



CATOLICA
ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

PORTO

“Avaliar a importância de um sistema de acreditação para um hospital e os impactos na eficiência”

Por:

Francisco Gomes Duarte

Porto, Outubro 2022



CATÓLICA
ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

PORTO

“Avaliar a importância de um sistema de acreditação para um hospital e os impactos na eficiência”

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Engenharia Biomédica

Por:

Francisco Gomes Duarte

Orientador (Hospital da Prelada): Mestre Luís Matos

Tutora (Universidade Católica): Engenheira Sílvia Moutinho

Porto, Outubro 2022

Agradecimentos

A realização deste estágio, e conseqüente relatório, cumprido no último semestre do mestrado em Engenharia Biomédica, apenas foi possível devido ao apoio de diversas pessoas, que me acompanharam neste percurso.

Gostaria de começar por agradecer à Santa Casa da Misericórdia do Porto, particularmente a todos no Hospital da Prelada com quem me cruzei assim como a todos os colaboradores do departamento de qualidade no DGOSI, por me auxiliarem neste trabalho e por toda a disponibilidade demonstrada nestes cinco meses; e com quem foi um prazer trabalhar.

Um especial agradecimento ao Dr. ° Luís Matos, que foi o responsável por esta oportunidade, em que desde o primeiro dia confiou nas minhas capacidades para a realização deste estágio curricular. E também por toda a orientação e ajuda fornecida durante este período.

De seguida, gostaria de realçar também a importância da Cláudia Roboredo, assim como das enfermeiras Rita Filipe e Isabel Carvalho, pela sua excelente supervisão; que de forma irrepreensível e decisiva, permitiram a realização deste estágio e o tornaram numa aprendizagem rica e constante através do seu incansável apoio.

Deixo também um agradecimento à Engenheira Sílvia Moutinho, pela sua ajuda e disponibilidade neste semestre.

Por último, gostaria de agradecer aos meus familiares e amigos por todo o apoio ao longo deste período. Todos os momentos partilhados contribuíram, de forma decisiva, para a minha motivação e foco ao longo deste semestre.

Resumo

Com a evolução dos serviços de saúde, é possível verificar um conseqüente aumento do grau de exigência por parte dos utentes, uma vez que estes têm acesso a elevadas quantidades de informação o que permite uma tomada de decisão mais ponderada e prudente, assim como uma posição crítica mais relevante.

Como resposta a este comportamento, é possível observar a posição dos cuidadores e responsáveis de saúde, que pretendem atender a estas necessidades através da obtenção de um serviço cada vez mais próximo da excelência em termos de qualidade.

Neste relatório de estágio o objetivo será compreender a importância da atribuição de uma Acreditação Internacional da Qualidade, pelo modelo inglês CHKS, ao Hospital da Prelada, nomeadamente o seu impacto no funcionamento desta unidade de saúde, abordando também os motivos para este processo de Acreditação.

Irá ser realizada a respetiva pesquisa e revisão bibliográfica para sustentar este estudo.

Palavras-chave: Acreditação, Serviços de saúde, Qualidade.

Abstract

With the evolution of health services, it is possible to verify a consequent increase in the level of demand by the patients, since they have access to large amounts of information, which allows for a more thoughtful and prudent decision-making, as well as a most relevant criticism.

As a response to this behavior, it is possible to see the position of caregivers and health managers, who intend to meet these needs by obtaining a service that is increasingly closer to excellence in terms of quality.

In this internship report, the objective will be to understand the importance of attributing an International Quality Accreditation, by the english model CHKS, to Hospital da Prelada, namely its impact on the functioning of this health unit, also addressing the reasons for this accreditation process.

The respective research and literature review will be carried out to support this study.

Key words: Accreditation, Health services, Quality.

Índice

Índice de figuras	9
Índice de Tabelas.....	10
Índice de Abreviaturas.....	11
I. Introdução.....	12
1. A Santa Casa da Misericórdia (uma organização sem fins lucrativos)	12
1.1. As organizações sem fins lucrativos.....	12
1.2. A Santa Casa da Misericórdia do Porto.....	13
1.2.1. Instituições.....	14
1.3. Hospital da Prelada.....	16
1.3.1. História	16
1.3.2. Situação atual	19
2. Saúde em Portugal.....	20
3. CHKS	21
II. Revisão da literatura.....	24
1. Qualidade nas organizações e instituições de saúde.....	24
1.1 Qualidade em saúde.....	24
1.2 Conceito da Qualidade	25
1.3 Sistemas de Gestão da Qualidade.....	28
1.4 Risco e segurança do doente.....	31
1.5 Indicadores em saúde	34
2. Certificação versus Acreditação	37
3. A Acreditação em saúde.....	39
3.1 Início da acreditação em Portugal	39
3.2 Benefícios da acreditação	40
3.2.1 “Preventable deaths in a French regional trauma system: A six-year analysis of severe trauma mortality” (Girard, E., Jegouso, Q., et al. 2019).	40
3.2.2 “Errors in health care management: what do they cost?”	45
(Rigby, K. D., & Litt, J. C. B. 2000).....	45
3.2.3 “The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in Kuwait: a qualitative study”	48
(Katoue, M. G., Somerville, et al. 2021)	48
3.3 Modelos de segurança	51
3.4 Desafios da acreditação	53

3.5	Diferentes Empresas de acreditação	54
III.	Metodologia.....	55
1.	Formação no DGOSI.....	55
1.1	Gestão do risco	56
2.	Métodos de recolha de dados	58
IV.	Conclusão	60
V.	Trabalhos futuros.....	62
VI.	Bibliografia.....	63
VII.	Anexos.....	67
1.	CHKS Accredited organisations.....	67
2.	JCI-Accredited Organizations	71

Índice de figuras

Figura 1 - Áreas de ação da SCMP	13
Figura 2 - Hospital da Prelada.....	16
Figura 3 - Síntese da atividade do HP 1988-2020 (Relatório de Gestão e Contas 2020 Misericórdia do Porto)	19
Figura 4 - Cronologia do CHKS	21
Figura 5 - Ciclo de Deming/ PDCA	26
Figura 6 - Avaliação do HP pela Entidade Reguladora da Saúde	29
Figura 7 - Simbologia e legenda utilizadas pela ERS	30
Figura 8 - Modelo de segurança do "Queijo Suíço"	51
Figura 9 - Erro de medicação	52
Figura 10 - Ciclo de gestão do risco.....	56
Figura 11 - Análise do risco	57

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Avaliação de fontes de risco	32
Tabela 2 - Identificação do risco	33
Tabela 3 - Análise dos erros pelo comitê selecionado	42
Tabela 4 - Tipos de erros de acordo com a taxonomia do JCAHO.....	43
Tabela 5 - Testemunhos recebidos acerca da acreditação	49
Tabela 6 - Continuação da tabela anterior.....	50

Índice de Abreviaturas

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

BO – Bloco Operatório

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

DGOSI – Departamento de Gestão Organizacional e Sistemas de Informação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GGCQ – Gabinete de Governação Clínica e Qualidade

HP – Hospital da Prelada

IOM – Institute of Medicine

IPAC – Instituto Português de Acreditação

IPQS – Instituto Português de Qualidade e Saúde

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

ISO – International Standards Organization

ISQUA – Internacional Society for Quality in Healthcare

ONG – Organização não Governamental

OSFL – Organização sem Fins Lucrativos

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPeC – Serviços Partilhados e Corporativos

I. Introdução

1. A Santa Casa da Misericórdia (uma organização sem fins lucrativos)

1.1. As organizações sem fins lucrativos

As organizações sem fins lucrativos apresentam-se como instituições onde o objetivo não será a distribuição de lucro para sócios ou acionistas, mas a prossecução de objetivos sociais. Sendo que qualquer “lucro” alcançado será atribuído ao desenvolvimento do seu património assim como os seus parceiros, com o propósito de atingir a finalidade a que se dedica.

