das pesquisas realizadas na Europa (WAGNER et al., 2006; MAKAI et al., 2009; GROENE; SUNOL, 2015) e nos Estados Unidos (HAN et al., 2013).

Importante lembrar que a Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, entre outros objetivos, envolver os pacientes e os familiares no processo. Portanto, no Brasil, este assunto faz parte da Regulamentação para as instituições de saúde. De acordo o Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014), a Política de Humanização abrange o tema envolvimento dos pacientes e descreve a necessidade de estabelecer parceria com os pacientes e familiares no cuidado à saúde. A visão desse programa de parceria é proveniente da Organização Nacional de Saúde (OMS) que estabelece que haverá melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. Segundo o Documento de (BRASIL, 2014) ao se referir ao envolvimento dos pacientes, “[...] Talvez, esse seja o eixo, mais difícil a ser desenvolvido, pois envolve uma grande mudança de cultura nos estabelecimentos de Saúde. [...]”.

Hipótese 5: Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para envolvimento dos profissionais nos processos e programas de qualidade e o seu status quanto a acreditação – HIPÓTESE REJEITADA

Há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (valor-p < 0,05) moderada (coeficiente de correlação de Spearman = 0,430) entre as variáveis. Reforçando a importância do envolvimento de todos na implementação dos programas de qualidade.

Este foi um dos principais itens identificados como mecanismo de mudança – ‘necessidade de trabalhar em colaboração interna e externa’. Na revisão da literatura, haviam sido encontrados oito estudos destacando a necessidade de trabalhar em colaboração interna e externamente (DAY et al., 2013; DERIU et al., 2013; EMER et al., 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL et al., 2014; WALKER, 2014; LAYMON et al., 2015).

O envolvimento dos profissionais nos programas de qualidade pode ter influência direta sobre alguns dos impactos organizacionais confirmados nesta pesquisa, sendo eles a consolidação de uma cultura de qualidade e de segurança do paciente, cultura de mensuração dos resultados, integração entre os setores e capacitação dos funcionários.

É importante lembrar que o envolvimento dos profissionais no processo de acreditação deve ser tratado com muita atenção pela Alta Administração, pois foram encontrados na literatura estudos, realizados no Brasil, que revelaram efeitos indesejados para os profissionais de saúde como, por exemplo, o aumento da carga, estresse e pouca valorização profissional (MANZO et al., 2012; MANZO; BRITTO; CORRÊA, 2012).

Hipótese 6: Não existe uma relação entre as atividades realizadas pelas instituições para monitoramento das metas de segurança do paciente e o seu status quanto a acreditação – HIPÓTESE NÃO REJEITADA

Há evidência, com 95% de confiança, de uma correlação estatisticamente significativa (Valor-p = 0,012), porém fraca (coeficiente de correlação de Spearman = 0,216). O resultado do teste de hipótese e os altos percentuais de instituições que afirmaram ter as atividades implementadas na avaliação individual das questões pode ser justificado pela regulamentação atual. No Brasil, a RDC nº 36/2013, uma Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece que é obrigatória a notificação mensal de todos os eventos adversos que ocorrerem nas instituições ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam

eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Hipótese 7: a acreditação hospitalar tem impacto organizacional e financeiro positivo, contribuindo para melhoria dos processos e resultados, tais como padronização de serviços, elevados níveis de performance, melhoria contínua dos processos, cultura de qualidade e segurança do paciente; aderência a outros programas externos de qualidade; aumento no nível de satisfação para os pacientes; aumento no nível de motivação dos funcionários; melhoria nos níveis de segurança para os pacientes; e aumento no resultado financeiro; entre outros.

Para avaliar o impacto da acreditação nos processos e resultados, foram analisadas 26 questões. Do total, treze questões apareceram como as mais relevantes na avaliação dos impactos, sendo elas: (1) estimular a cultura da qualidade e segurança do paciente; (2) desenvolver a cultura de mensuração na instituição; (3) melhorar a capacitação dos funcionários; (4) melhorar a *performance*; (5) padronizar os processos; (6) realizar avaliação objetiva da qualidade; (7) aumentar a integração entre os setores; (8) atender exigências externas (requisitos legais); (9) melhoria contínua dos processos; (10) implantação novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora; (11) melhorar a qualidade dos serviços; (12) melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade; e (13) obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições.

O percentual mais baixo obtido para as questões 'atrair mais clientes' (62,5%) e 'atuar ou aumentar a participação no mercado de turismo médico' (19,35%), quando comparado ao resultado das demais questões da dimensão 'clientes' também demonstram que a acreditação está tendo mais impacto na qualidade e excelência dos serviços do que no crescimento das instituições, embora a questão 'atrair mais clientes' tenha sido apontada como um fator de motivação por 85,87%.

Na dimensão financeira, o resultado das quatro questões demonstra que não é percebido como relevante um impacto nesta dimensão (item 4.2.3 – Figura 25). Este resultado corrobora a conclusão da etapa de revisão da literatura dessa pesquisa, de que o impacto da acreditação nos ganhos financeiros ainda é pouco explorado. Adicionalmente, foram avaliadas questões sobre o impacto financeiro na etapa de

preparação. Estas questões tiveram uma média de concordância significativamente diferente das questões voltadas ao resultado após a acreditação, o que demonstra que o planejamento adequado, considerando os recursos financeiros, para obtenção da acreditação torna-se importante, do contrário pode ser um dos principais desafios para sua implementação, conforme destacado por El-Jardali et al. (2014).

Este resultado valida a revisão da literatura em que se discute que o processo para obter a acreditação exige tempo e recursos significativos, o que deveria ser considerado na decisão de implementar o programa de acreditação especificamente em um serviço de saúde ou pela perspectiva do sistema nacional de saúde (SALEH et al., 2013; EMER et al., 2014; WETTA et al., 2014; NOUWENS; VAN LIESHOUT; WENSING, 2015).

Ainda sobre os aspectos da questão financeira, analisando o resultado da variável 'impacto financeiro' em conjunto com as demais, é importante destacar dois pontos: o primeiro deles é sobre a questão avaliada como motivação para obter a acreditação, em que 80,71% concordaram com a questão 'melhorar os resultados financeiros'. Portanto, embora as instituições relatem o resultado financeiro como uma motivação, elas não percebem com a mesma expressividade que seja um resultado obtido; o segundo ponto para discussão é que 'treinamento' foi apontado por 95,71% como uma das ações para implementação da acreditação, o que também pode ter impacto no custo operacional (MUMFORD et al., 2015).

Dentre os objetivos secundários, foram avaliadas duas variáveis, motivações e mecanismos de mudança, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o tema. Na avaliação das 'motivações' para buscar a acreditação, observa-se que, em geral, há um alinhamento entre os fatores de motivação e os impactos observados. As maiores diferenças encontram-se em apenas três fatores, do total de 20 avaliados: 'atendimento de exigências externas', 'capacitação dos funcionários' e 'atrair mais clientes'.

Com relação a avaliação dos 'mecanismos de mudanças', os nove itens avaliados foram validados pelos respondentes que já possuem a acreditação, corroborando assim para os resultados encontrados na revisão da literatura de que estas atividades promovem mudanças na organização (MCHUGH et al., 2013; CAUNDAY et al., 2013; CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013; DAY et al., 2013; DERIU et al., 2013;

HOTCHKISS, 2014; LAFRANCE, 2014; MARONE et al., 2014; MARSHALL et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; RICCARDO; PARENT; DESALVO, 2014; THIELEN et al., 2014a, 2014b; VERMA; MORAN, 2014; WALKER, 2014; WETTA et al., 2014; DAVIS et al., 2014; EL-JARDALI et al., 2014; EMER et al., 2014; HAGOS et al., 2014; ANDIRIC; MASSAMBU, 2015; CARMAN; TIMSINA, 2015; LAYMON et al., 2015).

Adicionalmente, foram avaliados o impacto da certificação ISO 9001, do tipo de estabelecimento (hospital ou outros) e do tipo de controle administrativo (privado ou outros), evidenciando que não há relação entre essas três variáveis e as variáveis independentes do modelo conceitual. O resultado do impacto da certificação ISO 9001 corrobora os resultados apresentados por Makai et al. (2009),

5 CONCLUSÃO

Neste capítulo, retoma-se à discussão dos objetivos e proposições da pesquisa à luz dos resultados obtidos. Na sequência, apresenta-se as implicações para a prática, limitações e sugestões para trabalhos futuros.

Dada a questão de pesquisa '*Quais são os impactos da acreditação nas instituições de saúde no Brasil?*', o presente estudo identificou, na literatura e na pesquisa de campo com 141 instituições, os impactos organizacionais e financeiros da acreditação, bem como os principais mecanismos de mudança para obtenção desta certificação de qualidade.

Primeiramente, vale destacar que os resultados da revisão da literatura apontam para o fato de que o tema 'acreditação', aplicado ao setor de saúde, é de grande interesse da academia e das instituições de saúde, e discussões em torno do tema têm se intensificado nos últimos anos, com tendência de crescimento. Observa-se o surgimento de novos tópicos sendo estudados, com destaque para o desenvolvimento e sustentabilidade dos programas de acreditação. Outro ponto importante que tem se discutido recentemente é a importância da colaboração em três dimensões: (1) diferentes partes interessadas nos países, tais como governos, agências de acreditação, comunidade e organizações de saúde; (2) internamente nas instituições de saúde; e (3) na academia com aumento de parcerias internacionais.

Considerando a preocupação com a sustentabilidade dos programas de acreditação e o contexto de busca de evidências dos reais benefícios destes programas, a identificação dos impactos realizada neste projeto traz uma contribuição importante.

Para responder à pergunta de pesquisa foi proposto um modelo conceitual, a partir da revisão da literatura. O modelo continha na entrada medidas relacionadas às atividades e na saída questões qualitativas, sendo que este desenho foi justificado pela dificuldade em obter medidas válidas e relatórios acurados para avaliação da qualidade assistencial (GOESCHEL; WACHTER; PRONOVOST, 2010; WACHTER, 2010).

Foram avaliadas seis medidas relacionadas às atividades, denominadas no modelo conceitual como medidas de 'entrada', e para quatro foram encontradas evidências de correlação com a acreditação. Com base nos resultados pode-se afirmar que a acreditação contribui na implantação e operacionalização das atividades de segurança do paciente, atividades de gestão da qualidade, atividades de

planejamento das políticas e estratégias voltadas para a qualidade, e no envolvimento dos profissionais nos programas de qualidade. Não são impactadas pela acreditação as práticas de envolvimento dos pacientes e monitoramento das metas de segurança, sugerindo que são estruturadas por políticas próprias. As seis medidas de entrada não sofrem influência do tipo de estabelecimento (hospital ou outros), do controle administrativo (privado ou outros) e da certificação ISO 9001. Porém, elas são influenciadas pelo tipo de acreditação, a relação entre as atividades implementadas e a acreditação aumenta de acordo com o nível de acreditação, sendo maior para a acreditação ONA Nível III, JCI ou ambas.

Com relação aos impactos organizacionais e financeiros, denominados como ‘saídas’ no modelo conceitual, foram avaliadas 26 questões. Das 26 questões, 13 foram identificadas como mais relevantes e estão relacionadas, principalmente, aos processos internos, cultura, capacitação, imagem da instituição e diferencial competitivo. Na dimensão processos internos a acreditação contribui para a qualidade dos serviços, melhoria da performance, padronização dos processos, avaliação objetiva da qualidade, integração entre os setores, atendimento de exigências externas (requisitos legais), melhoria contínua dos processos e implantação de novos procedimentos baseados no manual e recomendações da acreditadora. A contribuição da acreditação na consolidação de uma cultura de qualidade, de segurança do paciente e de mensuração, mostra que o programa promove mudanças significativas nas instituições. Na dimensão financeira, o impacto da acreditação no resultado mostra-se pouco relevante quando comparado aos demais itens avaliados. Adicionalmente foram avaliadas as motivações para obtenção da acreditação e os mecanismos de mudança utilizados. A análise das motivações mostra que há um alinhamento entre as motivações que levam às instituições a buscarem a acreditação e os resultados percebidos, o que demonstra que o programa atende plenamente às expectativas. Quanto aos mecanismos de mudança, os nove mecanismos avaliados foram validados, sendo que quatro deles estão relacionados direta ou indiretamente as pessoas (contratação/ designação de pessoas para trabalhar com foco na gestão da qualidade, colaboração interna e externa, treinamento e liderança). Esse resultado tem um grande alinhamento com a hipótese confirmada de uma correlação entre a ‘acreditação e o envolvimento dos funcionários’, e com o impacto organizacional de uma mudança de cultura, reforçando que a conclusão de que o programa de

acreditação promove mudanças e efetivamente precisa do envolvimento de toda a instituição.

Este resultado evidencia que a acreditação conduz as instituições a implantação de melhores práticas para gerenciamento da qualidade e segurança do paciente. Além disso, considerando que há uma convergência entre a acreditação e outros modelos de qualidade, tais como o modelo de excelência EFQM e a norma ISO 9000, esses resultados sugerem que a acreditação viabiliza a implantação de práticas de gerenciamento consolidadas em outros setores.

5.1 Implicações para a prática

Com relação às contribuições gerenciais desta dissertação, a principal delas é demonstrar para os hospitais e seus gestores que os esforços dispendidos, bem como os investimentos realizados e a efetiva obtenção da acreditação, podem influenciar positivamente não só a melhoria dos processos internos, como também a imagem da instituição, a consolidação de uma cultura de segurança do paciente e a capacitação dos funcionários. A acreditação pode ser o passo inicial para alcançar a excelência.

