

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E
GESTÃO EM SAÚDE**



Juarez Oliveira Leites

**O impacto das creditações em indicadores de hospitais
da região Sul do Brasil com financiamento pelo SUS**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

Porto Alegre, 2020

Juarez Oliveira Leites

**O impacto das acreditações em indicadores de hospitais
da região Sul do Brasil com financiamento pelo SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Della M^ea Plentz

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Claudia Schardosim
Cotta de Souza

Porto Alegre

2020

Leites, Juarez Oliveira

O impacto das creditações em indicadores de hospitais da região Sul do Brasil com financiamento pelo SUS / Juarez Oliveira Leites. -- 2020.

84 f. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde, 2020.

Orientador(a): Prof. Dr. Rodrigo Della Méa Plentz ;
coorientador(a): Prof. Dra. Maria Claudia Schardosim Cotta de Souza.

1. Acreditação. 2. Hospitais. 3. Indicadores de serviços. 4. Brasil. I. Título.

Juarez Oliveira Leites

**O impacto das creditações hospitalares em indicadores de hospitais da
região Sul do Brasil com financiamento pelo SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Della Múa Plentz

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Claudia Schardosim Cotta de Souza

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Nocchi Kalil

Prof. Dra. Gisele Alsina Nader Bastos

Prof. Dr. Luís Henrique Telles da Rosa

Porto Alegre

2020

Dedico esse estudo a minha família:

A minha filha Diana, meu maior amor e razão minha existência.

A minha esposa Vanessa, sempre compreensiva nessa jornada acadêmica.

Aos meus pais Elmo e Leia, pelo cuidado e valores familiares que me proporcionam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida que me proporciona novas oportunidades todos os dias;

Agradeço ao apoio da minha família e todo amor recebido;

Agradeço ao meu orientador, Dr. Rodrigo Plentz, que me acolheu de maneira humana, me orientou com muita maestria e pela parceria que construímos;

Agradeço a minha co-orientadora, Dra. Maria Cláudia, pela orientação estatística e contribuição nesse estudo;

Agradeço a minha amiga e gerente, Melina Moraes, que me apoiou em todos os momentos da jornada do mestrado, minha admiração;

Agradeço ao meu compadre e quase doutor, Me. Marcos Vinícius, pelas diversas trocas e reflexões que tivemos na construção desse estudo;

Agradeço as recomendações das bancas da qualificação e defesa do mestrado.

Agradeço aos meus colegas e amigos do PPG-TIGS e do hospital Moinhos de Vento, que me abraçaram e tiveram junto em momento difícil, transformando um tropeço em um passo de dança, sou eternamente grato.

*Nós escolhemos ir para a Lua! Nós escolhemos ir para a Lua...
Nós escolhemos ir para a Lua nesta década e fazer as outras coisas,
não porque elas são fáceis, mas porque elas são difíceis;
porque esse objetivo servirá para organizar e medir o melhor das nossas energias e
habilidades, porque o desafio é um que estamos dispostos a aceitar,
um que não estamos dispostos a adiar e um que temos a intenção de vencer,
e os outros, também.
(John F. Kennedy)*

RESUMO

A acreditação busca certificar hospitais por meio de padrões de excelência, e uma alternativa de evidenciar resultados dos serviços prestados são indicadores de desempenho. Esse estudo tem o objetivo de verificar o impacto das acreditações em indicadores de hospitais com financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) da região sul do Brasil. Os dados foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), analisando a evolução dos indicadores entre hospitais acreditados e não acreditados. As acreditações incluídas foram a Organização Nacional de Acreditação (ONA), Joint Commission International (JCI) e Acreditação Canadense. A metodologia é classificada como estudo ecológico retrospectivo com segmento de 10 anos, incluindo 691 hospitais. Os testes adotados foram Kruskal-Wallis H., Independent-Samples T e Two-Related-Samples. Os resultados obtidos demonstraram que hospitais acreditados possuem melhor desempenho no tempo médio de permanência em estabelecimentos de grande porte, taxa de mortalidade em procedimentos de alta complexidade e no valor da AIH após a obtenção do certificado. Entretanto, hospitais não acreditados obtiveram melhor desempenho em indicadores de tempo médio de permanência e taxa de mortalidade quando realizam procedimentos de média complexidade. A pesquisa é a primeira realizada no Brasil a identificar o impacto da acreditação utilizando indicadores do SIH-SUS, contribuindo para a literatura da saúde e oportunizando estudos futuros sobre o tema.

Palavras-Chave: acreditação – hospitais – indicadores de serviços – Brasil

ABSTRACT

Accreditation seeks to certify hospitals through standards of excellence, and indicators of performance are an alternative to evidence the results of the services provided. This study aims to verify the impact of accreditations on hospital indicators funded by the Unified Health System (SUS) in southern Brazil. Data were collected in the SUS Hospital Information System (SIH-SUS) and the National Register of Health Facilities (CNES). This research analyzes the evolution of indicators between accredited and non-accredited hospitals. The accreditations included were the National Accreditation Organization (ONA), Joint Commission International (JCI), and the Canadian Accreditation. The methodology is classified as a retrospective ecological study with a 10-year segment, including 691 hospitals. The tests adopted were Kruskal-Wallis H., Independent-Samples T, and Two-Related-Samples. The results obtained showed that accredited hospitals have better performance in terms of the average length of stay in large establishments, the mortality rate in highly complex procedures, and the AIH value after obtaining the certificate. However, non-accredited hospitals achieved better performance in indicators of the average length of stay and the mortality rate when performing procedures of medium complexity. The research is the first conducted in Brazil to identify the impact of accreditation using SIH-SUS indicators, contributing to the health literature and providing opportunities for future studies on the subject.

Key words: accreditation - hospitals - service indicators - Brazil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição por tipo de Acreditação no Brasil. Tabela adaptada do resultado do ano de 2017 a partir de informações do Observatório 2018 (ANAHP, 2018).....	40
Tabela 2: Resultados dos Indicadores entre Hospitais Acreditados e Não Acreditados.....	54
Tabela 3: Comparativo da Evolução dos Indicadores após a Acreditação Hospitalar	56

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Avaliação pelos hospitais dos custos do processo de acreditação (COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.)..... 18
- Quadro 2:** Os padrões mínimos preconizados pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1924 (ROBERTS *et al.*, 1987)..... 26
- Quadro 3:** Definição de Porte por Hospital segundo a Portaria N° 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977..... 49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Principais motivos para a escolha das creditações. Relatório de Pesquisa 2009-2011. COPPEAD/UFRJ (2012).....	19
Figura 2: Cinco principais motivadores para Acreditação – Hospitais do Sul e Sudeste do Brasil (COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.).....	20
Figura 3: Principais motivos para escolha da JCI. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.....	33
Figura 4: Principais motivos para escolha da Acreditação Canadense. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.....	35
Figura 5: Níveis de Acreditações (ONA, 2019).....	37
Figura 6: Principais motivos para escolha da ONA. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATUS - Associação Brasileira de Turismo de Saúde

ACI – Accreditation Canada International

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados

CAC – Colégio Americano de Cirurgiões

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

CCAH - Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

CEO – Chief Executive Officer

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNQPS - Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde

COMPESQ - Comissão de Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIAS – DNV International Accreditation Standard

DIAS/DNV - Det Norske Veritas International Accreditation Standard

DNV - Det Norske Veritas

HSO - Health Standards Organization

IQG – Instituto Qualisa de Gestão

ISO - International Standardization Organization

ISQua - International Society for Quality in Healthcare

JCAHCO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization

JCI - Joint Commission International

NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations

ONA - Organização Nacional de Acreditação

Qmentum - Quality e Momentum

SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Justificativa	22
1.2	Objetivos	24
1.2.1	Objetivo Geral	24
1.2.2	Objetivos Específicos	24
2	REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1	Qualidade na Saúde	25
2.2	Acreditação Hospitalar	25
2.3	Joint Commission International (JCI)	31
2.4	Acreditação Canadense Internacional (ACI)	34
2.5	Organização Nacional de Acreditação (ONA)	36
2.6	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)	39
2.7	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)	41
2.8	Indicadores da Saúde	42
2.8.1	Tempo Médio de Permanência	44
2.8.2	Taxa Geral de Mortalidade	45
2.8.3	Valor Médio da AIH	46
3	METODOLOGIA	48
3.1	Tipo da Pesquisa	48
3.2	Fonte e coleta de dados	48
3.3	Variáveis	50
3.4	Análises estatísticas	51
3.5	Limitações do Estudo	51
3.6	Questões éticas	52
4	RESULTADOS	53
5	DISCUSSÃO	57
	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	73
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

A missão principal de instituições hospitalares é atender aos pacientes da forma mais adequada (BRASIL, 2002). A partir dessa missão, instiga-se os possíveis desafios que os hospitais enfrentam, tais como a busca por práticas médico-assistenciais de excelência e bons resultados financeiros e da qualidade do serviço prestado, entre outros fatores que estimulem a sustentabilidade no mercado da saúde e a competitividade. Nesse sentido, um elemento importante inserido nesse cenário é a acreditação hospitalar, pois pode influenciar positivamente na missão dessas organizações. A acreditação é um processo voluntário e contínuo de avaliação de organizações de saúde por meio de padrões de excelência para identificar conformidade e oportunidades de melhoria, possibilitando uma certificação da qualidade desses serviços (ACCREDITATION CANADA, 2019; ALKHENIZAN; SHAW, 2011; ESCOBAR, 2017; FAIRBROTHER, GLEESON, 2000; SHAW, 2011). Segundo Roberts *et al.* (1987), a origem em avaliar os serviços de saúde foi em 1912, pelo Dr. Codman, um cirurgião da cidade de Boston que propôs colocar o paciente como foco principal da atenção dos profissionais da saúde. Com o passar dos anos, o assunto qualidade dos serviços de saúde e a padronização de avaliação ganha força nos Estados Unidos para o mundo. Isso ocorre por meio das organizações acreditadoras internacionais e do surgimento das nacionais, desse tipo de instituições em determinados países abrangendo especificidades de padrões próprios.

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é considerado como de excelência na assistência por Porter e Teisberg (2007), ainda que apresentando problemas de qualidade. Esse contraponto, a partir de seu estudo, considera o sistema de saúde aquém da excelência e que erros médicos continuam sendo uma das principais causas de morte dos americanos. Atualmente, países em desenvolvimento tem adotado o processo de acreditação hospitalar para garantir a qualidade e segurança do paciente (SHAW, 2004; DEVKARAN; O´FARREL, 2015; EL-JARDALI *et al.*, 2008). Conforme Shaw (2004), houve um rápido crescimento, a nível mundial, dos programas nacionais e regionais de acreditação dos serviços de saúde. Entretanto, muitas vezes, os hospitais enfrentam desafios na implantação da acreditação, como a cultura organizacional, rotatividade de pessoal e elevada demanda de investimentos a serem

implementadas no ambiente hospitalar (DA SILVA *et al.*, 2017). De acordo com ACHE (2019), na lista das principais preocupações dos *Chief Executive Officer* (CEO) dos hospitais em 2018, os desafios financeiros ficaram em primeiro lugar. Entre outros resultados, a pesquisa indica que os líderes estão buscando equilibrar os reembolsos limitados contra o aumento dos custos.

Um estudo realizado em um hospital de Abu Dhabi para evidenciar o impacto da acreditação em medidas de qualidade (estrutura, processo e resultado), analisou o período pré-acreditação e três anos após o credenciamento. Em sua análise observou-se que a preparação para a acreditação resultou em melhorias significativas em 74% das medidas relacionadas a qualidade e segurança do paciente. Em contrapartida, o período da acreditação teve 48% dessas medidas com efeito positivo e 4% com inclinação positiva de desempenho pós-acreditação. Os autores concluíram que apesar da queda transitória no desempenho, o estudo comprova a melhoria da qualidade com o processo durante o período da acreditação (DEVKARAN, O'FARREL, 2015).

Estudo com gestores da qualidade de 141 organizações de saúde não acreditadas ou acreditadas no Brasil, buscou identificar o impacto de programas de acreditação por meio de questionário aplicado (SAUT *et al.*, 2017). O resultado dessa pesquisa evidenciou que o impacto influencia nos processos internos, cultura, formação, credibilidade e vantagem competitiva. Entretanto, resultados financeiros não apresentam impacto tão relevante, necessitando de investimento na fase pré-acreditação. No estudo de Mendes e Mirandola (2015), buscou-se analisar os impactos da acreditação no desempenho organizacional em seis hospitais do estado de São Paulo, identificando que a acreditação tem a capacidade de gerar melhorias relacionadas à gestão dos processos. Entretanto, o estudo evidenciou que a capacidade da acreditação gerar benefícios financeiros é o item de menor percepção sobre o impacto favorável nesses hospitais.

O panorama das acreditações no Brasil, conforme COPPEAD/UFRJ (2012), descreve uma avaliação dos custos desse processo na percepção dos hospitais (Quadro 1) a partir de possíveis custos associados ao processo de acreditação.

Quadro 1: Avaliação pelos hospitais dos custos do processo de acreditação (COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.).

Custos do Processo de Acreditação: Porcentagem das Respostas para cada Classificação	1o mais importante	2o mais importante	3o mais importante	Total (citação em qualquer posição)
Custos das mudanças estruturais (infraestrutura e equipamentos)	58%	17%	10%	85%
Custos relacionados ao valor pago à entidade certificadora	19%	10%	20%	49%
Custos em termos de tempo empregado no processo	12%	24%	23%	59%
Custos de treinamento e capacitação	7%	26%	26%	59%
Custos associados à contratação de pessoas	4%	13%	13%	30%
Custos associados à compra de material de melhor qualidade	0%	11%	9%	20%

O item considerado mais importante, com 58%, foi quanto as mudanças estruturais (infraestrutura e equipamentos). Além disso, esse item ficou entre os três principais custos para 84% dos entrevistados. Analisando as três principais posições, percebe-se que os custos em termos de tempo empregado no processo e de treinamento e capacitação, estão entre as 3 mais importantes para 59% dos respondentes. Essa avaliação pode ser classificada como informação complementar no apoio à tomada de decisão de gestores em relação a adesão ao processo de acreditação hospitalar.

A globalização tem incentivado principalmente os países em desenvolvimento para buscarem as creditações. Nesse caso, alguns países podem atrair clientes oferecendo serviços de saúde de alta qualidade, porém com um custo menor do que o disponível no país de origem. Segouin *et al.* (2005) acredita que essa influência da globalização, apesar de incomum, em pouco tempo expandirá devido aos padrões globais de qualidade e da ascensão de processos de acreditação. Milner (2007) descreve que a tendência global pela busca de creditações é impulsionada à medida que governos de países tentam se envolver mais nos resultados dos recursos e serviços, em meio a preocupações com os altos custos, prioridades competitivas e segurança do paciente. Em países como Estados Unidos e Canadá, o governo e as seguradoras de planos de saúde exigem certificações dos hospitais para comprovar

a qualidade dos serviços e firmar contratos e parcerias (COLLUCCI, 2015). Para Quinto Neto (2016), Seabra (2007) e Alonso *et al.* (2014), hospitais privados que buscam ampliar mercados e aumentar os lucros, geralmente buscam creditações internacionais. Acrescentam, Lee (2012) e Quinto Neto (2016), que a globalização, associada com o turismo em saúde que demanda compra de serviços por pacientes, pressionam essas organizações para cumprir padrões validados por agências internacionais, facilitando a venda de serviços médico-assistenciais. Entretanto, acreditação internacional no setor público estará mais direcionada para hospitais de ensino considerando as seguintes justificativas (QUINTO NETO, 2016):

- a) Atendimento de exigências de organismos internacionais para desenvolver projetos de pesquisa;
- b) Ofertar condições de atendimento comparáveis aos países desenvolvidos, proporcionando condições para os profissionais receberem capacitações de alto nível de qualidade e segurança;
- c) Ser benchmarking para outras organizações de saúde sobre padrões gerenciais e assistenciais.

Segundo o panorama da acreditação no Brasil, conforme COPPEAD/UFRJ (2012), os principais motivos para a escolha das creditações são estão representados na Figura 1.

