

Processo de Melhoria na Sistemática de Avaliações Internas de um Hospital Público da Grande São Paulo*

Process of Improvement in the Systematics of Internal Evaluations
of a Public Hospital of Greater São Paulo

Lisiane Valdez Gaspar¹
Gisele de Oliveira Morgado²
Adriana Pires dos Santos³

¹Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Gestão da Qualidade pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Pós-Graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestranda em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. Gerente de Qualidade e Segurança do HGIS. São Paulo, Brasil. E-mail: lisiane.gaspary@hgis.org.br

²Enfermeira. Especialista em Gestão da Qualidade pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Coordenadora da Qualidade do HGIS. São Paulo, Brasil. E-mail: gisele.morgado@hgis.org.br

³Enfermeira. Especialista em Gestão da Qualidade pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Supervisora do Risco do HGIS. São Paulo, Brasil. E-mail: adriana.pires@hgis.org.br

* Este trabalho foi premiado no VIII Seminário Nacional em Acreditação realizado por Consórcio Brasileiro de Acreditação. São Paulo- SP. 07 e 08 de Novembro de 2016.

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever a experiência do Hospital Geral de Itapeverica da Serra no planejamento das avaliações internas, conforme descrito no Programa de Controle de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente e no Plano de Avaliações Internas e Externas, e suas contribuições para os resultados das avaliações externas. As avaliações internas permitem o monitoramento de padrões de gestão da qualidade, obtendo evidências com avaliações objetivas para determinar a extensão na qual os critérios são atendidos, para execução de ações preventivas e corretivas nos serviços e cumprimento dos requisitos do sistema da qualidade, procurando evitar a deterioração do sistema, verificar a manutenção da

conformidade e o atendimento aos requisitos de avaliação. Formou-se um grupo de Avaliadores Internos com a finalidade de realizar avaliações internas para a manutenção e desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade no HGIS, a partir da definição da sua composição, perfil, competências, formação, responsabilidades, escopo de avaliações internas e externas, instrumentos e relatórios de avaliações. A média anual de conformidades das avaliações internas do hospital foi de 93,6% em 2014, 97,3% em 2015 e 97,3% em 2016 (até outubro). As unidades que apresentaram melhorias significativas neste período foram o Centro de Parto Normal, Clínica Médica (Bloco III Par) e Unidades de Terapia Neonatal, com resultado anual em 2014 de 87,8%, 92,9% e 90,2%, e em 2016 97,3%, 99,1% e 98,8%, respectivamente. As avaliações internas tiveram impacto na manutenção da melhoria contínua, resultando na acreditação pela JCI em 2012 e reacreditação pela ONA em 2012/2015 e JCI em 2015. O grupo de avaliadores internos continuará ativo, permitindo um movimento contínuo e ascendente de melhoria, com foco no cliente, na visão sistêmica e na melhoria dos processos de forma segura e de qualidade.

Palavras-chave: Avaliação. Acreditação. Melhoria de Qualidade. Gestão da Qualidade.

ABSTRACT

The aim of this study is describe the experience of the General Hospital of Itapeverica da Serra in the planning of internal evaluations, as described in the Patient Quality and Safety Improvement Control Program and in the Internal and External Evaluation Plan, and their contributions to the results of the external evaluations. Internal evaluations allow the monitoring of quality management standards, obtaining evidence with objective evaluations to determine the extent to which the criteria are met, for the execution of preventive and corrective actions in the services and compliance with the requirements of the quality system, In order to avoid deterioration of the system, verify compliance and compliance with the evaluation requirements. A group of Internal Evaluators was formed to carry out internal evaluations for the maintenance and development of the Quality Management System in HGIS, from the definition of its composition, profile, competencies, training, responsibilities, scope of evaluations Internal and external, instruments and valuation reports. The annual mean of internal hospital evaluations was 93.6% in 2014, 97.3% in 2015 and 97.3% in 2016 (up to October). The Units that showed significant improvements in this period were the Normal Birth Center, Medical Clinic (Block III Par) and Neonatal Therapy Units, with an annual result in 2014 of 87.8%, 92.9% and 90.2%, and In 2016 97.3%, 99.1% and 98.8%, respectively. The internal evaluations had an impact in maintaining continuous improvement, resulting in JCI accreditation in 2012 and reaccreditation by ONA in 2012/2015 and JCI in

2015. The group of internal evaluators will remain active, allowing a continuous and upward movement of improvement, focusing on the customer, systemic vision and process improvement in a safe and quality way.