Para as instituições que ainda não possuem a acreditação esta pesquisa pode contribuir, principalmente, em cinco aspectos da etapa de planejamento. Em primeiro lugar, o entendimento dos impactos organizacionais e financeiros é importante para um alinhamento das expectativas no momento de decisão de buscar a acreditação. Segundo, a informação de quais são os principais mecanismos de mudança utilizados pelos hospitais pode facilitar o planejamento. Terceiro, fica clara a relevância do planejamento estratégico e das atividades no nível da Alta Administração para obtenção da acreditação. Em quarto lugar, as instituições devem considerar, na dimensão financeira, o investimento necessário em infraestrutura, inovação tecnológica e tecnologia da informação. Adicionalmente, devem considerar o investimento em treinamento, que foi citado pela maior parte das instituições como uma ferramenta de mudança. Por último, pode-se considerar no planejamento um tempo médio de preparação para obter a acreditação de aproximadamente dois anos (média observada nesse estudo foi de um ano e 11 meses).

Com relação ao envolvimento dos pacientes, esse tema deve ser tratado com uma política própria, uma vez que não foi identificada diferença entre as atividades realizadas pelas instituições de acordo com o seu *status* da acreditação.

Para todas as instituições, observa-se que algumas práticas de melhoria dos processos, já consolidadas e com ganhos comprovados em outros setores, podem ser mais exploradas pela área de saúde, tais como o *Lean healthcare*, *Six sigma* e o programa 5S.

5.2 Limitações e sugestões para trabalhos futuros

Apesar das contribuições indicadas, esse estudo tem limitações decorrentes das escolhas metodológicas. A primeira delas diz respeito a decisão de utilizar o portal de buscas 'ISI Web of Science' para gerar o banco de dados na construção das redes para análise bibliométrica. Embora o ISI Web of Science seja uma base de dados importante, ela tem um número limitado de títulos e 18 artigos não foram considerados na construção das redes de relacionamento. Outra limitação do estudo é o viés que poderia ter resultado da análise bibliométrica, uma vez que o método, em algumas etapas, considera os artigos com maior número de citações, no pressuposto de que os artigos mais citados têm contribuição mais relevante em uma área de conhecimento. Na prática, os artigos e as referências mais citadas tendem a ser as publicadas a mais tempo, uma tendência que pode gerar um viés temporal.

Com relação ao método de revisão, a escolha de limitar o período da análise pela data de publicação (somente artigos publicados a partir de 2012) e utilizar método semelhante ao empregado em estudos prévios (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; HINCHCLIFF et al., 2012), permitiu fazer uma análise da evolução sobre o tema e compará-la com esses estudos. Porém, é importante citar que as palavras-chave propostas para a pesquisa ainda resultaram em uma base muito grande para avaliação (1.833 artigos). Foram observados muitos artigos fora do escopo da pesquisa (1.627 artigos), principalmente relacionados ao tema de acreditação de cursos de formação profissional em saúde, em especial graduação e residência médica. O tempo dispendido para análise dos artigos foi muito alto, o que justifica a proposição de uma análise com profundidade da rede de palavras-chave e realização de testes para propor um novo conjunto de palavras, para futuras revisões sobre o tema.

Referente à pesquisa de avaliação, a principal limitação se deu pelo fato da amostra não ser probabilística e, portanto, a generalização dos seus resultados deve ser realizada com cautela. Outra limitação é que não foi possível fazer a análise sobre o

impacto das creditações NIAHO e CCHSA, uma vez que as instituições participantes não possuíam exclusivamente estas creditações. Outras limitações são a subjetividade inerente ao método e a definição de um participante por instituição. Porém, sobre esse último aspecto, o rigor do processo de aprovação interno envolvendo várias áreas (Direção, área de Ensino e Pesquisa, e Comitê de Ética) e a formalização da aprovação da participação por meio da assinatura do TCLE, reduzem o impacto desta limitação e demonstram que as pessoas direcionadas para responder ao questionário foram consideradas habilitadas pelas instituições para tal atividade. Adicionalmente, salienta-se que o perfil dos respondentes é uma evidência da sua qualificação e experiência. Além disto, em alguns casos os respondentes informaram que envolveram outras pessoas da instituição para responder ao questionário. Outra limitação é que o questionário não previa a situação de descontinuação do processo de creditação, o qual pode ter gerado um viés nos resultados, em que uma instituição atualmente sem creditação tem uma situação semelhante aos do grupo com creditação. Estima-se que o impacto dessa limitação não foi relevante para o estudo, pois essa situação foi reportada por apenas um respondente, conforme segue. Porém, deve ser considerada em pesquisas futuras com a inclusão de uma questão na caracterização da instituição.

“[...] Tive uma certa dificuldade em preencher o questionário, pois a instituição em que trabalho, já foi acreditada, e descontinuou o processo por uma série de questões. [...]”

(Confidencial – Participante a pesquisa)

Outro ponto identificado para melhoria está relacionado à definição do título da pesquisa. Algumas instituições responderam ao convite inicial informando que não iriam participar da pesquisa, pois achavam que não se enquadravam no perfil necessário devido ao seu estágio de implementação das práticas de qualidade ou creditação, conforme exemplo a seguir. Para as instituições que reportaram o fato, na maior parte dos casos foi possível reverter explicando melhor os objetivos do estudo, mas acredita-se que outras instituições possam ter feito a mesma leitura, porém não tenham relatado, impactando diretamente na taxa de resposta da pesquisa.

“Olá, recebemos teu projeto, no entanto acho que nosso hospital não se enquadra... Nosso processo ainda é muito insípido na questão da qualidade. [...]”

(Confidencial – Participante a pesquisa)

Os resultados permitem identificar algumas possibilidades de pesquisas futuras nas seguintes áreas: desenvolvimento e sustentabilidade dos programas de acreditação, um tema identificado como novo na revisão da literatura; custos na obtenção da acreditação, ainda pouco explorado; e quais os motivos da baixa aplicação das metodologias *Lean healthcare*, *Six sigma* e programa 5S no setor de saúde.

Ainda na dimensão financeira, outra oportunidade, é um estudo mais profundo para identificar quais seriam os indicadores adequados para avaliar o impacto da acreditação nos resultados e se as instituições possuem os mesmos implementados. O impacto na dimensão financeira é um tema complexo pela dificuldade em isolar o efeito do programa frente às outras iniciativas e fatores que impactam simultaneamente o resultado, por isto a discussão sobre indicadores pode auxiliar na sua condução. Porém, os seus resultados podem auxiliar na verificação se de fato não existe impacto financeiro ou se ele não é percebido porque não é medido.

E por fim, conforme citado nesse capítulo, outro ponto não explorado na pesquisa está relacionado às instituições que decidem descontinuar a acreditação, neste caso, podem ser estudados os motivos que levam à esta decisão, as questões financeiras relacionadas à renovação da certificação, e como se mantém na linha do tempo os benefícios alcançados pela acreditação obtida, mas que não foi renovada. Em um estudo exploratório, conduzido pela ONA (MORENO; DIAS; KELIAN, 2015), foram identificados como motivos a migração para certificação internacional; dificuldades financeiras; problemas com a instituição Acreditadora; decisão da alta direção; troca de gestão; não sustentação dos padrões determinados pela metodologia; e o não reconhecimento pelos convênios. O abandono da metodologia deu-se por motivos de dificuldade financeira em 21,7% dos casos.

5.3 Considerações finais

A presente dissertação não apresentou a pretensão de ser definitiva, dada a complexidade do tema. Para contribuir com a teoria, o estudo envolveu revisão da

literatura e pesquisa de campo, com vistas à avaliação do impacto da acreditação nas instituições de saúde brasileiras.

Por se tratar de um assunto importante, abrangente e com diversas lacunas identificadas, ao atingir seus objetivos esse projeto de pesquisa contribui com a teoria, na medida em que identificou os impactos organizacionais mais relevantes da acreditação e aspectos importantes para sua implementação por meio da análise das variáveis independentes contidas no modelo conceitual. Adicionalmente, foi constatado que o envolvimento dos pacientes e o monitoramento devem ser tratados com políticas próprias, e que metodologias importantes, com ganho reconhecido em outros setores, ainda são pouco exploradas e, por esta razão, representam uma oportunidade, entre elas o *Lean healthcare*, *Six sigma* e programa 5S.

A escolha do método de procedimento de pesquisa de avaliação (*survey*) mostrou-se eficaz, uma vez que permitiu atender aos objetivos propostos inicialmente, identificar novas lacunas para estudos futuros e trazer importantes contribuições gerenciais, tanto para instituições acreditadas, quanto para as instituições que estão planejando buscar a acreditação. E ainda, a pesquisa aponta para aspectos relevantes a serem considerados na discussão dos programas de acreditação ou certificação da qualidade no Brasil, tais como a necessidade de investimento na etapa de preparação. O instrumento de pesquisa também pode ser considerado como uma contribuição do estudo, pois a avaliação da qualidade demonstra que são necessários pequenos ajustes para torná-lo mais robusto.

Por fim, destaca-se o processo e rigor das pesquisas na área de saúde, desenvolvidas no Brasil. O processo de aprovação pelos Comitês de Ética e, internamente, pelas instituições, que, por vezes, parece trazer morosidade ao projeto de pesquisa, confere legitimidade ao estudo e aos resultados, uma vez que garante o direcionamento adequado e definição correta dos respondentes, reduzindo os vieses inerentes ao método de pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, A. Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 27, n. 3, p. 166–181, 2014.
- ABDALLAH, A.; HADDADIN, B. M.; AL-ATYAT, H. M.; HADDAD, L. J.; AL-SHARIF, S. L. Investigating the Applicability of EFQM and KAIIE in Jordanian Healthcare Organizations: A Case Study. **Jordan Journal of Mechanical and Industrial Engineering**, v. 7, n. 1, p. 49–55, 2013.
- ABOU ELNOUR, A.; HERNAN, A. L.; FORD, D.; CLARK, S.; FULLER, J.; JOHNSON, J. K.; DUNBAR, J. a. Surveyors' perceptions of the impact of accreditation on patient safety in general practice. **The Medical Journal of Australia**, v. 201, n. 3, p. 56–59, 2014.
- AGHEORGHIESEI, D. T.; ILIESCU, L.; GAVRILOVICI, C. What Is To Be Expected from an Ethics Audit Integrated Within the Accreditation Process of Hospitals from Romania ? **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 7, p. 737–747, 2013.
- AGHEORGHIESEI, D. T.; ILIESCU, L.; GAVRILOVICI, C.; OPREA, L. Why is an ethical and integrated audit accreditation process required for Romanian Hospitals? **South African Journal of Economic and Management Sciences**, v. 17, n. 3, p. 284–296, 2014.
- AL-AWA, B.; WEVER, A. de; MELOT, C.; DEVREUX, I. An overview of patient safety and accreditation: A literature review study. **Research Journal of Medical Sciences**, v. 5, n. 4, p. 200–223, 2011.
- ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. **Annals of Saudi Medicine**, v. 31, n. 4, p. 407–16, 2011.
- ALONAZI, W. B.; THOMAS, S. a. Quality of Care and Quality of Life: Convergence or Divergence? **Health Services Insights**, v. 7, p. 1–12, 2014.
- AMMAR, W.; KHALIFE, J.; EL-JARDALI, F.; ROMANOS, J.; HARB, H.; HAMADEH, G.; DIMASSI, H. Hospital accreditation, reimbursement and case mix: links and insights for contractual systems. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 505, 2013.
- ANDIRIC, L. R.; MASSAMBU, C. G. Laboratory Quality Improvement in Tanzania. **American Journal of Clinical Pathology**, v. 143, n. 4, p. 566–572, 2015.
- ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção On Line**, v. 5, n. 1, p. 1–27, mar. 2005.
- AZEVEDO, D. L.; OLIVEIRA, L. Z. Gestão da mudança na saúde - a acreditação Hospitalar. In: XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Curitiba. **Anais...** Curitiba: 2002.
- BEITSCH, L. M.; CORSO, L. C.; DAVIS, M. V.; JOLY, B. M.; KRONSTADT, J.; RILEY, W. J. Transforming Public Health Practice Through Accreditation (A User Guide for the Special Accreditation Issue). **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 2–3, 2014.

BERTRAND, J. W. M.; FRANSOO, J. C. Modelling and Simulation: Operations management research methodologies using quantitative modeling. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 241–264, 2002.

BOGH, S. B.; FALSTIE-JENSEN, A. M.; BARTELS, P.; HOLLNAGEL, E.; JOHNSEN, S. P. Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study. **International Journal for Quality in Health Care**, p. 1–8, 2015.

BOHIGAS, L.; HEATON, C. Methods for external evaluation of health care institutions. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 231–238, 2000.

BORGATTI, S.; EVERETT, M.; FREEMAN, L. **Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis, Analytic Technologies**, 2002. .

BRAITHWAITE, J.; GREENFIELD, D.; WESTBROOK, J.; PAWSEY, M.; WESTBROOK, M.; GIBBERD, R.; NAYLOR, J.; NATHAN, S.; ROBINSON, M.; RUNCIMAN, B.; JACKSON, M.; TRAVAGLIA, J.; JOHNSTON, B.; YEN, D.; MCDONALD, H.; LOW, L.; REDMAN, S.; JOHNSON, B.; CORBETT, A.; HENNESSY, D.; CLARK, J.; LANCASTER, J. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. **Quality & Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 14–21, 2010.