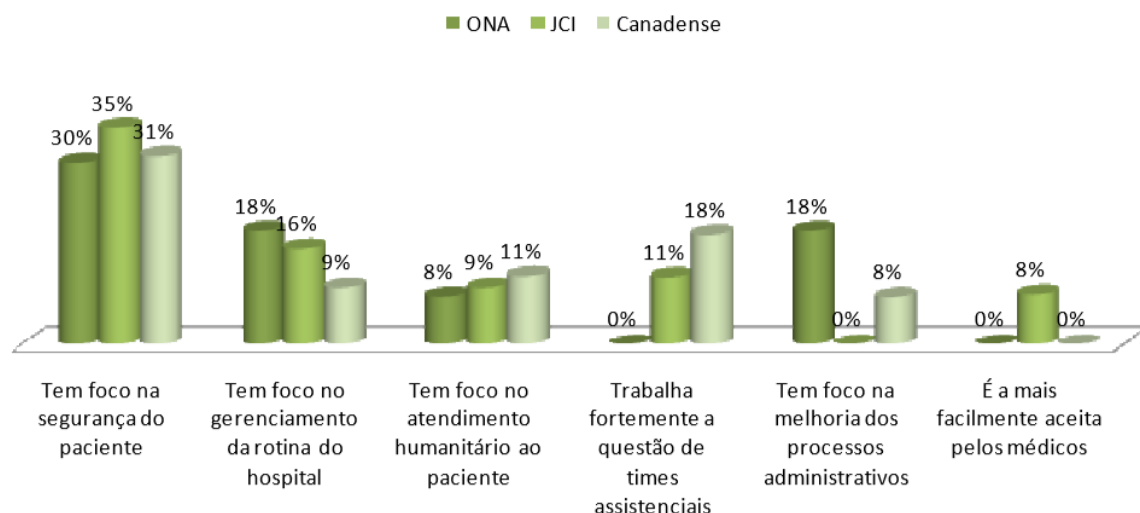


Figura 1: Principais motivos para a escolha das creditações. Relatório de Pesquisa 2009-2011. COPPEAD/UFRJ (2012).

Nota da Legenda: ONA (Organização Nacional de Acreditação), JCI (Joint Commission International) e Acreditação Canadense.

Na Figura 1 percebe-se que o foco na segurança do paciente é o fator que mais pesa na escolha da Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International* (JCI) e Acreditação Canadense. Os gestores da acreditação nacional (ONA), classificaram como motivos importantes o foco no gerenciamento da rotina do hospital e na melhoria dos processos administrativos, ambos com 18%. Já os gestores de creditações internacionais, JCI e Canadense, tiveram como o segundo motivo mais forte o foco no gerenciamento da rotina do hospital e trabalhar fortemente a questão de times, respectivamente. A aceitação pelos médicos é um ponto avaliado pela JCI (8%), entretanto a ONA e a acreditação Canadense não consideraram como motivo para a escolha da acreditação. A partir dessas variações, percebe-se a opinião dos gestores de hospitais acreditados quanto as escolhas em aderir aos programas pesquisados.

Conforme COPPEAD/UFRJ (2012), a pesquisa sobre os motivos para acreditação apresenta concentração e semelhança nos resultados nas regiões sudeste e sul. Segundo essa pesquisa, os motivadores para a acreditação dessas regiões estão representados na Figura 2.

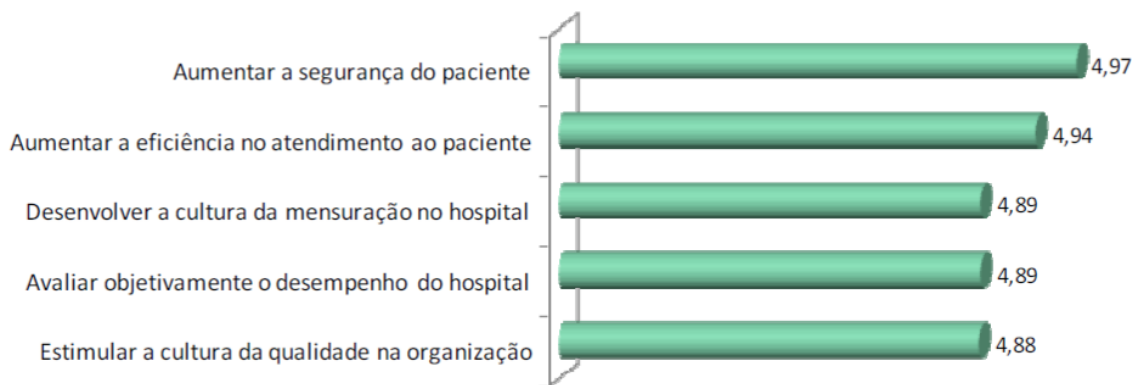


Figura 2: Cinco principais motivadores para Acreditação – Hospitais do Sul e Sudeste do Brasil (COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.).

Conforme observado na Figura 2, os gestores hospitalares das regiões sul e sudeste consideram os dois principais motivos para busca de creditações relacionados ao paciente: o aumento da segurança do paciente (4,97) e o aumento da eficiência no atendimento ao paciente (4,94). Os outros fatores ficam mais relacionados a motivos de desenvolvimento internos, correspondendo a cultura de

mensuração no hospital, avaliação do desempenho do hospital e estímulo a cultura da qualidade, respectivamente.

O processo de acreditação pode ser resumido, conforme Alonso *et al.* (2014), em sensibilização, diagnóstico institucional e avaliação. Nessas etapas estão inclusos os seguintes itens: planejamento estratégico, redesenho e padronização de processos, informações integradas e melhoria contínua. Para Seabra (2007) e Mendes e Mirandola (2015), a acreditação hospitalar gera vantagens competitivas que incluem a qualificação dos profissionais, eficiência, desempenho, reconhecimento público, acesso e ampliação do mercado, aprimoramento do atendimento do paciente e na segurança da estrutura física. Entretanto, Shaw (2004) relata que os resultados advindos de programas de acreditação, sua viabilidade financeira e a dúvida se será sustentável, depende de muitos fatores do país e da organização envolvida. Seabra (2007) corrobora com a consideração anterior, pois seu estudo em três hospitais acreditados sinaliza a dificuldade em mensurar os custos da acreditação nessas organizações.

Martins *et al.* (2004) recomendam a utilização de indicadores de desempenho como ferramentas úteis para identificar problemas de desempenho nos serviços de saúde. Considerando a divulgação de indicadores pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), como tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor médio da autorização de internação hospitalar (AIH), ratifica-se dados que podem ser influenciados por hospitais acreditados. Conforme COPPEAD/UFRJ (2012), no Brasil há quatro tipos de creditações disponíveis para hospitais: a nacional da ONA, a americana pela JCI, a Canadense e a norueguesa da *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO).

No capítulo a seguir encontra-se a justificativa embasada para a realização desse projeto de pesquisa.

1.1 Justificativa

A acreditação é um processo contínuo de avaliação de organizações de serviços sociais e de saúde por meio de padrões de excelência para identificar conformidade e oportunidades de melhoria (ACCREDITATION CANADA, 2019; ALKHENIZAN; SHAW, 2011). A partir de elementos desse conceito, o estudo de Greenfield e Braithwaite (2008) afirma que a necessidade em buscar evidências sobre a influência da acreditação é reconhecida há muito tempo. A ausência disso, gera posicionamentos com inferências positivas e negativas sobre o tema, estimulando ideologias ou preferências pessoais, e gerando vieses.

Estudos no Brasil sobre o impacto e a motivação de hospitais brasileiros para a acreditação evidenciam melhorias na qualidade e segurança aos pacientes, entretanto caracterizam-se por entrevista, questionário, estudo de caso e revisão da literatura (ARAÚJO *et al.*, 2015; MENDES e MIRANDOLA, 2015; SAUT *et al.*, 2017; SEABRA, 2007; MACHADO *et al.*, 2013).

Embora reconhecendo as contribuições de autores sobre o impacto da acreditação em hospitais, ainda há escassez de estudos que correlacionem o desempenho de indicadores de hospitais brasileiros, evidenciando o cenário por meio de dados públicos do governo. Essa relação, em especial com foco no Brasil, caracteriza como uma contribuição para a academia brasileira frente ao tema de acreditação hospitalar. Zanon (2001) já afirmava que análises de indicadores corrige suposições sem base em fatos e apresenta, objetivamente, as verdadeiras falhas do serviço médico-hospitalar, bem como identificam as possíveis causas. Para Miller *et al.* (2005), é necessário reavaliar sistematicamente as ferramentas de gestão para garantir informações seguras e consistentes sobre a qualidade e a segurança dos serviços de saúde. Seabra (2007) reforça a necessidade em aprofundar análises sobre o impacto quanto ao custo da acreditação e seus efeitos em hospitais.

Para o desenvolver esse estudo, entendeu-se ser oportuno relacionar a influência da acreditação hospitalar aos indicadores de taxa de mortalidade, tempo de médio de permanência do paciente e valor médio da AIH. Assim, foi comparado os resultados de hospitais acreditados com os que não possuem acreditação, sendo possível analisar o desempenho e, por sua vez, o impacto desse processo. A escolha desses indicadores foi realizada a partir da existência de uma base pública do governo, o DATASUS. Além disso, conforme o Ministério da Saúde (2019), o SUS é

um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde atendimentos simples como avaliação de pressão arterial, até transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população brasileira.

O assunto justificou-se pela importância que o processo de acreditação viabiliza, promovendo mudanças em rotinas e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares (ACCREDITATION CANADA, 2019; JCI, 2019; ONA, 2019; ALKHENIZAN; SHAW, 2011; PACCIONI; CHAMPAGNE, 2008; FELDMAN *et al.*, 2005). Nos Estados Unidos e Canadá a acreditação hospitalar é exigência do governo e de seguradoras de saúde para firmarem contratos ou parcerias, elemento de alerta para possíveis decisões desses agentes também no Brasil (COLLUCCI, 2015). A operadora de planos de saúde da Unimed de Belo Horizonte, fixou um aumento no valor das diárias pagas aos hospitais acreditados de acordo com o nível de certificação (incremento de 7% a 15%). Esse fato atraiu gestores e atualmente a maioria das instituições credenciadas com essa fonte pagadora são acreditadas (DELLA TORRES, PEREIRA, 2017; ONA, 2013). Considerando os benefícios em buscar um processo de acreditação em hospitais e a importância da decisão quanto a competitividade e sustentabilidade no mercado da saúde, ratifica-se a importância de analisar resultados objetivos por meio de indicadores assistenciais e financeiros.

No âmbito acadêmico, a contribuição está na inclusão de conteúdo na temática de gestão em saúde, evidenciando o impacto da acreditação por meio de resultados de indicadores de processo, desfecho e financeiro. Apoiar os tomadores de decisão dos serviços de saúde (hospitais, governo, operadoras de planos, profissionais da saúde e clientes) disponibilizando dados objetivos para avaliar e qualificar as organizações. Com a análise do desempenho frente aos indicadores, os gestores terão maior base para escolher a formalização da certificação ou a decisão do gerenciamento interno de seus processos.

O momento é oportuno, pois a globalização, associada ao turismo em saúde que demanda a compra por serviços estruturados, pressionam os hospitais para buscarem uma validação por padrões de excelência (QUINTO NETO, 2016). Segundo Gomes (2018), a Associação Brasileira de Turismo de Saúde (ABRATUS), espera receber 2 milhões de turistas de saúde a partir de 2030 e que receberá 30 mil em 2019.

Diante do cenário abordado, a pesquisa buscou responder o seguinte questionamento: Qual o impacto das creditações sobre indicadores de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor médio da AIH em hospitais com financiamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da região Sul do Brasil?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar o impacto do processo de acreditação hospitalar sobre indicadores de tempo médio de permanência do paciente, taxa de mortalidade e valor médio da autorização de internação hospitalar (AIH) em estabelecimentos com financiamento pelo sistema único de saúde (SUS) na região sul do Brasil, num período retrospectivo de 10 anos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar o efeito das creditações em função do tamanho dos hospitais por quantidade de leitos, com e sem acreditação;
- b) Verificar o efeito das creditações sobre os procedimentos de alta e média complexidade;
- c) Verificar o efeito das creditações sobre os grupos de procedimentos clínicos, cirúrgicos e transplantes;
- d) Verificar o efeito em um período de 10 anos sobre os indicadores de tempo médio de permanência de pacientes, taxa de mortalidade e valor médio da autorização de internação hospitalar em hospitais com e sem acreditação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo são abordados temas de base da literatura que proporcionaram o embasamento da pesquisa. Os temas relacionados à saúde sobre qualidade, acreditação hospitalar, indicadores e o sistema de informações hospitalares, estão incluídos para o estudo.

2.1 Qualidade na Saúde

A qualidade é conceituada por muitos autores, sob diferentes perspectivas, mas como ponto semelhante identificar itens para o desenvolvimento da gestão de organizações públicas e privadas (BONATO, 2011). Segundo a ABNT (2015), a qualidade de produtos e serviços de uma organização é caracterizada pela capacidade de satisfazer os clientes e pelo desempenho pretendido e não pretendido nas partes interessadas. Para Donabedian et al. 1982, definiram que a melhor qualidade de um atendimento está no serviço que entrega a maior melhoria do estado de saúde do paciente. Já, a avaliação da qualidade é uma pesquisa com objetivo de verificar um serviço ou atividades exercidas, considerando características da sociedade, organizações, pessoas envolvidas e pacientes (DONABEDIAN, 1988). O autor acrescenta que o monitoramento dessa qualidade busca obter informações contínuas sobre o desempenho do sistema de saúde, determinando causas de falhas, correções necessárias e verificação do sucesso organizacional. Para o conceito de garantia da qualidade, está incluído a educação médico e assistencial, organização e recursos do cuidado aos pacientes, o financiamento dos custos envolvidos, o cumprimento da legislação e o recebimento dos serviços prestados. Para Bonato (2011), modelos de avaliação da qualidade tem impacto em todas as partes interessadas no sistema de saúde, ou seja, nos pacientes, médicos, profissionais da saúde, fornecedores, investidores e na sociedade em geral.

2.2 Acreditação Hospitalar

A primeira tentativa de avaliar os serviços de saúde foi em 1912 por Codman, um cirurgião de Boston, que propôs, colocar o paciente como principal foco da atenção dos profissionais de saúde. A primeira avaliação realizada pelo Programa de Padronização Hospitalar foi realizada em 1918 nos Estados Unidos. Nesse período,

de 692 hospitais com 100 leitos avaliados, somente 89 atendiam os padrões estabelecidos (ROBERTS *et al.*, 1987).

Em 1924, quanto foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), as avaliações de qualidade na saúde iniciam por meio do Programa de Padronização Hospitalar (ROBERTS *et al.*, 1987), conforme Quadro 2:

Quadro 2: Os padrões mínimos preconizados pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1924
(ROBERTS *et al.*, 1987).

1. Médicos e cirurgiões com o privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou um corpo clínico.
2. A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam graduados em Medicina com licença legal para a prática em seus respectivos Estados ou províncias, competentes e valorosos em caráter e em relação à ética.
3. O corpo clínico inicia suas atividades com a aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e diretrizes no trabalho no hospital: a- reuniões do corpo médico ao menos mensalmente (em grandes hospitais podem optar por se reunir separadamente); b- revisão e análise da experiência clínica deve ser feita em intervalos regulares nos vários departamentos e o prontuário dos pacientes, deverá ser a base desta revisão e análise.
4. Os registros dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível a todo hospital - inclui dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais como consultas ou laboratório clínico ou raio-x, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica, diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e, no caso de morte, achados de autópsia.
5. Recursos diagnósticos e terapêuticos, devem estar disponíveis para o estudo diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia e departamento de raio x com serviços de radiografia e fluoroscopia.

Vergil N. Slee criou a auditoria médica em 1943. Vinte e nove anos depois, o Congresso Americano, criou o *Professional Standard Review Organization*, com o objetivo de regulamentar a avaliação da saúde (ZANON, 2001). Em 1950, o tamanho e o escopo do programa de padronização hospitalar aumentou significativamente, e o Colégio estava com dificuldades em apoiar o esforço sozinho. Além disso, a crescente sofisticação dos serviços médicos, complexidade dos hospitais modernos e o surgimento de outras especialidades após a Segunda Guerra Mundial, exigiram a revisão dos padrões. O Colégio Americano de Médicos, o *American Hospital Association*, o *American Medical Association* e a Associação Médica Canadense juntaram-se ao Colégio Americano de Cirurgiões em 1951, formando a Comissão Conjunta de Credenciamento de Hospitais como organização independente sem fins lucrativos (ROBERTS *et al.*, 1987).

A Associação Médica Canadense saiu da Comissão em 1959, pois iria desenvolver seu próprio programa. O processo de acreditação do Colégio permanece voluntário, conduzindo o programa para uma Comissão Conjunta e uma Comissão Mista oferecendo acreditação para hospitais. Os padrões continuaram a representar o que os profissionais de saúde entendiam como cuidados de qualidade aos pacientes e a pesquisa da acreditação fornecia benefícios da combinação entre avaliação, educação e consultoria. No início de 1960, com a preocupação com os serviços de qualidade em outras organizações de saúde, levou a discussão para desenvolver novos programas de acreditação (ROBERTS *et al.*, 1987). Em 1975, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHCO), nos Estados Unidos, introduziu métodos para verificação e documentação da qualidade nas organizações de saúde (ZANON, 2001). Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Qualidade para disseminar a cultura da qualidade. Além disso, também implantou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) que contribuiu na elaboração de diretrizes do programa e sua disseminação (FELDMAN *et al.*, 2005).