Keywords: Evaluation. Accreditation. Quality Improvement. Quality Management.

INTRODUÇÃO

O Hospital Geral de Itapecerica da Serra - HGIS é uma entidade pública da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, inaugurado em 03 de março de 1999, administrada por uma Organização Social de Saúde - OSS, o Seconci SP OSS – Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo, conforme Lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998.

É parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS e atende exclusivamente a seus usuários dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade. É um hospital geral com 222 leitos, cerca de 1350 colaboradores e é o único hospital de referência secundária para os municípios de Itapecerica da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra.

Desde a sua inauguração o HGIS procurou trabalhar com princípios norteadores de excelência, utilizando-se de fundamentos que traduzem as melhores práticas como a visão sistêmica, foco no cliente e melhoria contínua. Sendo assim, aprimorar, fortalecer e sustentar uma cultura organizacional consolidada são objetivos do HGIS.

Para isto, a implantação de uma metodologia de avaliação com abrangência sistêmica e realização sistemática, que inclui as avaliações internas e externas, foi um dos mecanismos adotados para atingir estes objetivos.

A constituição de uma Comissão de Acreditação Hospitalar, atualmente Comitê da Qualidade, em 2003, marcou o início da adoção, pelo HGIS, da busca por um reconhecimento externo de qualidade, a Acreditação Hospitalar.

Em 2005 foi criada a Agência da Qualidade com a responsabilidade de identificar e propor melhorias nos processos internos, elaborar planos, políticas, diretrizes, protocolos e procedimentos para a implementação, gerenciamento e monitoramento dos processos, dar suporte às lideranças na avaliação técnica dos resultados, análise e acompanhamento das melhorias, propor ferramentas da qualidade, mapear processos, entre outros.

A primeira avaliação interna ocorreu neste mesmo ano após formação e treinamento do grupo de avaliadores internos-GAI, cuja finalidade era realizar avaliações internas para a manutenção e desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade. As avaliações internas eram semestrais e com focos nos serviços. O hospital obteve o título de Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA.

Em 2007 foi elaborado o Planejamento Estratégico do HGIS, que passou a utilizar a metodologia *Balanced Scorecard* (KAPLAN; NORTON, 1997) em seu planejamento. Essa ferramenta possibilitou a tradução e o desenvolvimento da estratégia organizacional em objetivos mais claros para cada perspectiva analisada como: aprendizado, interno, cliente e sociedade, por meio de um mapa estratégico, focando: a segurança dos processos; o desdobramento das estratégias para a operação; a comunicação da estratégia; a estruturação e monitoramento do sistema de medição pelo painel de indicadores; o alinhamento com a estratégia do negócio e o aprendizado estratégico, propiciando o desenvolvimento das competências dos recursos humanos e um ambiente organizacional para mudança. Neste ano o hospital obteve o título de Acreditado Pleno pela ONA.

Em 2007 também a Agência da Qualidade passa a ser considerada uma Gerência com um papel sistêmico e transversal, dada a sua relevância dentro da instituição.

Neste período, iniciou o processo de gestão eletrônica de documentos com a aquisição de um software, que aprimorou a interação na edição de documentos compartilhados, permitiu hiperlinks para acesso a documentos relacionados e controle de registros de análise.

A parametrização do sistema foi realizada visando permitir o acesso de todos os usuários a todos os documentos. Atualmente, o HGIS conta com mais de 1000 documentos gerenciados distribuídos em 13 categorias de documentos: manuais, programas, planos, protocolos, regimentos internos, políticas, rotinas, procedimentos etc.

Em 2009, houve a Acreditação com Excelência - nível III - excelência em gestão. Após conquistar essa acreditação máxima, e conforme já estabelecido no Planejamento Estratégico, o Hospital propôs um novo desafio na busca pela qualidade da assistência: o padrão internacional de qualidade. Para essa tarefa, o Hospital escolheu a líder mundial em certificação de organizações de saúde, a *Joint Commission International* - JCI.

Em 2011, com a participação no processo de acreditação pela JCI, foi definido um cronograma anual de auditorias internas, com avaliações internas frequentes e sistêmicas, que ocorriam de acordo com o volume de avaliações externas no ano, utilizando-se do método rastreador e temas direcionados - Qualidade e Segurança, Controle de Infecção, Segurança das Instalações e Equipamentos, Direitos e Educação do Paciente entre outros.