Estas organizações podem ser associações de voluntariado com âmbito humanitário, apresentar matriz religiosa ou ainda entidades que promovam um serviço ou bem, como por exemplo patrimónios históricos ou preservação do meio ambiente. Também poderão ser fundações privadas.

Independentemente da sua origem ou âmbito, é imperativa a ausência de finalidade lucrativa resultante das atividades promovidas (pela organização), sendo que estas serão possíveis, em parte, graças à recolha de donativos.

As ONG's são fundadas pela sociedade civil, isto é, conjunto de organizações voluntárias que servem como oposição às estruturas apoiadas pelo estado ou governo, sem fins lucrativos e que têm como finalidade resolver determinado problema da sociedade, seja ele económico, racial, ambiental, entre outros.

Deste modo apresentam a vantagem de anular ou compensar as eventuais falhas do governo em relação à assistência e resolução dos problemas sociais, ambientais e económicos; ou em último caso trabalhar em conjunto na solução destes problemas.

No caso das associações de voluntariado, estas caracterizam-se por despertar o civismo e a cooperação e solidariedade nas pessoas envolvidas. Sendo que qualquer indivíduo que pertença a estas organizações possuirá uma maior consciência política, e seja mais participativo na sociedade.

Neste âmbito destaca-se a Santa Casa da Misericórdia do Porto, instituição muito prestigiada, com uma história rica e extensa de colaboração onde se destacam a Câmara Municipal do Porto e de Gaia, o Hospital São João, o Jornal de Notícias, e a Universidade Católica, entre muitos outros.

1.2.A Santa Casa da Misericórdia do Porto

A história da Santa Casa da Misericórdia do Porto começa a 14 de março de 1499, quando D. Manuel I escreveu uma carta aos “homens bons” da cidade do Porto, para que, tal como já existia na capital, fosse criada uma Misericórdia no Porto. A sede social da SCMP inicialmente situou-se na Sé do Porto, até meados do século XVI, quando foi transferida para a Rua das Flores, onde se mantém até hoje (20 Anos 20 Testemunhos, 2008).

A SCMP é uma importante Instituição secular, com mais de 500 anos de existência, que tem uma vasta utilidade pública e está constituída na Ordem Jurídica Canónica. Em comparação com as restantes Misericórdias, a do Porto é uma das mais antigas e relevantes, quer pela sua dimensão e património, como também pela sua vasta e importante história, assim como pelo papel inovador desempenhado na procura de respostas sociais mais adequadas a quem necessita.

A ação da Misericórdia do Porto assenta nas seguintes áreas:

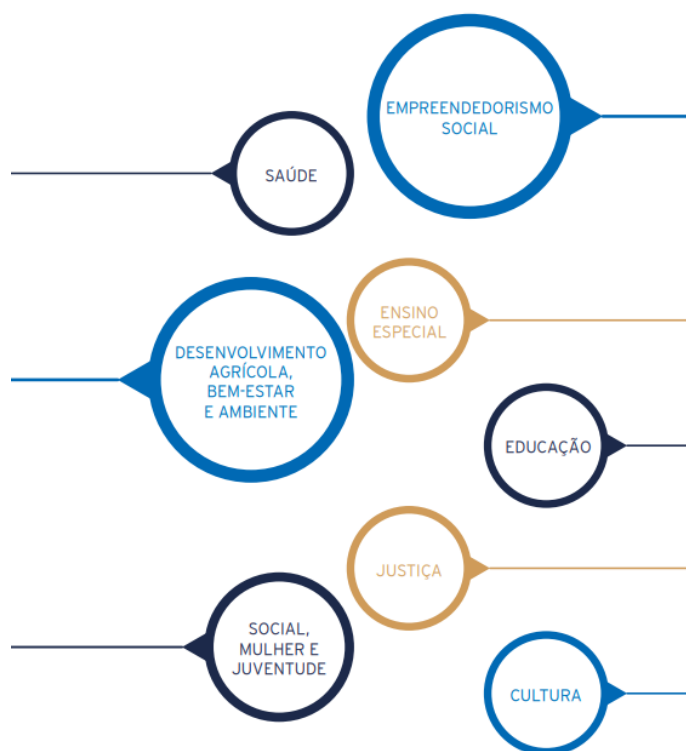


Figura 1 - Áreas de ação da SCMP

1.2.1. Instituições

Relativamente à saúde, este interesse já é uma tradição, onde a SCMP é um dos principais intervenientes nesta área, apresentando um vasto leque de ofertas inovadoras e de referência nos seus diversos estabelecimentos de saúde na região norte do país.

Em relação à educação, a SCMP dispõe de um sistema educativo de acolhimento de jovens em situações de risco, que inclui uma equipa técnica multidisciplinar, capaz de assegurar e garantir uma resposta adequada, focado nos interesses e especificidades de cada jovem, na definição de um projeto de vida sustentável.

Preservando a sua história, a Misericórdia do Porto é proprietária de um dos mais antigos e históricos colégios da região.

Na área do ensino especial, a SCMP proporciona serviços integrados a todos os seus utentes. As soluções propostas pela SCMP procuram ser uma resposta ativa e eficaz aos desafios atuais que afetam as pessoas com deficiência. Esta área revela-se de grande importância para o desejo de construção de uma sociedade integradora e respeitadora das diferenças.

A respeito da justiça, a Misericórdia do Porto é responsável pela gestão do estabelecimento prisional feminino de Santa Cruz do Bispo, que, em colaboração com o Ministério da Justiça, lideram com sucesso.

Por último, sendo a cultura uma área fundamental para a sociedade, a SCMP desempenha um papel preponderante na preservação da memória coletiva.

A SCMP está atenta às necessidades sociais da população e apresenta-se como uma organização com respostas diferenciadoras, nos seus vários âmbitos de atuação, pautadas pela qualidade e pela procura da excelência (Manual acolhimento HP, 2022).

De seguida apresentam-se listadas as instituições pertencentes à SCMP.

- Hospital da Prelada Dr. ° Domingos Braga da Cruz;
- Hospital Conde de Ferreira;
- Colégio Nossa Senhora da Esperança;
- Serviços Partilhados e Corporativos;
- Colégio Barão de Nova Sintra;
- Estabelecimento Prisional Santa Cruz do Bispo Feminino (EPSCB(F));

- Museu da Misericórdia do Porto (MMIPO);
- Casa da Prelada;
- Lar Quinta Marinho;
- Lar Pereira Lima;
- Lar Nossa Senhora da Misericórdia;
- Casa da Rua Dr. ° Lopo de Almeida;
- Hospital Santo António;
- Hospital São Lázaro;
- Centro Professor Albuquerque e Castro;
- Quinta D'Alva;
- Jardins da Casa da Prelada;
- Quinta da Prelada;
- Parque José Avides Moreira.