O conceito qualidade apresenta vários significados, conforme o contexto empregado. Na assistência à saúde costuma indicar a excelência de um serviço. Conforme a *International Standardization Organization* (ISO) em seus manuais, qualidade é adequação ao uso e conformidade às especificações (ESCOBAR, 2017). A acreditação é um processo contínuo de avaliação de organizações de serviços sociais e de saúde por meio de padrões de excelência para identificar conformidade e oportunidades de melhoria (ACCREDITATION CANADA, 2019; ALKHENIZAN; SHAW, 2011). Programas de acreditação hospitalar focados na qualidade assistencial resultam em normas, rotinas, processos, manuais para serem seguidos e padronizam a assistência e a melhoria contínua (ALONDO *et al.*, 2014). O envolvimento de todos membros da organização, bem como a comunidade, incluindo pacientes e familiares ocorre no processo da acreditação. Ela deve permitir como usar melhor os recursos, aumentar a eficiência, melhorar a qualidade e a segurança e reduzir os riscos (ACCREDITATION CANADA, 2019). Segundo Escobar (2017), a acreditação hospitalar é um processo de certificação com o escopo mais amplo, definido pela norma e não pelo prestador avaliado. Fairbrother e Gleeson (2000), traduzem a acreditação como avaliação voluntária de qualidade das estruturas, processos e

resultados usando padrões estabelecidos. Essa conformidade é avaliada por pesquisadores experientes e qualificados, na área de gestão ou médico-assistencial, além de serem externos à organização. O parecer é validado pelo órgão de acreditador e controlado por uma diretoria composta por representantes de associações de profissionais da saúde.

Conforme a ONA (2019), acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. O caráter é educativo, direcionado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental. O processo da acreditação possui três princípios fundamentais:

- a) É voluntário, quem adere é a organização da saúde;
- b) É periódico, com avaliação para a certificação e durante o período de validade do certificado;
- c) É reservado, ou seja, as informações obtidas nas organizações durante o processo de avaliação não são divulgadas.

As justificativas caracterizadas pela ONA (2019) para as organizações submeterem-se ao processo são: demonstrar que a organização apresenta padrões de segurança no atendimento ao paciente, apresentar responsabilidade e comprometimento com a assistência e possibilitar um ferramenta de gestão, pois contribui para a equipe entender os requisitos para melhorar o desempenho, identificar melhorias, manter as conformidades e promover um sistema de cooperação.

O objetivo da acreditação é a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos usuários (PACCIONI; CHAMPAGNE, 2008; DA SILVA *et al.*, 2017). Para Feldman *et al.* (2005), as creditações hospitalares melhoram a assistência aos pacientes, bem como incentivam a evolução da qualidade. Acredita-se que o futuro promissor será para organizações certificadas, proporcionando maior segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes. No estudo de El-Jardali *et al.* (2008), destaca um alto nível na variável de resultados da qualidade, percebido pelos enfermeiros libaneses sobre a melhora na qualidade durante e após o processo de acreditação.

Os benefícios da acreditação podem ser resumidos em: segurança do paciente, treinamento contínuo, redução de custos, otimização de tempo e resultado (CBA, 2019). Conforme *Accreditation* Canada (2019), os beneficiados diretamente com programas de acreditação estão relacionados a seguir:

- Equipe: envolvimento da a equipe na melhoria contínua da qualidade, melhora a segurança e simplifica a integração por meio do acesso a políticas e procedimentos claros;
- Clientes e Famílias: promoção do cuidado respeitoso, culturalmente apropriado e competente, que responde às necessidades, valores, crenças e preferências dos clientes e de seus familiares;
- Pagadores, financiadores e governo: demonstração de responsabilidade e um compromisso com o processo contínuo de melhoria da qualidade;
- Fornecedores e parceiros: aumento da credibilidade e visibilidade da sua organização.

Acreditações internacionais foram comparadas quanto aos resultados da qualidade hospitalar por Da Silva *et al.* (2017). Em seus resultados observaram que a JCI possui foco para a qualidade e segurança do paciente, promovendo serviços de educação e consultoria. A acreditação Canadense tem seu foco na segurança do paciente e possui manual adaptado ao Brasil, pois sua metodologia adapta à cultura do país e das organizações. Além disso, o processo de acreditação também inclui o monitoramento de eventos sentinelas das instituições (ONA, 2019). Evento sentinela é uma situação que atinge o paciente, cliente ou profissional da instituição, colocando em risco a segurança e podendo resultar em dano temporário, permanente ou morte. Esse evento exige uma intervenção imediata. A ocorrência deve ser comunicada, pois a notificação tem o objetivo de contribuir na avaliação das causas de um evento e evitar que ele se repita. Não notificar pode resultar na suspensão ou cancelamento da certificação.

Na pesquisa realizada por Araújo *et al.* (2015), com o objetivo de identificar o que motiva os gestores hospitalares a buscar a acreditação, foi realizado uma *survey* com 154 hospitais que atuam no Brasil e que no momento da pesquisa já possuíam ou estavam em processo de acreditação (ONA, JCI ou Canadense); destes, 101 (66%) responderam ao questionário. Os resultados indicaram que a principal motivação para a busca da acreditação é o aumento da segurança do paciente. A acreditação é vista como o início de um processo em direção ao alcance da qualidade e não como o coroamento final deste processo. Em sua análise por região geográfica, esses autores destacam uma diferença significativa nos hospitais do Sul e Sudeste,

pois estão mais motivados para buscar a acreditação e otimizar os recursos e melhorar os resultados financeiros.

Pesquisa realizada por Chen *et al.* (2003), analisou a qualidade no cuidado e desfechos em 134.579 pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio, em 4.221 hospitais dos Estados Unidos. O objetivo do estudo foi analisar hospitais acreditados quanto a qualidade do atendimento e a sobrevivência desses pacientes. O resultado foi que hospitais acreditados com louvor (somente com conformidades quanto aos critérios avaliados) tiveram taxas de mortalidades menores do que hospitais com recomendações (acreditados, porém com conformidades parciais). Já a revisão sistemática de Alkhenizan e Shaw (2011), identificou 26 estudos que avaliam o impacto da acreditação na qualidade dos serviços de saúde. A maioria dos estudos mostrou aprimoramentos para atendimentos de infarto agudo do miocárdio, trauma, cirurgia ambulatorial, controle de infecção e controle da dor, além de programas específicos para subespecialidades. A conclusão dessa revisão sistemática indica que programas de acreditação melhoram significativamente os desfechos clínicos e a qualidade do atendimento.

A acreditação hospitalar contempla ganhos como a melhoria dos processos em profissionalizar a administração, educar e desenvolver os profissionais e melhorar a segurança dos funcionários. (Diab, 2011; Greenfield, & Braithwaite, 2008; Paccioni et al., 2008). Segundo Seabra (2007), a acreditação hospitalar é adotada em organizações que buscam fatores de competição, satisfação dos clientes, valor percebido, *Market share*, e, principalmente, manter a lucratividade. Em síntese da literatura da acreditação, conforme Araújo *et al.* (2015), traduz os grandes motivadores como a melhoria dos processos, a imagem do hospital, a avaliação objetiva da qualidade e as pressões da competitividade.

A melhoria dos processos busca a otimização dos recursos, impactando em aspectos financeiros do hospital (Seabra, 2007; Greenfield & Braithwaite, 2008; Shaw, 2004). Entretanto, Greenfield e Braithwaite (2008) analisando 66 artigos sobre acreditação concluíram que os resultados ainda são inconsistentes quanto a influência no desempenho financeiro de hospitais acreditados. Os desafios gerenciais dos hospitais originam a busca por gestão da qualidade e a melhoria de seus processos. Fatores do cenário no Brasil, como a ineficiência nos processos, inflação dos custos da saúde e a crescente insatisfação dos pacientes com a prestação de serviços

incentivam os hospitais a reduzirem custos e melhorar seus serviços (SEABRA, 2007). Em contrapartida, Araújo *et al.* (2015) destacam que a acreditação hospitalar tem sido adotada por muitos gestores numa iniciativa de qualidade para superar tais desafios. Paccioni *et al.* (2008), comentam em seu artigo para entender os efeitos da acreditação que funcionários não envolvidos diretamente percebem o processo como um instrumento de controle burocrático externo.

Um dos incentivos para a busca da acreditação internacional por hospitais brasileiros é a globalização, pois é uma forma de comunicar padrão mundial de qualidade dos serviços (Segouin; Hodges; Brechat, 2005). Hospitais que buscam por qualidade e segurança em seus serviços são valorizados pelos pacientes, além da percepção que a acreditação demonstra que a organização atende aos padrões necessários. (Seabra, 2007). No Brasil, apenas 4,61% dos hospitais possuem algum tipo de acreditação dentro dos padrões de qualidade e segurança. Não há lei que obrigue o hospital a buscar essa certificação, entretanto, nos Estados Unidos e no Canadá, governos e seguradoras de saúde exigem para firmarem contratos ou parcerias (COLLUCCI, 2015).

No processo de acreditação, a determinação de conformidades de um hospital considera diferentes participantes, ou seja, pacientes, funcionários, administração, Direção, entre outros (COPPEAD/UFRJ). Esse fator ratifica a abrangência do processo da acreditação em uma organização hospitalar, representando uma forma de tornar tangível a qualidade do serviço prestado. A partir desses conceitos gerais, os próximos capítulos abordam as principais acreditações adotadas em território brasileiro, tais como *Joint Commission International*, Canadense, Organização Nacional de Acreditação e *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*.

2.3 Joint Commission International (JCI)

Em 1924, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) elabora o Programa de Padronização Hospitalar, a partir desse marco inicia o processo formal da acreditação hospitalar no Estados Unidos. Entretanto, ao longo dos anos, diante de dificuldades em manter economicamente o manual de padrões, do aumento do número de instituições, da complexidade e da necessidade de mais tecnologia, o CAC busca parceria com associações, formando em 1951 a Comissão Conjunta de Acreditação

dos Hospitais (CCAH). Já em 1952, oficializou-se o programa de acreditação *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), que em 1987 passou a ser denominado *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). O propósito desse programa é a avaliação de serviços de saúde para oferecerem um cuidado seguro e eficaz de qualidade e valor aos pacientes. Atualmente a *Joint Commission* credencia e certifica mais de 21 mil organizações e programas nos Estados Unidos (JC, 2019).

Com o passar dos anos, a *Joint Commission* decide por expandir sua atuação a nível internacional, fundando em 1994 a *Joint Commission International* (JCI). A JCI, também com o objetivo de melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, ofertando educação, publicações, consultoria e acreditação e certificação internacionais. Atuando em mais de 100 países, a JCI é parceira de hospitais, clínicas e centros médicos acadêmicos; sistemas e agências de saúde; ministérios do governo; e defensores internacionais para promover padrões de atendimento e fornecer soluções para o melhor desempenho (JCI, 2019).

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é a associação da *Joint Commission International* no Brasil. O CBA é acreditado pelo INMETRO como certificadora de Operadoras de Planos de Saúde e é membro da *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua). Os padrões de acreditação considerados são destinados a avaliar a qualidade e segurança do paciente e são aplicáveis para os diversos tipos de hospitais públicos, privados e para centros médicos acadêmicos (CBA, 20019). Esses padrões são agrupados em três áreas: (a) prestação de cuidados ao paciente; (b) proporcionar uma instituição segura, eficiente e bem administrada e; somente para hospitais de centros médicos acadêmicos, (c) programas de educação profissional médica e pesquisas envolvendo seres humanos, conforme descrito a seguir (JCI, 2017):

a) Padrões Centrados nos Pacientes

- Metas Internacionais de Segurança do Paciente
- Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado
- Direitos dos Pacientes e Familiares
- Avaliação dos Pacientes
- Cuidados aos Pacientes

- Anestesia e Cuidados Cirúrgicos
 - Gerenciamento e Uso de Medicamentos
 - Educação do Paciente e Familiares
- b) Padrões de Gestão das Organizações de Saúde
- Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
 - Prevenção e Controle de Infecções
 - Governo, Liderança e Direção
 - Gerenciamento e Segurança das Instalações
 - Educação e Qualificação dos Profissionais
 - Gerenciamento da Informação
- c) Padrões de Hospitais Centros Médicos Acadêmicos
- Educação Médica Profissional
 - Programas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Conforme COPPEAD/UFRJ (2012), os principais motivos dos hospitais para escolher a JCI como acreditação estão apresentados na Figura 3:

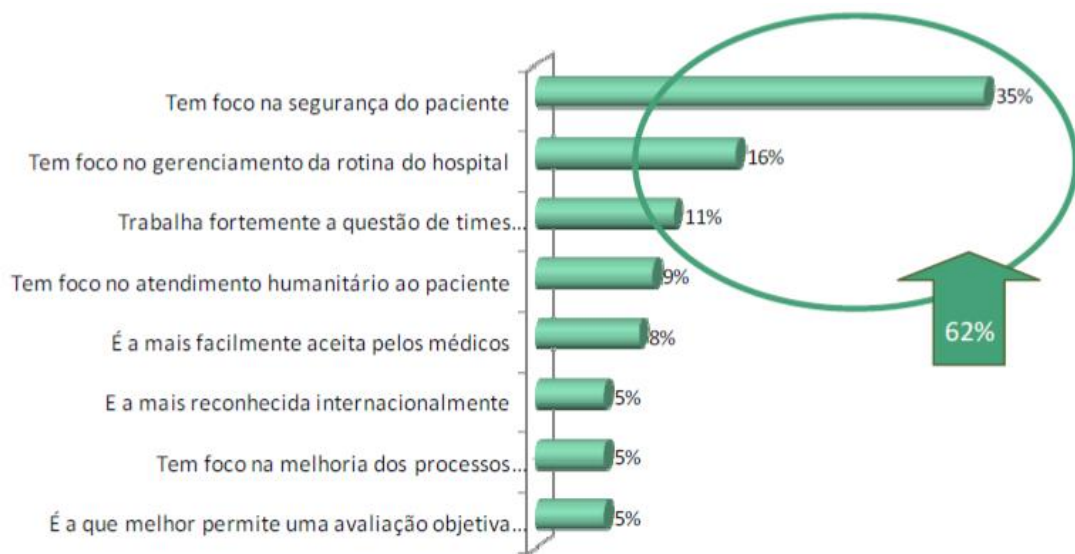


Figura 3: Principais motivos para escolha da JCI. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012. Demais motivos: <5% de importância.

Conforme observado na Figura 3, o item mais importante para a escolha da JCI como acreditação hospitalar obteve resultado de 35%, correspondendo ao ter foco na segurança do paciente. Outro importante destaque é o resultado acumulado de 62%

dos três principais motivos para a escolha da JCI: foco na segurança do paciente, foco no gerenciamento da rotina do hospital e trabalhar fortemente a questão de times. Tais motivos ratificam, na percepção dos gestores entrevistados, a importância de ter um hospital que cuida bem do paciente, da gestão e do trabalho em equipe.

2.4 Acreditação Canadense Internacional (ACI)

A *Accreditation Canada International* (ACI) é uma extensão da organização internacional da *Accreditation Canada*, uma organização independente, sem fins lucrativos, fundada em 1958 (Patients Beyond Borders, 2019). Segundo Accreditation Canada (2019), em 2000, uma divisão de serviços internacionais foi produzida para atender clientes fora do Canadá, que se tornou formalmente conhecida como Acreditação do Canadá Internacional. Já em 2008, constituiu-se o novo Programa de Acreditação *Qmentum*, com foco aprimorado na melhoria da qualidade e segurança do paciente.

A ACI é credenciada pela Sociedade Internacional de Qualidade em Assistência à Saúde, uma organização responsável por credenciar organismos de acreditação (Patients Beyond Borders, 2019). O programa de Acreditação do Canadá oferece o credenciamento globalmente desenvolvido e localmente personalizado (IQG, 2019). A filosofia da melhoria da qualidade é baseada no envolvimento de toda a organização. Os padrões desse programa de acreditação, afiliado também com a *Health Standards Organization* (HSO), são adotados por mais de 7.000 sites em serviços de assistência médica e sociais em 5 continentes.

O Instituto Qualisa de Gestão (IQG), organização acreditadora, é a parceira exclusiva do HSO – antiga *Accreditation Canada International* (ACI), possibilitando as instituições de saúde brasileiras a buscarem padrões internacionais de excelência por meio da acreditação *Qmentum*, nomenclatura atual derivada dos termos *Quality* e *Momentum*. Segundo Ruffini (2018), essa fusão é caracterizada porque dentro de uma organização existem momentos da qualidade. A *Accreditation Canada* é reconhecida mundialmente, com mais de 50 anos de experiência em acreditação no Canadá e no mundo (IQG, 2019). Além disso, o IQG é a maior instituição acreditadora da ONA, sendo responsável pela certificação e diagnóstico em mais de 400 instituições de saúde no Brasil. Os benefícios da acreditação *Qmentum International* em relação a outros Programas são descritos como: (a) Integração de normas e melhores práticas

aprovadas e adotadas internacionalmente; (b) Redução de ocorrência de incidentes de segurança do paciente; (c) Acompanhamento de indicadores e resultados por meio de plataforma customizada; (d) Orientação exclusiva por especialistas internacionais para implementar a metodologia; (e) Aprimoramento contínuo de padrões de excelência e de melhores práticas; (f) Realização de benchmarking de ações inovadoras; (g) Uso de governança clínica como princípio norteador e; Visão voltada para o cuidado centrado no paciente. Conforme a Patients Beyond Borders (2019), o programa de acreditação da ACI é composto por mais de 30 padrões específicos de serviços e aplicável em instituições como hospitais e ambulatórios. A ACI consiste em avaliar instalações médicas para atendimento clínico, administração e infraestrutura. As instituições aprovadas nessa avaliação recebem acreditação em três níveis: Ouro, Platina ou Diamante, sendo reacreditada a cada três anos.