A metodologia do rastreador tracer é um processo utilizando durante a avaliação *in loco* para avaliar os sistemas de uma instituição, acompanhando pacientes individualmente no processo de prestação de cuidados, na sequência vivenciada pelos pacientes em determinada instituição (SANTOS, 2010).

Após a elaboração de vários planos de ação e implantações de melhorias o hospital conquistou a acreditação pela *Joint Commission International* no final de 2012. Para auxiliar na organização das próximas avaliações, em 2013 foi elaborado o Plano de Avaliações Internas e Externas (GASPARY, 2012) e em 2014 o Regimento Interno do Grupo de Avaliadores Internos (GASPARY, 2014), complementando o Programa de Controle de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente-PCMQSP (GASPARY, 2011).

O desenvolvimento do PCMQSP foi uma das estratégias para o aperfeiçoamento contínuo dos processos na instituição, e sua concepção teve como base a adoção do modelo de avaliação externa preconizado pela ONA (ONA, 2014).

Com a incorporação das normas da Série NBR ISO 9000 (ISO, 2015), do Programa CQH (CQH, 2012) e diretrizes do Manual da JCI (CBA, 2014), o PCMQSP elaborado na instituição estabeleceu as lideranças, delineou o planejamento com base em princípios norteadores, apresentou as estratégias de melhoria da qualidade e segurança, a gestão de indicadores e a implementação e manutenção das mudanças que resultam em melhoria. O programa, alinhado às políticas institucionais, constitui-se de um instrumento-chave para a elaboração de outros documentos organizacionais (GASPARY, 2014).

O objetivo deste estudo é descrever a experiência do Hospital Geral de Itapeverica da Serra no planejamento das avaliações internas, conforme descrito no Programa de Controle de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente e no Plano de Avaliações Internas e Externas, e suas contribuições para os resultados das avaliações externas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um grupo de avaliadores internos - GAI em um hospital, composto por profissionais indicados pela Direção que atendem aos critérios de graduação em qualquer área do conhecimento; experiência profissional superior a seis meses na instituição; experiência, treinamento ou conhecimento na norma de referência para a avaliação; e que possuem perfil e características pré-estabelecidas institucionalmente que compreendem alguns atributos como ético, observador, perceptivo, educador, motivador, acolhedor, organizado, pontual e com abordagem baseada em evidências.

O GAI tem a responsabilidade de se manter atualizado quanto às legislações e regulamentos vigentes; cumprir o cronograma aprovado anualmente no Plano de Avaliação Interna; realizar as avaliações internas aplicando as respectivas listas de verificação, tomando nota das observações, não conformidades e oportunidades de melhorias encontradas; verificar o estágio dos processos com base nos padrões de qualidade/metodologia adotados, fazendo recomendações para ações de melhorias e comunicando ao avaliado as não conformidades encontradas; elaborar relatório da avaliação realizada e encaminhá-lo à Qualidade para consolidação dos dados; difundir as informações das metodologias de avaliação externa adotadas pelo HGIS e do Programa de Controle da Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente no Hospital. A foto 1 apresenta uma avaliação interna.

Foto 1 – Avaliação Interna



Fonte: Comunicação / HGIS.

Na capacitação e formação gradual do profissional são abordados aspectos importantes sobre a atividade de avaliação interna, conduta ética, habilidades que o avaliador precisa ter/desenvolver, discussão das listas de verificação e métodos de aplicação; além de acompanhamento da avaliação interna programada como observador/trainee e participação ativa na elaboração do relatório.

Anualmente o Plano de Avaliações Internas e Externas é revisado e aprovado pela Gerência de Qualidade e Segurança - GQS, Comitê da Qualidade - CQ e GAI.

O escopo das avaliações internas e externas é definido pela GQS, considerando o resultado das avaliações anteriores, as mudanças de processos, as avaliações externas a serem realizadas. Ou seja, define o que será avaliado - qual item da norma, por que será avaliado - objetivo, local da avaliação - quais áreas, processos, quem avaliará - a equipe, quando ocorrerá - data e hora, como avaliar - perguntas, roteiro.

A preparação para as avaliações internas consiste em reuniões ordinárias mensais do GAI, com palestras sobre os temas, análise dos instrumentos, alinhamento dos conceitos e posteriormente discussão dos achados - consenso.

Instrumentos específicos para cada avaliação foram elaborados, contemplando roteiros estruturados que incluem perguntas a colaboradores- imagem 1, pacientes/acompanhantes e observações *in loco* - prontuário, infraestrutura entre outros.