1.3.Hospital da Prelada

1.3.1. História



Figura 2- Hospital da Prelada

A história dos cuidados de saúde na cidade do Porto está intimamente relacionada com a obra da Misericórdia do Porto nesta área.

No Norte, desde há muito tempo que se sentiam grandes carências na área da reabilitação, o que levou a SCMP e o seu provedor Dr. Domingos Braga da Cruz a decidirem construir no Porto um hospital para o tratamento de doentes nesta área.

A obra arranca em 1971, contando com a ajuda financeira do estado, que auxilia a SCMP através de uma comparticipação proveniente das receitas do totobola.

O objetivo inicial para este novo Hospital seria uma extensão do Hospital de Santo António nas especialidades já referidas de reabilitação, mas também de Ortopedia e de Cirurgia Plástica, assim como para o tratamento dos doentes queimados.

Idealizado como sendo um serviço pertencente ao estado, uma vez terminada a construção, a sua gestão ficaria a cargo do Ministério da Saúde, com a propriedade do Hospital a pertencer à SCMP.

A partir de 1974 a construção é alvo de atrasos e interrupções, devido ao agravamento das dificuldades financeiras da SCMP, levando a que a abertura seja apenas em novembro de 1988.

Com a nacionalização dos Hospitais das Misericórdias, em 1976 a SCMP perde o Hospital de Santo António.

Surgiram então complicações em relação ao papel do Hospital no sistema de saúde, que foram resolvidas através da celebração de um acordo com o estado, ficando definido que a administração e a gestão de todos os serviços instalados no HP seriam apenas da responsabilidade da SCMP, perdendo o estado a capacidade de intervenção nesta área.

Decorridos 27 anos desde a ideia inicial em 1961, por iniciativa do Dr. Domingos Braga da Cruz, de criar um centro de reabilitação a construir nos terrenos da quinta da prelada, o projeto estava terminado.

A 26 de novembro de 1988, o HP foi inaugurado. Afirmando-se rapidamente nas especialidades em que apostou, nomeadamente a Medicina Física e Reabilitação, a Ortopedia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e a Unidade de Queimados.

Deste modo terminando com a carência existente na cidade do Porto de um moderno estabelecimento hospitalar, uma vez que o Hospital de Santo António já apresentava dificuldade em satisfazer as necessidades assistenciais, especialmente nos domínios da Ortopedia e da Reabilitação; e inaugurando a primeira unidade de queimados no norte do país, em 1989.

Em 1988 foi também celebrado um acordo de cooperação com o SNS, que se mantém até hoje, fazendo do SNS o principal cliente.

A produtividade do HP é indiscutível e justifica a convicção de que vai continuar a ter um relevante papel assistencial importante para o estado.

Recentemente a pandemia evidenciou este papel de complementaridade da SCMP no sistema de saúde português. Observando a situação que o SNS vivia, a SCMP disponibilizou-se à ARS Norte para receber doentes não COVID internados em hospitais públicos de maneira a aliviar a pressão existente no internamento, oferta que viria a ser aceite pelo Centro Hospitalar Universitário de S. João que transferiu 10 doentes para o internamento de medicina física e reabilitação do HP (Relatório de Gestão e Contas 2020 SCMP).

“O HP representa o entrelaçar de esforços da sociedade civil e do estado, das instituições de solidariedade social, e de entidades que prosseguem fins altruísticos, dos profissionais de saúde, do governo e das autarquias legais” – Professor Aníbal Cavaco Silva (primeiro-ministro português na altura da inauguração do HP).

Se o prestígio adquirido pelo HP, já era bem reconhecido a nível nacional, ao aproximar-se o final da segunda década do seu funcionamento, isto é, 31 de janeiro de 2007, maior foi o prazer e a honra, quando o britânico e conceituado “The Health Quality Service” atribuiu a certificação internacional.

Tornando-se no primeiro Hospital do sector social a ser acreditado pela HQS (acreditação do Reino Unido, sendo a mais antiga e prestigiada certificação europeia na área da saúde), pelos altos padrões de qualidade que pratica, ao satisfazer as 1600 normas que constituem as exigências da acreditação.

1.3.2. Situação atual

Atualmente apresenta um acordo celebrado com a ADSE, principal cliente da concorrência, tornando o HP uma entidade convencionada nos mesmos moldes que os restantes operadores; também um contrato celebrado com a Advancecare que permite que o Hospital tenha no seu leque de clientes as principais seguradoras do mercado da saúde em Portugal; e por último um acordo celebrado com o SAMS Norte com um universo de beneficiários superior a cem mil.

Sendo que também venceu o concurso para a realização de ressonâncias magnéticas e ecografias para o Centro Hospitalar e Universitário de S. João e para o Centro Hospitalar e Universitário do Porto. E realiza ressonâncias magnéticas para a ULS do Alto Minho graças a pareceria com a NPLI na área da imagiologia (Relatório de Gestão e Contas 2020 SCMP).