Pesquisa realizada com gestores hospitalares para a escolha da Acreditação Canadense, ratifica um dos benefícios citados como o principal, o foco na segurança do paciente, conforme Figura 4 (COPPEAD/UFRJ, 2012):

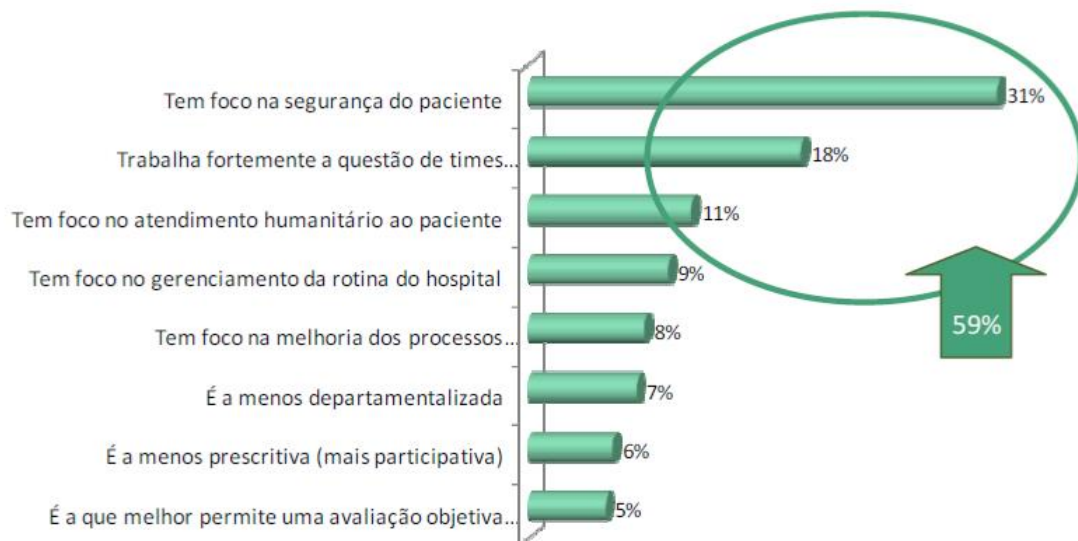


Figura 4: Principais motivos para escolha da Acreditação Canadense. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012. Demais motivos: <5% de importância.

Ter o foco na segurança do paciente representa 31% na pesquisa quanto ao motivo para a escolha da Acreditação Canadense. Entretanto, esse valor somado aos resultados do motivo de trabalhar fortemente a questão de times e ter um foco no atendimento humanizado ao paciente, resultam num acumulado de 59%. Conclui-se

que esses são os fatores mais determinantes para essa tomada de decisão dos gestores que optam por essa acreditação.

2.5 Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Fundada em 1999, por entidades públicas e privadas da saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) trata-se de uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. Para tanto, a missão organizacional é de aprimorar a gestão, qualidade e segurança da assistência no Setor Saúde, por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação. (ONA, 2019). A ONA tem como objetivos a implantação e implementação de um processo permanente de melhoria da assistência à saúde, incentivando os serviços para atingir os mais elevados padrões de qualidade (ONA, 2019; FELDMAN *et al.*, 2005).

Cabe destacar que a história da ONA está relacionada com a Constituição de 1988, que definia a saúde como um direito de todo o cidadão. A partir dessa abordagem, na década de 1990, o governo preocupa-se com a avaliação dos serviços de saúde oferecidos à população, surgindo as primeiras iniciativas regionais de acreditação e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-americana de Hospitais e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é o responsável por coordenar a ONA desde sua criação, reunir organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras objetivando a segurança do paciente e a melhoria do atendimento (ONA, 2019).

A ISQua (*International Society for Quality in Health Care*), associação parceira da OMS (Organização Mundial da Saúde), reconhece e valida a metodologia de acreditação da ONA. Método que foi desenvolvido a partir dos modelos de acreditação regionais e dos manuais da América Latina e de países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra. Diferente das acreditações internacionais, o método da ONA classifica o resultado da avaliação em níveis quanto a maturidade do serviço de saúde, conforme Figura 5 (ONA, 2019):



Figura 5: Níveis de Acreditações (ONA, 2019).

Observa-se na Figura 5 que os níveis de acreditação da ONA evidenciam o grau de exigência para as avaliações. A partir do atendimento de um nível, o próximo deve acumular os requisitos do anterior somados aos do novo patamar desse processo, ou seja, a sequenciando o crescimento de Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência, respectivamente. Já a validade do certificado é de 2 anos, com exceção ao nível de Acreditado com Excelência que possui a duração de 3 anos.

Com a avaliação realizada, a organização recebe o Relatório de Avaliação, onde consta informações, observações e evidências que são utilizados para recomendar ou não a certificação da instituição. Esse relatório inclui um resumo da avaliação, descrição do modelo de gestão, resultados obtidos no atendimento prestado, destacando os pontos fortes, oportunidades de melhoria, as conformidades e as não conformidades encontradas (ONA, 2019). Após a certificação, visitas de manutenção são realizadas para garantir o acompanhamento e verificar a manutenção dos resultados, podendo ser motivado pela ocorrência de evento sentinela, conforme segue (ONA, 2019):

- Visitas de manutenção: para creditações dos níveis 1 e 2 são realizadas a cada 8 meses após a certificação. No nível 3 ocorre a cada ano;

- b) Visitas extraordinárias: são realizadas em qualquer momento no caso de mudanças que interferem diretamente o escopo da avaliação que resultou na certificação. Pode também ser realizada por denúncia de irregularidade, constatação de não conformidade na visita de certificação ou ocorrência de evento sentinela.

A equipe de avaliadores possui três categorias: líder, avaliador e trainee. Cada avaliador deve ter ensino superior completo, 2 anos de experiência profissional, ser aprovado no Curso Sistema Brasileiro de Acreditação para Avaliadores da ONA, e ser aprovado no exame do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2019). Conforme COPPEAD/UFRJ (2012), os principais motivos dos hospitais para escolher a ONA como acreditação estão apresentados na Figura 6:

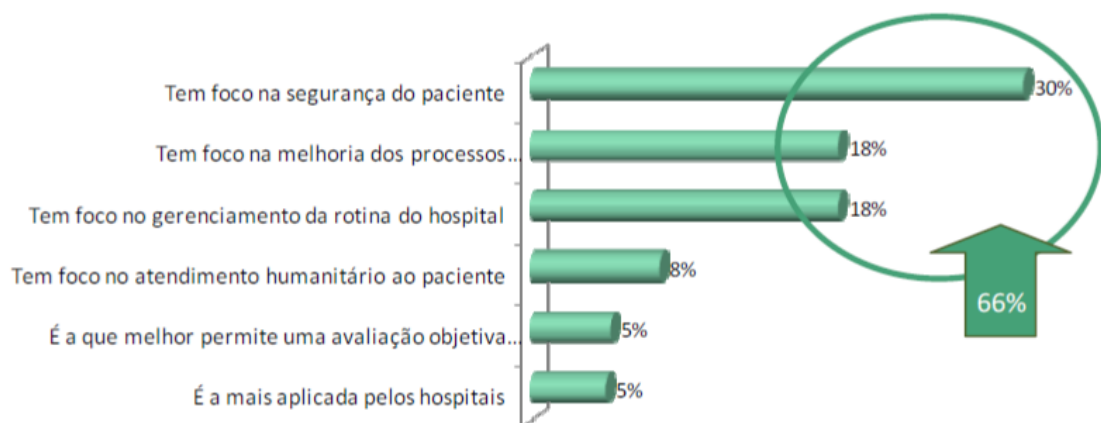


Figura 6: Principais motivos para escolha da ONA. COPPEAD/UFRJ. Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012. Demais motivos: <5% de importância.

Observa-se que a Figura 6, possui como os principais motivos para a adoção da acreditação ONA são ter foco na segurança do paciente (30%) e, na sequência empatados com 18%, foco na melhoria dos processos e no gerenciamento da rotina do hospital. Somente esses três motivos resultam em 66% de peso, ou seja, dois terços do resultado geral. Conclui-se que os respondentes da pesquisa escolheram a ONA pelo suporte em aumentar a segurança do paciente, melhorar os processos e em gerenciar a rotina do hospital.

2.6 National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)

Em 2008, os *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), dos Estados Unidos, aprovam o programa de acreditação de hospitais NIAHO, produzido pela divisão médica da empresa norueguesa *Det Norske Veritas* (DNV). Essa aprovação é um marco dessa acreditação, pois passa a ter direito de reembolso *Medicare* (ROSA; TOLEDO, 2015). O principal elemento de diferenciação entre as outras credenciações, é que a NIAHO é a primeira acreditação a integrar o credenciamento hospitalar com a ISO 9001 (COPPEAD/UFRJ, 2012). A ISO 9001 é uma certificação que busca avaliar requisitos aplicados ao sistema de gestão da qualidade (ABNT, 2015). Esse sistema consiste em atividades pelas quais as organizações identificam seus objetivos e determinam processos e recursos para alcançar metas estabelecidas.

No Brasil, o programa NIAHO foi lançado em 2009, ano seguinte da aprovação da acreditação nos Estados Unidos (COPPEAD/UFRJ, 2012). Segundo a DIAS/NIAHO (2019), fora dos Estados Unidos os requisitos da DNV GL são baseados nos padrões DNV GL *International Accreditation Standard* (DIAS). As exigências abrangem aspectos da governança organizacional e cuidados clínicos, incluindo:

- a) Sistema de gestão da qualidade;
- b) Qualidade assistencial e governança clínica;
- c) Gerenciamento de risco pró-ativo;
- d) Gerenciamento de medicamentos;
- e) Ambiente físico;
- f) Outros aspectos.

Essa acreditação possui três pilares na melhoria das organizações de saúde (DIAS/NIAHO, 2019):

- a) Generalista: com requisitos de sistemas de gestão da qualidade;
- b) Clínico: com foco assistencial e cuidados centrados no paciente – qualidade da assistência;
- c) Ambiente Físico: aspectos relacionados à segurança da estrutura.

Quanto a integração com a ISO 9001, a NIAHO incluí a avaliação desses requisitos como uma das diretrizes da acreditação durante as auditorias dos hospitais. Conforme DNV GL (2017), o hospital tem até 3 anos, a partir da primeira acreditação,

para alcançar a conformidade ou certificação ISO 9001. (ANAHP, 2018; QUINTO NETO, 2016).

No Brasil, a adesão da acreditação NIAHO ainda em estágio inicial, frente as outras já implementadas. A seguir, na Tabela 1, pode ser observado a distribuição dos tipos de creditações no Brasil em 2017 (ANAHP, 2018):

Tabela 1: Distribuição por tipo de Acreditação no Brasil. Tabela adaptada do resultado do ano de 2017 a partir de informações do Observatório 2018 (ANAHP, 2018).

Tipo de Acreditação	Quantidade	%
ONA III	117	34,82%
JCI	35	10,42%
ACI	35	10,42%
ONA II	84	25,00%
ONA I	60	17,86%
NIAHO	5	1,49%
TOTAL	336	-
Internacionais	75	22,32%

Os resultados da distribuição dos tipos de acreditação no Brasil apresentam uma concentração pela nacional (ONA), com adesão de 261 hospitais (77,68%). Em relação a acreditação da JCI e Canadense, ambas possuem o mesmo número de hospitais (10,42%). Já a com menor adesão, está a NIAHO (1,49%), e com concentração no Estado de Minas Gerais. Considerando as informações do capítulo quanto a acreditação hospitalar e seus tipos, percebe-se a convergência com o propósito da segurança com o paciente, envolvendo as áreas de interface dos hospitais. Algumas particularidades quanto ao tipo de avaliação foram destacadas, tais como: a ONA com padrões nacional adaptando modelos da América Latina, Estados Unidos, Canadá, etc, além de possui três níveis de acreditação (Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência); padrões da JCI com maior tradição e abrangência no mercado da saúde mundial; a Acreditação Canadense com um modelo adaptado a filosofia do hospital avaliado, possuindo três níveis de acreditação (Ouro, Platina e Diamante) e a NIAHO que integra a certificação da ISO 9001. Essas

quatro principais creditações, desempenham um papel importante no Brasil, a oferta de serviços de qualidade, que podem ser identificados nos processos de avaliação e seus resultados. Conforme consulta em 2019 (DNV GL, 2019), a quantidade de hospitais acreditados pela NIAHO evoluiu para 6, todos ainda no Estado de Minas Gerais.

No próximo capítulo conheceremos o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que possui variáveis para identificar o desempenho entre hospitais, em especial aos que possuem certificados de acreditação no Brasil.

2.7 Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)

Criado em 1981, no Paraná, e substituindo em 1982 o sistema Guia de Internação Hospitalar, o chamado “Sistema AIH” (Autorização de Internação Hospitalar), foi o primeiro do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores em 1992 (AIH em disquete) e descentralizada nos próprios usuários. O processamento continuou centralizado até ser descentralizado para os Gestores de Secretarias de Saúde em 2006, estado encontrado atualmente. O objetivo do SIH-SUS é registrar todos os atendimentos de internações hospitalares que foram financiados pelo SUS, e a partir do processamento, gerar relatórios para os gestores efetuarem os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Todos hospitais cadastrados no CNES, privados ou públicos, podem ser localizados na base de dados do SIH-SUS, entretanto as informações disponíveis são exclusivamente de internações remuneradas pelo atendimento do SUS. A base de dados é analisada no nível Federal, considerando as AIHs autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para deliberar os repasses dos valores de produção de média e alta complexidade, conforme os contratos de gestão (DATASUS, 2019). Conforme Galleguillos (2014), o Datasus é um dos sistemas de informação em saúde mais utilizados no Brasil. O Datasus disponibiliza informações quanto a análises de situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

O registro do SIH-SUS é realizado por meio da autorização de internação hospitalar (AIH), significando o código de uma internação de caráter agudo/curta permanência ou a um período limitado de uma internação de longa permanência (PORTELA, 1997). O sistema de informações hospitalares da AIH classifica as

internações segundo o procedimento ou tratamento principal realizado (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Uma das classificações do SIH-SUS é a classificação da média e alta complexidade, pois a atenção primária é o primeiro nível de atenção no SUS, que emprega tecnologia de baixa densidade, procedimentos menos complexos, capazes de atender a problemas comuns da sociedade. A média complexidade é composta por ações e serviços que atendem aos problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e de tratamento. Já a alta complexidade é o conjunto de procedimentos com alta tecnologia e alto custo, objetivando serviços qualificados e integrando aos demais níveis de atenção à saúde. Além disso, a classificação dessas complexidades nas internações hospitalares é definida por grupos, tais como procedimentos clínicos, cirúrgicos e transplantes de órgãos (CONASS, 2011; GALLEGUILLOS, 2014). No próximo capítulo será apresentado conceitos sobre a mensuração do desempenho por meio de indicadores, que contribuem para esse estudo, correspondente ao tempo médio de permanência do paciente, taxa geral de mortalidade e valor médio da autorização de internação hospitalar.

2.8 Indicadores da Saúde

A necessidade em avaliar o desempenho no âmbito hospitalar apresenta-se por incentivos diversos, como a demanda por prestação de contas, estratégias de melhoria em processos, interesse em elevar a satisfação do paciente, entre outros. Nesse sentido, o desempenho reúne conceitos de qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados dos serviços de saúde (OMS, 2003). Esses indicadores de desempenho caracterizam-se pelo monitoramento, avaliação ou melhora de processos internos e externos da organização, permitindo análises e comparações frente às metas definidas. Outros autores (CARVALHO; CHOUAID *et al.*, 2006; PALADINI, 2012), conceituam indicador como uma informação bem-estruturada que avalia elementos de produtos, serviços, métodos ou processos de produção. Para esses autores, a característica essencial de um indicador é a definição de bases quantitativas e de avaliação, de forma direta ou não, possibilitando verificar o impacto de um produto ou

atividade. Já as características básicas são definidas por uma série de variáveis, relacionadas a seguir:

- a) Expressar a avaliação realizada de forma simples;
- b) Expressar uma avaliação direta;
- c) Expressar uma avaliação atual;
- d) Ser bem compreendidos por todos;
- e) Garantir a perfeita adequação do indicador à situação, ao contexto da organização onde será usado;
- f) Avaliar a qualidade com informações já disponíveis;
- g) Ser representativos;
- h) Ser representados por dispositivos de rápida visualização e compreensão quase instantânea, como gráficos, por exemplo;
- i) Priorizar o processo que os gerou.

