

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE**

**FÁTIMA CÁSSIA SANTOS LOPES
KELLEN AP. SPADOTI DE CASTRO**

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PELA JOINT COMMISSION
INTERNATIONAL (JCI) EM UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL
(RELATO DE EXPERIÊNCIA)**

Brasília
2011

**FÁTIMA CÁSSIA SANTOS LOPES
KELLEN AP. SPADOTI DE CASTRO**

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PELA JOINT COMMISSION
INTERNATIONAL (JCI) EM UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL
(RELATO DE EXPERIÊNCIA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Brasília
2011

**FÁTIMA CÁSSIA SANTOS LOPES
KELLEN AP. SPADOTI DE CASTRO**

**PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PELA JOINT COMMISSION
INTERNATIONAL (JCI) EM UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL
(RELATO DE EXPERIÊNCIA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-USP

À Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência em um processo de Acreditação Hospitalar ocorrido em unidades específicas como Centro Cirúrgico e Hemodinâmica. O estudo mostra que cada dia mais instituições de saúde preocupadas com competitividade do mercado e com a expectativa de atender as demandas solicitadas pelos seus clientes sejam eles internos ou externos, estão buscando cada vez mais alcançar elevados padrões assistenciais através dos selos/certificações. Para que este objetivo seja alcançado são necessárias mudanças profundas na cultura das instituições e principalmente de seus profissionais de todas as categorias. Observou-se neste estudo que enquanto não existir a colaboração de todos os profissionais, principalmente da classe médica e de enfermagem não há possibilidade nenhuma da instituição conseguir qualquer selo que seja, pois especificamente estes profissionais são na instituição os que mantêm maior contato com os pacientes e seus familiares e que participam de todos os processos relacionados à assistência e segurança destes. Acreditamos que as instituições que atingirem estes objetivos e mantiverem suas ações baseadas em indicadores associado a uma educação permanente eficaz certamente contemplará todos os padrões preconizados por qualquer agência certificadora e conseguirá assim atingir o seu objetivo (obtenção do selo).

Palavras chaves: Acreditação Hospitalar, Joint Commission, Qualidade

ABSTRACT

This is an experience in a hospital accreditation process occurred in specific units such as surgical center and Hemodynamics. The study shows that more and more health institutions concerned with market competition and expecting to meet the demands required by their customers whether internal or external, are increasingly looking to achieve high standards of care through stamps / certifications. To reach this goal is achieved are required profound changes in institutional culture and especially its professionals of all categories. Observed in this study that while there is the collaboration of all professionals, especially the medical and nursing staff there is no possibility of getting any stamp institution that is, specifically because they are professionals in the institution who have more contact with patients and their families and participating in all processes related to health and safety of these. We believe that institutions achieve these goals and continue their actions based on indicators linked to an effective continuing education course will cover all the standards recommended by any certifying agency, and thus able to achieve your goal (getting the seal).

Keywords: Hospital Accreditation, Joint Commission, Quality

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SRA- Sala de Recuperação Anestésica

CC - Centro Cirúrgico

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

ISQUA- International Society for Quality in Health Care

IAP- Programa Internacional de Acreditação

SAEP- Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatoria

CME- Centro de Material e Esterilização

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

OPME- Ortesse Próteses e Materiais Especiais

DML- Depósito de Material Limpo

1. INTRODUÇÃO

A sobrevivência no mercado de trabalho cada vez mais globalizado e competitivo é, indiscutivelmente, um dos grandes desafios na área de saúde. Buscando se adequar às mudanças vividas pela sociedade contemporânea e ao mesmo tempo atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem o incremento do nível de qualidade. Na perspectiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas voltadas para o processo de Acreditação Hospitalar, as quais impõem novas exigências no que se referem às competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento (Manzo 2009).

É certo que a medicina contribui extraordinariamente para a evolução tecnológica e para um grande progresso em relação à descoberta e prevenção de doenças. Porém, de maneira paradoxal, o sistema de saúde enfrenta um momento crítico advindo do sentimento de insatisfação da população que necessita dos serviços médico-hospitalares (COUTO; PEDROSA, 2007). Na pesquisa mundial de saúde, projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2004), foi identificado que 46,7% dos brasileiros usuários exclusivos do sistema público e 28% dos usuários do sistema suplementar estão insatisfeitos com o funcionamento da assistência.

Ademais, segundo Maximiano (1997), o cenário atual brasileiro, no contexto de uma economia globalizada, encontra-se em situação preocupante em que as instituições não mais suportarão os custos relacionados com a má qualidade, dentre eles: gastos elevados com morbidade e mortalidade crescentes, despesas com “retrabalho” e dispêndios com processo ineficiente; não bastasse o comprometimento da imagem da organização perante a sociedade, além da perda de clientes e de mercado.

O cenário de insatisfação associado com a má qualidade na prestação de serviços instigou a criação de um padrão de qualidade, processo definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos clientes e efeito favorável na saúde (BRASIL, 2002). Nesse contexto, o sistema brasileiro de acreditação, operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e

implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde, bem como o cuidado humanizado. Adami, et al. (2006) acrescentam que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas como um processo contínuo de melhorias.