O HOSPITAL DA PRELADA EM NÚMEROS

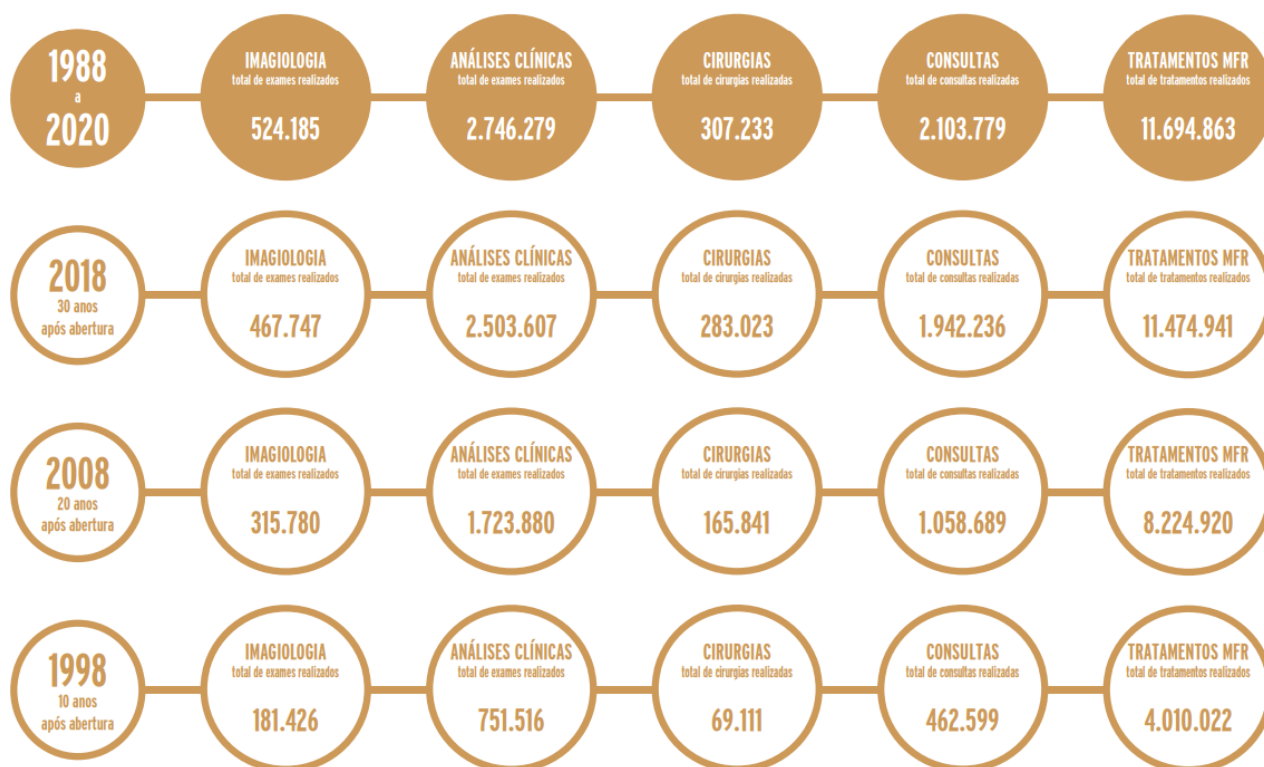


Figura 3- Síntese da atividade do HP 1988-2020 (Relatório de Gestão e Contas 2020 Misericórdia do Porto)

2. Saúde em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, para responder à necessidade de uma cobertura mais extensa e justa dos serviços, uma vez que Portugal tinha indicadores de saúde muito inferiores aos verificados no resto da Europa, e o acesso da população aos serviços de saúde era muito limitado.

A criação deste serviço trouxe várias vantagens, nomeadamente no aumento da qualidade de vida dos portugueses. Verificou-se uma melhoria significativa em alguns indicadores muito importantes, como por exemplo no aumento da esperança média de vida à nascença, na diminuição da taxa de mortalidade infantil e na facilidade de acesso aos cuidados de saúde.

Para Silva (2001) a qualidade é fundamental para as organizações públicas de saúde pela diversidade de serviços que prestam à comunidade e pela sua necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigência do cidadão, e pela importância que o Estado tem na sociedade.

A importância da qualidade nesta área está demonstrada no crescente interesse das organizações de saúde na adoção de metodologias de gestão e em processos de melhoria contínua (Shaw, 2000; Groene et al., 2010). Este compromisso e investimento, para além das vantagens para o doente (a prioridade está na vida das pessoas), poderá trazer também vantagens económicas.

3. CHKS

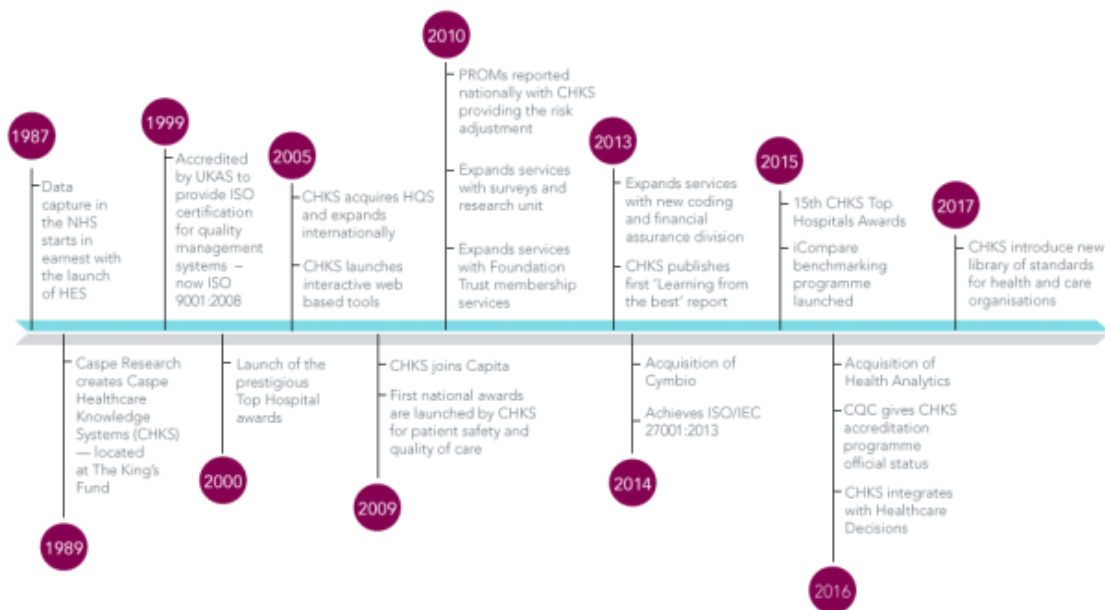


Figura 4- Cronologia do CHKS

O King's Fund (actual CHKS) é uma organização sem fins lucrativos inglesa, fundada em 1989, na cidade com o mesmo nome, sendo o primeiro serviço de benchmarking hospitalar no Reino Unido, com a finalidade de promover melhores cuidados de saúde no país. Posteriormente, em 1991, a empresa mudou-se de King's Fund para uma nova sede em Alcester.

Em 1996 a empresa adquiriu a IASSIST, Associação Internacional de Serviço e Tecnologia de Informação em Ciências Sociais, e um ano depois a Caspe Research integrou o CHKS. Em 2005 a CHKS comprou a Health Quality Service (HQS), empresa especializada em gestão de informação em saúde, definindo como objetivo avaliar e acreditar os prestadores de cuidados de saúde para melhorar a sua qualidade.

A CHKS foi depois adquirida pelo grupo Capita em 2009 e é, atualmente, uma das principais fornecedoras de serviços de informação de saúde e melhoria de qualidade no Reino Unido, fornecendo suporte e respostas que vão desde métodos de governação e desempenho de saúde, benchmarking hospitalar e programas de acreditação internacional.

Ao realizar a acreditação pelo CHKS, as organizações de saúde participam num processo de qualidade para melhorar a produtividade, o desempenho, e a experiência e segurança do doente. O objetivo será apresentar às organizações uma cultura de orgulho na qualidade do serviço, com os colaboradores a sentirem-se importantes na organização (têm papel ativo na tomada de decisões).

Neste momento, o CHKS apresenta-se como um serviço líder, com garantias na área da saúde e assistência social; apresentando uma experiência inegável no desenvolvimento e aplicação de padrões de qualidade, com a finalidade de melhorar o atendimento ao paciente, ao mesmo tempo em que aborda os principais desafios, como gestão de risco e qualidade/eficácia clínica.

A acreditação pelo CHKS oferece reconhecimento confiável e compromisso com a melhoria da qualidade para todos os envolvidos. A equipa do CHKS responsável por este processo é apoiada por especialistas em saúde e qualidade, com experiência em vários serviços hospitalares para cobrir a ampla gama de programas de Acreditação.

O serviço CHKS Assurance & Accreditation foi credenciado pela International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA), comprovando que o CHKS cumpre os requisitos internacionais de boas práticas relativas a um programa de acreditação de instituições de saúde.