O indicador de desempenho é o meio para monitorar ações gerenciais de um processo e buscar a qualificação dos resultados, pois o mesmo identifica oportunidades para o alcance de metas e objetivos organizacionais (SPILLER *et al.*, 2009). La Forgia e Couttolenc (2009), fazem referência à Donabedian que fundamenta três componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados. Esse tripé de componentes consiste em instrumentos e padrões de avaliação da qualidade no mundo: (a) Estrutura: avaliação da capacidade dos prestados de serviços, incluindo unidades de saúde, equipamentos, mão de obra e financiamento; (b) Processo: análise dos serviços prestados de saúde; e, (c) Resultados: identificação dos produtos finais da produção de serviços em saúde, segurança ou satisfação do paciente. Já Macinati (2008), relaciona o desempenho de um hospital caracteriza-se em três perspectivas e os indicadores correspondentes:

- a) Financeira: consiste nos resultados econômicos e está relacionada com fatores como a lucratividade, crescimento de receitas e redução de custos;
- b) Eficiência Operacional: correspondendo a capacidade de transformar recursos disponíveis (materiais, equipamentos e profissionais) em serviços hospitalares para atender as necessidades dos pacientes. Essa perspectiva envolve fatores de produtividade, tempo médio de permanência, tempo de espera, tempo de consulta, etc.;

- c) Resultados: traduzido por fatores advindos da atividade médico-assistencial prestada, como: mortalidade, satisfação dos clientes, infecções hospitalares, etc.

Por fim, o desempenho de um hospital converge no processo de acreditação, pois indicadores clínicos e organizacionais são coletados como parte do processo de avaliação. O objetivo dessa relação é traduzido na capacidade da organização gerar e analisar o desempenho como parte do programa de melhoria da qualidade. Ratifica-se que esse processo inclui definir, monitorar e melhorar sistematicamente o desempenho (SHAW, 2004). A seguir será abordado os indicadores relacionados nesse estudo advindos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

2.8.1 Tempo Médio de Permanência

Esse indicador corresponde à média do número de dias que os pacientes permaneceram internados, com a seguinte fórmula: N° de pacientes-dia/ N° de pacientes. O paciente-dia é o conjunto de serviços prestados a um paciente hospitalizado no período entre 0 e 24 horas de um dia censitário. Esse indicador pode ser influenciado por problemas administrativos (atrasos na execução de exames e de procedimento ou redução por falta de leitos), econômicos (redução induzida pela instituição financiadora ou pelo próprio hospital) ou sociais (aumento porque o paciente não tem para onde ir) (ZANON, 2001). Os melhores indicadores relacionados ao gerenciamento de leitos hospitalares, como o menor tempo médio de permanência, maior índice de giro de leito e menor índice de intervalo de substituição, estão relacionados a modernas práticas de gestão e apoio da tecnologia (RAFFA *et al.*, 2018). Silva *et al.* (2013) destacam que o indicador de tempo médio de permanência do paciente avalia a eficiência de um determinado hospital e serve para medir o número de leitos necessários para atender a demanda. Esses autores, após analisarem 3010 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, concluíram que pacientes não SUS possuem tempos de permanência hospitalar maiores que o grupos SUS.

Conforme estudo de Vignochi *et al.* (2014), os hospitais utilizam o tempo médio de permanência para estimular a alta e encaminhamentos conforme o quadro do paciente, além de liberar leitos para novas internações. Segundo a ANAHP (2018), a

média de permanência dos hospitais da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), ficou em 4,27 no Brasil e 3,71 na região sul no ano de 2017. Corrêa (2019), apresenta os resultados do tempo médio de permanência dos hospitais que emitiram AIH em 2017 no Brasil e no Sul, conforme o porte respectivamente: Pequeno (3,82 / 3,69), Médio (5,37 / 5,35) e Grande (7,09 / 5,99).

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), o tempo médio de permanência é um indicador da eficiência no uso dos recursos de um hospital. Esses autores destacam que o tempo varia de acordo com a qualidade do atendimento, eficiência da gestão clínica e conforme a gravidade dos casos, ou seja, casos mais graves e crônicos exigem internações mais longas. Permanências mais longas do que o previsto geram desperdícios de recursos hospitalares, dificultam o acesso de pacientes mais graves aos leitos e até aumenta o risco de morte. Os autores citam não encontrarem evidências que longas permanências resultem em maior qualidade de atenção ou melhorem os resultados de saúde.

A metodologia desse indicador está disponível no Anexo I – Ficha Técnica do Indicador Tempo Médio de Permanência no Leito (PORTAL DA SAÚDE, 2019).

2.8.2 Taxa Geral de Mortalidade

Esse indicador traduz a relação proporcional entre o número de óbitos do hospital e o total de pacientes saídos (altas + óbitos), calculada com a seguinte fórmula: N° de óbitos / N° total de pacientes saídos no período x 100. A mortalidade pode refletir o estado do paciente e a complexidade médico-assistencial (ZANON, 2001). Conforme Evangelista *et al.* (2008) e Chouaid *et al.* (2006), os fatores que influenciam na mortalidade entre hospitais podem ser classificados em três categorias: características dos pacientes, organizacionais hospitalares e contextuais e da comunidade. O perfil do paciente decorre quanto a gravidade e complexidade do caso, características demográficas e doenças associadas, condições socioeconômicas, no comportamento de saúde e na complexidade da tecnologia entre os serviços. Vignochi *et al.* (2014), classificam a taxa de mortalidade entre os indicadores mais utilizados para analisar a qualidade da assistência entre os gestores hospitalares. Travassos *et al.* (1999), consideram que variações na mortalidade hospitalar se devem a fatores associados à doença ou comorbidades do paciente, e devem ser estudados para ser utilizado como medida de desempenho.

Estudo sobre a avaliação dos fatores relacionados à mortalidade em idosos internados por doenças do aparelho circulatório no SUS do Brasil, Cordeiro e Martins (2018), sinalizam maior chance de morte observada com o aumento da idade, hospitalizações de emergência, acidente vascular cerebral, presença de comorbidades e uso de unidades de terapia intensiva. Na taxa de mortalidade hospitalar foi de 11,1% em hospitais privados com fins lucrativos, 12,3% em privados sem fins lucrativos e 14,4% em hospitais públicos. Para Travassos *et al.* (1999), a taxa de mortalidade hospitalar é uma ferramenta útil para sinalizar serviços com problemas de qualidade.

Dada a missão do hospital em evitar ou retardar a morte, o uso da taxa de mortalidade hospitalar é considerado um indicador de qualidade para medir esse desempenho (TRAVASSOS *et al.*, 1999). Essa informação representa a informação que hospitais, profissionais e instituições financiadoras dos serviços devem usar para melhorar o processo do cuidado ao paciente, buscando a melhoria do sistema. Galleguillos (2014) considera a mensuração da saúde da população como um fato difícil, para isso destaca que a forma de medir mais utilizada está relacionada aos dados de morte ou de doença. Para tanto, o SIH-SUS contribui para a relação de análises quanto a mortalidade do grupo de pacientes atendidos nos serviços contratados pelo SUS.

Corrêa (2019), apresenta os resultados da taxa de mortalidade dos hospitais que emitiram AIH em 2017 no Brasil e no Sul, conforme o porte respectivamente: Pequeno (2,52% / 2,58%), Médio (4,36% / 4,32%) e Grande (5,83% / 4,82%). La Forgia e Couttolenc (2009), citam que a taxa de mortalidade também é afetada por períodos longos de permanência dos pacientes.

A metodologia desse indicador está disponível no Anexo II – Ficha Técnica do Indicador Taxa de Mortalidade Hospitalar (PORTAL DA SAÚDE, 2019).

2.8.3 Valor Médio da AIH

Na avaliação do desempenho econômico dos hospitais, Vignochi *et al.* (2014) destacam o indicador de resultado financeiro como importante aplicação para o planejamento e sustentabilidade econômica. Para tanto, esse estudo busca utilizar o valor médio da AIH, pois é contempla parte do resultado financeiro dos hospitais. Conforme a REDE (2008), esse indicador corresponde ao valor médio com internação hospitalar no SUS, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano

considerado (Vide Anexo III – Valor Médio Pago por Internação Hospitalar no SUS (AIH)).

O estudo de Vignochi *et al.* (2014), com o objetivo de analisar como os gestores de hospitais filantrópicos e públicos utilizam indicadores de desempenho para realizar a administração estratégica de recursos, concluiu o uso como fonte de informações para a sustentabilidade econômica e assistencial. Esses indicadores dimensionam o atendimento, melhoram a qualidade da assistência, apoiam na gestão de custos e o planejamento da sustentabilidade econômica.

No próximo capítulo será abordado sobre a metodologia proposta para o estudo, relacionando com os hospitais acreditados e os indicadores apresentados nesse capítulo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo da Pesquisa

A pesquisa é caracterizada como um estudo ecológico retrospectivo com segmento de 10 anos, no qual foram analisados os hospitais da região sul do Brasil, composta pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Nesses hospitais buscou-se identificar o impacto em indicadores da saúde em hospitais com e sem acreditação hospitalar, que recebem financiamento SUS. Os hospitais com acreditação foram analisados pelo resultado dos indicadores a partir do ano da certificação, já os que não possuem pelo período completo desse estudo. Na etapa de avaliar a evolução dos resultados dos indicadores de hospitais acreditados, o estudo comparou com o período anterior a obtenção da acreditação. A abordagem da pesquisa é quantitativa e observacional, utilizando variáveis agregadas. A descrição dos dados embasou-se no período de 2009 a 2018, e explorou os resultados por hospitais (estabelecimentos) a partir de dados secundários de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde disponíveis publicamente. O processamento de dados do SIH-SUS teve um novo formato de tabelas a partir de 2008, sendo assim, optou-se pela seleção do ano de 2009, considerando ter informações mais qualificadas para o estudo. Segundo Trujillo (2016), os estudos ecológicos comparam ocorrências de doenças/condições relacionadas à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de regiões, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas.

3.2 Fonte e coleta de dados

A pesquisa analisou o impacto obtido em hospitais com financiamento do SUS da região Sul do Brasil com acreditação frente aos que não possuem, considerando como um dos fatores que pode ter influenciado nos resultados dos indicadores. As bases de dados secundárias foram construídas a partir dos dados do DATASUS, CNES, ONA, JCI e Acreditação Canadense. Conforme COPPEAD/UFRJ (2012), as acreditações hospitalares da ONA, JCI e Canadense possuem a maior adesão em território nacional. Os indicadores escolhidos no DATASUS foram o tempo médio de permanência (dias), taxa de mortalidade (%) e valor médio da AIH (R\$), sendo classificados por nível de complexidade do procedimento e porte do hospital. Os níveis

de complexidade relacionadas aos procedimentos de internação hospitalar foram de média e alta complexidade, conforme definição por procedimento principal da internação (SIGTAP, 2019). Os grupos de procedimentos de internação hospitalar estão classificados como Clínicos, Cirúrgicos e Transplantes, conforme SIGTAP (2019).

Para a determinação do porte do hospital utilizou-se a Portaria do Ministério da Saúde Nº 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977, com a distribuição representada no Quadro 3:

Quadro 3: Definição de Porte por Hospital segundo a Portaria Nº 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977.

Hospital de	Capacidade operacional
Pequeno Porte	Até 50 leitos
Médio Porte	De 50 a 150 leitos
Grande Porte	De 150 a 500 leitos
Extra	Acima de 500 leitos

Os dados são oriundos de internações, ou seja, atendimentos em emergências são classificados como ambulatoriais. Esse critério foi considerado para obtenção da AIH no site do SIH-SUS, que caracteriza a liberação para a internação hospitalar em leito apropriado.

A base de dados foi consolidada em planilha excel, objetivando o histórico de 10 anos e considerando a inclusão de parâmetros para hospitais que possuem resultados contínuos nos últimos 5 anos, com o propósito de trabalhar com informações sistemáticas e não eventuais. Os hospitais incluídos também eram caracterizados por serem classificados como Hospital Geral no CNES e possuem leitos destinados ao atendimento do Sistema Único de Saúde. O detalhamento da fonte DATASUS e a coleta estão descritos no Apêndice I – Coleta de Dados: DATASUS. Esse item buscou identificar as informações do hospital: número do CNES do hospital, nome do estabelecimento, indicadores do estudo, complexidade do procedimento, resultado dos valores por ano consultado e o resultado da média dos indicadores nos últimos 10 anos. Para a coleta da base de dados do CNES foi adotado o check list do Apêndice II – Coleta de Dados: CNES. A busca visou identificar a quantidade de leitos por hospital que foi utilizado na análise de dados.

Para identificar os hospitais acreditados da região sul do Brasil, foi acessado o site das acreditadoras ONA, JCI e Acreditação Canadense (vide check list do Apêndice III – Coleta de dados: Acreditações Hospitalares). A partir dessa consulta foi identificado o estado federativo do hospital e a acreditação correspondente ou a composição por duas certificações simultâneas.

3.3 Variáveis

As informações extraídas do CNES foram: Leito, Código, CNES, Hospital, Quantidade de Leitos SUS e Quantidade de Leitos Não SUS. A classificação de leitos do CNES identifica o tipo cirúrgico, clínico, complementar, pediátrico, outras especialidades e hospital dia. O estudo considerou a média da série histórica obtida, exceto os hospitais acreditados, considerado a partir da primeira acreditação realizada ou formalizada pelo órgão certificador.

Para coletar as informações dos hospitais, foi relacionado planilhas da base do DATASUS e CNES com as informações dos hospitais acreditados nos sites da ONA, JCI e Acreditação Canadense. Todo o conteúdo foi consolidado para obter as informações completas e disponíveis do CNES, nome do hospital, tipo de acreditação, ano da primeira acreditação e estado federativo do hospital. Os hospitais inclusos são da região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), bem como as creditações JCI, ONA e Acreditação Canadense. Caso o ano da primeira acreditação não tenha sido encontrado no site da organização certificadora, foi a pesquisa no site do hospital para cadastrar a informação.

Os indicadores coletados no DATASUS foram o tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor médio da AIH. Os resultados das coletas dos indicadores por hospitais foram realizados a partir do valor e padrão sistematizado pelo SIH-SUS. Esses indicadores foram analisados individualmente, objetivando o escopo da pesquisa em identificar o impacto dos hospitais acreditados. A base dos dados foi construída conforme Apêndice IV – Coleta de dados: Base de dados dos indicadores. A análise foi por meio da identificação dos resultados de hospitais acreditados frente aos que não possuem essa certificação e emitindo um parecer frente a literatura de cada indicador e estratificando pelas variáveis (porte, complexidade, grupo de procedimento e tipo de acreditação).

Os indicadores selecionados para o presente estudo são recomendados por Macinati (2008) e La Forgia e Couttolenc (2009), que caracterizaram o desempenho de um hospital em perspectivas e indicadores: financeira/estrutura (valor médio da AIH), eficiência operacional/processo (tempo médio de permanência) e resultados (taxa de mortalidade). Com base nessas informações coletadas, foi avaliado cada hospital acreditado frente a evolução dos indicadores, comparando os resultados antes e depois da obtenção do certificado de acreditação. Os hospitais que obtiveram creditações anteriores de 2009 foram desconsiderados dessa análise, pois não estavam incluídos na base de dados dos indicadores para este objetivo.

3.4 Análises estatísticas

Todos os resultados foram considerados significativos se apresentaram significância inferior a 5% ($p < 0,05$) e os intervalos de confiança foram calculados com 95%. O software estatístico utilizado foi o PSPP 1.2.0, versão 3.

Para testar a normalidade dos resultados foi realizado o teste K-S (One-Sample Kolmogorov-Smirnov). Para variáveis com distribuição normal rejeitada ($<0,05$) foi utilizado o teste Kruskal-Wallis H, para distribuição normal não rejeitada ($>0,05$), foi utilizado o Independent-Samples T Test, ambos com o objetivo de comparar os hospitais acreditados e não acreditados.

Nas análises das evoluções antes e após o registro da acreditação hospitalar, exclusivamente entre os hospitais acreditados, foi adotado a estatística não paramétrica de Two-Related-Samples Tests, tipo Wilcoxon, pois não foi identificada normalidade nas variáveis estudadas.

3.5 Limitações do Estudo

Não foi abordado os custos com os pacientes pois essas informações não estão disponíveis em base pública. Considerando esse fator, será abordado o valor pela AIH objetivando identificar o sentido e a dimensão geral dessa categoria econômica comparável. Do ponto de vista econômico, a AIH reflete os valores reembolsados pelo SUS.

É possível haver um sub-registro dos valores de AIH por alguns aspectos: procedimentos realizados acima da quantidade autorizada, glosa por inconformidade na cobrança da conta ou erro humano.