BRAITHWAITE, J.; SHAW, C. D.; MOLDOVAN, M.; GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; MUMFORD, V.; KRISTENSEN, M. B.; WESTBROOK, J.; NICKLIN, W.; FORTUNE, T.; WHITTAKER, S. Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: A cross-sectional study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 6, p. 568–577, 2012.

BRAITHWAITE, J.; WESTBROOK, J.; PAWSEY, M.; GREENFIELD, D.; NAYLOR, J.; IEDEMA, R.; RUNCIMAN, B.; REDMAN, S.; JORM, C.; ROBINSON, M.; NATHAN, S.; GIBBERD, R. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 113, 2006.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20/09/1990. 1990.

BRASIL. Projeto de Lei n 5.503, de 2013. Acrescenta o art. 39-A à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos serviços hospitalares. 2013. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AD5D23A811DE960064EF5F0EC8DFA3CC.proposicoesWeb1?codteor=1192872&filename=Tramitacao-PL+5503/2013>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. p. 40, 2014.

BRENNAN, T. A.; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A. R.; LAWTHERS, A. G.; NEWHOUSE, J. P.; WEILER, P. C.; HIATT, H. H. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. **The New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 370–376, 1991.

- BRODRIBB, W.; KRUSKE, S.; MILLER, Y. D. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In-Hospital Care Practices, and Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. 685–692, 2013.
- BRYMAN, A. **Research methods and organization studies**. London: Unwin Hyman, 1989.
- CAGLIANO, A. C.; GRIMALDI, S.; RAFELE, C. A systemic methodology for risk management in healthcare sector. **Safety Science**, v. 49, n. 5, p. 695–708, 2011.
- CARMAN, A. L.; TIMSINA, L. Public Health Accreditation: Rubber Stamp or Roadmap for Improvement. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. S2, p. S353–S359, 2015.
- CARMAN, A. L.; TIMSINA, L. R.; SCUTCHFIELD, F. D. Quality improvement activities of local health departments during the 2008-2010 economic recession. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 2, p. 171–174, 2014.
- CAUNDAY, O.; AGULLES, O.; MCGRATH, E.; EMPEREUR, F.; STOLTZ, J. F.; CHABANNON, C. Implementation of JACIE accreditation results in the establishment of new indicators that unevenly monitor processes contributing to the delivery of hematopoietic SCT. **Bone Marrow Transplantation**, v. 48, n. 4, p. 604–9, 2013.
- CHABANNON, C.; PAMPHILON, D.; VERMYLEN, C.; GRATWOHL, A.; NIEDERWIESER, D.; MCGRATH, E.; LAMERS, C.; LANZA, F.; SLAPER-CORTENBACH, I.; MADRIGAL, A.; APPERLEY, J. Ten years after the first inspection of a candidate European centre, an EBMT registry analysis suggests that clinical outcome is improved when hematopoietic SCT is performed in a JACIE accredited program. **Bone Marrow Transplantation**, v. 47, n. 1, p. 15–17, 2012.
- CHAI, K.-H.; XIAO, X. Understanding design research: A bibliometric analysis of Design Studies (1996–2010). **Design Studies**, v. 33, n. 1, p. 24–43, 2012.
- CHEN, J.; RATHORE, S. S.; RADFORD, M. J.; KRUMHOLZ, H. M. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. **Health Affairs**, v. 22, n. 2, p. 243–254, 2003.
- CHEN, L.-W.; NGUYEN, A.; JACOBSON, J. J.; GUPTA, N.; BEKMURATOVA, S.; PALM, D. Relationship Between Quality Improvement Implementation and Accreditation Seeking in Local Health Departments. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. S2, p. S295–S302, 2015.
- CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modeling. In: **Modern Methods for Business Research**. [s.l: s.n.]p. 295–336.
- CHUANG, S.; HOWLEY, P. P.; HANCOCK, S. Using clinical indicators to facilitate quality improvement via the accreditation process: An adaptive study into the control relationship. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 3, p. 277–283, 2013.
- CHUNG, K. P.; YU, T. H. Are quality improvement methods a fashion for hospitals in Taiwan? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 4, p. 371–379, 2012.
- COSTA, L. B. M.; FILHO, M. G.; RENTES, A. F.; BERTANI, T. M.; MARDEGAN, R. Lean healthcare in developing countries: Evidence from Brazilian hospitals. **International Journal of Health Planning and Management**, 2015.

COSTA, L. B. M.; GODINHO FILHO, M. Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. **Production Planning & Control**, v. 7287, n. February, p. 1–14, 2016.

DAULTANI, Y.; CHAUDHURI, A.; KUMAR, S. A Decade of Lean in Healthcare: Current State and Future Directions. **Global Business Review**, v. 16, n. 6, p. 1082–1099, 2015.

DAVIS, M. V.; BEVC, C. a.; SCHENCK, A. P. Declining Trends in Local Health Department Preparedness Capacities. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 11, p. 2233–2238, 2014.

DAVIS, M. V.; MAHANNA, E.; JOLY, B.; ZELEK, M.; RILEY, W.; VERMA, P.; FISHER, J. S. Creating quality improvement culture in public health agencies. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 1, p. 98–105, 2014.

DAY, S. W.; MCKEON, L. M.; GARCIA, J.; WILIMAS, J. A.; CARTY, R. M.; ALARCON, P. De; ANTILLON, F. F.; HOWARD, S. C.; M, C. R.; DE ALARCON, P.; ANTILLON, F. F.; HOWARD, S. C. Use of Joint Commission International Standards to Evaluate and Improve Pediatric Oncology Nursing Care in Guatemala. **Pediatr Blood Cancer**, v. 60, n. 2012, p. 810–815, 2013.

DERIU, P. L.; LA PIETRA, L.; PIEROTTI, M.; COLLAZZO, R.; PARADISO, A.; BELARDELLI, F.; DE PAOLI, P.; NIGRO, A.; LACALAMITA, R.; FERRARINI, M.; PELICCI, P.; ROLI, A.; CILIBERTO, G.; SCALA, S.; AMADORI, A.; CHIUSSOLE, D.; MUSTO, P.; FUSCO, V.; STORTO, G.; DE MARIA, R.; CANITANO, S.; APOLONE, G.; RAVELLI, M.; MAZZINI, E.; AMADORI, D.; BERNABINI, M.; ANCARANI, V.; LOMBARDO, C. Accreditation for excellence of cancer research institutes: Recommendations from the Italian Network of Comprehensive Cancer Centers. **Tumori**, v. 99, n. 6, p. 1–6, 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856–64, 26 maio 1978.

DONAHUE, K. T.; VANOSTENBERG, P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 243–246, 2000.

DÜCKERS, M.; FABER, M.; CRUIJSBERG, J.; GROL, R.; SCHOONHOVEN, L.; WENSING, M. Safety and risk management interventions in hospitals: a systematic review of the literature. **Medical Care Research and Review**, v. 66, n. 6 Suppl, p. 90S–119S, 2009.

DUCKETT, S. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. **Social science & medicine**, v. 17, n. 20, p. 1573–1579, 1983.

EL-JARDALI, F.; HEMADEH, R.; JAAFAR, M.; SAGHERIAN, L.; EL-SKAFF, R.; MDEIHLY, R.; JAMAL, D.; ATAYA, N. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 86, jan. 2014.

EL-JARDALI, F.; JAMAL, D.; DIMASSI, H.; AMMAR, W.; TCHAGHCHAGHIAN, V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 5, p. 363–371, 2008.

EMER, L.; COWLING, M.; MOWLDS, E.; O'CONNOR, J. Oregon public health division: building a collaborative approach to accreditation across a state public health system. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 93–5, 2014.

FALSTIE-JENSEN, A. M.; LARSSON, H.; HOLLNAGEL, E.; NORGAARD, M.; SVENDSEN, M. L. O.; JOHNSEN, S. P. Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 3, p. 165–174, 2015.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213–219, 2005.

FLODGREN, G.; POMEY, M.-P.; TABER, S. A.; ECCLES, M. P. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, p. CD008992, 2011.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating Structural Equation Models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, n. 1, p. 39 – 50, 1981.

FORZA, C. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 152–194, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57–63, 1995.

GOESCHEL, C. A.; WACHTER, R. M.; PRONOVOST, P. J. Responsibility for quality improvement and patient safety: Hospital board and medical staff leadership challenges. **Chest**, v. 138, n. 1, p. 171–178, 2010.

GOLDSCHMIDT, H.; VAN DER WEIDE, W.; VAN GENNIP, E. Application of the NIAZ frame of reference; impact on a departmental level. **Accreditation and Quality Assurance**, v. 6, p. 431–434 PubMed, 2001.

GRATWOHL, A.; BRAND, R.; MCGRATH, E.; VAN BIEZEN, A.; SUREDA, A.; LJUNGMAN, P.; BALDOMERO, H.; CHABANNON, C.; APPERLEY, J. Use of the quality management system “JACIE” and outcome after hematopoietic stem cell transplantation. **Journal of the European Hematology Association**, v. 99, n. 5, p. 908–915, 2014.

GRATWOHL, A.; BRAND, R.; NIEDERWIESER, D.; BALDOMERO, H.; CHABANNON, C.; CORNELISSEN, J.; DE WITTE, T.; LJUNGMAN, P.; MCDONALD, F.; MCGRATH, E.; PASSWEG, J.; PETERS, C.; ROCHA, V.; SLAPER-CORTENBACH, I.; SUREDA, A.; TICHELLI, A.; APPERLEY, J. Introduction of a Quality Management System and Outcome After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 15, p. 1980–1986, 2011.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 3, p. 172–183, 2008.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Developing the evidence base for accreditation

of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. **Quality & safety in health care**, v. 18, n. 3, p. 162–3, jun. 2009.

GREENFIELD, D.; CIVIL, M.; DONNISON, A.; HOGDEN, A.; HINCHCLIFF, R.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. A mechanism for revising accreditation standards: a study of the process, resources required and evaluation outcomes. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 571–576, 2014a.

GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; BANKS, M.; MUMFORD, V.; HOGDEN, A.; DEBONO, D.; PAWSEY, M.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. Analysing “big picture” policy reform mechanisms: the Australian health service safety and quality accreditation scheme. **Health Expectations**, p. 1–13, 2014b.

GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; HOGDEN, A.; MUMFORD, V.; DEBONO, D.; PAWSEY, M.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: interview study of multiple stakeholders in Australian health care. **The International Journal of Health Planning and Management**, 2015.

GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; PAWSEY, M.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. The public disclosure of accreditation information in Australia: Stakeholder perceptions of opportunities and challenges. **Health Policy**, v. 113, n. 1–2, p. 151–159, 2013a.

GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; WESTBROOK, M.; JONES, D.; LOW, L.; JOHNSTON, B.; BANKS, M.; PAWSEY, M.; MOLDOVAN, M.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. An empirical test of accreditation patient journey surveys: Randomized trial. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 5, p. 495–500, 2012a.

GREENFIELD, D.; KELLNER, A.; TOWNSEND, K.; WILKINSON, A.; LAWRENCE, S. A. Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an Australian study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 4, p. 372–377, 2014c.

GREENFIELD, D.; MOLDOVAN, M.; WESTBROOK, M.; JONES, D.; LOW, L.; JOHNSTON, B.; CLARK, S.; BANKS, M.; PAWSEY, M.; HINCHCLIFF, R.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. An empirical test of short notice surveys in two accreditation programmes. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 1, p. 65–71, 2012b.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 1, p. 8–14, 2011.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. Accreditation: a global regulatory mechanism to promote quality and safety. In: SOLLECITO, W.; JOHNSON, J. (Ed.). **In Continuous quality improvement in health care**. 4th. ed. New York: Jones and Barlett Learning, 2013. p. 513–531.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; NAYLOR, J.; BRAITHWAITE, J. Are accreditation surveys reliable? **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 22, n. 2, p. 105–116, 2009.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; NAYLOR, J.; BRAITHWAITE, J. Researching the reliability of accreditation survey teams: Lessons learnt when things went awry. **Health**

Information Management Journal, v. 42, n. 1, p. 4–10, 2013b.

GRIFFITH, J. R.; KNUTZEN, S. R.; ALEXANDER, J. A. Structural versus Outcomes Measures in Hospitals: A Comparison of Joint Commission and Medicare Outcomes Scores in Hospitals. **Quality Management in Health Care**, v. 10, n. 2, p. 29–38, 2002.

GROENE, O.; ARAH, O. A.; KLAZINGA, N. S.; WAGNER, C.; BARTELS, P. D.; KRISTENSEN, S.; SAILLOUR, F.; THOMPSON, A.; THOMPSON, C. A.; PFAFF, H.; DERSARKISSIAN, M.; SUNOL, R. Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. **PloS one**, v. 10, n. 7, p. e0131805, 2015.

GROENE, O.; SUNOL, R. Patient involvement in quality management: rationale and current status. **Journal of Health Organization and Management**, v. 29, n. 5, p. 556–69, 2015.

GUINDO, M. a.; SHOTT, J. P.; SAYE, R.; DIAKITE, M. L.; SANOGO, S.; DEMBELE, M. B.; KEITA, S.; NAGEL, M. C.; ELLIS, R. D.; AEBIG, J. a.; DIALLO, D. a.; DOUMBO, O. K. Promoting Good Clinical Laboratory Practices and Laboratory Accreditation to Support Clinical Trials in Sub-Saharan Africa. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 86, n. 4, p. 573–579, 2012.