Apesar de ser um serviço que desenvolve e implementa sistemas de acreditação para instituições de saúde e assistência há mais de 25 anos, está em constante atualização, influenciado pelo desenvolvimento de programas de melhoria da qualidade nacional e internacional, através de feedback recebido pelas organizações analisadas, clientes e auditores. Estas mudanças garantem que os padrões CHKS sejam adequados para organizações de saúde em todo o mundo e que continuem na vanguarda da melhoria e excelência da qualidade.

Os padrões CHKS incluem a liderança e gestão; instalações e serviços; risco e segurança; governação do serviço; cuidado centrado no paciente; serviços especializados e clínicos; e serviços de apoio e reabilitação. O CHKS permite não só a atribuição da já referida acreditação, mas também certificações ISO.

O CHKS está também acreditado pela UKAS (UK Accreditation Service) para certificar sistemas de gestão de qualidade em entidades de saúde.

Os Padrões de Saúde e Cuidados do CHKS aplicam-se a uma grande variedade de prestadores de serviços de saúde e cuidados, incluindo hospitais, centros de tratamento de dependências, problemas de saúde mental, prestadores de serviços de cuidados primários e outras especialidades de medicina.

Atualmente audita vários Hospitais e centros clínicos no Reino Unido, Irlanda, Croácia, Chipre, Estados Unidos e Portugal. Sendo que no nosso país as instituições acreditadas pelo CHKS são os seguintes:

- Centro Hospitalar de Setúbal;
- Centro Hospitalar do Medio Ave;
- Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Hospital Geral do Santo António e Centro Materno e Infantil do Norte;
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;
- Hospital da Prelada, Porto;
- Hospital de Braga;
- Hospital do Divino Espírito Santa de Ponta Delgada, Açores;
- Hospital Garcia de Orta *suspensa em Julho 2021;
- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil;
- Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Centro de Oncologia do Porto.

As restantes instituições estão disponíveis em anexo.

II. Revisão da literatura

1. Qualidade nas organizações e instituições de saúde

1.1 Qualidade em saúde

A qualidade é essencial em qualquer sector de atividade.

Na área da saúde, a qualidade deixou de ser um fator opcional e tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito crucial na gestão das organizações de saúde, sendo o elemento fundamental na prestação de cuidados, e representando a sua responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a elas recorrem.

No passado recente, e principalmente ao longo dos últimos dois anos, foi possível verificar um aumento de interesse nos sistemas de saúde a nível mundial. Sendo um dos temas mais discutidos em todo o mundo, situação agravada pelo momento pandémico vivido atualmente.

A sua evolução sofreu diversas mudanças, com fases de grande progresso e outras de alguma indefinição.

Foi realizada uma revisão bibliográfica para avaliar a importância da gestão da qualidade, da aplicação de uma cultura de melhoria contínua, e da definição de padrões e avaliação da qualidade no contexto da prestação de cuidados de saúde.

O erro clínico (indissociável devido à dependência da ação do Homem), o controlo de custos e a limitação de recursos, são alguns motivos pelos quais a qualidade é fortemente discutida no sector da saúde. Assumindo papel de destaque na política de governação em vários países.

Atualmente, é possível definir os pontos fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde com qualidade, de um modo consensual em seis fatores.

1. Seguros, os cuidados de saúde deverão ser tão seguros para o doente nas unidades de saúde como nas suas residências;
2. Efetivos, a ciência e a evidência que suporta os cuidados de saúde deverão ser aplicadas da melhor maneira e servir como o padrão na prestação dos cuidados;
3. Eficientes, os cuidados e os serviços de saúde deverão ser custo-efetivos e o desperdício deverá ser removido do sistema;

4. Oportunos, os doentes não deverão estar sujeitos a esperas ou dilações na receção dos cuidados de saúde;

5. Centrados no doente, o sistema de saúde deverá existir à volta do doente, respeitar as suas preferências e permitir ao doente ter o controlo da sua situação de saúde;

6. Equitativos, tratamento desigual deverá ser inexistente, as disparidades em saúde deverão ser eliminadas.

(Margarida França, 2015)

1.2 Conceito da Qualidade

“Quality is never an accident, it is always the result of intelligent effort”

John Ruskin

A qualidade não é um conceito estático, está em constante evolução, como resultado de uma sociedade também ela em contínuo desenvolvimento, sendo que a sua definição poderá variar consoante a perspetiva ou abordagem das partes envolvidas. E é, como já foi referido, transversal a todos os sectores de atividade.

Para W. Edwards Deming, um pioneiro na gestão da qualidade na indústria, "A qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia"; no caso do cliente, a qualidade de um produto ou serviço é definida pela sua capacidade de “traduzir as futuras necessidades do cliente em características mensuráveis, de modo que o produto possa ser projetado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar” (Deming, 1986).

Neste caso, a qualidade altera o seu significado consoante as necessidades e expectativas do cliente. A qualidade não é, portanto, unidimensional, uma vez que na sua avaliação o cliente tem em consideração várias características ou fatores, o que dificulta a sua definição.

Por exemplo num produto, serão analisados vários aspetos como a dimensão, a cor, durabilidade, função que desempenha, entre outros.

Este autor desenvolveu também um método de abordagem sistemática para a resolução de problemas através de gestão, conhecido como ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), ou ciclo de Deming.



Figura 5- Ciclo de Deming/ PDCA

A primeira fase do ciclo consiste no planeamento e análise das atividades ou procedimentos que se pretende alterar (seja por correção de um erro ou alcançar uma melhoria desejada); depois na implementação da prática dessas alterações; de seguida faz-se a monitorização e por último as correções ou eventuais melhorias de acordo com os resultados observados durante o processo (Deming, 1986).

Este método é, até aos dias de hoje, a base de alguns programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade aplicados a vários sectores de atividade, com o objetivo de analisar todos os processos de forma contínua, de modo a controlar os resultados.

Philip B. Crosby, empresário e escritor norte-americano, defendia que os produtos ou serviços devem ser prestados com a máxima qualidade possível. Em 1979, na sua obra “Quality is Free” definiu qualidade como uma “conformidade com os requisitos”, e aposta na prevenção de falhas, divulgando o célebre conceito “Zero-Defeitos” como o melhor método para “fazer bem à primeira vez” e alcançar a qualidade, incentivando deste modo as pessoas a melhorarem continuamente e evitando os elevados custos da correção. No entanto, esta teoria apresenta o problema de limitar a inovação e a melhoria dos processos.

Segundo Crosby, os gestores teriam de ser responsabilizados pela falta de qualidade, e não os trabalhadores. Justificando que a iniciativa para a melhoria da qualidade deveria “partir de cima para baixo”, sendo imperativo o empenho das equipas de direção e gestão.shaw

K. Ishikawa e A. Feigenbaum, outros autores notáveis desta área, destacam a plena satisfação do cliente como sinónimo de qualidade.

Palmer citado por Ferreira (1991) define a qualidade em saúde como “a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes”,

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que cuidados de saúde de qualidade são aqueles que revelam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados satisfatórios de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006).

Para uma política de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS defende que é essencial a promoção da saúde na população, a utilização eficiente dos recursos, sejam eles humanos ou financeiros, e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos de modo a satisfazer as suas necessidades (WHO, 2006).