De acordo com Novaes e Bueno (1998), o Programa de Acreditação contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Assim, os profissionais serão estimulados a participar do processo que visa à mobilização e criação de metas objetivas, com intuito de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada. Reforçando a idéia apresentada, Porto e Rego (2004) alertam para a existência de um movimento direcionado à garantia da qualidade com destaque na valorização do aspecto humano, no sentido de oportunizar melhorias das relações entre as pessoas, maior envolvimento e comprometimento dos profissionais e dos padrões éticos de atendimento que almejam a satisfação e o acompanhamento das necessidades humanas. Esse movimento em direção à qualidade refletiu a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações, uma vez que a valorização dos indivíduos e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência. Nesse cenário, os profissionais da saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo. Por meio do compromisso com a política da qualidade estabelecida pela instituição, os profissionais se engajam e reforçam a cultura de melhoria centrada no cliente e na determinação de executar serviços que atendam os requisitos da ONA, de forma segura e com excelência. Nessa perspectiva, Mezomo (2001) sustenta que o grande diferencial das organizações está no âmbito da qualidade de pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem ter um pequeno significado se as pessoas não se sentirem comprometidas com a qualidade, sobretudo no que se refere ao atendimento das necessidades dos clientes.

O estudo da qualidade envolve, além de um conjunto de técnicas, uma dimensão mais ampla de ações do processo social, cujos elementos principais para o seu desenvolvimento são aqueles que atuam e exercem seu papel nesse processo (BONATO,2007). Mezomo (2001) acrescenta que as pessoas fazem o diferencial de qualquer organização, à medida que participam e apresentam poder de decisão, pois, assim, assumem a responsabilidade pela produção da qualidade. Este autor ressalta que todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação,

desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho.

Aspectos sociológicos são apresentados por Bonato (2007). Segundo a autora, o estudo da qualidade no campo de saúde envolve mais do que um conjunto de técnicas, pois se aloca em uma dimensão com amplas ações sociais, cujas práticas desenvolvidas pelos sujeitos devem ser construídas a partir de uma história pessoal e social, a partir do indivíduo em si, embora estimulada institucionalmente. O novo paradigma exige dos profissionais posturas que reflitam a internalização de valores e revisão de conceitos. Bem trabalhada a teoria e orientados os profissionais, o alcance dos objetivos pretendidos pela sinergia das pessoas e da organização construirão um novo cenário de trabalho. De acordo com Bonato:

A qualidade apresenta-se como via de diversas mãos que interage com diversos sujeitos que atuam nos hospitais. Esse processo é dinâmico, influenciando e influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e resignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação desde segmento (BONATO, 2007, p. 48).

De modo enfático, Mezomo (2001) aborda o papel dos profissionais ressaltando que ninguém fará a produção da qualidade se antes não estiver convencido de sua validade, e ninguém se convencerá se antes não tiver o claro conhecimento do porquê de sua ação. O autor conclui que “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age” (MEZOMO, 2001, p. 57). Segundo a JCI (Joint Commission International).

A acreditação é um processo no qual uma entidade, geralmente não-governamental, separada e independente da instituição de saúde, avalia esta instituição para determinar se ela obedece a uma série de requisitos (padrões) criadas para aperfeiçoar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a JCI (Joint Commission International) o processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os seus métodos de prestação de cuidados ao cliente. Através disso, as instituições:

- ✓ Elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito a sua preocupação com a segurança do cliente e com a qualidade do atendimento;
- ✓ Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente que contribui para a satisfação do colaborador;

- ✓ Negocia junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à qualidade do cuidado;
- ✓ Escutam os clientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo do cuidado;
- ✓ Criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança;
- ✓ Estabelecem um estilo de liderança colaborativa que define prioridade e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do cliente em todos os níveis.

Tendo em vista o exposto, o interesse pelo tema em questão decorreu da vivência como enfermeiros dos setores de Qualidade de um serviço de Hemodinâmica e gestora do centro cirúrgico de um hospital privado, em busca de ser referência de qualidade no atendimento. A contratação do processo ocorreu no final de 2008 antes da nossa chegada na instituição (hospital). Começamos a participar do processo em setembro de 2009 nesta ocasião o hospital já havia passado por uma avaliação da CBA (Consortio Brasileiro de Acreditação). O hospital recebeu da CBA um relatório informando os pontos críticos que deveriam ser melhorados, dentre eles destacaremos a seguir a segurança do paciente cirúrgico e o inter relacionamento com as empresas terceirizadas que prestam assistência aos pacientes na mesma área física, por exemplo, a Hemodinâmica, visando maior aproximação da meta pretendida, qual seja a Acreditação Hospitalar de padrão internacional denominada JCI (Joint Commission International). Com isso, houve participação na etapa do planejamento das atividades, na elaboração e validação dos indicadores bem como na implementação, na avaliação de ações por meio de indicadores de qualidade e no acompanhamento de ciclo de melhorias, na auditoria interna e na auditoria externa. No momento estamos no aguardo da avaliação para a obtenção da certificação. O interesse em relatar essa vivência se deu pelo fato de ser uma experiência relativamente nova na área de saúde e no Distrito Federal até o momento, nenhuma instituição possui a referida certificação e também por se tratar de dois setores específicos onde atualmente não se encontram tantos profissionais com especialização e/ou experiência no Distrito Federal.

Durante esse período constatou-se que os profissionais de saúde inseridos na gestão de qualidade tinham idéias divergentes em relação ao processo de Acreditação. Ao mesmo tempo, notou-se que alguns dos envolvidos não detinham o conhecimento sobre a importância e do que efetivamente se tratava o processo de qualidade na saúde, sendo possível observar um distanciamento entre os princípios dispostos no Programa de Acreditação em relação à prática assistencial desempenhada por alguns colaboradores.