HAGOS, K. M.; PIRANI, S.; HANCHETT, D.; SHAH, N. R.; BIRKHEAD, G. New York State Department of Health: Approaching the Documentation Selection Process From an Improvement Perspective. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 87–89, 2014.

HAIR, J. F.; BLACK, B.; BABIN, B.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L. **Multivariate data analysis**. 6. ed. London: Prentice Hall, 2006.

HAN, E.; SCHOLLE, S. H.; MORTON, S.; BECHTEL, C.; KESSLER, R. Survey shows that fewer than a third of patient-centered medical home practices engage patients in quality improvement. **Health Affairs**, v. 32, n. 2, p. 368–375, 2013.

HANDAYANI, P. W.; HIDAYANTO, A. N.; SANDHYADUHITA, P. I.; KASIYAH; AYUNINGTAYS, D. Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. **Expert Systems With Applications**, v. 42, n. 6, p. 3067–3078, 2015.

HIBBARD, J. H.; STOCKARD, J.; TUSLER, M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? **Health Affairs**, v. 22, n. 2, p. 84–94, 2003.

HINCHCLIFF, R.; GREENFIELD, D.; MOLDOVAN, M.; WESTBROOK, J. I.; PAWSEY, M.; MUMFORD, V.; BRAITHWAITE, J. Narrative synthesis of health service accreditation literature. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 12, p. 979–91, dez. 2012.

HINCHCLIFF, R.; GREENFIELD, D.; WESTBROOK, J. I.; PAWSEY, M.; MUMFORD, V.; BRAITHWAITE, J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 437, jan. 2013.

HO, M.-J.; CHANG, H.-H.; CHIU, Y.-T.; NORRIS, J. L. Effects of Hospital Accreditation on Medical Students: A National Qualitative Study in Taiwan. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1533–1539, 2014.

HOTCHKISS, C. Missoula City-County Health Department: Accreditation Preparation in the Preapplication Phase. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 90–92, 2014.

HSIAO, Y. Y.; CHENG, S. H. Is there a disparity in the hospital care received under a universal health insurance program in taiwan? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 3, p. 232–238, 2013.

IKPAAHINDI, L. An Overview of Bibliometrics: Its Measurements, Laws and Their Applications. **Libri**, v. 35, n. 2, p. 163–177, 1985.

IMANI NASAB, M. H.; MOHAGHEGH, B.; KHALES, N.; JAAFARIPOOYAN, E. Parallel quality assessment of emergency departments by european foundation for quality management model and iranian national program for hospital evaluation. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 6, p. 610–619, 2013.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Putting the Balanced Scorecard to Work. **The Economic Impact of Knowledge**, p. 315–324, 1998.

KELTON, R. E.; TALAN, T. N.; BLOOM, P. J. Alternative Pathways in Family Child Care Quality Rating and Improvement Systems. **Early Childhood Research & Practice**, v. 15, n. 2, 2014.

KLAZINGA, N. S. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 183–189, 2000.

KOWALSKI, C.; WESSELMANN, S.; KREIENBERG, R.; SCHULTE, H.; PFAFF, H. The patients view on accredited breast cancer centers: Strengths and potential for improvement. **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 72, n. 2, p. 137–143, 2012.

KWON, S.; WANG, B.; WONG, E.; ALFONSO-CRISTANCHO, R.; SULLIVAN, S. D.; FLUM, D. R. The impact of accreditation on safety and cost of bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 5, p. 617–622, 2013.

LAFRANCE, M. Tooele County Health Department: Building on the Beta Test to Prepare for Accreditation. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 96–97, 2014.

LAYMON, B.; SHAH, G.; LEEP, C. J.; ELLIGERS, J. J.; KUMAR, V. The Proof's in the Partnerships: Are Affordable Care Act and Local Health Department Accreditation Practices Influencing Collaborative Partnerships in Community Health Assessment and Improvement Planning? **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 21, n. 1, p. 12–17, 2015.

LEAPE, L.; BERWICK, D.; CLANCY, C.; CONWAY, J.; GLUCK, P.; GUEST, J.; LAWRENCE, D.; MORATH, J.; O'LEARY, D.; O'NEILL, P.; PINAKIEWICZ, D.; ISAAC, T. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality & Safety in Health Care**, v. 18, n. 6, p. 424–8, 2009.

LEAPE, L. L.; BRENNAN, T. A.; LAIRD, N.; LAWTHERS, A. G.; LOCALIO, A. R.; BARNES, B. A.; HEBERT, L.; NEWHOUSE, J. P.; WEILER, P. C.; LL, M.; HIATT, H. The Nature of adverse events in hospitalized patients - Results of the Harvard Medical Practice Study II. **The New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 377–384, 1991.

LEE, M. Motivations to Pursue Accreditation in Children's Mental Health Care: a Multiple Case Study. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 24, n. 33, p. 399–415, 2014.

LIU, S.-H.; WU, J.-N.; DAY, J.-D.; MUO, C.-H.; SUNG, F.-C.; KAO, C.-H.; LIANG, J. -a. Mortality and cost of radiation therapy for oesophageal cancer according to hospital accreditation level: a nationwide population-based study. **European Journal of Cancer Care**, v. 24, n. 3, p. 333–339, 2015.

MAKAI, P.; KLAZINGA, N.; WAGNER, C.; BONCZ, I.; GULACSI, L. Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. **Health Policy**, v. 90, n. 2-3, p. 175–180, maio 2009.

MALIK, A. M. O caminho da acreditação no país. **Revista Melhores Práticas**, v. 15, p. 20–21 Pubmed, 2014.

MANZO, B. F.; BRITTO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 46–51, 2013.

MANZO, B. F.; BRITTO, M. J. M.; CORRÊA, A. dos R. Implications of Hospital Accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 388–94, 2012.

MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C. T. C.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 151–158, 2012.

MARONE, K. P.; JOLY, B. M.; BIRKHIMER, N.; RICKER, V. J.; RILEY, B. Maine Center for Disease Control and Prevention: Accreditation Readiness Review. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 76–78, 2014.

MARSHALL, D.; PYRON, T.; JIMENEZ, J.; COFFMAN, J.; PEARSOL, J.; KOESTER, D. Improving Public Health Through State Health Improvement Planning: A Framework for Action. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 23–28, 2014.

MARSHALL, J. Oklahoma State Department of Health: Insights From a Newly Accredited State Health Department. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 70–72, 2014.

MARX, D. A.; SLONIM, A. D. Assessing patient safety risk before the injury occurs: an introduction to sociotechnical probabilistic risk modelling in health care. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12 Suppl 2, p. ii33–8, 2003.

MBAH, H.; OJO, E.; AMEH, J.; MUSULUMA, H.; NEGEDU-MOMOH, O. R.; JEGEDE, F.; OJO, O.; UWAKWE, N.; OCHEI, K.; DADA, M.; UDAH, D.; CHIEGIL, R.; TORPEY, K. Piloting Laboratory Quality System Management in Six Health Facilities in Nigeria. **PLoS ONE**, v. 9, n. 12, p. e116185, 2014.

MCHUGH, M.; NEIMEYER, J.; POWELL, E.; KHARE, R. K.; ADAMS, J. G. An early look at performance on the emergency care measures included in medicare's hospital inpatient value-based purchasing program. **Annals of Emergency Medicine**, v. 61, n. 6, p. 616–623.e2, 2013.

MENDELEY SUPPORT TEAM. **Mendeley GuideMendeley Desktop**Mendeley Ltd., , 2011. . Disponível em: <<http://www.mendeley.com>>.

MERKOW, R. P.; CHUNG, J. W.; PARUCH, J. L.; BENTREM, D. J.; BILIMORIA, K. Y. Relationship between cancer center accreditation and performance on publicly reported quality measures. **Annals of Surgery**, v. 259, n. 6, p. 1091–7, 2014.

MESSENGER, O. Risk management in the hospital: Medical staff must be involved. **Canadian Medical Association Journal**, v. 139, p. 994–996, 1988.

MIGUEL, P. A. C. **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOELLER, J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 1, p. 45–49, 2001.

MOHAMMADI, M.; MATIN, B. K.; RIAHI, L. The Impacts of the Hospital Accreditation on the Education of Manpower in Iman Reza Hospital. **Advances in Environmental Biology**, v. 8, n. 9, p. 318–324, 2014.

MONTEIRO, E.; FISHER, J. S.; DAUB, T.; ZAMPERETTI, M. C. CDC/NACCHO Accreditation Support Initiative: Advancing Readiness for Local and Tribal health Department Accreditation. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 14–19, 2014.

MORENO, M. C. de T. S. M.; DIAS, K. C.; KELIAN, A. R. Pesquisa de abandono de certificação de qualidade em saúde. In: Quali Hosp - Congresso internacional de Qualidade em serviços e sistemas de saúde. Quanto custo a falta de qualidade?, **Anais...**2015.

MORLOCK, L.; MALITZ, F. Do hospital risk management programs make a difference?: Relationships between risk management program activities and hospital malpractice claims experience. **Law and contemporary problems**, v. 54, n. 2, p. 1–22, 1991.

MORTON, J. M.; GARG, T.; NGUYEN, N. Does Hospital Accreditation Impact Bariatric Surgery Safety ? **Annals of Surgery**, v. 260, n. 3, p. 504–509, 2014.

MUMFORD, V.; FORDE, K.; GREENFIELD, D.; HINCHCLIFF, R.; BRAITHWAITE, J. Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 5, p. 606–20, 2013.

MUMFORD, V.; GREENFIELD, D.; HOGDEN, A.; DEBONO, D.; GOSPODAREVSKAYA, E.; FORDE, K.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. Disentangling quality and safety indicator data: a longitudinal, comparative study of hand hygiene compliance and accreditation outcomes in 96 Australian hospitals. **BMJ Open**, v. 4, n. 9, p. e005284–e005284, 2014.

MUMFORD, V.; GREENFIELD, D.; HOGDEN, A.; FORDE, K.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. Counting the costs of accreditation in acute care: an activity-based costing approach. **BMJ open**, v. 5, n. 9, p. e008850, 2015.

NABITZ, U. W.; KLAZINGA, N. S. EFQM approach and the Dutch Quality Award. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 12, n. 3, p. 65–70, 1999.

NOUWENS, E.; VAN LIESHOUT, J.; BOUMA, M.; BRASPENNING, J.; WENSING, M. Effectiveness of Improvement Plans in Primary Care Practice Accreditation: A Clustered Randomized Trial. **PLoS ONE**, v. 9, n. 12, p. e114045, 2014.

NOUWENS, E.; VAN LIESHOUT, J.; WENSING, M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 78, 2015.

NOVICK, L. F. Fulfilling a Need: A 20-Year Focus on Public Health Practice. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 1, 2014.

O'BEIRNE, M.; ZWICKER, K.; STERLING, P. D.; LAIT, J.; ROBERTSON, H. L.; OELKE, N. D. The status of accreditation in primary care. **Quality in Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 23–31, 2013.

PARTHASARATHY, S.; SUBRAMANIAN, S.; QUAN, S. F. A multicenter prospective comparative effectiveness study of the effect of physician certification and center accreditation on patient-centered outcomes in obstructive sleep apnea. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 10, n. 3, p. 243–249, 2014.

PEACOCK, W. F.; KONTOS, M. C.; DIERCKS, D.; HOLMES, D.; HOLMES, K. S.; ROE, M.; ROSS, M. Impact of Society of Cardiovascular Patient Care accreditation on quality: an ACTION Registry®-Get With The Guidelines™ analysis. **Critical Pathways in Cardiology**, v. 12, n. 3, p. 116–120, 2013.

PENG, D. X.; LAI, F. Using partial least squares in operations management research: A practical guideline and summary of past research. **Journal of Operations Management**, v. 30, n. 6, p. 467–480, 2012.

PESTANA, M. H.; GAGIEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais - a complementariedade do spss**. 5. ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2008.

PILKINGTON, A.; CHAI, K.-H. Research themes, concepts and relationships: A study of International Journal of Service Industry Management (1990-2005). **International Journal of Service Industry Management**, v. 19, n. 1, p. 83–110, 2008.

PILKINGTON, A.; MEREDITH, J. The evolution of the intellectual structure of operations management-1980-2006: A citation/co-citation analysis. **Journal of Operations Management**, v. 27, n. 3, p. 185–202, 2009.

POMEY, M.-P.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; FRANÇOIS, P.; BERTRAND, D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 17, n. 3, p. 113–124, 2004.

POMEY, M.-P.; LEMIEUX-CHARLES, L.; CHAMPAGNE, F.; ANGUS, D.; SHABAH, A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation Science**, v. 5, n. 31, p. 14, 2010.

PRITCHARD, C. L. **Risk management: concepts and guidance**. Virginia: ESI International, 1997.

PRONOVOST, P. J.; DEMSKI, R.; CALLENDER, T.; WINNER, L.; MILLER, M.; AUSTIN, J. M.; BERENHOLTZ, S. M.; GROUPS, N. L. C. M. Demonstrating High Reliability on Accountability Measures at The Johns Hopkins Hospital. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 39, n. 12, p. 531, 2013.

RAJAMANI, K.; MILLIS, S.; WATSON, S.; MADA, F.; SALOWICH-PALM, L.; HINTON, S.; CHATURVEDI, S. Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke in Joint Commission-certified and -noncertified Hospitals in Michigan. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 22, n. 1, p. 49–54, 2013.