Imagem 1 – Instrumento de entrevista ao colaborador

		VERIFICAÇÃO DE RESPOSTA - Fazer papel educativo	resposta adequada?		
			S	N	NA
Meta 1	1	Quais são os dois identificadores padronizados na instituição para identificação correta do paciente?			
	2	Qual a identificação de pacientes desconhecidos e gemelares?			
	3	Qual a cor da pulseira e em que local deve ser colocado?			
	4	Como deve ser a identificação de paciente desconhecido e gemelar?			
	5	Em quais situações é indispensável a conferência dos dois identificadores padronizados?			
	6	Em que momento se troca a pulseira e como é o procedimento para a troca?			
	7	Como é realizada a conferência do nome e data de nascimento do paciente?			
Meta 2	8	Como você comunica / recebe o resultado de um exame crítico?			
	9	Existe uma lista de exames críticos? Onde fica disponível?			
	10	No HGIS é permitida prescrição médica verbal? Quando e como deve ser o procedimento?			
	11	Como é feita a passagem de plantão? Ela é norteada por algum instrumento? Quais as principais informações que devem ser repassadas?			
	12	O que você faz se identifica uma falha na comunicação na passagem de plantão?			
Meta 3	13	O que é medicamento de alta vigilância? Como são identificados?			
	14	Existe algum cuidado especial com estes medicamentos na prescrição médica? Como você identifica uma medicação de alta vigilância em prescrição médica?			
	15	Como é o recebimento e armazenamento dos medicamentos de alta vigilância? Ver o processo.			
Meta 4	16	Qual o procedimento que deve ser executado antes do encaminhamento do paciente ao CCO para evitar cirurgia em lado errado? Como é feita e quem faz esta demarcação?			
	17	Quais são os documentos essenciais para o envio do paciente para a cirurgia/procedimento (termos de anestesia e de procedimento preenchidos e assinados)? O que deve ser feito em casos em que os documentos não estejam preenchidos?			
	18	O que é time out?			
	19	Em que momento o time out deve ser realizado (fora e dentro do CCO)?			

Fonte: Gerência da Qualidade e Segurança - HGIS, 2016.

Visando alinhar o conhecimento quanto ao conteúdo a ser aplicado e a compreensão dos itens avaliados, evitando distorções de interpretação, em 2013 foi instituído treinamento formal aos avaliadores antes das avaliações, com foco no escopo.

A apresentação é realizada pela área afim, por exemplo, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar aborda o Capítulo de Prevenção de Controle de Infecções - PCI, a do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho a de Gerenciamento de

Segurança das Instalações - FMS e assim por diante, o que enriquece a discussão e o aprofundamento técnico do tema abordado.

O GAI realiza as avaliações conforme cronograma e aplica as listas de verificação, orienta os colaboradores, pacientes e acompanhantes sempre que necessário, toma nota das não conformidades, oportunidades de melhoria e observações pertinentes, consolida os achados e encaminha à GQS para consenso no CQ e posterior validação no Conselho Técnico Administrativo - CTA.

O relatório do resultado final da Avaliação Interna é encaminhado posteriormente às lideranças para que ações de melhorias sejam implantadas. A imagem 2 apresenta um modelo de instrumento de relatório de avaliação interna.

Imagem 2 – Instrumento de relatório de avaliação interna

seconci SP OSS **HGIS** **GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO**
 Hospital Geral de Itapetininga da Serra
 Secretaria da Saúde

Gerenciamento e Segurança das Instalações - FMS

Avaliador: _____ **Avaliados:** _____
Data: _____ **Unidade:** _____

PADRÃO FMS-1: A instituição cumpre as leis e regulamentos pertinentes, e as exigências decorrentes de inspeções das instalações.

Elementos de mensuração	Conformidade	Comentários
1. Os líderes da instituição e os responsáveis pelo gerenciamento das instalações conhecem quais leis, regulamentos e outras exigências se aplicam às instalações da instituição.		
2. Os líderes implementam as exigências aplicáveis ou alternativas aprovadas.		
3. Os líderes asseguram que a instituição cumpre as condições dos relatórios ou citações sobre as instalações, resultantes de inspeções de autoridades locais.		

PADRÃO FMS-2: A instituição desenvolve e mantém um plano escrito que descreve o processo de gerenciamento de riscos para os pacientes, familiares, visitantes e profissionais.