Vários estudos mostram a importância da Acreditação na qualidade da assistência em saúde e para a melhoria contínua dos serviços (LABBADIA et al., 2004; LIMA; ERDMANN, 2006; PORTO; REGO, 2005; NETO; BITTAR, 2004; QUINTO NETO; GASTAL, 1997). No entanto, são escassas as referências a respeito da percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação, havendo uma lacuna científica entre a exposição teórica do processo de Acreditação e a aplicação, pelos profissionais, dessa nova prática em saúde. Apesar de se conhecer a importância do sistema de avaliação na qualidade da assistência, bem como a influência dos profissionais de saúde na manutenção desse processo, não se sabe quais seriam as percepções e o conhecimento nesse assunto pelos sujeitos que empregam a Acreditação como meio de excelência na prestação de serviços.

Bittar (2001) salienta que um programa de gestão de qualidade que não encontra respaldo na cultura organizacional não apresenta sustentação e leva os clientes internos e externos a não perceberem seus benefícios, situação que acarreta o abandono do plano de ação em curto espaço de tempo.

Além do mais, uma melhor compreensão e reflexão acerca do processo de Acreditação poderá contribuir para minimizar os riscos assistenciais advindos da prestação de serviços em saúde. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento.

2. OBJETIVO GERAL

Relatar o processo de Acreditação Hospitalar pela JCI (Joint Commission International) no setor de Hemodinâmica e Centro Cirúrgico de um determinado hospital privado do Distrito Federal.

3. DESCRIÇÃO DO SETOR DE HEMODINÂMICA

O laboratório de hemodinâmica está constituído da seguinte forma:

- ✓ 1 recepção;
- ✓ sala de recuperação anestésica - RPA / sala de preparo;
- ✓ salas de exames com as respectivas salas de comando;
- ✓ 1 sala de laudo;
- ✓ 1 sala de autorização;
- ✓ 1 consultório;
- ✓ 1 sala para o setor de Faturamento;
- ✓ 1 sala para o setor Administrativo / Financeiro;
- ✓ 1 sala para a Diretoria;
- ✓ 1 sala para os setores de Qualidade e Suprimentos;
- ✓ 1 Almoxarifado;
- ✓ DML;
- ✓ 2 expurgos **Sala de Utilidades**;
- ✓ 2 vestiários;
- ✓ banheiros (sendo: 1 destinado para os pacientes, 1 para os colaboradores, 1 para acompanhantes e 1 no consultório).

3.1. Áreas que compõem o Setor de hemodinâmica:

- ✓ Operacional (dividida em: Atendimento, Autorização, Faturamento);
- ✓ Enfermagem;
- ✓ Suprimentos;

- ✓ Administrativo e Financeiro;
- ✓ Qualidade / Educação Continuada;
- ✓ Diretoria.

4. DESCRIÇÃO DO SETOR CENTRO CIRÚRGICO

4.1 Áreas Assistenciais

- ✓ 6 salas para cirurgia de médio e grande porte, (sendo uma própria para cirurgia de Vídeo com tecnologia e imagens excelentes muito disputada pelos cirurgiões);
- ✓ 1 sala para cirurgia de pequeno porte;
- ✓ 2 salas de parto cesárea/normal;
- ✓ 1 sala para colonoscopia;
- ✓ Sala de recepção e primeiros cuidados do RN (recenascido);
- ✓ SRA com nove leitos para atendimento de pacientes em ventilação espontânea;
- ✓ 2 corredores com dois lavabos cada para degermação cirúrgica da equipe.

4.1.1 Áreas de Apoio

- ✓ 1 Sala de Enfermagem;
- ✓ 1 Sala de anestesia;
- ✓ 1 Sala de engenharia clínica;
- ✓ 1 Sala de recepção e espera do paciente externo;
- ✓ 1 Farmácia satélite;
- ✓ 1 sala de arsenal com monta carga limpo;
- ✓ 1 Sala com geladeira para guarda de peças a serem encaminhadas para exames anatomopatológico;
- ✓ 1 Sala de resíduos sólidos;
- ✓ 1 DML;
- ✓ 1 Sala de Utilidades;
- ✓ 1 sala para guarda de uniformes privativos;
- ✓ 3 vestiários sendo (1 para pacientes e familiares, 1 para colaboradores e terceirizados do sexo feminino e 1 colaboradores e terceirizados do sexo masculino);

- ✓ 1 Estar/copa multidisciplinar

4.1.2 Área Administrativa

- ✓ 1 Sala de Supervisão de Enfermagem e Médica;
- ✓ 1 Secretaria e agendamento de cirurgia;
- ✓ 1 Sala de solicitação de autorização para OPME (ortesses próteses e materiais especiais);
- ✓ 1 sala de faturamento;

5. Cronograma do Processo de Acreditação (Avaliação)

Data	Ação
Nov./08	Auditoria Externa (CBA)
Jun./09	Auditoria Externa (CBA)
Jun./09	Auditoria Interna
Jul/09	Auditoria Interna
Ago/09	Auditoria Interna
Fev/10	Auditoria Interna
Abr./10	Auditoria Externa (CBA)
Out./10	Auditoria Interna
Dez./10	Avaliação Externa (CBA)
Mar/11	Programado Avaliação da JCI

6. A ACREDITAÇÃO

O Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação de forma periódica, voluntária, que tem por objetivo garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (SCHIESARI, 1999). A Acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões. A primeira, como um processo educacional, que leva a credibilidade das instituições prestadoras de serviços de assistência em saúde junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento, proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação dos colaboradores, estimula os profissionais de saúde, a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência, fundamental para o processo; e a segunda dimensão como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos (NETO; BITTAR, 2004).