RAJAN, A.; WIND, A.; SAGHATCHIAN, M.; THONON, F.; BOOMSMA, F.; VAN HARTEN, W. H. Staff perceptions of change resulting from participation in a European cancer accreditation programme: a snapshot from eight cancer centres.

ecancermedicalscience, v. 9, p. 1–11, 2015.

RATCLIFFE, R. L. Re-engineering hospital accreditation. **Clinical Governance: An International Journal**, v. 14, p. 315–335, 2009.

REASON, J. Understanding adverse events: human factors. **Quality in Health Care**, v. 4, n. 2, p. 80–9, 1995.

REASON, J. Human error: models and management. **The Western journal of medicine**, v. 172, n. 6, p. 393–6, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1070929&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

RICCARDO, J.; PARENT, C.; DESALVO, K. New Orleans Health Department Records: Using the Accreditation Framework to Transform a Local Health Department. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 66–69, 2014.

ROBERTS, J. S.; COALE, J. G.; REDMAN, R. R. A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. **JAMA**, v. 258, n. 7, p. 936–940, 1987.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 2004. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

RUNCIMAN, W. B.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009.

SAGHATCHIAN, M.; THONON, F.; BOOMSMA, F.; HUMMEL, H.; KOOT, B.; HARRISON, C.; RAJAN, A.; VALERIOLA, D. de; OTTER, R.; PONTES, J. L.; LOMBARDO, C.; MCGRATH, E.; RINGBORG, U.; TURSZ, T.; VAN HARTEN, W. Pioneering Quality Assessment in European Cancer Centers: A Data Analysis of the Organization for European Cancer. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 5, p. e342–e349, 2014.

SALEH, S. S.; SLEIMAN, J. B.; DAGHER, D.; SBEIT, H.; NATAFGI, N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 3, p. 284–290, 2013.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SAX, S.; MARX, M. Local perceptions on factors influencing the introduction of international healthcare accreditation in Pakistan. **Health Policy and Planning**, v. 29, p. 1021–1030, 2013.

SCHILDT, H. **SITKIS: Software for Bibliometric Data Management and Analysis** Helsinki Institute of Strategy and International Business, , 2002. .

SCHYVE, P. M. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Healthcare Organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 255–258, 2000.

SCRIVENS, E. Assessing the value of accreditation systems. **The European Journal of Public Health**, v. 7, p. 4–8, 1997.

SHAW, C. D. External quality mechanisms for health care: Summary of the ExPeRT

project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 169–175, 2000.

SHAW, C. D. Evaluating accreditation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 455–456, 2003.

SHAW, C. D.; BRAITHWAITE, J.; MOLDOVAN, M.; NICKLIN, W.; GRGIC, I.; FORTUNE, T.; WHITTAKER, S. Profiling health-care accreditation organizations: An international survey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 3, p. 222–231, 2013.

SHAW, C. D.; GROENE, O.; BOTJE, D.; SUNOL, R.; KUTRYBA, B.; KLAZINGA, N.; BRUNEAU, C.; HAMMER, A.; WANG, A.; ARAH, O. a; WAGNER, C. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26 Suppl 1, n. March, p. 1–8, 2014.

SISAY, A.; MINDAYE, T.; TESFAYE, A.; ABERA, E.; DESALE, A. Assessing the outcome of Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation (SLMTA) on laboratory quality management system in city government of Addis Ababa, Ethiopia. **Pan African Medical Journal**, v. 20, n. 20, p. 314, 2015.

[CSL STYLE ERROR: reference with no printed form.]

SONG, P.; LI, W.; ZHOU, Q. An outpatient antibacterial stewardship intervention during the journey to JCI accreditation. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 15, n. 1, p. 8, 2014.

SPIRI, W. C.; MACPHEE, M. The Meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 45, n. 3, p. 265–272, 2013.

SUNOL, R.; WAGNER, C.; ARAH, O. A.; KRISTENSEN, S.; PFAFF, H.; KLAZINGA, N.; THOMPSON, C. A.; WANG, A.; DERSARKISSIAN, M.; BARTELS, P.; MICHEL, P.; GROENE, O.; KRINGOS, D. S.; LOMBARTS, M. J. M. H.; PLOCHG, T.; LOPEZ, M. A.; SECANELL, M.; VALLEJO, P.; SAILLOUR-GLENISSON, F.; CAR, M.; JONES, S.; KLAUS, E.; BOTTARO, S.; GAREL, P.; SALUVAN, M.; BRUNEAU, C.; DEPAIGNE-LOTH, A.; SHAW, C. D.; HAMMER, A.; OMMEN, O.; BOTJE, D.; KUTAJ-WASIKOWSKA, H.; KUTRIBA, B.; ESCOVAL, A.; LÍVIO, A.; EIRAS, M.; FRANCA, M.; LEITE, I.; ALMEMAN, F.; KUS, H.; OZTURK, K.; MANNION, R.; THOMPSON, A. Implementation of departmental quality strategies is positively associated with clinical practice: Results of a multicenter study in 73 hospitals in 7 european countries. **PLoS ONE**, v. 10, n. 11, p. 1–16, 2015.

TABRIZI, J. S.; GHARIBI, F.; PIRAHARY, S. Developing of National Accreditation Model for Rural Health Centers in Iran Health System. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 12, p. 1438–1445, 2013.

TELEM, D. A.; TALAMINI, M.; ALTIERI, M.; YANG, J.; ZHANG, Q.; PRYOR, A. D. The effect of national hospital accreditation in bariatric surgery on perioperative outcomes and long-term mortality. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 11, n. 4, p. 749–757, 2015.

THIELEN, L.; DAUER, E.; BURKHARDT, D.; LAMPE, S.; VANRAEMDONCK, L. An Examination of State Laws and Policies Regarding Public Health Agency Accreditation

Prerequisites. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 111–118, 2014a.

THIELEN, L.; LEFF, M.; CORSO, L.; MONTEIRO, E.; FISHER, J. S.; PEARSOL, J. A Study of Incentives to Support and Promote Public Health Accreditation. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 98–103, 2014b.

TOWERS, T. J.; CLARK, J. Pressure and Performance: Buffering Capacity and the Cyclical Impact of Accreditation Inspections on Risk-Adjusted Mortality. **Journal of Health Economics**, v. 5, p. 323–335, 2014.

VAN DOORN – KLOMBERG, A. L.; BRASPENNING, J. C. C.; WOLTERS, R. J.; BOUMA, M.; WENSING, M. Effect of accreditation on the quality of chronic disease management: a comparative observational study. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 179, 2014.

VERMA, P.; MORAN, J. W. Sustaining a Quality Improvement Culture in Local Health Departments Applying for Accreditation. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 43–48, 2014.

WACHTER, R. M. Patient safety at ten: Unmistakable progress, troubling gaps. **Health Affairs**, v. 29, n. 1, p. 165–173, 2010.

WAGNER, C.; GULÁCSI, L.; TAKACS, E.; OUTINEN, M. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 50, 2006.

WAGNER, L. M.; MCDONALD, S. M.; CASTLE, N. G. Joint Commission Accreditation and Quality Measures in U.S. Nursing Homes. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v. 13, n. 1, p. 8–16, 2012a.

WAGNER, L. M.; MCDONALD, S. M.; CASTLE, N. G. Relationship between nursing home safety culture and culture and Joint Commission accreditation. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 38, n. 5, p. 207–215, 2012b.

WAGNER, L. M.; MCDONALD, S. M.; CASTLE, N. G. Impact of voluntary accreditation on short-stay rehabilitative measures in U.S. nursing homes. **Rehabilitation Nursing**, v. 38, n. 4, p. 167–177, 2013.

WALKER, C. Cabarrus Health Alliance: Experiences with State and National Accreditation. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 79–81, 2014.

WETTA, R. E.; PEZZINO, G.; LACLAIR, B.; ORR, S.; BROWN, M. B. Voices Across Kansas: Community Health Assessment and Improvement Efforts Among Local Health Departments. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, n. 1, p. 39–42, 2014.

WOODHEAD, A. Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n. 8, p. 688–702, 2013.

YILDIZ, A.; KAYA, S. Perceptions of nurses on the impact of accreditation on quality of care. **Clinical Governance: An International Journal**, v. 19, n. 2, p. 69–82, 2014.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. 5. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2013.

YOUSSEFIAN, S.; HARAT, A. T.; FATHI, M.; RAVAND, M. A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital--JCI to the health care excellence model. **Advances in Environmental Biology**, v. 7, n. 6, p. 956–967 PubMed, 2013.

ZEGERS, M.; DE BRUIJNE, M. C.; WAGNER, C.; HOONHOUT, L. H. F.; WAAIJMAN, R.; SMITS, M.; HOUT, F. A. G.; ZWAAN, L.; CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I.; TIMMERMANS, D. R. M.; GROENEWEGEN, P. P.; VAN DER WAL, G. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Quality & Safety in Health Care**, v. 18, p. 297–302, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de apresentação do questionário de pesquisa

ESCOLA POLITÉCNICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Av. Prof. Almeida Prado, travessa 2 nº 128 CEP 05508-900 São Paulo-SP
Tel.: (011) 3091-5363/5195 Fax (011) 3091-5399

Prezado(a) Senhor(a),

Este levantamento é parte das atividades de pesquisa planejadas pelo Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

O objetivo é avaliar os impactos dos programas de acreditação nas Instituições, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos, no setor, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Para auxiliar na avaliação dos impactos da acreditação, será realizada uma avaliação das Instituições com acreditação *versus* Instituições que não possuem a acreditação.

A sua contribuição é de extrema importância para a elaboração de um panorama dos programas de acreditação no Brasil. Um resumo do resultado desta pesquisa será enviado a todos os participantes que disponibilizarem seu endereço eletrônico e fizerem esta opção ao responder o questionário.

Todas as informações levantadas pela pesquisa são de caráter estritamente confidencial, estando vedada a divulgação ou acesso aos dados individuais da fonte informante para qualquer instituição, órgão público ou pessoa física. Somente serão apresentados grupamentos que contenham acima de cinco participantes.

O questionário é constituído por questões para:

- I. Caracterização da Instituição e do respondente;
- II. Identificação das atividades de segurança do paciente e gestão da qualidade;
- III. Levantamento das motivações para buscar a acreditação;
- IV. Levantamento dos mecanismos de mudança;
- V. Evolução dos indicadores das metas internacionais de segurança;
- VI. Identificação dos impactos da acreditação.

Agradecemos muito a sua participação nesta pesquisa e esperamos que o resultado seja de valia para a sua organização.

Atenciosamente,

Ana Maria Saut (Mestranda da Engenharia de Produção – POLI – USP)

Fernando Tobal Berssaneti (Orientador – Prof. Dr da Engenharia de Produção – POLI – USP)

APÊNDICE B – Modelo do questionário para a pesquisa de avaliação (*survey*)

I. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

- 1) Dados da instituição:
  - a. Nome da instituição: _____
  - b. Cidade/ Município: _____
  - c. Estado: _____

- 2) Classificação da instituição, quanto ao controle administrativo:
  - ( ) Privado
  - ( ) Público
  - ( ) Beneficente
  - ( ) Outro. Especifique: _____

- 3) Classificação da instituição pelo tipo de estabelecimento:
  - ( ) Hospital Geral (pode dispor de serviço de Urgência/Emergência)
  - ( ) Hospital Especializado (pode dispor de serviço de Urgência/Emergência)
  - ( ) Pronto Socorro Geral
  - ( ) Pronto Socorro Especializado
  - ( ) Laboratório
  - ( ) Outro. Especifique: _____

- 4) A instituição exerce função educativa?
  - ( ) Sim. Pesquisa, Educação ou ambas? _____
  - ( ) Não

- 5) Qual a capacidade das instalações?
  - ( ) Hospital de pequeno porte: até 49 leitos
  - ( ) Hospital de médio porte: 50 a 149 leitos
  - ( ) Hospital de grande porte: 150 a 500 leitos
  - ( ) Hospital de capacidade especial ou extra: acima de 500 leitos
  - ( ) Não se aplica

- 6) Qual o número aproximado de funcionários? _____

- 7) Quais selos de qualidade, certificações ou creditações que a instituição possui (pode ser assinalada mais de uma opção)?
  - ( ) Não possui acreditação ou certificação
  - ( ) Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação) – Nível I
  - ( ) Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação) – Nível II
  - ( ) Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação) – Nível III
  - ( ) Acreditação JCI (*Joint Commission International*)
  - ( ) Acreditação CCHSA (*Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*)
  - ( ) Acreditação NIAHO (*National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*)
  - ( ) Certificação ISO 9001
  - ( ) Certificação ISO 14001
  - ( ) Outra (s). Qual? _____

- 8) Se a instituição possui a acreditação, quanto tempo foi necessário para sua implementação (período entre o início das atividades até a obtenção da acreditação)?
- ☐ 1 ano ou menos
  - ☐ entre 1 e 2 anos
  - ☐ entre 2 e 3 anos
  - ☐ entre 3 e 4 anos
  - ☐ acima de 4 anos
  - ☐ Não possui acreditação/ Não se aplica
- 9) A instituição já participou do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS)?
- ☐ Sim e foi premiada pelo menos uma vez
  - ☐ Sim, mas não chegou a ser premiada
  - ☐ Não
- 10) A instituição possui uma área corporativa de Qualidade?
- ☐ Sim. Há quantos anos aproximadamente? _____
  - ☐ Não
- 11) A instituição deseja receber os resultados da pesquisa por *e-mail*?
- ☐ Sim. Qual o *e-mail*? _____
  - ☐ Não
- 12) A instituição gostaria que seu nome fosse citado nos agradecimentos?
- ☐ Sim
  - ☐ Não

II. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

- 1) Dados pessoais:
- a. Nome respondente: _____
  - b. Nome da área: _____
  - c. Endereço de *e-mail*: _____
- 2) Sexo:
- ☐ Feminino
  - ☐ Masculino
- 3) Idade:
- ☐ 20 a 29 anos
  - ☐ 30 a 39 anos
  - ☐ 40 a 49 anos
  - ☐ 50 a 59 anos
  - ☐ 60 anos ou acima
- 4) Grau de instrução:
- ☐ Segundo grau completo
  - ☐ Terceiro grau incompleto
  - ☐ Terceiro grau completo
  - ☐ Especialização
  - ☐ Mestrado
  - ☐ Doutorado
  - ☐ Outros. Qual? _____

5) Cargo/ Função atual:

- ( ) Presidente
 ( ) Diretor
 ( ) Gerente ou Chefe de Departamento
 ( ) Supervisor ou Coordenador
 ( ) Especialista
 ( ) Outros. Especifique: _____

6) Tempo de experiência profissional (informar tempo aproximado em anos):

- a. Tempo em que atua no cargo/função atual: _____
 b. Tempo em que trabalha instituição atual: _____
 c. Tempo total de experiência profissional: _____

III. ATIVIDADES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Atualmente, quais destas atividades são realizadas pela sua instituição?