Elementos de mensuração	Conformidade	Comentários
1. A instituição tem planos escritos que inclui as áreas de risco de a) até f) descritas no propósito deste padrão.		
2. Os planos são atuais ou foram atualizados.		
3. Os planos estão plenamente implementados.		
4. A instituição tem um processo para revisar e atualizar o plano(s) anualmente.		

Legenda: C – conforme; NC – não conforme; OM – oportunidade de melhoria; NA – não se aplica

Elaboração: GQS... Atualizado em: 28/08/2016 p.1 de 15

Fonte: Gerência da Qualidade e Segurança - HGIS, 2016

A realização da pesquisa foi autorizada pela direção da instituição, local de estudo.

RESULTADOS

O GAI tem como meta realizar 100% das avaliações internas e externas propostas para o ano, sendo que a verificação do cumprimento do cronograma é feita pelo CQ no início de cada ano.

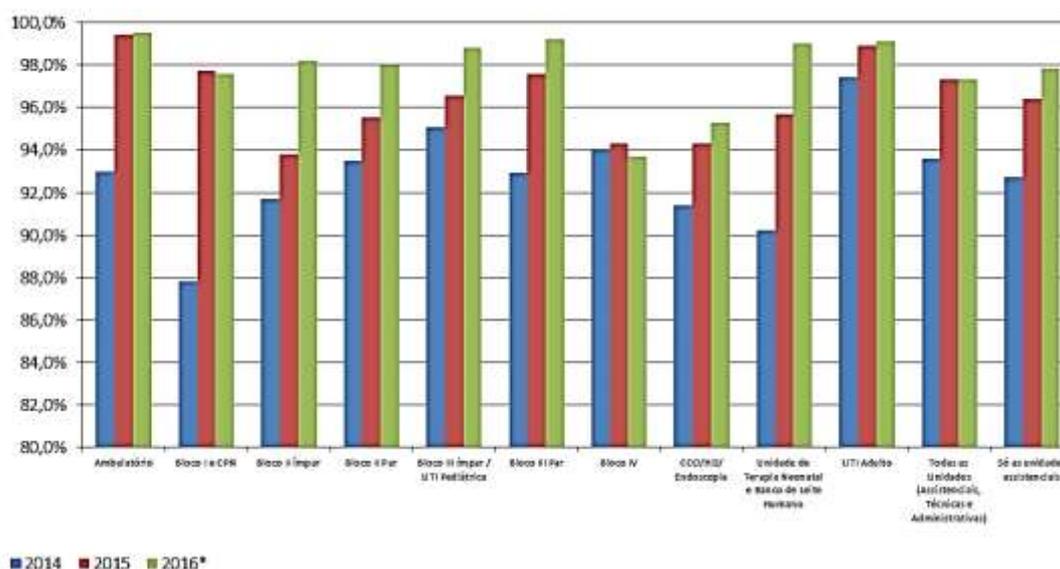
Nos últimos 03 anos o GAI concluiu todas as avaliações propostas, sendo 08 avaliações internas em 2013, 09 em 2014, 08 em 2015 e 09 em 2016. Foram avaliados até 31 serviços/unidades por mês.

Quanto aos resultados das avaliações internas, estas variaram de um mês para outro - o acompanhamento é mensal após cada avaliação, sendo que a média anual de conformidades do hospital foi de 93,6% em 2014, 97,3% em 2015 e 97,3% em 2016 - até outubro.

Considerando apenas as unidades assistenciais, os resultados das médias anuais foram 92,7%, 96,4% e 97,8%, respectivamente, com um resultado melhor das unidades assistenciais se comparado com todos os setores em 2016.

As unidades que apresentaram melhorias significativas neste período foram o Centro de Parto Normal, Clínica Médica (Bloco III Par) e Unidades de Terapia Neonatal, com resultado anual em 2014 de 87,8%, 92,9% e 90,2%, e em 2016 (até outubro) de 97,6%, 99,2% e 99,0%, respectivamente

Gráfico 1 – Média Anual do Percentual de Conformidade dos resultados das avaliações internas por unidade assistencial



*Até outubro 2016

Fonte: Gerência da Qualidade e Segurança - HGIS, 2016.