Como benefícios para as instituições que serão avaliadas, além da facilidade de negociação junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à qualidade do cuidado, podemos também relacionar pontos fundamentais que serão atingidos pela instituição durante e após o processo, como:

- ✓ Passa a escutar mais os pacientes e seus familiares e aprendem a respeitar os direitos de seus clientes e assim iniciam com eles uma parceria no processo de cuidado.
- ✓ Inicia uma cultura de aprendizado com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança (os profissionais passam a estar mais receptivos a novas experiências/mudanças);
- ✓ Estabelece um estilo de liderança compartilhada e continua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis.

O processo de avaliação recolhe informações sobre a conformidade com os padrões em toda a instituição e a decisão de Acreditação é baseada no nível global de conformidade observado na instituição como um todo. Por isso antes de se iniciar um processo de Acreditação é importante realizar algumas perguntas como: Qual é a realidade do serviço? Todos os envolvidos estão preparados e sensibilizados para as mudanças?

Pensando nesta questão e como a Joint Commission realiza os seus processos de avaliação, se iniciou em 2008 na instituição um trabalho voltado para a conscientização de todos os envolvidos no processo para somente após se iniciar o processo de mudança cultural e técnica.

Serão objetos de estudo a partir deste momento os setores: Centro Cirúrgico e Hemodinâmica.

Conforme citado anteriormente o selo escolhido foi o da Joint Commission e sua forma de avaliação é baseada em Padrões e Metas.

Para auxiliar as Instituições no processo rumo à certificação, a Joint Commission criou um manual Internacional de Padrões de certificação hospitalar que no Brasil foi editado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) que é a única empresa no Brasil que possui um acordo de exclusividade para a representação desta agência.

O manual está dividido em 2 (dois) seções e 13 (treze) padrões a saber:

- ✓ Seção 1 – Padrões com foco no paciente contendo 7 (sete) padrões;
- ✓ Seção 2 – Padrões de Administração de Instituições de Saúde contendo 6 (seis) padrões.

Abaixo estão relacionados os padrões e as metas que estão servindo de diretriz para processo de mudanças.

1. **Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado:** Esses padrões abordam quais as necessidades dos pacientes pode ser atendida, a eficiência do fluxo de serviços ao paciente; e os processos de transferência e alta do paciente para sua casa ou para outra instituição de saúde;
2. **Direitos dos Pacientes e Familiares:** Esses padrões abordam questões como respeito aos valores do paciente; responsabilidades da instituição quanto às leis; e informação aos pacientes quanto às suas responsabilidades no processo de cuidado. Estão inclusos os padrões relacionados aos direitos dos pacientes com relação ao consentimento informado, resolução de queixas e confidencialidade.
3. **Avaliação dos Pacientes:** Avaliação do paciente em todos os pontos do cuidado dentro da instituição. Isso inclui a coleta de informações e dados sobre a história clínica e psico-social do paciente; a análise dos dados e informações para identificar as necessidades de cuidado do paciente; e o desenvolvimento de um plano de cuidados para atender a essas necessidades;
4. **Cuidado aos Pacientes:** Processos de planejamento e coordenação do cuidado, monitoramento dos resultados, modificação do cuidado e planejamento para

acompanhamento. Inclui o cuidado nutricional, gerenciamento da dor e cuidado ao paciente terminal;

5. **Anestesia e Cirurgia:** Uso de sedação e anestesia assim como o cuidado cirúrgico. Inclui os processos de preparação, monitoramento e planejamento pós-cirúrgico para pacientes que receberam sedação ou anestesia e/ou se submeteram a uma cirurgia;

6. **Gerenciamento e Uso de Medicamentos:** Processo para seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, transcrição, distribuição, preparo, dispensação, administração, documentação e monitoramento de terapias medicamentosas;

7. **Educação de Pacientes e Familiares:** Educação fornecida e as modalidades que estão sendo utilizadas para que se tenha sucesso na educação. Atenção a propensão dos pacientes para aprender, considerando as necessidades relativas à linguagem, e qual a melhor forma para eles aprenderem.

8. **Melhoria de Qualidade e Segurança do Paciente:** Esses padrões enfocam como o hospital desenvolve os processos; avalia seu desempenho, estima seu desempenho, e ao fim, melhora seu desempenho. Os exemplos de esforços para melhoria incluem: desenvolvimento de um novo serviço, fluxogramas clínicos; avaliação de resultados, comparação de seu desempenho com os de outras instituições, e a seleção de áreas que precisam de atenção prioritária;

9. **Prevenção e Controle de Infecções:** Identificação e redução do risco de adquirir e transmitir infecções. Dentre as áreas abordadas, incluem-se a notificação de infecções e quais as atividades de vigilância estão sendo implementadas;

10. **Governo, Liderança e Direção:**

✓ Uma liderança efetiva depende dos seguintes processos:

✓ Planejamento e desenvolvimento de serviços, incluindo a definição de uma missão clara com uma visão de futuro e os valores que embasam as atividades do dia-a-dia;

✓ Direção de serviços, incluindo responsabilidade por desenvolver e manter políticas, fornecendo um número adequado de profissionais e definição de qualificações e competências;

✓ Integração e coordenação dos serviços;

✓ Melhoria de desempenho, incluindo o papel crítico dos líderes em iniciar e manter as atividades de melhoria de desempenho da instituição;

11. **Gerenciamento e Segurança das Instalações:** Avalia a manutenção de um ambiente seguro, funcional e efetivo para os pacientes, profissionais e demais indivíduos. As seguintes

áreas estão incluídas: preparação para emergências, segurança, equipamentos médicos, sistemas utilitários, gerenciamento de materiais perigosos e descarte de resíduos;

12. **Educação e Qualificação dos Profissionais:** Planejamento, orientação, treinamento e educação dos profissionais; avaliação da competência; administração de solicitações dos profissionais; e concessão de privilégios aos médicos, profissionais de prática independente, e enfermeiros;

13. **Gerenciamento da Comunicação e da Informação:** Abordam como o hospital obtém, gerencia e usa as informações com intuito de fornecer, coordenar e integrar serviços. Os princípios do bom gerenciamento de informação são aplicáveis a todos os métodos, tanto aqueles baseados em papel quanto os eletrônicos, e os padrões da Joint Commission International são compatíveis com qualquer desses métodos.