Atividades de Segurança do Paciente	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
12) Sistema de reporte de eventos adversos				
13) Comitê de segurança do paciente				
14) Gestão de riscos				
15) Comitê de acidentes				
16) Comprometimento dos gestores				
17) Treinamento em segurança do paciente				
18) Definição de recursos				
19) Utilização de um sistema de reporte de eventos adversos				
20) Prevenção de quedas				
21) Prevenção de erros de (administração) de medicação				
22) Reporte de <i>near miss</i>				

IV. ATIVIDADES DE GESTÃO DA QUALIDADE

Atualmente, quais destas atividades são realizadas pela sua instituição?

Atividades de Gestão da Qualidade	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
9) Definição da Missão, Visão e Valores				
10) Planejamento Estratégico				
11) Desdobramento e gerenciamento de metas				
12) Padronização dos processos				
13) Definição e uso de indicadores para gerenciamento dos processos				
14) Projetos de melhoria <i>Six Sigma</i>				
15) Aplicação da metodologia <i>Lean service</i> ou <i>Lean Healthcare</i>				
16) Programa 5S				

V. PLANEJAMENTO – POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS***Sobre as Políticas e o Plano Estratégico da instituição, pode-se afirmar:***

Atividades de Gestão da Qualidade	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
10) O programa de acreditação faz parte do Plano Estratégico da instituição				
11) A instituição tem uma política de qualidade				
12) Existe uma política de qualidade que considera o programa de acreditação				
13) Foi estabelecido um manual da qualidade				
14) Foram estabelecidos os objetivos da qualidade				
15) Os objetivos da qualidade são mensurados				
16) Existe um plano de ação da qualidade				
17) É feito um relatório anual da qualidade				
18) A Alta Administração realiza, periodicamente, uma análise crítica do sistema de gestão da qualidade * Análise crítica é uma avaliação das oportunidades de melhoria e das necessidades de mudança				

VI. ENVOLVIMENTO DOS PACIENTES***Atualmente, qual o envolvimento dos pacientes na melhoria da qualidade dos serviços?***

Envolvimento dos pacientes	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
8) Avaliação das metas de qualidade				
9) Desenvolvimento dos critérios de qualidade				
10) Participação em comitês e projetos de melhoria				
11) Desenvolvimento das diretrizes de qualidade				
12) Envolvimento dos familiares dos pacientes				
13) Pesquisa de satisfação dos pacientes				
14) Existe um processo formal de comunicação com os pacientes em relação às dúvidas, sugestões e reclamações				

VII. ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS***A instituição realiza atividades para envolver todos os funcionários nos programas de qualidade?***

Envolvimento dos profissionais	Não	Sim, mas não está integralmente operacionalizado	Sim	Não se aplica/ Não sabe
6) Ações para envolvimento dos médicos cadastrados				
7) Ações para envolvimento dos demais profissionais da área de saúde que atuam na instituição				
8) Ações para envolvimento dos profissionais das áreas administrativas				
9) Ações para envolvimento dos profissionais das áreas de apoio				
10) Ações para envolvimento dos terceiros (prestadores de serviço) que atuam na instituição				

VIII. MOTIVAÇÕES

Por que as instituições buscam a acreditação? Os hospitais com acreditação devem responder considerando quais foram as motivações. Os hospitais não acreditados devem responder quais são/seriam as motivações para buscar a acreditação.

Motivações	Discordo totalmente	Não concordo, nem discordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Não sabe
1) Melhorar a qualidade dos serviços				
2) Melhorar a <i>performance</i>				
3) Padronizar os processos				
4) Estimular a cultura de segurança do paciente				
5) Aumentar a satisfação dos pacientes				
6) Reduzir os eventos adversos				
7) Tornar o atendimento mais humanizado				
8) Realizar uma avaliação objetiva da qualidade				
9) Atender exigências externas (requisitos legais)				
10) Melhorar a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade				
11) Aumentar as oportunidades de captação de recursos financeiros				
12) Atrair mais clientes				
13) Ter uma plataforma para mudança				
14) Obter um diferencial competitivo em relação as outras instituições				
15) Atuar ou aumentar a participação no mercado do turismo médico*				
* Turismo médico envolve viagens planejadas para fora dos limites naturais dentro do qual os indivíduos normalmente recebem cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar ou recuperar sua saúde)				
16) Melhorar os resultados financeiros				
17) Aumentar a satisfação dos funcionários				
18) Melhorar a comunicação interna na instituição				
19) Aumentar a integração entre os setores da instituição				
20) Aumentar a segurança dos funcionários				
21) Desenvolver a cultura de mensuração na instituição				
22) Melhorar a capacitação dos funcionários				

IX. MECANISMOS DE MUDANÇA

Quais os mecanismos de mudança para obter a acreditação?

Os hospitais com acreditação devem responder considerando quais foram os mecanismos de mudança para a instituição obter a acreditação. Os hospitais não acreditados devem responder quais seriam, na sua opinião, os mecanismos de mudança para obter a acreditação.

Mecanismos de mudança	Discordo totalmente	Não concordo, nem discordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Não sabe
10) Compromisso com a implementação de sistemas de qualidade baseados em evidências				
11) Contratação/ designação de pessoas para trabalhar com foco na gestão de qualidade				
12) Colaboração interna e externa				
13) Introdução e utilização de indicadores				
14) Treinamento				
15) Utilização de benchmarkings internos <i>Outra área ou unidade como referência de processo ou resultado melhor a ser alcançado</i>				
16) Utilização de benchmarkings externos <i>Outra instituição ou Grupo como referência de processo ou resultado melhor a ser alcançado</i>				
17) Liderança				
18) Engajamento pessoal dos funcionários na melhoria da qualidade				

X. IMPACTO FINANCEIRO

Quais os impactos financeiros da acreditação para a instituição, tanto do período de preparação quanto do período pós-acreditação?

Impacto financeiro	Discordo totalmente	Não concordo, nem discordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Não sabe
7) Investimento em Infraestrutura, na etapa de preparação				
8) Investimento em Inovação tecnológica, na etapa de preparação				
9) Investimento em Tecnologia da Informação, na etapa de preparação				
10) Redução dos custos e despesas, após a acreditação				
11) Aumento do número de pacientes e o faturamento, após a acreditação				
12) Impacto positivo no resultado financeiro da instituição, após a acreditação				

XI. MONITORAMENTO DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Com relação ao monitoramento das metas de segurança do paciente, é possível afirmar que:

Metas de segurança do paciente	Discordo totalmente	Não concordo, nem discordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Não sabe
5) Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos eventos adversos				
6) Ao longo do tempo, observa-se um aumento no relato dos <i>near miss</i>				
7) O relato dos eventos adversos e <i>near miss</i> tem permitido rever os procedimentos para reduzir a possibilidade de ocorrência de novos eventos pela mesma causa				
8) O relato dos eventos adversos tem permitido rever os procedimentos para reduzir a gravidade (impacto para o paciente) de potenciais eventos futuros				

XII. IMPACTO ORGANIZACIONAL

Quais os resultados obtidos com a acreditação?

(As instituições sem acreditação devem responder 'não se aplica/não sabe' para todas as questões deste bloco)

Resultados da acreditação	Discordo totalmente	Não concordo, nem discordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Não sabe
24) Padronização dos processos				
25) Implantação de novos procedimentos, baseados no manual e recomendações da acreditadora				
26) Atendimento mais humanizado				
27) Melhoria dos resultados dos indicadores de <i>performance</i>				
28) Melhoria da qualidade dos serviços				
29) Avaliação objetiva da qualidade				
30) Melhoria contínua dos processos				
31) Cultura organizacional de qualidade e segurança do paciente				
32) Atendimento dos requisitos de programas externos de qualidade (como por exemplo, ISO 9001 e PNGS)				

33)Atendimento das normas e exigências legais de qualidade e segurança do paciente				
34) Aumento da satisfação dos pacientes				
35) Novos clientes				
36) Aumento das oportunidades de captação de recursos financeiros				
37)Melhora a imagem da instituição quanto à qualidade e credibilidade				
38)Aumento da motivação dos colaboradores internos				
39) Implantação de uma plataforma inicial para mudança				
40)Obtenção de um diferencial competitivo em relação as outras instituições				
41) Passou a atuar ou aumentou a sua participação no mercado do turismo médico				
42) Treinamento e capacitação dos funcionários				
43)Melhoria da comunicação interna na instituição				
44)Aumento da integração entre os setores da instituição				
45) Aumento da segurança dos funcionários no trabalho				
46) Desenvolvimento da cultura de mensuração na instituição				

APÊNDICE C – Formulário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:.....
 Documento de identidade Nº : ..... Sexo: M ( ) F ( )
 Nome da Instituição: .....
 Endereço:.....
 Complemento:.....
 Bairro..... Cidade:.....
 CEP:..... Telefone:..... Celular:.....

Dados sobre a pesquisa

1. Título do protocolo de pesquisa: **Estudo do impacto dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros**

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

Cargo/função: Prof. Dr. da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo – Poli/USP.

Conselho regional: CREA Inscrição Nº 5062006385

Unidade da universidade: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo – Poli/USP.

2. Avaliação do risco da pesquisa:

Risco mínimo (X) Risco baixo ( ) Risco médio ( ) Risco maior ( )

3. Duração da pesquisa: a duração total do projeto é de 14 semanas e meia (sendo, nove semanas para coleta dos dados junto as instituições e cinco semanas e meia para análise e conclusão). O prazo previsto para coleta dos dados junto às instituições, isto é preenchimento do questionário, encerra no dia 25 de abril de 2016. E a data prevista para conclusão do projeto e apresentação dos resultados é 31 de maio de 2016.

1. Objetivo da pesquisa

Essas informações estão sendo fornecidas para a participação voluntária da instituição. Este projeto tem como objetivo avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais.

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos, no setor, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

2. Desenho do estudo

Para participação na pesquisa, a instituição deverá estar de acordo e designar um responsável para preenchimento do questionário. A pessoa designada terá autonomia para responder a todas as perguntas, buscando refletir a realidade da instituição como um todo.

Os questionários serão aplicados via web, por telefone ou pessoalmente (preferencialmente) pelos pesquisadores responsáveis por este projeto.

A pesquisa tem como foco os processos da Gestão da Qualidade, e como as metodologias e ferramentas da mesma influenciam na qualidade dos serviços oferecidos.

3. Informações importantes

- a) Esta pesquisa será direcionada, estritamente, à área da Gestão da Qualidade da instituição pesquisada.
- b) É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição (para casos em que a pesquisa se aplica a pacientes).
- c) Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- d) O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

4. Procedimentos após pesquisa

Finalizada a pesquisa, a mesma estará disponível para a Instituição, se assim desejar. Para garantir a confidencialidade das informações de cada Instituição, os dados da pesquisa serão mostrados de acordo com os seguintes pressupostos:

- Somente serão mostrados agrupamentos que contenham acima de 5 participantes;
- Nenhum dado individual será disponibilizado, em nenhum meio de divulgação.

O objetivo da pesquisa é identificar aspectos relacionados ao programa de acreditação que possam ser generalizados para o nível nacional, por isto não estarão disponíveis os resultados por Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, a instituição participante terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa: Dr. Fernando Tóbal Berossaneti, professor do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo Poli/USP, que pode ser encontrado no endereço: **Avenida Prof. de Almeida Prado, 128, travessa 2, 2º andar. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Departamento de Engenharia de Produção – Cidade Universitária, Butantã, São Paulo/SP. CEP: 05508-070. E-mail: fernando.berossaneti@usp.br. Telefones: (11) 3091-5363/5445, ramal 402. Sala 200.**

Caso ocorra alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21º andar – sala 36. CEP: 01246-000 Telefones: (11) 3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br.**

TERMO DE ACEITE DO TCLE

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o “Estudo do impacto dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos apresentados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas.

Concordo em participar deste estudo, voluntariamente, e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo estabelecido.