As instituições não foram classificadas quanto ao tipo: privado, público ou tipo de acreditação hospitalar obtido.

Atendimentos particular ou por convênios de operadoras de saúde não forma inclusos, pois as informações não constam no DATASUS e não há um sistema compartilhado publicamente com informações padronizadas.

A base de dados utilizada não disponibiliza informações sobre características clínicas dos pacientes, como comorbidades, gravidade e diagnósticos.

Deve-se levar em consideração que os dados são passíveis de pequenas distorções por erro nos registros durante o processo da hospitalização até o processamento pelo SIH-SUS, entretanto o período do estudo torna os dados diluídos ao longo do tempo e de todo o sistema.

3.6 Questões éticas

Para preservar a imagem dos hospitais, os nomes com os resultados foram preservados, sendo os mesmos apresentados como agrupamentos/classificações e suas respectivas quantidades.

Como trata-se de pesquisa de campo com dados públicos, não foi necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética da UFCSPA, uma vez que não se enquadra nos termos da Resolução 466/12 do CONEP de 2013 e da Lei nº 11.794 de 8 de outubro de 2008, que regula Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Adicionalmente, não foi necessário o termo de consentimento dos investigados, por tratar-se de bases públicas. Contudo, foi registrado na Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da UFCSPA sob o número do processo 23103.002873/2019-12.

4 RESULTADOS

O total de hospitais da região sul do Brasil incluídos no estudo foi de 691, sendo que 28 correspondem a hospitais que possuem alguma acreditação hospitalar, no período de 2009 até 2018. A inclusão baseou-se em hospitais classificados como Gerais e que possuem cadastro com leitos SUS no CNES, sendo incluído nas variáveis que possuíam os últimos 5 anos com resultados. O estudo analisou os três indicadores: tempo médio de permanência do paciente, taxa de mortalidade e valor médio da AIH. A estratificação das variáveis ocorreu pelo porte do hospital em relação ao número de leitos, a complexidade do código do procedimento principal (alta ou média complexidade), além dos tipos de procedimento (cirurgia, clínica e transplante).

Os hospitais acreditados da região sul incluídos do estudo, representam 4,05% (n=28) de todos hospitais acreditados no Brasil (vide Apêndice V – Hospitais Acreditados da Região Sul do Brasil Incluídos no Estudo). Comparando os hospitais por porte, evidencia-se 19,1% (n=17) e 37,5% (n=3) nas categorias de grande e extra porte, respectivamente. Os resultados extraídos trazem variáveis relacionadas por hospitais que possuem ou não acreditação, apresentados considerando a Tabela 2 que está distribuída por Porte e Complexidade.

Tabela 2: Resultados dos Indicadores entre Hospitais Acreditados e Não Acreditados

Indicadores	N	Acreditação		p-valor	
		SIM	NÃO		
Porte					
TMP pequeno porte (mediana; min-max)**	2	2,84 (0,33-5,35)	342	3,21 (0,00-25,59)	0,873
TMP médio porte (mediana; min-max)**	6	4,90 (3,50-8,31)	244	4,13 (1,52-110,64)	0,177
TMP grande porte (mediana; min-max)**	17	4,70 (0,64-5,84)	71	5,48 (3,14-30,89)	0,013
TMP extra porte (média±dp)*	3	6,73±0,69	5	6,14±2,48	0,707
Taxa de mortalidade pequeno porte (mediana; min-max)**	1	10,74 (10,74-10,74)	335	2,11 (0,01-9,41)	0,084
Taxa de mortalidade médio porte (mediana; min-max)**	6	3,61 (2,70-5,04)	244	3,56 (0,28-17,47)	0,932
Taxa de mortalidade grande porte (média±dp)*	15	4,18±2,28	72	5,31±1,98	0,054
Taxa de mortalidade extra porte (média±dp)*	3	4,49±0,38	5	4,37±1,04	0,856
Valor da AIH pequeno porte (mediana; min-max)**	2	988,22 (625,22-1.351,22)	342	465,39 (245,04-2.481,33)	0,023
Valor da AIH médio porte (mediana; min-max)**	6	683,02 (506,19-1.362,46)	244	577,87 (284,76-3.861,68)	0,230
Valor da AIH grande porte (média±dp)*	17	1.796,66±379,08	72	1.612,47±805,94	0,169
Valor da AIH extra porte (média±dp)*	3	2.513,58±270,15	5	2.113,51±556,89	0,298
Alta Complexidade					
TMP alta complexidade (mediana; min-max)**	23	4,76 (0,34-9,38)	132	5,01 (0,62-34,52)	0,519
TMP alta complexidade em cirurgia (média±dp)*	9	4,56 ± 2,04	118	5,12 ± 2,70	0,547
TMP alta complexidade em clínica (média±dp)*	7	8,62 ± 4,43	78	9,20 ± 5,80	0,796
TMP alta complexidade em transplante (mediana; min-max)**	12	2,29 (0,30-13,93)	87	0,79 (0,01-14,39)	0,204
Taxa de mortalidade alta complexidade (mediana; min-max)**	17	2,92 (1,52-6,08)	91	4,35 (0,73-28,35)	0,017
Taxa de mortalidade alta complexidade em cirurgia (mediana; min-max)**	8	2,49 (2,19-3,70)	106	3,30 (0,32-16,38)	0,142
Taxa de mortalidade alta complexidade em clínica (média±dp)*	7	5,77 ± 4,85	78	11,73 ± 9,05	0,090
Taxa de mortalidade alta complexidade em transplante (média±dp)*	8	7,38 ± 6,41	56	11,75 ± 6,87	0,095
Valor da AIH alta complexidade (mediana; min-max)**	25	4.819,21 (420,00-10.410,72)	142	2.983,5 (606,01-10.643,70)	0,121
Valor da AIH alta complexidade em cirurgia (média±dp)*	9	5.202,62 ± 1.680,42	118	4.192,90 ± 2.169,06	0,175
Valor da AIH alta complexidade em clínica (média±dp)*	7	1.774,15 ± 588,97	78	1.489,08 ± 599,75	0,231
Valor da AIH alta complexidade em transplante (mediana; min-max)**	12	2.374,24 (1.076,29-11.297,15)	88	2.143,73 (509,9-22.829,41)	0,538
Média Complexidade					
TMP média complexidade (mediana; min-max)**	26	4,63 (0,30-8,41)	660	3,62 (0,89-110,64)	0,004
TMP média complexidade em cirurgia (mediana; min-max)**	10	3,56 (0,39-5,09)	465	2,42 (0,02-14,06)	0,010
TMP média complexidade em clínica (mediana; min-max)**	10	7,06 (0,21-9,52)	656	3,96 (0,96-110,64)	0,056
Taxa de mortalidade média complexidade (mediana; min-max)**	24	4,67 (0,63-10,74)	588	3,11 (0,15-17,45)	0,003
Taxa de mortalidade média complexidade em cirurgia (mediana; min-max)**	9	2,46 (1,75-3,54)	347	0,55 (0,00-23,56)	0,002
Taxa de mortalidade média complexidade em clínica (mediana; min-max)**	9	5,99 (3,98-8,84)	651	3,47 (0,01-22,26)	0,003
Valor da AIH média complexidade (mediana; min-max)**	26	1.187,45 (506,19-1.870,62)	663	516,35 (245,04-2.484,79)	0,000
Valor da AIH média complexidade em cirurgia (mediana; min-max)**	10	1.186,11 (855,59-1.338)	467	645,03 (304,76-5.399,83)	0,001
Valor da AIH média complexidade em clínica (mediana; min-max)**	10	1.134,51 (231,08-1.629,69)	656	489,13 (82,12-4.456,81)	0,011

* Independent Samples Test - T

** Tests for Several Independent Samples - K

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

TMP: Tempo Médio de Permanência

Tempo Médio de Permanência: dias

Taxa de Mortalidade: %

Valor da AIH: R\$

Intervalo de confiança: 95%

Nível de significância de 5%.

O tempo médio de permanência do paciente apresenta resultado significativamente diferente em hospitais de grande porte: 4,70 dias vs. 5,48 dias para hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,013$), sendo menor nos hospitais acreditados. Quanto ao valor médio da AIH, observa-se o melhor resultado em hospitais acreditados de pequeno porte: R\$ 988,22 vs. R\$ 465,39 ($p=0,023$). A taxa de mortalidade por porte não apresenta diferença significativa, entretanto

observa-se uma tendência em duas variáveis. Os hospitais de grande porte variaram nas diferenças entre 4,18% vs. 5,31% de óbitos dos pacientes internados em acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,054$). Na variável de pequeno porte, os resultados apresentaram diferenças entre 10,74% vs. 2,11% de óbitos em hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,084$).

Em relação aos procedimentos de alta complexidade, observou-se uma taxa de mortalidade com resultado significativo de 2,92% vs. 4,35% em hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,017$). Já a mortalidade na alta complexidade em procedimentos clínicos 5,77% vs. 11,73% de óbitos ($p=0,090$) e nos de transplantes 7,38% vs. 11,75% de óbitos ($p=0,095$), ambos em hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente. Entretanto os indicadores de tempo médio de permanência e valor da AIH não apresentaram diferenças significativas para análises nesse estudo.

Para procedimentos de média complexidade, o tempo médio de permanência apresentou diferenças significativas e ficou entre 4,63 dias vs. 3,62 dias para hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,004$). O mesmo cenário ocorre quando observamos a estratificação em procedimentos cirúrgicos 3,56 dias vs. 2,42 dias ($p=0,010$). Entretanto, a estratificação em procedimentos clínicos evidencia o resultado de 7,06 dias vs. 3,96 dias ($p=0,056$).

O comportamento dos indicadores taxa de mortalidade em média complexidade apresenta resultados significativos de 4,67% vs. 3,11% em hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,003$). Comparando a estratificação em procedimentos cirúrgicos de 2,46% vs. 0,55% ($p=0,002$) e nos procedimentos clínicos 5,99% vs. 3,47% ($p=0,003$), ratificam os melhores resultados do indicador para hospitais que não possuem acreditação.

No indicador valor médio da AIH em procedimentos de média complexidade traz faturamentos melhores para estabelecimentos com acreditação de R\$ 1.187,45 vs R\$ 516,35 em hospitais acreditados e não acreditados, respectivamente ($p=0,000$). Na estratificação em procedimentos cirúrgicos R\$ 1.186,11 vs. R\$ 645,03 ($p=0,001$) e clínicos R\$ 1.134,51 vs. R\$ 489,13 ($p=0,011$), também evidência melhores faturamentos para hospitais acreditados.

Comparando a adesão dos hospitais acreditados por complexidade, observa-se que em procedimentos de alta complexidade há 14,97% ($n=25$), frente a 142

hospitais não acreditados. Entretanto, em procedimentos de média complexidade, a adesão da acreditação por hospitais é menor, com 3,77% (n=26) comparando com 663 hospitais não acreditados.

Para identificar a mudança dos resultados após obter a acreditação hospitalar, observou-se no período de 2009 a 2018 a variação média antes e após o ano do registro desse marco. Os resultados dos indicadores de tempo médio de permanência e taxa de mortalidade não foram estatisticamente significativos, ($p=0,702$) e ($p=0,794$), respectivamente. Entretanto obteve-se o valor médio da AIH R\$ 1.407,50 vs. R\$ 1.575,48, dos hospitais antes de obterem a acreditação e depois da acreditação (ano de registro inicial pela organização acreditadora), respectivamente ($p=0,000$), demonstrando um faturamento melhor a partir do ano que foram acreditados, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Comparativo da Evolução dos Indicadores após a Acreditação Hospitalar

Indicadores	N	Acreditação		p-valor
		ANTES	DEPOIS	
TMP (mediana; min-max)	21	4,78 (0,67-8,05)	4,8 (0,33-7,32)	0,702
Taxa de mortalidade (mediana; min-max)	20	4,41 (1,02-12,07)	4,38 (0,00-10,74)	0,794
Valor da AIH (mediana; min-max)	21	1.407,50 (442,25-2.612,60)	1.575,48 (506,19-2.818,15)	0,000

Two-Related-Samples Tests (type Wilcoxon)

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

TMP: Tempo Médio de Permanência

Tempo Médio de Permanência: dias

Taxa de Mortalidade: %

Valor da AIH: R\$

Intervalo de confiança: 95%

Nível de significância de 5%.

5 DISCUSSÃO

Nesse estudo foi apresentada a relação do impacto da acreditação hospitalar sobre a ótica do desempenho dos indicadores de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor da AIH. Não foi encontrado estudo que relacione essas variáveis, considerando a base de dados disponíveis no Brasil pelo SIH-SUS. Este estudo é o primeiro que relaciona esses indicadores com o impacto nos resultados a partir da acreditação hospitalar. La Forgia e Couttolenc (2009), citam que a literatura dispõe de pouca orientação sobre metodologias adequadas para analisar ou avaliar o desempenho hospitalar. Esses autores destacam que estudos disponíveis são encontrados nos Estados Unidos ou alguns países europeus, e seus resultados podem não ser aplicados a países de baixa ou média renda.

Os estudos anteriores comparam o impacto referente a percepções dos profissionais da saúde por meio da aplicação de pesquisas de percepção, bibliográficas, estudo de caso ou de indicadores por subespecialidades médicas (SEABRA, 2007; EL-JARDALI *et al.*, 2008; GREENFIELD, BRAITHWAITE, 2008; PACCIONI, CHAMPAGNE, 2008; ALKHENIZAN; SHAW, 2011; DIAB, 2011; SHAW, 2011; ALONSO *et al.* 2014; ARAÚJO *et al.* 2015; DEVKARAN; O'FARRELL, 2015; MENDES, MIRANDOLA, 2015; ROSA, TOLEDO, 2015; SAUT *et al.* 2017). Estudos sobre o tempo de permanência dos pacientes buscam relacionar bases próprias de hospitais, porém não possuem abrangência para relacionar a influência nos resultados a partir de programas de acreditação hospitalar (MARTINS *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2019; ZANON, 2001; RAFFA *et al.*, 2018; VIGNOCHI *et al.*, 2014; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Na taxa de mortalidade observa-se pesquisas por meio de subespecialidades médicas e estudo de caso em hospitais, ainda assim, sem a abrangência regional e relação com a acreditação hospitalar (CHEN *et al.* 2003; CHOUAID *et al.*, 2006; SALMON *et al.*, 2003; EVANGELISTA *et al.*, 2008; CORDEIRO, MARTINS, 2018; CORRÊA, 2019; VIGNOCHI *et al.*, 2014). Para o indicador valor médio da AIH o cenário ainda é mais escasso na literatura, não sendo identificado estudo que analisasse resultados financeiros em hospitais acreditados.

Vignochi *et al.* (2014) consideram a utilidade dos indicadores de desempenho hospitalares para o gerenciamento de recursos escassos e sustentabilidade econômica e assistencial. A aplicação desses indicadores pode ser traduzida com as

seguintes métricas e objetivos: (a) Tempo de permanência: Estimular a alta e encaminhamentos de acordo com o quadro do paciente. Liberar leitos para novos atendimentos; (b) Taxa de mortalidade: Melhorar a qualidade da assistência; (c) Resultado financeiro: Garantir o planejamento financeiro e a sustentabilidade econômica.

O número reduzido de estudos nacionais publicados sobre o tema, todos com diferentes populações-alvo ou metodologias, dificulta a comparação dos resultados, entretanto buscou-se fatores que possam justificar tais efeitos desses programas. Esses resultados podem ser justificados pela necessidade de conhecimento do pesquisador, considerando o uso do banco de dados do DATASUS e programas de acreditação, fato que não se identificou estudo semelhante com essa relação.

Hospitais acreditados de grande porte possuem o tempo médio de permanência melhores dos que não possuem. Relacionado com o mesmo porte, o indicador de taxa de mortalidade identifica tendência de melhor resultado também para hospitais acreditados frente aos não acreditados. Os hospitais não acreditados que realizaram procedimentos de Média Complexidade tiveram melhores resultados quanto ao tempo médio de permanência e taxa de mortalidade. Quando observamos o fenômeno em procedimentos cirúrgicos o tempo de permanência é de 3,56 dias para hospitais acreditados e 2,42 dias para não acreditados. E na taxa de mortalidade em procedimentos cirúrgicos de média complexidade de 2,46% em hospitais acreditados, para 0,55% em hospitais que não possuem acreditação. La Forgia e Couttolenc (2009) destacam que o tempo de internação pode variar de acordo com a qualidade do atendimento, eficiência da gestão clínica e conforme a gravidade dos casos, ou seja, casos mais graves e crônicos exigem internações mais longas. Esses autores reforçam que permanências mais longas do que o previsto, geram desperdícios de recursos hospitalares, dificultam o acesso de pacientes mais graves aos leitos e até aumenta o risco de morte.

Uma necessidade maior para a análise desse resultado é aprofundar o perfil do paciente, dado que procedimentos de média complexidade não caracterizam a gravidade do indivíduo. Uma possibilidade é interpretar que geralmente pacientes com maiores comorbidades realizam tratamentos em hospitais acreditados, influenciando nesses resultados. Entretanto, cabe uma aferição mais aprofundada nesses casos para identificar os procedimentos e a gravidade dos pacientes desses hospitais.