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano a Joint Commission International, foi designada como Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. O objetivo é a elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

As 6 (seis) Metas Internacionais de Segurança do Paciente são:

- ✓ Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente;
- ✓ Meta 2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência;
- ✓ Meta 3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*);
- ✓ Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- ✓ Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- ✓ Meta 6 - Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (Manual da Organização Mundial de Saúde 2005).

Devido semelhança apresentada pela atividade realizada nos setores elegemos a meta 4 como uma das mais importantes a ser observada/estudada.

Propósito da Meta 4

Cirurgias com local de intervenção errado, procedimento errado e paciente e errado é uma ocorrência assustadoramente comum nas instituições de saúde, Estes erros são o resultado de uma comunicação ineficaz ou inadequada entre os membros da equipe cirúrgica, da falta de envolvimento do paciente na marcação do local da intervenção e da ausência de

procedimentos para verificação do sítio cirúrgico. Além disso, a avaliação inadequada do paciente, a revisão inadequado do prontuário médico, uma cultura que não apóia a comunicação aberta entre os membros da equipe cirúrgica. problemas relacionados a escritas ilegíveis e o uso de abreviações são fatores que contribuem freqüentemente para esses erros.

Para isso, são utilizadas práticas baseadas em evidências, como aquelas descritas no Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Paciente Errada (Protocolo de Cirurgia Segura, da Organização Mundial de Saúde)

Os processos essenciais presentes no Protocolo Universal são:

- ✓ Marcação do local da intervenção cirúrgica;
- ✓ Um processo de verificação pré-operatória;
- ✓ Num intervalo realizado imediatamente antes do início do procedimento.

A marcação do local da intervenção cirúrgica envolve o paciente e é feita com uma marca clara, sem ambigüidade. O tipo de marcação deve ser comum a toda a instituição, deve ser feita pelo profissional (Cirurgião e/ou intervencionista) que irá realizar o procedimento, deve ser revizada com o paciente acordado e consciente, se possível, e deve ser visível mesmo após o paciente ser preparado e coberto. O local de intervenção cirúrgica é marcado em todos os casos que envolvam lateralidade, múltiplas estruturas (dedos das mãos e dos pés, lesões) ou múltiplos níveis (coluna vertebral). O propósito da verificação pré-operatória consiste em:

- ✓ Verificar se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos;
- ✓ Garantir que todos os documentos, imagens e estudos relevantes estejam disponíveis, adequadamente identificados e expostos;
- ✓ Verificar se todos os equipamentos e materiais necessários e/ou implantes estão presentes na sala de cirurgia.

O intervalo permite que todas as questões não respondidas ou confusas sejam resolvidas. Este processo é realizado na sala de cirurgia ou de procedimento no caso da hemodinâmica, antes do início do procedimento, e envolve toda equipe. A instituição determina como o processo deve ser resumidamente documentado, como, por exemplo, em uma lista de verificação.

6.1 O processo de acreditação hospitalar no centro cirúrgico e hemodinâmica

Processos que ocorriam na Instituição antes do Processo de Certificação Internacional:

O centro cirúrgico tem uma estrutura antiga e sem conservação necessitando urgentemente de uma reforma geral a hemodinâmica por sua vez possui uma estrutura nova, mas que devido a reformas no hospital atualmente apresenta rachaduras em algumas das paredes;

Ambas as unidades utilizam o serviço de anestesia terceirizado disponíveis para atender às necessidades dos pacientes, porém, este não está de acordo com os padrões profissionais, assim como com a legislação aplicável, pois frequentemente um único profissional esta atendendo dois procedimentos ao mesmo tempo em salas distintas, o anestesiolista que atende a SRA está também em sala cirúrgica, fora do centro cirúrgico estes profissionais só atendem esporadicamente as sedações profundas e/ou anestésias realizadas na hemodinâmica isso quando previamente agendado, sendo este profissional de difícil acesso no caso de emergência/urgência.

Após o término do horário regular de atendimento somente um profissional desta especialidade permanece disponível na instituição. O serviço de anestesiologia esta sob a direção de dois profissionais que possuem qualificação documentada de treinamentos. Estes, assumem a responsabilidade profissional pelos serviços de anestesiologia realizados.

No caso de cirurgias eletivas/procedimentos os pacientes não passam por consulta e/ou visita pré-anestésica. O primeiro contato deste profissional com o paciente ocorre enquanto o técnico de enfermagem faz a monitoração não invasiva no paciente já na mesa operatória/procedimentos. Neste momento o anestesiolista se apresenta ao paciente e realiza uma breve entrevista com o intuito de programar a anestesia ideal para aquele paciente e descobrir alguma comorbidade (na hemodinâmica o anestesista utiliza a avaliação realizada pelo enfermeiro) que possa levar a complicações durante o ato anestésico- cirúrgico ou até mesmo a suspensão do procedimento como: Jejum e Tempo de Jejum, alergias medicamentosa e/ou alimentar, processo infeccioso, complicações em cirurgias anteriores uso de medicamentos que interferem na cascata de coagulação etc..