_____
Local e data

_____
Assinatura do participante

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

ANEXOS

ANEXO A - Termos preferenciais propostos para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente

Figura 27 - Termos preferenciais propostos para utilização em pesquisas sobre o tema segurança do paciente

Fonte: Adaptado de Runciman et al. (2009).

As definições de todos os termos preferenciais estão listadas no Quadro 14.

Quadro 14 – Lista e definição dos termos preferenciais em segurança do paciente¹¹

- 1 **Classificação:** um arranjo de conceitos em classes e suas subdivisões, ligadas de forma a expressar as relações semânticas entre eles.
- 2 **Conceito:** uma definição ou personificação do significado.
- 3 **Classe:** um grupo ou conjunto de coisas parecidas.
- 4 **Relação semântica:** a maneira pela qual as coisas (como classes ou conceitos) são associadas umas com as outras, com base na sua acepção.
- 5 **Paciente:** uma pessoa que recebe os cuidados de saúde.
- 6 **Cuidados de saúde (Healthcare):** serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde.
- 7 **Saúde:** um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.
- 8 **Segurança:** redução do risco de danos desnecessários a um nível mínimo aceitável.
- 9 **Perigo:** circunstância, agente ou ação com o potencial de causar danos.
- 10 **Circunstância:** uma situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa(s).
- 11 **Evento:** algo que acontece com ou envolve um paciente.
- 12 **Agente:** substância, objeto ou sistema que funciona para produzir mudança.
- 13 **Segurança do paciente:** a redução do risco de danos desnecessários associados a cuidados de saúde a um mínimo aceitável.
- 14 **Dano associado aos cuidados de saúde:** os danos decorrentes ou associados a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, ao invés de uma doença subjacente ou lesão.
- 15 **Incidente de segurança do paciente:** um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano desnecessário a um paciente.
- 16 **Erro:** não realização de uma ação planejada como pretendido ou realização incorreta de um plano.
- 17 **Violação:** desvio deliberado de um procedimento operacional, padrão ou regra.
- 18 **Risco:** probabilidade que um incidente ocorra.
- 19 **Circunstância reportável:** uma situação em que havia um potencial significativo de dano, mas nenhum incidente ocorreu.
- 20 **Quase incidente:** um incidente que não atinge o paciente.
- 21 **Incidente sem danos:** um incidente que chegou a atingir um paciente, mas não causou nenhum dano.
- 22 **Evento adverso:** um incidente que resultou em danos a um paciente.

Continua

¹¹ A tradução desta passagem, como todas as demais em língua estrangeira foram realizadas pelo autor (tradução livre).

Continuação

- 23 Dano:** deterioração da estrutura ou função do corpo e / ou quaisquer efeitos prejudiciais delas decorrentes. Dano inclui doença, lesão, sofrimento, deficiência e morte.
- 24 Doença:** disfunção fisiológica ou psicológica.
- 25 Lesão:** danos aos tecidos causados por um agente ou evento.
- 26 Sofrimento:** a experiência de qualquer coisa desagradável subjetiva.
- 27 Deficiência:** qualquer tipo de comprometimento da estrutura do corpo ou função, limitação de atividade e / ou restrição de participação na sociedade, associada a mal passado ou presente.
- 28 Fatores contribuintes / Perigos:** uma circunstância, ação ou influência que é desenhada para desempenhar uma função na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou para aumentar um risco de um incidente.
- 29 Tipo de Incidente:** um termo descritivo para uma categoria composta de incidentes de natureza comum, agrupados por causa compartilhada, recursos acordados.
- 30 Características dos pacientes:** atributos selecionados de um paciente.
- 31 Atributos:** qualidades, propriedades ou características de alguém ou alguma coisa.
- 32 Características de Incidentes:** atributos selecionados de um incidente.
- 33 Reação adversa:** dano inesperado, resultante de uma ação justificada onde o processo correto foi seguido para o contexto em que ocorreu o evento.
- 34 Efeito colateral:** um efeito conhecido, sem que sua origem seja primariamente esperada, relacionado com as propriedades farmacológicas de um medicamento.
- 35 Evitável:** aceita pela comunidade como evitáveis no conjunto específico de circunstâncias.
- 36 Detecção:** uma ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente.
- 37 Fatores de mitigação:** uma ação ou circunstância que impede ou modera a progressão de um incidente que pode causar danos ao paciente.
- 38 Resultado para o paciente:** o impacto sobre o paciente, que é total ou parcialmente atribuído a um incidente.
- 37 Fatores de mitigação:** uma ação ou circunstância que impede ou modera a progressão de um incidente que pode causar danos ao paciente.
- 39 Grau de dano:** a gravidade e duração do dano, bem como as implicações do tratamento, que resultam de um incidente.
- 40 Resultado organizacional:** o impacto sobre uma organização que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.
- 41 Ação de melhoria:** uma medida tomada ou circunstâncias alteradas para solucionar ou compensar qualquer dano após um incidente.
- 42 Ações realizadas para reduzir o risco:** medidas tomadas para reduzir, monitorar ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado a um incidente.

Continua

Conclusão

- 42 Ações realizadas para reduzir o risco:** medidas tomadas para reduzir, monitorar ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado a um incidente.
- 43 Resiliência:** grau em que um sistema continuamente previne, detecta, atenua ou melhora perigos ou incidentes.
- 44 Responsável:** ser responsabilizado.
- 45 Qualidade:** grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
- 46 Falha do sistema:** uma falha, avaria ou disfunção nos métodos, processos ou infra-estrutura operacionais de uma organização.
- 47 Melhoria do Sistema:** o resultado ou consequência da cultura, processos e estruturas que são direcionados para a prevenção de falha do sistema e para a melhoria da segurança e qualidade.
- 48 Análise de causa raiz:** um processo sistemático iterativo em que os fatores que contribuem para um incidente são identificados por reconstruir a sequência de eventos e repetidamente perguntando “por que”? Até que as causas subjacentes sejam identificadas.

Fonte: Adaptado de Runciman *et al.* (2009).

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Primeira aprovação – 19/02/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tobal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51230715.1.0000.0065

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.416.014

Apresentação do Projeto:

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o caminho para as instituições que valorizam o atendimento de excelência. Nesse quadro, o programa de "acreditação hospitalar" surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. No Brasil, é crescente o número de hospitais que tem buscado a acreditação hospitalar, tanto pelo programa nacional quanto por programas internacionais.

Algumas pesquisas demonstram que não há uma abordagem "one size fits all", ou seja, não há uma abordagem única para a introdução da acreditação como um meio para melhorar a qualidade da saúde nas diferentes regiões do mundo. Portanto, aqueles que pretendem apoiar a acreditação na saúde precisam entender como os componentes do programa de acreditação podem se ajustar ao sistema de saúde local e ao ambiente político e social de forma mais ampla. Este projeto tem como objetivo avaliar o impacto dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os

Endereço: DOUTOR AARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.245-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.402.014

Impactos organizacionais. A questão de pesquisa deste projeto é:

"Quais são os benefícios da acreditação para os hospitais brasileiros?"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os autores citam que não foram identificados riscos associados a esta pesquisa.

Benefícios: Maior entendimento da situação atual do programa de acreditação dos hospitais no Brasil, através da análise dos impactos organizacionais e financeiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante. Pesquisa com abordagem quantitativa, buscando contribuir para o conhecimento sobre o tema. O método de procedimento para coleta de dados será a pesquisa de avaliação ("survey"). Os questionários serão aplicados via web, por telefone ou pessoalmente (preferencialmente) pelos pesquisadores responsáveis por este projeto.

Tamanho da amostra: 400 hospitais brasileiros, acreditados ou não.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

* Anexo documento de aprovação do departamento.

* Anexo Termo de Consentimento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior (1.402.617 de 04/02/2016), foram solicitadas algumas adequações no projeto e TCLE. As respectivas modificações foram realizadas, conforme Carta de Resposta às Pendências (09/02/2016), anexa pelo autor.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627769.pdf	09/02/2016 23:30:41		Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.245-003

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2093-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.458.014

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:08:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015 11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folguera
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.245-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3803-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – Aprovação Emenda 01 – 24/03/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tóbal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 51230715.1.0000.0065

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.464.805

Apresentação do Projeto:

Trata-se de inclusão de amostra na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.248-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.484.805

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	17/03/2016 11:38:09		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_01.docx	17/03/2016 11:27:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HRHDS_Aprovacao_pesquisa.pdf	17/03/2016 11:23:07	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Orcamento.pdf	14/03/2016 14:04:47	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14/03/2016 14:04:16	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Beneficios.pdf	14/03/2016 14:03:36	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cronograma.pdf	14/03/2016 14:03:01	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cadastro.pdf	14/03/2016 14:02:22	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Anuencia_CPesq.pdf	14/03/2016 14:01:24	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:09:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015 11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2016

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

**ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo – FMUSP – Aprovação Emenda 02 – 11/05/2016**

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS
BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tobal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 51230715.1.0000.0065

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.540.061

Apresentação do Projeto:

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o caminho para as Instituições que valorizam o atendimento de excelência.

Nesse quadro, o programa de "acreditação hospitalar" surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. No Brasil, é crescente o número de hospitais que tem buscado a acreditação hospitalar, tanto pelo programa nacional quanto por programas internacionais.

Algumas pesquisas demonstram que não há uma abordagem "one size fits all", ou seja, não há uma abordagem única para a introdução da acreditação como um meio para melhorar a qualidade da saúde nas diferentes regiões do mundo. Portanto, aqueles que pretendem apoiar a acreditação na saúde precisam entender como os componentes do programa de acreditação podem se ajustar ao sistema de saúde local e ao ambiente político e social de forma mais ampla. Este projeto tem como objetivo avaliar o impacto dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. Esta pesquisa terá uma abordagem quantitativa e o método de coleta de dados será a pesquisa de avaliação (survey). Serão considerados elegíveis os hospitais com acreditação nacional e/ou internacional ou sem acreditação. A pesquisa será realizada com os representantes administrativos, preferencialmente da área de qualidade, sem nenhum contato com

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.540.061

pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. A questão de pesquisa deste projeto é: "Quais são os benefícios da acreditação para os hospitais brasileiros? "

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos no setor com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Para tanto, serão analisados hospitais com acreditação nacional e/ou internacional e hospitais não-acreditados. Os resultados da avaliação sobre as práticas empregadas de gestão da qualidade e de segurança do paciente serão comparados considerando o status da acreditação, para avaliar se os hospitais acreditados têm uma taxa maior de implantação destas práticas do que os hospitais não-acreditados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não foram identificados riscos associados à esta pesquisa.

Benefícios: Maior entendimento da situação atual do programa de acreditação dos hospitais no Brasil, através da análise dos impactos organizacionais e financeiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já avaliado por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de forma correta.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto já avaliado por este CEP.

Esta emenda solicita a inclusão do Hospital Santa Marcelina ao projeto de pesquisa, documentação de participação foi incluída.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.540.061

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_698193E2.pdf	05/05/2016 15:09:43		Aceito
Outros	H_StaMarcelina_TCLE.doc	13/04/2016 17:01:57	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	H_StaMarcelina_TermoResponsabilidade.pdf	13/04/2016 16:58:54	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_02.docx	13/04/2016 16:57:30	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_01.docx	17/03/2016 11:27:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HRHDS_Aprovacao_pesquisa.pdf	17/03/2016 11:23:07	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Orcamento.pdf	14/03/2016 14:04:47	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14/03/2016 14:04:16	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Beneficios.pdf	14/03/2016 14:03:36	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cronograma.pdf	14/03/2016 14:03:01	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cadastro.pdf	14/03/2016 14:02:22	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Anuencia_CPesq.pdf	14/03/2016 14:01:24	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:09:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015 11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.540.061

SAO PAULO, 11 de Maio de 2016

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

**ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital Universitário da USP
(São Paulo – SP) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 15/04/2016**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tobal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51230715.1.3001.0076

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.501.491

Apresentação do Projeto:

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o caminho para as Instituições que valorizam o atendimento de excelência. Nesse quadro, o programa de "acreditação hospitalar" surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. No Brasil, é crescente o número de hospitais que tem buscado a acreditação hospitalar, tanto pelo programa nacional quanto por programas internacionais.

Algumas pesquisas demonstram que não há uma abordagem "one size fits all", ou seja, não há uma abordagem única para a introdução da acreditação como um meio para melhorar a qualidade da saúde nas diferentes regiões do mundo. Portanto, aqueles que pretendem apoiar a acreditação na saúde precisam entender como os componentes do programa de acreditação podem se ajustar ao sistema de saúde local e ao ambiente político e social de forma mais ampla. Este projeto tem como objetivo avaliar o impacto dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. Esta pesquisa terá uma abordagem quantitativa e o método de coleta de dados será a pesquisa de avaliação (survey). Serão considerados elegíveis os hospitais com acreditação nacional e/ou internacional ou sem acreditação. A pesquisa será realizada com os representantes administrativos, preferencialmente da área de qualidade, sem nenhum contato com

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.501.491

pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. A questão de pesquisa deste projeto é: "Quais são os benefícios da acreditação para os hospitais brasileiros?"