Os dados encontrados confirmam a importância das avaliações internas, utilizando-se principalmente a metodologia rastreadora (SANTOS, 2015), e conforme SHILLING, 2010, embora as estratégias de implantações sejam em grande parte bem-sucedidas, os desafios permanecem, como gerenciar as mudanças, inovação, os projetos e engajar a força de trabalho. Assim, é importante conhecer o contexto e a cultura organizacional da instituição e trabalhar a pirâmide que sustenta os processos de melhoria contínua: pessoas, processos e perspectiva (SHILLING, 2009).

As avaliações internas tiveram impacto na manutenção da melhoria contínua, resultando na acreditação pela JCI em 2012 e reacreditação pela ONA em 2012/2015 e JCI em 2015, o que também reforça que o modelo de acreditação ajuda a instituição na implementação das melhores práticas de gestão (ABDALLAH, 2014; BERSSANETI et al, 2016). Ou seja, o êxito das iniciativas é evidenciado na trajetória pela busca da melhoria contínua e manutenção dos títulos conquistados (GASPARY, 2014). O envolvimento de profissionais que conhecem os processos nas avaliações internas, que motivam as equipes para mudança, sendo líderes comprometidos, empoderados e engajados (KAPLAN, 2010; ABDALLAH, 2014), fizeram a diferença.

CONCLUSÃO

O processo de acreditação levou à concretização de uma rotina diária em torno da qualidade e segurança e ao cumprimento de padrões preestabelecidos. Esse processo desenvolveu uma cultura institucional forte e focada, que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e a monitorar os resultados obtidos, além de permitir a manutenção da performance pós auditoria. Ressalta-se ainda a promoção do trabalho em equipe, aprimoramento da educação dos profissionais, fortalecimento da confiança da comunidade na instituição e incentivo a melhoria contínua.

Esses reconhecimentos demonstram que a busca e implantação permanente de boas práticas dá resultado, ao favorecer a produção de cuidado seguro, eficiente, eficaz, resoluto e, é claro, de qualidade. Uma organização de aprendizagem tem a capacidade de melhorar e desenvolver estruturas e processos que facilitam a aquisição e compartilhamento de conhecimento (SHILLING, 2009). Assim, o grupo de avaliadores internos continuará ativo, permitindo um movimento contínuo e ascendente de melhoria, com foco no cliente, na visão sistêmica e na melhoria dos processos de forma segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000/2015:** Sistemas de Gestão da Qualidade. Rio de Janeiro, 2015.

ABDALLAH, A. Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. **Int J Health Care Qual Assur**, England, 2014, n. 3, v. 27, p.166-81, 2014. Disponível em:< <https://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2012-0047>>

BERSSANETI, F.T et al. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p.648-655. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500016>>

GASPARY, L.V. **Programa de Controle da Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente.** PGR0001 - v.9. Novembro 2011. Disponível em: <<http://docnixblue.hgis.org.br/docnix/maxdoc/login.do?method=inicio>> . Acesso em: 01 nov. 2016.

GASPARY, L.V. **Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente.** PLA0004 – v.13. Julho 2012. Disponível em: Disponível em: <<http://docnixblue.hgis.org.br/docnix/maxdoc/login.do?method=inicio>> Acesso em: 01 nov. 2016.

GASPARY, L.V. **Regimento Interno do Grupo de Avaliadores Internos.** REG0019 – v.1. Janeiro 2014. Disponível em: <<http://docnixblue.hgis.org.br/docnix/maxdoc/login.do?method=inicio>> Acesso em: 01 nov. 2016.

GASPARY, L.V. **Guia Técnico de Gestão de Documentos.** MTG0013 – v.1. Novembro 2014. Disponível em: <http://docnixblue.hgis.org.br/docnix/maxdoc/login.do?method=inicio>> Acesso em: 01 nov. 2016.

GASPARY, L.V. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da Grande São Paulo. **RAS**, v. 16, n.62 – Jan-Mar, 2014.

Guia de Processo de Avaliação de Hospital para Acreditação da *Joint Commission International* [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistema e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA, 2014.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. A estratégia em ação: Balanced Scorecard. 7. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAPLAN, H.C.; et al. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. **The Milbank Quarterly**, v.88, n. 4, p. 500–559, 2010.

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014. 159 p.; 30 cm. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação;1).

Padrões de Acreditação da *Joint Commisison International* para Hospitais [editado por]
Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistema e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA:
2014.

SCHILLING, L, editor. *Implementing and Sustaning Improvement in Health Care*. Oak
Brook, IL: Joint Commission Resources, 2009.

Recebido em: 06/12/2016.

Aceito em: 15/12/201.

Publicado em: 31/12/2016.