Não existe aparelho de anestesia (aparelho que garante a ventilação mecânica e troca gasosa do paciente) suficiente para atender a demanda do serviço. Diferentemente da hemodinâmica que possui seu próprio estoque de medicações e materiais, todos os

procedimentos anestésicos - cirúrgico seja eletivo, urgência ou emergência o kit de materiais, medicamentos e soro só vão para sala de cirurgia mediante a entrega de uma etiqueta com os dados do paciente na farmácia satélite (do centro cirúrgico), este procedimento só é possível após o paciente adentrar ao centro cirúrgico.

Em sua grande maioria os pacientes eletivos que chegavam em ambas as unidades não possuíam a pulseira de identificação, ora porque faltava a pulseira, ora porque a impressora estava danificada. Já os paciente que encontram-se internados frequentemente são encaminhados com pulseira de identificação, no prontuário além das prescrições medica e exames anteriores em ambos os casos não há resumo clínico, termo de consentimento informado (esclarecido) da cirurgia/procedimento invasivo, de anestesia e de transfusão sanguínea. Não segue no prontuário a avaliação do anestesiológico, prescrição médica, e avaliação de enfermagem (SAE/SAEP) este último observa-se a falta de profissionais enfermeiros para sua realização. Notava-se também a falta de uma estrutura adequada para avaliação pre operatória/procedimento para a enfermagem este local no caso da hemodinâmica seria utilizado também para avaliação dos pacientes pós procedimento, quando existe prescrição médica pré operatória não tem *estrutura para ministrá-la (executá-la), estes são alguns dos pontos chaves no Protocolo de Cirurgia Segura* da Organização Mundial de Saúde.

Em ambos os setores se observa que os profissionais enfermeiros e anestesiólogos desconhecem as comorbidade associadas dos pacientes que recebem para prestar assistência.

Inexistência da passagem de plantão dos profissionais enfermeiros tanto do pré para o transoperatorio quanto do transoperatorio para o pós-operatorio ou seja não existia continuidade da assistência prestada.

Os pacientes externos de ambas as unidades eram encaminhados as salas de cirurgia/procedimento deambulando, com isso aumentado as chances de uma possível queda do mesmo durante o percurso. Após a chegada do paciente nas referidas unidades, este era recepcionado pelos técnicos em enfermagem.

O centro cirurgico apresentava algumas salas de cirurgia de forma “precaria” pois algumas não possuíam nem mesmo lixeiras, sendo utilizado com essa finalidade suportes e sacos de hamper.

Médicos (cirurgião) realizam procedimentos/ cirurgias sem o auxilio de outro profissional da mesma categoria (médico) expondo assim a riscos a vida do paciente.

Devido a estrutura antiga do centro cirurgico e ao espaço reduzido da hemodinamica, ambas as unidades possuíam somente um vestiário para atender aos colaboradores, equipes terceirizadas, fornecedores, pacientes e acompanhantes (familiares).

O centro cirurgico se apresentava com recursos humanos inadequado pois, segundo a RESOLUÇÃO COFEN 293 é obrigatório a existência de um enfermeiro para cada cinco salas cirurgicas e um técnico de enfermagem e um instrumentador cirurgico para cada sala cirurgica e na SRA um enfermeiro para cada cinco leitos e um técnico de enfermagem para cada três leitos por turno de trabalho.

Após o inicio do processo de Acreditação ambas as unidades iniciaram o processo de melhorias para se adequar ao que é solicitado pela JCI (e com isso adequando-se aos padrões estabelecidos por eles).

No que diz respeito à estrutura no centro cirúrgico foi realizado a reforma e pintura de todas as salas, reforma de todas as portas e retirado dos aparelhos de ar condicionado de dentro das salas de cirurgia por uma central, reformado uma área para vestiário (este exclusivo para pacientes e familiares). Com relação a acessórios, utensílios, mobiliários e equipamentos conseguiu-se a compra de lixeiras com tampas para toda a área do centro cirúrgico, novos frascos para o sistema de aspiração de secreção, assim como guias de intubação, traquéias e ressuscitador manual completo adulto, infantil e neonatal para a especialidade de anestesiologia. Também houve a substituição dos seguintes aparelhos: cardiodesfibrilador, carro de emergência;

Na hemodinâmica com relação à estrutura não há muito o que ser alterado devido a restrição do espaço existente. A solução encontrada para se adequar as solicitações foi a locação e reforma de um novo espaço que passou a integrar o setor. Neste espaço foi construída mais uma sala de exames que se encontra em funcionamento com uma máquina que possui uma alta tecnologia podendo, assim com isso atender melhor aos pacientes e médicos que ali realizam os seus exames, foi realizada também a construção de um consultório para resolver o problema de privacidade para a realização da avaliação dos pacientes pré e pós procedimento. Com relação a estrutura antiga foi realizado uma reforma geral na estrutura e substituído alguns materiais por modelos mais modernos.

Com relação aos processos segue as melhorias em ambas as unidades:

- ✓ Pacientes de urgências e emergências são recepcionados pelo enfermeiro;
- ✓ No centro cirúrgico o enfermeiro está prestando assistência na sala cirúrgica e na SRA;
- ✓ Na hemodinâmica contratado mais um profissional enfermeiro para a SRA;
- ✓ Elaboração, treinamento e aprovação pela comissão de prontuário dos impressos da SAEP (Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória) do Centro Cirúrgico e SRA.