O Institute of Medicine (IOM) define a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis para os indivíduos ou população, de acordo com o conhecimento profissional corrente.” (USA. Institute of medicine, 2000).

No entanto, para Pisco e Biscaia (2001), a definição de qualidade em saúde varia consoante as necessidades de cada indivíduo, sendo deste modo subjetiva. Por exemplo, no caso do doente a acessibilidade ao tratamento e a melhoria do seu estado de saúde ou condição são os aspetos fundamentais. Em relação ao responsável financeiro, a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência, será o mais importante.

Segundo a ISO 9000, a qualidade de produtos e serviços de uma organização é determinada pela “capacidade de satisfazer os clientes e pelo impacto pretendido e não pretendido nas partes interessadas pertinentes”.

Deste modo, o mais consensual, é que qualidade é o equilíbrio entre as necessidades e expectativas dos clientes e o padrão que a organização se propõe a entregar o que foi prometido. É, portanto, um conceito multidimensional, na procura da excelência.

1.3 Sistemas de Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade surgiu com a necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objetivo da excelência dos seus serviços.

Para Imperatori (1999), a gestão da qualidade é um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade.

Recentemente, evoluiu-se para o conceito de gestão da qualidade total que idealiza a conceção de um sistema da qualidade que assegure a satisfação de todos os envolvidos, sejam clientes, trabalhadores, gestores, acionistas e a sociedade.

A qualidade deixou de ser apenas uma característica do produto ou serviço, e a responsabilidade de um indivíduo, e passou a abranger todos os processos da atividade das organizações e a ser um objetivo conjunto de todos os envolvidos.

Na saúde, a adoção desta filosofia necessita do compromisso de todos os profissionais para com a qualidade dos cuidados que são prestados a todos os níveis.

No início do século XXI começou a surgir a possibilidade de ser necessário algum tipo de certificação ou acreditação como parte de exigências contratuais dos parceiros da área da saúde. Como tal, deu-se início a um processo de gestão da qualidade, pioneiro em Portugal nas instituições privadas. Este processo terminou com o HP a ser o primeiro Hospital IPSS em Portugal a ser acreditado pelo Health Quality Service (HQS), atual CHKS, compreendendo um total de 1679 critérios, no ano de 2006 (em vigor por três anos).

A Acreditação do Hospital da Prelada é referente a todas as áreas:

- Gestão;
- Serviços Clínicos;
- Serviços Não Clínicos;
- Serviços de Apoio;
- Serviços Administrativos;

Ou seja, Acreditação Total em Qualidade.

“Os padrões de eficiência e qualidade que o Hospital sempre revelou contribuíram decisivamente para que o processo de acreditação tivesse o êxito alcançado e fosse reconhecido sem reservas pelo HQS” (informação disponível no site do HP).

A Acreditação Total em Qualidade foi renovada em 2009, 2013, 2016 e 2019; uma vez que se tornou um requerimento para a elaboração dos contratos que envolvem o pleno funcionamento do HP.

De realçar que, uma vez que a Acreditação tem uma validade de 3 anos, o ano de 2013 foi a exceção. Na altura o processo foi atrasado devido à situação vivida no país com a grave crise económica.

No ano de 2022, em adição ao processo de renovação de acreditação, decidiu-se também realizar uma auditoria para obtenção da certificação do HP pela norma ISO 9001, também atribuída pelo CHKS. Esta decisão provém do facto de a acreditação em questão, ser na sua essência dedicada unicamente à saúde com grande enfoque na boa prática clínica, enquanto a certificação pela ISO 9001 é referente à qualidade da organização/instituição de um modo mais abrangente e universal, servindo como um referencial de gestão; constituindo deste modo uma importante vantagem competitiva.

Em simultâneo é também desenvolvido um programa voluntário com a ERS (entidade reguladora da saúde) para benchmarking com periodicidade semestral.

O Hospital da Prelada obtém resultados de Excelência Clínica pela ERS.



Figura 6- Avaliação do HP pela Entidade Reguladora da Saúde



Simbologia e Legenda






Visualização	Legenda
	Prestador cumpre com todos os parâmetros de qualidade mínima exigidos de acordo com a informação fornecida
	Prestador não cumpre com todos os parâmetros de qualidade mínimos exigidos, de acordo com a informação fornecida
	Não foi possível aferir do cumprimento dos parâmetros de qualidade mínima exigidos
	Prestador não forneceu os elementos necessários para avaliação
	Prestador não evidenciou em sede de auditoria o cumprimento de todos os parâmetros de qualidade mínima exigidos

Figura 7- Simbologia e legenda utilizadas pela ERS

O Hospital da Prelada, SCMP, foi distinguido com uma estrela correspondente ao nível máximo de qualidade na área de Ortopedia. A informação foi divulgada pela ERS, no âmbito da primeira avaliação anual de 2016 do Sistema Nacional de Avaliação em saúde (SINAS), na dimensão Excelência Clínica.

Neste relatório, o HP também se destaca nas restantes dimensões em análise, nomeadamente nas categorias de Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações e Focalização no Utente, uma das mais relevantes na área da saúde.

Deste modo, o HP apresenta resultados de Excelência Clínica numa das suas principais áreas de atuação, cujo reconhecimento nacional e internacional tem sido uma constante.

O histórico de avaliações também está disponível para consulta no site.

1.4 Risco e segurança do doente

Um dos parâmetros fundamentais do CHKS para as Organizações de Cuidados de Saúde é o designado por Risco e Segurança, e que engloba normas críticas para a obtenção da acreditação, tais como Gestão do risco, Saúde e segurança, Gestão do risco clínico e Segurança do doente, entre outros.

Nesta revisão bibliográfica irão ser abordadas algumas definições e explicações nesta importante área, sendo que posteriormente irá ser explicada de forma mais prática a Gestão do risco, em contraste com esta introdução mais simples.

A ISO 31000 define “Apreciação do risco” como “o processo global de identificação do risco, análise do risco e avaliação do risco.” Deste modo, a apreciação do risco deverá ser conduzida de modo sistemático e colaborativo, com base no conhecimento e nos pontos de vista das partes interessadas (NP ISO 31000).

O principal objetivo da avaliação do risco é apoiar a tomada de decisões. A avaliação do risco envolve a comparação dos resultados da análise do risco com os critérios do risco estabelecido para avaliar a necessidade de uma ação suplementar. (NP ISO 31000).

Fonte do risco – Elemento que, por si só ou em combinação com outros, tem o potencial intrínseco de originar o risco (NP ISO 31000).

Risco – Efeito da incerteza nos objetivos (NP ISO 31000).

Risco – A probabilidade de ocorrência de um incidente (Classificação Internacional de Segurança do Doente - CISD).

Gestão do Risco – Atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que respeita ao risco (NP ISO 31000).

Evento – Ocorrência ou alteração de um conjunto particular de circunstâncias (NP ISO 31000).

Doente – Um doente é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, por sua vez definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde (CISD).

Um risco clínico é a probabilidade de ocorrência de um resultado adverso, em consequência da investigação clínica, tratamento ou prestação de cuidados de saúde ao doente.

Incidente com dano (ou evento adverso) é um incidente que resulta em dano para o doente (CISD).