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos no setor com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, serão analisados hospitais com acreditação nacional e/ou Internacional e hospitais não-acreditados. Os resultados da avaliação sobre as práticas empregadas de gestão da qualidade e de segurança do paciente serão comparados considerando o status da acreditação, para avaliar se os hospitais acreditados têm uma taxa maior de implantação destas práticas do que os hospitais não-acreditados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As hipóteses foram originadas de uma reflexão sobre a revisão da literatura as quais guiaram a construção do instrumento de pesquisa, conforme

segue: Hipótese 1: não existe uma correlação entre as atividades de segurança do paciente e o status da acreditação hospitalar. A hipótese 1 tem o objetivo de verificar se há uma relação de causa e efeito entre a implantação/ realização de determinadas atividades

relacionadas à segurança do paciente no hospital (por exemplo, ter um comitê de segurança do paciente) e o fato do hospital ser acreditado. Hipótese 2: não existe uma correlação entre as atividades de gestão da qualidade e o status da acreditação hospitalar

A hipótese 2 tem o objetivo de verificar se há uma relação de causa e efeito entre o desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade (por exemplo, implantação do programa 5S) e o fato do hospital ser acreditado. Hipótese 3: hospitais acreditados realizam mais ações para envolver os pacientes nos seus processos do que os hospitais não acreditados.

A hipótese 3 tem o objetivo de verificar se há uma adesão maior dos hospitais acreditados nas ações com o objetivo de envolver os pacientes em seus processos, como por exemplo a participação dos pacientes na definição dos critérios de qualidade. Hipótese 4: a acreditação hospitalar gera: a. Padronização de serviços; b. Melhoria dos procedimentos clínicos; c. Elevados níveis de performance; d. Melhoria contínua dos processos;

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

Fax: (11)3091-9452

E-mail: cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.501.491

e. Cultura de qualidade e segurança do paciente; f. Aderência a outros programas externos de qualidade; g. Elevado nível de satisfação para os pacientes; h. Elevado nível de motivação dos funcionários; i. Elevados níveis de segurança para os pacientes;

j. Aumento no resultado financeiro. Adicionalmente, a pesquisa terá questões para permitir uma avaliação, ainda em caráter exploratório, de alguns aspectos importantes para aprofundar o conhecimento sobre o programa de acreditação no Brasil. Serão coletadas informações sobre quais as principais motivações para busca da acreditação e quais os mecanismos de mudança empregados pelas instituições.

Riscos:

Não foram identificados riscos associados à esta pesquisa.

Benefícios:

Maior entendimento da situação atual do programa de acreditação dos hospitais no Brasil, através da análise dos impactos organizacionais e financeiros

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De grande interesse.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados as normas vigentes.

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje. Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771 ET.pdf	17/03/2016 11:38:09		Aceito

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cnp@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.501.461

Outros	Justificativa_Emenda_01.docx	17/03/2016 11:27:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HRHDS_Aprovacao_pesquisa.pdf	17/03/2016 11:23:07	Ana Maria Saut	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	14/03/2016 14:07:49		Aceito
Outros	HU_USP_Orcamento.pdf	14/03/2016 14:04:47	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14/03/2016 14:04:16	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Beneficios.pdf	14/03/2016 14:03:36	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cronograma.pdf	14/03/2016 14:03:01	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cadastro.pdf	14/03/2016 14:02:22	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Anuencia_CPesq.pdf	14/03/2016 14:01:24	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:09:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015 11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Abril de 2016

Assinado por:
Maurício Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (São Paulo – SP) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 19/04/2016

CONJUNTO HOSPITALAR DO
MANDAQUI - CHM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tobal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51230715.1.3004.5551

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.505.921

Apresentação do Projeto:

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o caminho para as Instituições que valorizam o atendimento de excelência. Nesse quadro, o programa de "acreditação hospitalar" surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. No Brasil, é crescente o número de hospitais que tem buscado a acreditação hospitalar, tanto pelo programa nacional quanto por programas internacionais. Algumas pesquisas demonstram que não há uma abordagem "one size fits all", ou seja, não há uma abordagem única para a introdução da acreditação como um meio para melhorar a qualidade da saúde nas diferentes regiões do mundo. Portanto, aqueles que pretendem apoiar a acreditação na saúde precisam entender como os componentes do programa de acreditação podem se ajustar ao sistema de saúde local e ao ambiente político e social de forma mais ampla. Este projeto tem como objetivo avaliar o impacto dos programas de acreditação nos hospitais

brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. Esta pesquisa terá uma abordagem quantitativa e o método de coleta de dados será a pesquisa de avaliação (survey). Serão considerados elegíveis os hospitais com acreditação nacional e/ou internacional ou sem acreditação. A pesquisa será realizada com os representantes administrativos, preferencialmente

Endereço: VOLUNTARIOS DA PATRIA 4301 - Prédio 4 - Casa Azul
Bairro: SANTANA **CEP:** 02.401-400
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (19)2281-5147 **Fax:** (19)2281-5179 **E-mail:** cepchm@gmail.com

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM

Continuação do Parecer: 1.505.921

da área de qualidade, sem nenhum contato com pacientes.

Desenho:

Admitindo que a aplicação do questionário foi autorizada pela instituição, o questionário será aplicado ao responsável designado pela instituição. Os questionários serão aplicados via web, por telefone ou pessoalmente (preferencialmente) pelos pesquisadores responsáveis por este projeto. Em nenhum momento haverá contato direto ou indireto com clientes/pacientes. Também não serão realizados procedimentos de qualquer natureza, quer sejam eles experimentais, alternativos ou não rotineiros. A pesquisa tem como foco os processos da Gestão da Qualidade, e como as metodologias e ferramentas da mesma influenciam na qualidade dos serviços oferecidos.

Unidade de análise

A unidade de análise para esta pesquisa serão os representantes de cada hospital, convidados a responder o instrumento de pesquisa de forma voluntária. Serão considerados elegíveis apenas os hospitais localizados no território brasileiro, com acreditação nacional e/ou internacional ou sem acreditação. Os questionários serão, sempre que possível, encaminhados para o responsável pela área de qualidade da Instituição. Será considerada apenas uma resposta por Instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. A questão de pesquisa deste projeto é:

"Quais são os benefícios da acreditação para os hospitais brasileiros? "

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos no setor com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, serão analisados hospitais com acreditação nacional e/ou internacional e hospitais não-acreditados. Os resultados da avaliação sobre as práticas empregadas de gestão da qualidade e de segurança do paciente serão comparados considerando o status da acreditação, para avaliar se os hospitais acreditados têm uma taxa maior de implantação destas práticas do que os hospitais não-acreditados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não foram identificados riscos associados à esta pesquisa.

Endereço: VOLUNTARIOS DA PATRIA 4301 - Prédio 4 - Casa Azul
Bairro: SANTANA CEP: 02.401-400
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (19)2281-5147 Fax: (19)2281-5179 E-mail: cepchm@gmail.com

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM

Continuação do Parecer: 1.505.921

Benefícios:

Maior entendimento da situação atual do programa de acreditação dos hospitais no Brasil, através da análise dos impactos organizacionais e financeiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e de relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O cronograma apresentado deve ser atualizado.

O orçamento será patrocinado pela CAPES.

O TCLE é pertinente.

Recomendações:

-O cronograma apresentado deve ser atualizado.

-Sitar que não há risco ou benefício direto para o indivíduo que responder ao questionário.

- O TCLE é pertinente, no entanto poderia ser retirado do item b. a parte da frase que sita "se a pesquisa for em paciente", pois de acordo com a metodologia, o pesquisador não terá contato com paciente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, apenas sugestões de melhoria.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprovou na íntegra o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	17/03/2016 11:38:09		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_01.docx	17/03/2016 11:27:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HRHDS_Aprovacao_pesquisa.pdf	17/03/2016 11:23:07	Ana Maria Saut	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	14/03/2016 14:07:49		Aceito
Outros	HU_USP_Orçamento.pdf	14/03/2016 14:04:47	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14/03/2016	Ana Maria Saut	Aceito

Endereço: VOLUNTARIOS DA PATRIA 4301 - Prédio 4 - Casa Azul
Bairro: SANTANA CEP: 02.401-400
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (19)2281-5147 Fax: (19)2281-5179 E-mail: cepchm@gmail.com

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM

Continuação do Parecer: 1.505.921

Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14:04:16	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Beneficios.pdf	14/03/2016 14:03:36	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cronograma.pdf	14/03/2016 14:03:01	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cadastro.pdf	14/03/2016 14:02:22	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Anuencia_CPesq.pdf	14/03/2016 14:01:24	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:09:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015 11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Abril de 2016

Assinado por:
Sergio Makabe
(Coordenador)

Endereço: VOLUNTARIOS DA PATRIA 4301 - Prédio 4 - Casa Azul
Bairro: SANTANA CEP: 02.401-400
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (19)2281-5147 Fax: (19)2281-5179 E-mail: cepchm@gmail.com

ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville – SC) – Aprovação como Instituição Coparticipante – 26/04/2016

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO IMPACTO DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Pesquisador: Fernando Tobal Berssaneti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51230715.1.3002.5363

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.514.767

Apresentação do Projeto:

a presente pesquisa é orientada pelo contexto de crescimento do número de Instituições que busca a acreditação como um dos principais mecanismos de melhoria da qualidade no setor de saúde; de apresentação de estudos demonstrando que os programas de acreditação são influenciados por fatores externos e que, portanto, não existe um único modelo que atenda às necessidades das diferentes regiões no mundo; e de existência de gaps na literatura sobre o tema acreditação.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo avaliar os impactos dos programas de acreditação nos hospitais brasileiros, buscando entender quais são as motivações para sua implantação, os principais mecanismos de mudança e os impactos organizacionais. A questão de pesquisa deste projeto é:

"Quais são os benefícios da acreditação para os hospitais brasileiros? "

Os resultados serão discutidos sob a ótica da busca pela excelência da qualidade, uma vez que os programas de acreditação têm sido amplamente difundidos no setor com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Para tanto, serão analisados hospitais com acreditação nacional e/ou internacional e hospitais não-acreditados. Os resultados da avaliação sobre as práticas empregadas de gestão da qualidade

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N
Bairro: Boa Vista CEP: 89.227-680
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3461-5560 Fax: (47)3461-5533 E-mail: cephrds@gmail.com

HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC

Continuação do Parecer: 1.514.787

e de segurança do paciente serão comparados considerando o status da acreditação, para avaliar se os hospitais acreditados têm uma taxa maior de implantação destas práticas do que os hospitais não-acreditados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo não apresenta riscos, pois se caracteriza por preenchimento de um questionário e está bem descrito no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa terá uma abordagem quantitativa, buscando contribuir para o enriquecimento do conhecimento sobre o tema. Na pesquisa quantitativa, as hipóteses são formuladas a partir da teoria. As hipóteses são transformadas em variáveis a serem manipuladas e medidas para efeito de quantificação. A quantificação das variáveis permite fazer inferências estatísticas que confirmarão ou refutarão as hipóteses. As variáveis devem ter uma relação de causa-efeito entre elas, de modo a demonstrar quais são dependentes, independentes e de contorno.

O método de procedimento de coleta de dados da pesquisa será a pesquisa de avaliação ("survey"). Os questionários serão aplicados via web, por telefone ou pessoalmente (preferencialmente) pelos pesquisadores responsáveis por este projeto. O questionário de pesquisa será composto por dez blocos (Apêndice A):

1. Caracterização da Instituição
2. Caracterização do respondente
3. Atividades de segurança do paciente
4. Atividades de gestão da qualidade
5. Envolvimento dos pacientes
6. Motivações para buscar a acreditação
7. Mecanismos de mudança
8. Impacto financeiro da acreditação
9. Resultados das metas de segurança do paciente (evolução dos indicadores das metas internacionais de segurança)
10. Impacto organizacional da acreditação

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados adequadamente

Endereço: Rua Xavier ARP, 31/N
Bairro: Boa Vista CEP: 89.227-680
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3461-5560 Fax: (47)3461-5533 E-mail: cephrhds@gmail.com

HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC

Continuação do Parecer: 1.514.767

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

de acordo com o parecer do relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	17/03/2016 11:38:09		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda_01.docx	17/03/2016 11:27:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HRHDS_Aprovacao_pesquisa.pdf	17/03/2016 11:23:07	Ana Maria Saut	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_679771_E1.pdf	14/03/2016 14:07:49		Aceito
Outros	HU_USP_Orcamento.pdf	14/03/2016 14:04:47	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Compromisso.pdf	14/03/2016 14:04:16	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Declar_Beneficios.pdf	14/03/2016 14:03:36	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cronograma.pdf	14/03/2016 14:03:01	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Cadastro.pdf	14/03/2016 14:02:22	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	HU_USP_Anuencia_CPesq.pdf	14/03/2016 14:01:24	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	carta_pontos_revisados.docx	09/02/2016 15:35:34	Ana Maria Saut	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Acreditacao.docx	09/02/2016 15:34:51	Ana Maria Saut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_02_05.doc	09/02/2016 15:34:08	Ana Maria Saut	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil.pdf	19/11/2015 11:09:19	Ana Maria Saut	Aceito
Outros	FMUSP_consolidado.pdf	19/11/2015	Ana Maria Saut	Aceito

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 89.227-680

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cephrhds@gmail.com

HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC

Continuação do Parecer: 1.514.787

Outros	FMUSP_consolidado.pdf	11:08:37	Ana Maria Saut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOINVILLE, 26 de Abril de 2016

Assinado por:
Jaqueline Barp
(Coordenador)

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N
Bairro: Boa Vista CEP: 89.227-680
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3461-5560 Fax: (47)3461-5533 E-mail: cephrhds@gmail.com