- ✓ Criação, Revisão de POP (procedimentos operacionais padrão) e treinamento das respectivas equipes das áreas de enfermagem e administrativa de ambas as unidades;
- ✓ No centro cirúrgico tentou-se a implantação do protocolo da Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cirurgia Segura Salva Vidas”, tentativa de implantação sem sucesso;
- ✓ Redefinido o Fluxo de entrada e saída do Paciente em ambas as unidades, todos pacientes sendo eletivos ou não passaram a ser encaminhados para as unidades de maca ou cadeiras de rodas.
- ✓ Melhora da comunicação e do acesso ao profissional anestesiológico por parte da hemodinâmica

No Centro Cirúrgico assim como no setor de hemodinâmica, este processo de implantação de protocolos e gerenciamento de indicadores está sendo muito conturbado, uma vez que, para o serviço funcionar de uma forma eficaz é necessário que haja a adesão de todos os colaboradores, terceirizados (hemodinamicistas e anestesiólogos) e corpo clínico, (cirurgiões) este é aberto, ou seja, não são colaboradores do hospital e sim são credenciados a este, o que torna mais difícil a sensibilização e adesão aos processos. No caso do CC o mais difícil foi à tentativa de implantação de alguns protocolos como, por exemplo, o da Organização Mundial de Saúde “Protocolo Cirurgia Segura Salva Vidas”, devido à deficiência da estrutura, recursos humanos e falta de diálogo da direção do hospital com os médicos (cirurgiões) o processo de tabulação de alguns indicadores que não eram realizados pela enfermagem tinham algumas falhas.

Semanalmente às quartas-feiras, no período da tarde, é realizada uma reunião com a Diretoria do hospital e os gestores e supervisores de todos os setores para exposição do andamento e os problemas de cada setor, forçando, assim, o diálogo entre esses profissionais. Na maioria das vezes as soluções para os problemas encontrados pela equipe de “funcionários” não são cumpridos pela própria diretoria do hospital e coordenação de enfermagem no que diz respeito a melhorias na estrutura física, parque tecnológico e principalmente em relação a melhoria do “diálogo” com os setores terceirizados e que as vezes recebem até mais cobrança do que algumas unidades pertencentes ao hospital.

A adequação do quadro de Recursos Humanos Assistenciais (de enfermagem) no hospital e particularmente no centro cirúrgico é muito difícil devido uma carga horária semanal alta, 44 horas, e um baixo salário, levando assim a uma alta rotatividade e absenteísmo.

A realização de treinamentos é muito difícil, pois não podemos simplesmente parar os atendimentos, mas ao mesmo tempo não possuímos recursos humanos suficientes para

podermos realizar rodízios, a não possibilidade dos colaboradores em participar dos treinamentos fora de seu horário de trabalho, porque trabalhavam em outras instituições para ajudar na renda familiar, são exemplos das dificuldades encontradas pelo enfermeiro responsável por essas unidades, ainda sim quando se consegue treinar alguns colaboradores estes seguem para outras instituições seja por melhores salários ou até mesmo pela redução da jornada de trabalho.

Mesmo com a melhora na comunicação com os profissionais médicos e mais especificamente com a especialidade de anestesiologia estamos longe de termos um atendimento ideal para os pacientes atendidos.

Com relação à avaliação dos pacientes por parte dos médicos anestesistas encontramos a resolução do CFM 1802 de dezembro de 2006 que regulamenta diversos aspectos da administração segura da anestesia, dentre as obrigatoriedades observadas, se encontra a realização de visita pré-anestésica em todos os pacientes que vão ser anestesiados. Esta resolução também recomenda, embora não obrigue, que, nos pacientes eletivos para cirurgia, seja realizada uma consulta com anesthesiologista para melhor conhecer o paciente nos aspectos relevantes para a melhor prática da anestesia. Esta consulta, realizada em regime ambulatorial e prévia à internação do paciente, não precisa ser, necessariamente, realizada pelo anestesista que irá atender ao paciente durante o ato anestésico- cirúrgico. A realização desta consulta também não dispensa a visita pré-anestésica realizada momentos antes da indução da anestesia (que deve ser realizada no quarto do paciente, antes da ida para o centro cirúrgico). Também não dispensa a, monitorização satisfatória do paciente que deve ser realizada pelo anesthesiologista, antes de iniciar qualquer tipo de anestesia seja ele bloqueio ou indução da anestesia, isso já dentro da sala cirúrgica/ procedimentos. Após a entrevista com os pacientes e familiares, o anesthesiologista deve documentar que tipo de técnica anestésica planeja realizar, em comum acordo com o paciente e após ter obtido o consentimento informado. O documento de consentimento informado deve apresentar os principais riscos da técnica a ser empregada, bem como seus benefícios e alternativas possíveis é importante ressaltar que além de constar no documento todas estas informações devem ser reforçadas aos pacientes e seus familiares. Assim, para atender a esses requisitos, deve haver respeito à privacidade da relação médico-paciente durante a avaliação pré-anestésica. É muito importante que o serviço de anestesiologia participe com a enfermagem e cirurgião dos processos de melhoria da qualidade e implementem protocolos de cirurgia segura, como podem ser observados no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS.

Para contemplar a solicitação da JCI e o que consta no CFM foi reformulado o termo de Consentimento Informado para Anestesia e Procedimentos Invasivos e Cirurgias que consta agora com as seguintes informações que deverão ser explicadas pelo profissional médico aos pacientes/familiares antes de qualquer um dos procedimentos citados: o que é o procedimento, porque ele é necessário, técnica utilizada, intercorrências/ Riscos, sinais e sintomas pós procedimento e assinatura do médico e assinatura do familiar/ paciente.