A finalidade do tratamento do risco é selecionar e implementar ações para abordar o risco. O processo de tratamento do risco pode ser explicado através dos seguintes passos:

1. Formular e selecionar as opções de tratamento do risco;
2. Planear e implementar o tratamento do risco;
3. Avaliar a eficácia desse tratamento;
4. Decidir se o risco residual é aceitável;
5. Não sendo aceitável, proceder ao tratamento suplementar. (NP ISO 31000)

Para cada risco identificado, é importante perceber se este é significativo e se estão implementados controlos adequados (barreiras) e suficientes para garantir que o risco é devidamente controlado.

Tabela 1 - Avaliação de fontes de risco

Local Observado (exemplos)	Fonte do Risco Identificada
As bancadas de trabalho	Bancada demasiado sobrelotada com equipamentos, material clínico, medicamentos, contentor para corto-perfurantes cheio, etc.
A unidade do doente	Cama do doente não possui grades ou estas não funcionam; Mesa-de-cabeceira do doente está afastada , o seu tampo tem demasiados objetos ou existe aí medicação por administrar ; Campainha de chamada não funciona , ou está muito afastada; Luz de cabeceira não funciona ou encontra-se fora de alcance do doente. Manípulo de auxílio à mobilização (muito importante nos doentes de ortopedia p.ex.) não está devidamente fixo , ou está fora de alcance do doente. Suporte de soro do doente tem os rodados sujos e com detritos, o que o impede de deslizar de forma fácil. Suporte é muito pequeno para a quantidade de frascos de soro/bomba infusora que lhe foi colocada. ...
As mesas existentes (e o que está em cima delas)	Vaso com flores (já em estado de decomposição); Revistas , que eram de outro doente ; Tabuleiros com os restos da última refeição dos doentes;

Tabela 2 - Identificação do risco

Fonte do Risco Identificada	Riscos Associados
Bancada demasiado sobrelotada com equipamentos, material clínico, medicamentos, contentor para cortoperfurantes cheio, etc.	Risco de troca de medicação; Risco de contaminação; Risco de desperdício de recursos; Risco de acidente de trabalho; ...
A cama do Doente não possui grades ou estas não funcionam;	Risco de queda do doente;
A mesa-de-cabeceira do doente está afastada, o seu tampo tem demasiados objetos ou existe aí medicação por administrar;	Risco de queda do doente (ao tentar chegar à mesa); Risco de falha na administração de medicação;
A campainha de chamada não funciona, ou está muito afastada;	Doente impossibilitado de pedir auxílio; Risco de queda do doente;
A luz de cabeceira não funciona ou encontra-se fora de alcance do doente.	Risco de queda do doente por incapacidade de visualizar o espaço envolvente;

Como já referido, mais à frente irá ser abordada uma perspetiva mais geral e abrangente da gestão do risco.

1.5 Indicadores em saúde

A procura da padronização de indicadores de qualidade não é uma tarefa fácil, uma vez que envolve diversas tipologias de cuidados de saúde. No entanto, é muito importante, dado que o uso de indicadores é um bom método para analisar a qualidade de uma organização, uma vez que podem servir de comparação com outras organizações para um compromisso de melhoria contínua.

Os indicadores também podem ser usados com os seguintes intuitos:

1. Orientar a prestação de cuidados;
2. Implementar boas práticas;
3. Incrementar qualidade;
4. Benchmarking;
5. Discriminação positiva;
6. Transparência, rigor e justiça.

Em alguns casos apresentam a desvantagem de relegar para segundo plano a qualidade do cuidado, em detrimento do foco na melhoria dos indicadores. Um exemplo prático poderá ser na contenção na prescrição de medicamentos, pondo em causa o diagnóstico atempado e o tratamento adequado dos utentes (Fernando Barroso, 2020).

Um bom indicador terá de ser importante e relevante, robusto, válido, e deve ser consensual, baseado em evidências a partir de dados confiáveis e de fácil compreensão. Sendo que se não for possível medir, não é indicador.

No desenvolvimento de um indicador, o ideal será responder às seguintes questões:

1. O que está a ser medido?
2. Porque é que está a ser medido?
3. Quem está a ser medido?
4. De onde é que provêm os dados que “compõem” o indicador?
5. Qual o potencial de erro na recolha e tratamento dos dados utilizados na construção do indicador?

Existem dois tipos de indicadores, podem ser simples (percentagens, proporções, taxas e números) ou compostos (índices). Um exemplo de um simples pode ser a percentagem de utentes que efetuaram rastreio à covid-19.

No caso de um composto pode ser avaliar a qualidade dos procedimentos realizados numa escala entre 0 e 1, por exemplo índice de acompanhamento adequado em hipertensos.

Posteriormente, os indicadores podem ser divididos por:

- I. Inputs – recursos;
- II. Outputs – produção e serviços;
- III. Outcomes – resultados;
- IV. Impact – impacto (incapacidade e mortalidade).

Na avaliação de indicadores é preciso ter em conta os seguintes critérios:

- a. Relevância
 - i. O que se está a medir é realmente importante?
 - ii. Se está a ser utilizado um conjunto de indicadores, este é equilibrado?
- b. Validade
 - i. Base de evidencia robusta?
 - ii. O indicador mede realmente aquilo que se propõe medir?
 - iii. Um indicador novo nunca deve ser usado sem ser previamente testado o mesmo em toda a atividade?
- c. Exequibilidade
 - i. Existem dados suficientemente confiáveis e estão disponíveis?
 - ii. Existem comparadores adequados?
 - iii. Se não, serão o esforço e o custo extra justificáveis?
- d. Significado
 - i. Face aos objetivos da organização, o indicador é sensível a uma variação suficientemente importante que determine atitudes governativas? Ou identifica apenas variações aleatórias, que apenas introduzem ruído?
 - ii. Qual o intervalo de variação?
- e. Consequência
 - i. O que vamos fazer com os resultados? É possível aferir, em tempo útil?
 - ii. É possível que os resultados induzam consequências perversas?

Em síntese, como anteriormente referido, não é um processo simples, mas realça a importância e responsabilidade na escolha dos melhores indicadores para as organizações (Fernando Barroso, 2020).

É importante realçar que um bom indicador, por si só, não fornecerá respostas definitivas; apenas irá alertar para questões ou aspetos que precisam de ser explorados e analisados.

"Se temos dados, vamos olhar os dados. Se tudo que temos são opiniões, ficamos com a minha."

Jim Barksdale, ex-CEO do Netscape

De seguida, encontram-se descritos alguns indicadores presentes na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Lista de indicadores nacionais para monitorização da qualidade dos cuidados de saúde (Despacho nº 5739/2015, de 29 de maio, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde):

- Taxa de recém-nascidos de baixo peso;
- Taxa de internamento por asma em adultos jovens;
- Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes;
- Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes;
- Taxa de amputação nos membros inferiores em doentes com diabetes;
- Taxa de internamento por hipertensão arterial;
- Taxa de internamento por pneumonia.

2. Certificação versus Acreditação

A certificação é o processo onde um organismo independente e acreditado avalia se uma empresa, produto ou serviço está conforme os requisitos que se propôs a cumprir e que foram previamente estabelecidos (Rooney e Ostenberg, 1999).