Em relação a evolução do resultado do tempo médio de permanência, não houve diferença significativa após o hospital receber a acreditação. Leite *et al.* (2019) compararam o tempo de internação dos pacientes em uma unidade coronariana antes e após a acreditação ONA nível 3 em determinado hospital do Brasil, com 186 pacientes incluídos no período 1 e 186 no período 2. Com resultado, os pesquisadores constataram que após a obtenção da acreditação ONA nível 3 reduziu o tempo de permanência dos pacientes nessa unidade.

No indicador de taxa de mortalidade observa-se uma tendência de melhor resultado no grande porte para hospitais acreditados frente a hospitais que não possuem acreditação. Já o cenário é oposto para o pequeno porte, comparando hospitais acreditados e não acreditados. Esses resultados podem ter a influência das características dos hospitais, pois hospitais de pequeno porte tendem a atuar mais na média complexidade, já hospitais de grande porte são mais especializados para tratamentos de pacientes com maiores comorbidades, por exemplo. É possível que hospitais acreditados de pequeno porte sejam uma referência para receberem pacientes com casos mais complicados de tratamentos clínicos.

Em procedimentos de alta complexidade, a taxa de mortalidade dos hospitais que possuem acreditação tem melhores resultados quando comparados com hospitais não acreditados. Também encontrou-se uma tendência quando estratificamos em procedimentos clínicos e de transplante. Chen *et al.* (2003), citam que hospitais acreditados com melhores notas na avaliação, possuem taxas de mortalidade menores que estabelecimentos com notas das inferiores. Corrêa (2019), em seu estudo sobre o sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte, cita que quanto maior o porte do hospital, melhores são os resultados dos indicadores de desempenho e eficiência assistencial.

Conforme Alkhenizan e Shaw (2011), estudos identificam que a acreditação hospitalar melhora significativamente os desfechos clínicos e a qualidade do atendimento. Estudo de Devkaran e O'Farrell (2015), relata que durante o período de preparação para a acreditação resulta em melhorias nos processos. Feldman *et al.* (2005), apontam que a acreditação hospitalar melhora a assistência prestada aos pacientes, estabelecendo níveis crescentes de qualidade. Estudo de Junqueira e Duarte (2013), referente a identificar as chances de óbito hospitalar no Distrito Federal do Brasil, por meio dos registros da AIH do Sistema de Informações Hospitalares em

2008, constatou que o fator ocorre principalmente por doenças crônicas e que aumenta a taxa de mortalidade com a maior permanência hospitalar do paciente.

Segundo Junqueira e Duarte (2013), não há diferença relevante da taxa de mortalidade hospitalar quando se compara os atendimentos por complexidade do procedimento em hospitais do Distrito Federal. Ao analisar a taxa de mortalidade por porte, Junqueira e Duarte (2013), destacam a maior chance em hospitais de médio porte, seguidos pelos de grande porte e de pequeno porte. Salmon *et al.* (2003), realizaram um estudo na África do Sul sobre o impacto da acreditação em 10 hospitais, considerando percepções de enfermagem da qualidade, satisfação do cliente, educação do cliente, acessibilidade, integralidade dos registros médicos, saneamento do hospital e a rotulagem das ações da ala. Entretanto, os indicadores de mortalidade e morbidade foram desconsiderados diante da dificuldade em conseguir a comparação entre os hospitais.

Quanto a evolução do resultado da taxa de mortalidade após receber a acreditação hospitalar, não identificou-se diferenças. O estudo de Chen *et al.* (2003), destaca que hospitais americanos acreditados com melhores notas na avaliação, possuem taxas de mortalidade menores que estabelecimentos com notas das inferiores. Como a acreditação é um processo de melhoria contínua, é possível considerar que as melhores notas da acreditação geralmente são recebidas ao longo das reacreditações, ou seja, por hospitais que já possuem acreditação.

Os resultados significativos da análise do valor médio da AIH identificam que hospitais de pequeno porte possuem resultados melhores frente a hospitais não acreditados. Forgia e Couttolenc (2009) citam que, em alguns casos, a melhora dos resultados a partir da acreditação está relacionada a melhora da situação financeira do hospital. Donabedian *et al.* (1982), já citavam as preocupações do cenário da assistência médica no aumento dos gastos com a saúde e a própria qualidade desse serviço. Na medida que os custos aumentam, o interesse na qualidade dos serviços também aumentam.

Em contrapartida dos bons resultados de hospitais não acreditados quando analisamos procedimentos de média complexidade para os indicadores de tempo médio de permanência e taxa de mortalidade, o valor médio da AIH prevalece com melhor resultado para hospitais com acreditação hospitalar em relação a hospitais que não possuem acreditação. Já procedimentos de alta complexidade não tiveram

resultado significativo quanto ao indicador do valor médio da AIH. Na pesquisa bibliográfica de Saut *et al.* (2017), o impacto da acreditação hospitalar não é tão relevante para resultados financeiros. Esses autores e na pesquisa qualitativa em três hospitais, realizada por Seabra (2007), relatam que os efeitos estão relacionados a processos internos, cultura, formação profissional, imagem institucional e diferenciação competitiva.

Não obteve-se diferenças quando comparados o valor médio da AIH por porte, bem como em procedimentos de alta complexidade e suas variáveis. Possivelmente esse resultado foi influenciado por particularidades dos hospitais incluídos, pois a composição do valor da AIH é obtida a partir da existência de procedimentos complementares, que conforme a gravidade do tratamento são autorizados para serem incluídos na conta. Mendes e Mirandola (2015), evidenciaram no estudo em seis hospitais do estado de São Paulo que a acreditação melhora a gestão de processos, segurança dos pacientes, satisfação dos clientes e desenvolve os profissionais da saúde. Entretanto, sinalizam que a geração de benefícios financeiros não pode ser evidenciada.

Quando observamos somente os hospitais acreditados evidencia-se que após a acreditação o valor médio da AIH aumentou. Mendes e Mirandola (2015) e Saut *et al.* (2017) não evidenciaram benefícios financeiros da acreditação hospitalar em seus estudos. Entretanto, quando observamos os dados quantitativos desse estudo, percebemos que há uma tendência favorável para hospitais acreditados obterem melhores resultados financeiros. Considerando que o valor da AIH é uma conta hospitalar dos recursos utilizados nos tratamentos de pacientes, é possível interpretar que um fator esteja relacionado a maior utilização de procedimentos ou exames complementares realizados em hospitais acreditados.

Compreende-se que a mensuração do impacto da acreditação hospitalar em hospitais da região sul do Brasil, por meio de indicadores públicos do SIH-SUS, é um estudo quantitativo inédito pelos resultados apresentados. Entretanto, é importante destacar a oportunidade em expandir a pesquisa para todo o Brasil como recomendação a partir da comparação do comportamento por região. Além disso, os indicadores analisados representam o resultado geral, aos quais merecem a ressalva em possíveis desvios conforme o perfil e comorbidades dos pacientes, da gestão e dos processos por hospital.

O resultado desse estudo sobre os indicadores hospitalares de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor médio da AIH propiciam uma base sobre a influência da acreditação em hospitais no Brasil. Destaca-se grande contribuição para a área da saúde, pelo ineditismo em analisar o desempenho dos hospitais acreditados frente aos indicadores da base do SIH-SUS. Todos indicadores tiveram as variáveis incluídas para esse resultado, tais como tamanho dos hospitais em quantidade de leitos, procedimentos de alta e média complexidade, grupos de procedimentos, bem como da evolução antes e depois da obtenção de uma acreditação.

A pesquisa permite apoiar os gestores hospitalares e influenciadores nas tomadas de decisão, proporcionando uma base de avaliação quanto aos resultados da adesão ao processo de acreditação **frente aos indicadores analisados. Além disso, o ganho proporcionado ao paciente, referente aos indicadores de taxa de mortalidade e tempo médio de permanência, deve ser considerado mediante estudos complementares que considerem as comorbidades específicas.** As limitações desse estudo devem ser consideradas, tais como a quantidade de hospitais da região sul do Brasil, o agrupamento entre hospitais privados e públicos e das particularidades de cada estabelecimento. Registra-se a necessidade de mais estudos potencializando resultados que sirvam aos gestores hospitalares, governo, operadoras de planos de saúde e para o próprio usuário final, o paciente.

CONCLUSÃO

Existem evidências consideráveis para concluir o que a acreditação hospitalar impacta nos indicadores de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e valor da AIH. Os dados públicos do SIH-SUS e CNES corroboram na questão de ter parâmetros semelhantes com variáveis diversificadas. Os dados apresentados possibilitaram identificar que na região sul do Brasil, hospitais de grande porte acreditados possuem tempo médio de permanência com melhores resultados. Acrescenta-se a tendência de melhor resultado para acreditados também na taxa de mortalidade. Quando observamos os procedimentos de alta complexidade também conclui-se que hospitais acreditados possuem uma melhor performance. Em contrapartida, procedimentos de média complexidade possuem melhores resultados em hospitais que não possuem acreditação. Esse resultado é compartilhado com melhor performance no tempo médio de permanência e na taxa de mortalidade, evidenciando que um indicador, geralmente, influencia no outro. No que tange aos resultados significativos do valor médio da AIH, conclui-se em procedimentos de média complexidade, hospitais acreditados possuem melhores resultados. E observando a evolução após a acreditação hospitalar, esse resultado também caracteriza uma melhor performance após obterem o certificado para o valor médio da AIH.

REFERÊNCIAS

ABNT NBR ISO 9000. **Sistema de gestão da qualidade** – fundamentos e vocabulário. 30/09/2015.

ACHE - American College of Healthcare Executives' (ACHE). **Top issues confronting hospitals:** 2018. Disponível em: <https://www.ache.org/learning-center/research/about-the-field/top-issues-confronting-hospitals/top-issues-confronting-hospitals-in-2018> Acessado em: 24 de fevereiro de 2019.

Accreditation Canada. Disponível em: <https://accreditation.ca> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

ALKHENIZAN, Abdullah; SHAW, Charles. **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, 2011.

ALONSO, Luiza Beth Nunes *et al.* **Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais.** *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.

ARAUJO, Claudia Alfonso Silva; DOS SANTOS FIGUEIREDO, Otávio Henrique; FIGUEIREDO, Kleber. **O que Motiva os Hospitais Brasileiros a Buscar a Acreditação?.** *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 4, n. 1, p. 17-28, 2015.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão de qualidade em saúde:** melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, Marly Monteiro de; PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade.** 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier: ABEPRO, 2012.

CBA - **Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Disponível em <https://http://cba.provisorio.ws/> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

CHEN, Jersey; *et al.* **JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction**. Health Affairs, v. 22, n. 2, p. 243-254, 2003.

CHOUAID, C.; HEJBLUM, G.; GUIDET, B.; VALLERON, A.J. **De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins**. Revue des Maladies Respiratoires, v. 23, n. 4, p. 87-98, set. 2006.

COLLUCCI, Cláudia. **Só 5% dos hospitais no Brasil têm selo de qualidade; 40% deles estão em SP**. Folha de São Paulo: 14/05/2015. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628532-so-5-dos-hospitais-do-brasil-tem-selo-de-qualidade-40-deles-estao-em-sp.shtml> Acessado em: 24 de fevereiro de 2019.

CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 223P.

COPPEAD/UFRJ. **Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil**. Relatório de Pesquisa 2009-2011. Rio de Janeiro, 2012.

CORDEIRO, Paula; MARTINS, Mônica. **Hospital mortality in older patients in the Brazilian Unified Health System, Southeast region**. Revista de Saude Publica, 2018, Vol.52 [Periódico revisado por pares]

CORRÊA, Luciana Reis Carpanez. **O sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte**. 2019. Tese de Doutorado.

DA SILVA, Aline Cristina; VENTURA, Valmir Alves; LIMA, Edmilson de Oliveira. **Qualidade no atendimento hospitalar: Análise de dois modelos internacionais de acreditação**. Anais do VI SINGEP – São Paulo – SP – Brasil – 13 e 14/11/2017

DATASUS. **SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. Disponível em: <http://DATASUS.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus> Acessado em: 05 de março de 2019.

DELLA TORRES, Rodrigo; PEREIRA, Tafaél Lucas. **Sistemas de acreditação como tendência para a gestão estratégica e de qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde.** Revista Espacios, v. 38, n. 7, p. 12, 2017.

DEVKARAN, Subashnie; O'FARRELL, Patrick N. **The impact of hospital accreditation on quality measures:** an interrupted time series analysis. BMC health services research, v. 15, n. 1, p. 137, 2015.

DIAB, S.. **The extent to which Jordanian doctors and nurses perceive the accreditation in private hospitals.** International Journal of Marketing Studies, 3(1), 78-94, 2011.

DIAS/NIAHO. **DIAS/NIAHO:** Uma parceria entre a DNV GL e seu sistema de gestão para garantir a sustentabilidade de seu negócio. Disponível em: <https://www.dnvgl.com.br/services/dias-niaho-74666> Acessado em> 24 de fevereiro de 2019.

DNV GL. **Normas e diretrizes interpretativas para Acreditação Internacional de Hospitais - DIAS.** Exigências da acreditação internacional. Versão 4.0. 2017

DNV GL. **Accredited hospitals:** This is a list of the hospitals accredited to the international standard by DNV GL Healthcare. Disponível em: <https://www.dnvgl.com/assurance/healthcare/accredited-hospitals.html> Acessado em: 16 de março de 2019.

DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, John RC; WYSZEWIANSKI, Leon. **Quality, cost, and health:** an integrative model. Medical care, p. 975-992, 1982.

DONABEDIAN, Avedis. **The assessment of technology and quality:** A comparative study of certainties and ambiguities. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 4, n. 4, p. 487-496, 1988.

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, 20(5), 363-371, 2008.

ESCOBAR, Alexandre Guimarães. **Incentivos em Saúde**: Repensando o modelo de remuneração e gerando valor na assistência. 1.ed. Porto Alegre: ANS, 2017.

EVANGELISTA, Patrícia Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GUERRA, Henrique Leonardo. **Acesso à internação e fatores associados ao óbito hospitalar por doenças isquêmicas do coração no SUS**. Arq Bras Cardiol, v. 90, n. 2, p. 130-8, 2008.

FAIRBROTHER, Greg; GLEESON, Maureen. **EQulP accreditation: Feedback from a Sydney teaching hospital**. Australian Health Review, v. 23, n. 1, p. 153-162, 2000.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **História da evolução da qualidade hospitalar**: dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, 2005.

FONTELLES, Mauro José; *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Revista Paraense de Medicina, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. **Epidemiologia**: Indicadores de Saúde e Análise de Dados. São Paulo: Érica, 2014.

GOMES, Antônio. **Abratus prevê 2 milhões de turistas de saúde por ano no Brasil até 2030**. Mercado e Eventos. Disponível em: <https://www.mercadoeventos.com.br/uncategorized/abratus-preve-2-milhoes-de-turistas-de-saude-por-ano-no-brasil-ate-2030/> Acessado em: 13 de março de 2019.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J.. **Health sector accreditation research**: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care, 20(3), 172-183, 2008.

IQG - **Health Services Accreditation**. Disponível em <https://www2.iqg.com.br> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

JC - **Joint Commission**. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/> Acessado em: 27 de fevereiro de 2019.

JCI - **Joint Commission International**. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

JCI - Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**: Incluindo Padrões para Hospitais - Centros Médicos Acadêmicos. 6.ed. JCI, 2017.

JUNQUEIRA, Rozania Maria Pereira; DUARTE, Elisabeth Carmen. **Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, n. 1, p. 29-39, 2013.

LEE, DonHee. **Implementation of quality programs in health care organizations**. Service Business, v. 6, n. 3, p. 387-404, 2012.

LA FORGIA, Gerald M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho Hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LEITE, Carolina de Deus; *et al.* **Effect of Hospital Accreditation Process in Outcomes of Patients with Acute Coronary Syndrome**. International Journal of Cardiovascular Sciences, n. AHEAD, 2019.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; MARTINS, Mônica Silva. **Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil**: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 1063-1082, 2013.

MACINATI, M.S. **The relationship between quality management systems organizational performance in the Italian National Health Service**. Health Policy, v. 85, n.2, p. 228-241, fev. 2008.

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Lúri da Costa. **Mortalidade hospitalar e tempo de permanência**: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. S268-S282, 2004.

MENDES, Glauco Henrique de Souza; MIRANDOLA, Thayse Boucinha de Sousa. **Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados**. Gestão & Produção, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015.

MILLER, M.; *et al.* **Relationship between performance measurement and accreditation**: implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, 20(5), 239-252, 2005.

MILNER, B.. **Implementing hospital accreditation**: individual experience of process and impacts. (Thesis). Waterford Institute of Technology, Waterford, Ireland, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
Acessado em: 05 de março de 2019.