Apesar de todos os profissionais saberem da importância deste item se encontra bastante resistência para sua adesão por parte dos profissionais médicos. Estes alegam que devido ao grande número de pacientes/procedimentos e o número reduzido de profissionais não dispõem de tempo para as elucidações de dúvidas. Sendo assim acaba repassando a responsabilidade a um segundo profissional (médico ou não) e que muitas das vezes não participa do procedimento/ processo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao objetivo geral desse trabalho que foi o de “relatar o processo de acreditação hospitalar” conclui-se, baseado na referência bibliográfica e na experiência vivenciada, que cada vez mais as organizações da área médico-hospitalar, além de serem empresas cuja principal função é a manutenção da saúde humana, estão sendo geridas como empresas geradoras de lucro e que buscam se manter e crescer no mercado de saúde.

Nesse contexto, conclui-se que a acreditação internacional foi adotada pelo hospital como uma estratégia para o estabelecimento de vantagem competitiva, pois os objetivos, ao adotar esse tipo de acreditação, foram a busca pela melhoria dos processos, diminuição do retrabalho e redução de custos. A acreditação hospitalar pela JCI foi a certificação escolhida pela instituição por abranger todos os setores da organização médico-hospitalar.

E ainda a primeira preocupação que a organização deve ter na condição de suas atividades é conhecer quais são as necessidades de seus clientes, o que os mesmos esperam de determinado produto ou serviço, baseada nessas informações, definir o que será qualidade para a instituição.

No âmbito desse trabalho foi possível verificar que o Hospital realizou análises do ambiente interno e externo com vistas a adequar os aspectos associados à sua operação e usufruir das oportunidades ambientais e ou evitar suas ameaças. Nem todas as considerações foram atendidas, apenas as consideradas mais relevantes e o instrumento para identificação das necessidades dos clientes foi a análise de ambiente externo em conjunto com pesquisa de satisfação do cliente.

Em relação à implantação de um processo de acreditação foi possível verificar que o hospital teve essa iniciativa em decorrência de uma decisão estratégica do Grupo de Direção, ou seja, na realidade a busca pela implantação e certificação de um sistema de gestão da qualidade foi uma reação às decisões globais do hospital.

Através do processo de Acreditação verificou-se a existência de uma estreita relação entre todos os setores da hemodinâmica e desta com o Hospital. Pode-se observar também que o fator interesse, colaboração e união de todos os profissionais envolvidos fazem toda a diferença entre o sucesso ou fracasso do serviço.

Dentre todas as áreas que compõem a hemodinâmica assim como no Centro Cirúrgico o que se obteve mais dificuldade de acesso e continuidade do trabalho foi à área de enfermagem e médica.

Enquanto alguns profissionais tiverem a postura de “intocáveis” e “donos” de seus paciente ou setores e permanecerem dificultando o acesso à informação e a comunicação seja ela com pacientes ou com outros profissionais, seja por receio da perda de posição ou cargo ocupado, a qualidade tanto do atendimento prestado aos pacientes tanto quanto a motivação para o trabalho estarão prejudicados.

Considerando o movimento de qualidade instaurado nas instituições de saúde em nível internacional através da acreditação hospitalar, identificou-se que uma instituição que tiver como foco o respeito a seu paciente e preservar a sua segurança e tiver suas ações baseadas em indicadores e que possuam uma educação permanente para seus colaboradores realizada de forma correta e eficaz estará em conformidade com as metas internacionais de segurança do paciente e contemplará a maioria dos padrões internacionais preconizados pelas agências certificadoras. Com isso pode-se afirmar que o papel de todos os profissionais e suas ações é de fundamental importância para conseguirmos conquistar elevados padrões de segurança e qualidade no atendimento ofertado.

Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir para que as equipes médicas e de enfermagem reflitam sobre o processo da qualidade, a responsabilidade social, as mudanças de hábitos e dos conceitos embutidos no processo de acreditação hospitalar. Ademais, intenta-se oferecer, a partir das percepções colhidas, uma melhoria contínua da qualidade assistencial, levando-se em consideração um maior compromisso e motivação dos profissionais de saúde, bem como o incremento do cuidado humanizado, o qual é fundamental para a prática assistencial.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf

BONATO, V. L. *Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais*. 1. ed. São Paulo: Icone, 2007.

BRASIL. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde. *Manual Internacional de Padrões de Certificação Hospitalar*. 3ª ed. Rio de Janeiro: JCI, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa mundial de saúde: Primeiros resultados*. Brasil, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>. Acesso em: 25/12/2010.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. *Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*. Brasília: ONA, 2004. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>, acesso em: 12/11/2010; 04/12/2010 e 2/01/2011.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. *Hospital: Acreditação e gestão em Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LABBADIA, L. L. *et al.* O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

MANZO - Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais 2009

MAXIMIANO, A. C. A. O enfoque na qualidade na administração. In: MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada*. São Paulo: Atlas, 1997. cap. 5.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. *Hospitais: administração da qualidade e Acreditação de organizações complexas*. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 315 p

NOVAES, H.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. *Brasília Médica*, Brasília, v. 35, n. 3/4, p. 93-98, 1998

Manual de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, 3ª edição janeiro de 2008.

PORTO, I. S.; REGO, M. M. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem. *ACTA Paul Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400013&script=sci_arttext>

SANCHEZ, K. R. *Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido a Acreditação, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 1400 e BS8800*. 2003. 260 f. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. (SCHIESARI, 1999).

SOUZA E LACERDA- Planejamento Estratégico e qualidade- acreditação hospitalar, estudo de caso apresentado no V congresso Nacional de excelência em gestão, julho de 2009.

Organização Mundial de Saúde- Segurança do Paciente- Cirurgia Segura Salva Vidas. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>, acesso em 30/12/2010

O que é Acreditação: Quais as Principais Vantagens da Acreditação; Quais os temas são abordados da Acreditação. Disponível em: www.inovargestaoempresarial.com.br, acesso em 29/12/2010