PACCIONI, André; SICOTTE, Claude; CHAMPAGNE, François. **Accreditation: a cultural control strategy**. *International journal of health care quality assurance*, v. 21, n. 2, p. 146-158, 2008.

ANAHP. **Observatório Anahp**. 10.ed. Publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) . **Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe**: a need for clarifying the concepts and defining the main dimension. In: Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain. 2003. p. 10-11.

ONA - **Organização Nacional de Acreditação**. Disponível em <https://www.ona.org.br/Inicial> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. **UNIMED-BH inova ao reverter vantagens da Acreditação em benefícios financeiros para rede credenciada**. Data: 11/06/2013 Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/212/UNIMED-BH-inova-ao-reverter-vantagens-da-Acreditacao-em-beneficios-financeiros-para-rede-credenciada> Acessado em: 25 de fevereiro de 2019.

PACCIONI, A.; SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.. **Accreditation: a cultural control strategy**. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(2), 146-158, 2008.

Patients Beyond Borders. **Accreditation Canada International**. Magazine Patients Beyond Borders - The most trusted resource in medical travel. Disponível em: <https://patientsbeyondborders.com/about/accreditation-agency/accreditation-canada-international> Acessado em: 16 de março de 2019.

PORTAL DA SAÚDE. **ANEXO - Ficha dos Indicadores ativos das Dimensões I, II e III**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/uploads/2013/10/Ficha-dos..1.pdf> Acessado em: 05 de março de 2019.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; *et al.* **Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS)** - Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. 771-774, 1997.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINTO NETO, Antônio. **Hospitais Brasileiros Acreditados por Programas Internacionais de Acreditação**. Setor Saúde. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/antonioquinto/2016/08/12/novo-post-hospitais-brasileiros-acreditados-por-programas-internacionais-de-acreditacao/> Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

RAFFA, Claudia; MALIK, Ana Maria; PINOCHET, Luis Hernan Contreras. **Análise das Variáveis do Ambiente Interno no Gerenciamento de Leitos em Organizações Hospitalares Privadas: Aplicação do software NVIVO**. RAHIS, v. 14, n. 4, 2018.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

ROBERTS, J.C.; COALE, J.G.; REDMAN, M.A.. **A history of the joint commission of accreditation of hospitals**. JAMA; 258(7):936-40, 1987.

ROSA, Germano Mendes; TOLEDO, José Carlos de. **Certificações e creditações buscadas por hospitais brasileiros**. Encontro Internacional de Engenharia de Produção, v. 1, p. 1-15, 2015.

RUFFINI, Sérgio. **Seminários de Gestão encerra com cases sobre a metodologia Qmentum e acreditação em hospital de pequeno porte**. Setor Saúde. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/seminarios-de-gestao-encerra-com-cases-sobre-a-metodologia-qmentum-e-acreditacao-em-hospital-de-pequeno-porte/> Acessado em: 09 de março de 2019.

SALMON, J. Warren; *et al.* **The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province Republic of South Africa**. 2003.

SAUT, Ana Maria; BERSSANETI, Fernando Tobal; MORENO, Maria Carolina. **Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study**. International Journal for Quality in Health Care, v. 29, n. 5, p. 713-721, 2017.

SEABRA, S.. **Acreditação em organizações hospitalares**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2007.

SEGOUIN, C.; HODGES, B. R.; BRECHAT, P.. **Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing?** International Journal for Quality in Health Care, 17(4), 277-279, 2005.

SHAW, C. D.. **Toolkit for accreditation programs: some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems**. Melbourne: ISQUA, 2004.

SIGTAP. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: http://sigtap.DATASUS.gov.br/tabela-unificada/app/sec/j_security_check Acessado em: 19 de fevereiro de 2019.

SILVA, Gilmara Silveira da; *et al.* **Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 3, p. 248-253, 2013.

SPILLER, Eduardo Santiago; *et al.* **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

TRAVASSOS, Claudia; NORONHA, José Carvalho de; MARTINS, Mônica. **Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade**: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, p. 367-381, 1999.

TRUJILLO, Albeiro. **Epidemiologia**: história, tipos e métodos. *Simbiótica. Revista Eletrônica*, v. 3, n. 1, p. 180-206, 2016.

VIGNOCHI, Luciano; GONÇALO, Cláudio Reis; LEZANA, Álvaro Guillermo Rojas. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?**. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

APÊNDICES

Apêndice I – Coleta de Dados: DATASUS.

Check list - Departamento de Informática do SUS - DATASUS

Para obter a base de hospitais com financiamento SUS e dos indicadores Média de Permanência, Taxa de Mortalidade e Valor Médio da AIH será utilizado o site do DATASUS, com o seguinte link: <http://www2.DATASUS.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633&VObj=http://tabnet.DATASUS.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qi>

Esse link possibilitará acesso as Informações da Saúde disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

A elaboração da base de dados será pela consolidação em planilha excel das seguintes seleções:

1. Selecionar Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008

- 1.1 Abrangência Geográfica

Selecionar individualmente os Estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Obs.: em casa seleção deverá ser conduzida os passos a seguir.

2. Na próxima tela realizar a seguinte seleção:

- 2.1 Procedimentos Hospitalares do SUS – Por Local de Internação

Selecionar:

Linha por Estabelecimento

Coluna por Ano Processamento

Conteúdo individualmente em cada indicador: Valor médio AIH, Média permanência e Taxa mortalidade

- 2.2 Períodos disponíveis

Selecionar o período completo e disponível de Jan/2009 até Dez/2018.

- 2.3 Seleções disponíveis

- 2.3.1 Grupo procedimento

Selecionar individualmente os itens: “03 Procedimentos clínicos”, “04 Procedimentos cirúrgicos” e “06 Transplantes de órgãos, tecidos e células”.

- 2.3.2 Complexidade

Selecionar individualmente itens Média complexidade e Alta complexidade.

Para a conclusão desta etapa, o processo deve ser repetido até a conclusão de todos os Estados, Indicadores, Grupos de Procedimentos e Complexidades disponíveis.

CNES	Estabelecimento	Valor Médio AIH	Grupo Procedimento	Complexidade	Anos	Média
CNES	Estabelecimento	Tempo Permanência	Grupo Procedimento	Complexidade	Anos	Média
CNES	Estabelecimento	Taxa Mortalidade	Grupo Procedimento	Complexidade	Anos	Média

Apêndice II – Coleta de Dados: CNES

Check list - CNES

Para identificar o tamanho do hospital será utilizado a base de dados secundária do CNES com a quantidade de leitos, conforme o link a seguir: http://cnes2.DATASUS.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp

1. Selecionar no campo Estado o Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina individualmente e competência 12/2018.
2. Com a relação dos leitos cadastrados selecionar individualmente todas as linhas clicando no tipo da coluna Descrição.
3. Após copiar a planilha por Estabelecimento e mantendo a identificação do Estado e as colunas Leito/ Código/ CNES/ Estabelecimento/ Município/ Existentes/ SUS
4. Agrupar todos os resultados em uma aba para consolidar e ter o total de leitos por hospital.

Obs.: repetir a sequência até a conclusão de todos os Estados e linhas por leito e estabelecimento.

Leito	Código	CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
-------	--------	------	-----------------	-----------	------------	-----

Apêndice III – Coleta de dados: Acreditações Hospitalares

Check list – Acreditações Hospitalares

Organização Nacional de Acreditação - ONA

Para identificar os hospitais que possuem a acreditação ONA, será utilizado a base disponível no seguinte acesso: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>

1. Selecionar o tipo Hospital.
2. Selecionar individualmente os Estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.
3. Agrupar todos os resultados até a conclusão de todos os Estados por hospital.

Essa etapa deve respeitar os seguintes elementos:

a) Considerar todos os tipos de certificados disponíveis (Acreditado, Acreditado pleno, Acreditado com Excelência e Selo de Qualificação). Considerar as colunas Nome/ UF/ Certificação/ Validade

b) Consulta dos Hospitais realizada em 28 de fevereiro de 2019.

Nome (Hospital)	UF	Certificação	Validade
-----------------	----	--------------	----------

Joint Commission International - JCI

Para Identificar os hospitais que possuem a acreditação da JCI, será utilizado a base disponível no seguinte acesso: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>

1. Selecionar os seguintes itens:
 - by Country/Territory: Brazil
 - by Accreditation/Certification: Hospital Program
2. Agrupar as organizações por linha com as seguintes colunas Hospital/ Estado/ Data da primeira acreditação.

A referência da consulta dos Hospitais acreditados foi em 28 de fevereiro de 2019.

Hospital	Estado	Data da primeira acreditação
----------	--------	------------------------------

Acreditação Canadense Internacional - QMENTUM

Para identificar os hospitais que possuem a acreditação canadense, também denominada QMENTUM será utilizado a base disponível no seguinte caminho:

<http://www2.iqg.com.br/instituicoes/instituicoes-de-saude-acreditadas-pelo-iqg/>

1. Selecionar os seguintes itens:

Tipo de acreditação: QMENTUM

Tipo de instituição: Hospital

Estado: selecionar individualmente PR, RS e SC

2. Agrupar as organizações por linha com as seguintes colunas:

Hospital/ Estado/ Certificação

A referência da consulta dos Hospitais acreditados foi em 28 de fevereiro de 2019.

Hospital	Estado	Certificação
----------	--------	--------------

Apêndice IV – Coleta de dados: Base de dados dos indicadores

Para estruturar a base de dados dos indicadores do DATASUS será adotado o seguinte formato a ser executado em planilha excel:

UF	GRUPO	COMPLEXIDADE	Hospital	CNES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Média	Possui resultados desde 2014?	Hospital Acreditado?	PORTE
PR	Procedimentos clínicos	Complexidade: Média complexidade														Sim	Sim	Pequeno
RS	Procedimentos cirúrgicos	Complexidade: Alta complexidade														Não	Não	Médio
SC	Transplantes de órgãos, tecidos e células																	Grande
SC																		Extra

Nota:

- As informações preenchidas são as referências que estarão relacionadas para análise dos dados;
- Será incluído na análise somente Estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina;
- Serão incluídos na análise somente linhas dos Grupos Procedimentos Clínicos, Procedimentos Cirúrgicos e Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células, pois são as Complexidades que determinam os códigos de internação hospitalar;
- Serão incluídos na análise somente linhas de Média Complexidade ou Alta Complexidade, pois são as Complexidades que determinam os códigos de internação hospitalar;
- Para hospitais acreditados, a coluna média irá considerar a partir do ano da avaliação da acreditação ou do certificado publicado;
- Serão incluídos na análise somente os Hospitais que possuem resultado “Sim” na coluna “Possui resultados desde 2014?”.

Apêndice V – Hospitais Acreditados da Região Sul do Brasil Incluídos no Estudo

NOME DO HOSPITAL	ESTADO	PORTE	ANO DA 1ª ACREDITAÇÃO
HOSPITAL DE CLINICAS	RS	EXTRA	2013
HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	RS	EXTRA	2011
HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	RS	EXTRA	2013
CENTRO HOSPITALAR UNIMED	SC	GRANDE	2004
HOSPITAL DO CIRCULO	RS	GRANDE	2018
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA AUXILIADORA	PR	GRANDE	2015
HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA	PR	GRANDE	2017
HOSPITAL GERAL	RS	GRANDE	2014
HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA	SC	GRANDE	2015
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	PR	GRANDE	2016
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	PR	GRANDE	2007
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	RS	GRANDE	2002
HOSPITAL POMPEIA	RS	GRANDE	2006
HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	SC	GRANDE	2018
HOSPITAL SANTA CRUZ	RS	GRANDE	2006
HOSPITAL SANTO ANTONIO	SC	GRANDE	2015
HOSPITAL SAO JOSE	SC	GRANDE	2017
HOSPITAL SAO JOSE	SC	GRANDE	2018
HOSPITAL TACCHINI	RS	GRANDE	2004
HOSPITAL VIDA SAUDE	RS	GRANDE	2018
HOSPITAL ESTRELA	RS	MEDIO	2018
HOSPITAL INDEPENDENCIA	RS	MEDIO	2017
HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	RS	MEDIO	2018
HOSPITAL SAO PEDRO	RS	MEDIO	2018
HOSPITAL SAO ROQUE	RS	MEDIO	2018
HOSPITAL VIRVI RAMOS	RS	MEDIO	2003
HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS	PR	PEQUENO	2012
HOSPITAL SANTA ISABEL	RS	PEQUENO	2017

ANEXOS

Anexo I – Ficha Técnica do Indicador Tempo Médio de Permanência no Leito

INDICADOR
Tempo médio de permanência no leito.
PERIODICIDADE
Trimestral
META
A ser pactuada pelo Serviço de Saúde a partir da média do trimestre anterior.
DEFINIÇÃO E SIGNIFICADO
Relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.
USOS
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a resolubilidade de atendimento mediante alta rápida do usuário; - Subsidiar processo de planejamento, servir para definição do número de leitos necessários para o atendimento da população de uma área específica.
LIMITAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Sub-registro das AIH no SIH; - Há incompletude, incoerência e inconsistência dos dados do SIH. - Os dados do SIH não dizem respeito apenas ao mês aferido, já que os instrumentos podem ser reapresentados em até três meses ao MS. - A utilização dos dados para fins de pagamento reduz sua confiabilidade.
FORMA DE CALCULO
$TMP = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia em determinado período}}{\text{n}^\circ \text{ de saídas no mesmo período}}$
FONTES DE EVIDÊNCIAS
Relatório do Sistema de Informação Hospitalar (SIH)
COMO AFERIR
Realizar o cálculo a partir dos dados APRESENTADOS ao Ministério da Saúde, retiradas as REAPRESENTAÇÕES.
Definição de pacientes-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.
Definição de saída: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. Não inclui as transferências internas.
- Depois de definidos o denominador e numerador aplicar a forma de cálculo.
PARA FINS DE ALIMENTAÇÃO DO SISGRADE INFORMAR NÚMEROS ABSOLUTOS (numerador e denominador).

Anexo II – Ficha Técnica do Indicador Taxa de Mortalidade Hospitalar

INDICADOR
Taxa de Mortalidade Hospitalar
PERIODICIDADE
Trimestral
META
A ser pactuada pelo Serviço de Saúde a partir da média do trimestre anterior.
DEFINIÇÃO E SIGNIFICADO
Relação percentual dos óbitos hospitalares ocorridos a partir da admissão do usuário em determinado hospital no período considerado. Mede a proporção dos usuários que morreram durante a internação hospitalar.
USOS
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a necessidade de estudos sobre as causas da mortalidade hospitalar; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para atenção à saúde no âmbito hospitalar; - Medir, em última análise, a resolubilidade dos procedimentos hospitalares sobre o usuário.
LIMITAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Sub-registro dos óbitos no SIM e SIH; - Há incompletude, incoerência e inconsistência dos dados do SIH; - Os dados do SIH não dizem respeito apenas ao mês aferido, já que os instrumentos podem ser reapresentados em até três meses ao MS; - A utilização dos dados para fins de pagamento reduz sua confiabilidade; - Os dados do SIH, muitas vezes não diferenciam primeira entrada de entradas reincidentes (reinternações), o que pode fazer com que usuários com alta sejam contados duas vezes na admissão, quando isso ocorre, há uma falsa diminuição da taxa de mortalidade hospitalar; - A utilização dos dados para fins de pagamento reduz sua confiabilidade.
FORMA DE CÁLCULO
$TMH = \frac{\text{Número de óbitos}}{\text{Total de saídas no mesmo período}} \times 100$
FONTES DE EVIDÊNCIAS
Relatório do Sistema de Informação Hospitalar (SIH)
Relatório do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
COMO AFERIR
Realizar o cálculo a partir dos dados APRESENTADOS ao Ministério da Saúde, retiradas as REAPRESENTAÇÕES.
Definição de óbito hospitalar: aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados. Não inclui os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital.
Definição de saída: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. Não inclui as transferências internas.
<ul style="list-style-type: none"> - Depois de definidos o denominador e numerador aplicar a forma de cálculo. - PARA FINS DE ALIMENTAÇÃO DO SISGRADE INFORMAR NÚMEROS ABSOLUTOS (numerador e denominador).

Anexo III – Valor Médio Pago por Internação Hospitalar no SUS (AIH).

Valor médio pago por internação hospitalar no SUS – E.11

VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS (AIH)

1. Conceituação

Valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede o gasto médio de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH).
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda hospitalar ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto médio com internações hospitalares no SUS por especialidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na frequência relativa dos tipos de atendimento hospitalar prestado, que possuem remuneração diferenciada na classificação adotada para pagamento no SUS.
- Necessita ajustes para comparação da série histórica, pois os valores pagos são apresentados em reais correntes do ano.
- Os valores utilizados para o cálculo do indicador são os da Tabela de Procedimentos, não incluindo abonos, fatores de reposição, incentivos e complementações estaduais e municipais.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor da despesa com internações hospitalares no SUS, por especialidade*}}{\text{Número total de internações na especialidade}}$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais, segundo o local de internação.
- Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia, fisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).