É realizada uma auditoria de avaliação externa e formal, que verifica a conformidade dos processos com as boas práticas de gestão e com os princípios da melhoria contínua da qualidade, definidos por uma entidade oficial, por exemplo a ISO 9001.

No caso da ISO 9001, esta é um conjunto de requisitos relativos à qualidade, que promovem na empresa um ambiente de padronização, consciencialização de riscos, organização e otimização de processos, entre outros aspetos.

Este processo, tal como a acreditação, promove o reconhecimento público e a garantia da qualidade das organizações certificadas. Pode ser motivado pela exigência dos clientes ou pela necessidade de obtenção de vantagem competitiva em relação à concorrência.

Pode ser atribuída a nível dos serviços, sendo que cada um pode apresentar um sistema de gestão da qualidade certificado, ou referente a toda a organização, sendo que neste último caso, existe um sistema de gestão da qualidade certificado e transversal a todos os serviços (Christo, 2001).

No entanto, a sua aplicação no sector da saúde apresenta algumas dificuldades, nomeadamente o fato de as normas ISO serem inicialmente mais orientadas para os sistemas de gestão de qualidade na indústria, apresentando deste modo um carácter geral, pois possibilita várias interpretações, e, conseqüentemente, variabilidade na aplicação. Contudo, este último aspeto pode ser também visto como positivo, uma vez que devido à não especificação dos meios para o alcance das exigências, isto permite uma certa flexibilidade para as organizações gerirem os seus recursos como pretenderem.

Em comparação com a acreditação, a certificação na área da saúde não era muito comum, até recentemente.

Acreditação, provém do verbo acreditar, e significa autorização para exercer determinada atividade, reconhecimento oficial de pessoa ou entidade para efeitos profissionais ou legais (dicionário da Língua Portuguesa).

A ISQUA define acreditação como “um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente”.

O conceito de acreditação da ISQUA realça o respeito e o reconhecimento da competência técnica, que é um dos aspetos essenciais de qualquer processo de acreditação.

Esta definição da ISQUA, amplamente partilhada entre as organizações de saúde, foi adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) para simplificar a comunicação com as unidades de saúde e para melhor compreensão do que é esperado em relação aos processos de acreditação.

Em suma, na acreditação a avaliação de conformidade técnica é feita de uma forma mais aprofundada, uma vez que são processos de “certificação” com normas próprias para a saúde (os referidos padrões ou standards).

Comum a estes dois processos é existência da avaliação de conformidade. Esta visa demonstrar que um dado bem, produto, processo ou serviço cumpre com os requisitos que lhe são aplicáveis. Em algumas situações a avaliação da conformidade é exigida legalmente, principalmente devido à segurança desse produto ou serviço. Alguns exemplos incluem a realização de calibrações de equipamentos.

3. A Acreditação em saúde

3.1 Início da acreditação em Portugal

“O processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços. Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito.” Programa Nacional de Acreditação em Saúde DGS

A primeira iniciativa tomada pelo Ministério da Saúde para implementar um programa de acreditação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) aconteceu em 1999 e pertenceu ao Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Na altura, foi selecionado e implementado o modelo inglês designado por King’s Fund, actual CHKS. Mais tarde, a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. decidiu adotar um modelo alternativo, tendo escolhido o americano Joint Commission International (JCI).

Deste modo, durante alguns anos, os dois modelos distintos de acreditação foram usados em simultâneo, sendo que ambos partilhavam alguns aspetos de qualidade e segurança.

Foi possível verificar um grande progresso no sentido da melhoria da qualidade e, principalmente, na segurança do utente, nas instituições que os adotaram.

No entanto, nos anos seguintes, o foco situava-se nos grandes centros hospitalares, ficando a grande maioria das tipologias de cuidados de saúde (cuidados de saúde primários e cuidados continuados e as unidades de saúde com dificuldades estruturais) incapazes de obter uma acreditação de toda a estrutura, e também sem condições para uma solução alternativa para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados. A maioria das unidades de saúde do SNS demonstrava um atraso evidente relativamente à qualidade.

Depois da extinção do IQS, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), atribuindo a este Departamento todas as funções e responsabilidades do extinto IQS, com a DGS a alargar o seu âmbito de atuação.

Em junho de 2009, foi publicado no Diário da República o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 14223/2009, de 24 de Junho), que determina que *“o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde português”*.

Mais recentemente, o Decreto-Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, reafirmou a competência da DGS para *“analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos”*.

3.2 Benefícios da acreditação

“A acreditação constitui o melhor instrumento de motivação para a garantia da qualidade nos hospitais que um sistema de saúde pode introduzir”.

Margarida França in, Qualidade em Saúde, Nº0, Junho de 2000

Através da análise dos seguintes artigos e estudos é possível perceber o custo humano dos erros cometidos, e justifica a necessidade de um sistema de gestão da qualidade com consequente diminuição do erro.

3.2.1 “Preventable deaths in a French regional trauma system: A six-year analysis of severe trauma mortality” (Girard, E., Jegouso, Q., et al. 2019).

Nas últimas décadas, a gestão de doentes com trauma grave foi aprimorada pela implementação de sistemas de resposta a estas situações em todo o mundo, permitindo a padronização deste atendimento (Mackenzie EJ, Rivara FP, et al. 2006).

Por trauma define-se qualquer internamento ou intervenção que não seja causado por patologia ou doença, mas fruto de um acidente.

Os sistemas de trauma baseiam-se no reconhecimento prévio de traumas graves, atribuição adequada de recursos para cada paciente e padronização de procedimentos. Os indicadores

usados para avaliar a eficácia de um destes sistemas dependem de vários fatores, como por exemplo da análise da mortalidade existente (Shafi S, Friese R, et al. 2008).

As mortes causadas por trauma grave podem ser divididas da seguinte forma:

1. Mortes evitáveis (causada diretamente por um erro evitável);
2. Mortes potencialmente evitáveis (pode ser causada por um erro evitável);
3. Mortes não evitáveis (ocorre independentemente de qualquer erro no tratamento do paciente)

(Vioque SM, Kim PK, et al. 2014).

Essa categorização é efetuada com base em conceitos ou técnicas como o suporte avançado de vida pelo Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados ou calculando o risco de morte de acordo com os valores ou ‘pontuação’ da lesão (gravidade, idade, escala de coma de Glasgow, pressão arterial, entre outros) (Schluter PJ, Nathens A, et al. 2010; Sartorius D, Le Manach Y, et al. 2010).

O conceito de morte evitável existe há vários anos, aplicando-se em doentes com trauma grave, e a redução deste número é um dos principais objetivos deste sistema (Teixeira PG, Inaba K, et al. 2009).

A análise de óbitos evitáveis e potencialmente evitáveis é importante para determinar os erros existentes, para que estes induzam ações corretivas justamente para evitar esses eventos.

Uma grande limitação para este trabalho é a falta de padronização da classificação de erros.

Para superar esse obstáculo, a JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) propôs uma taxonomia para facilitar uma abordagem comum para sistemas de informação de segurança do paciente (Chang A, Schyve PM, et al. 2005).

Essa classificação separa os erros em cinco áreas, são elas, impacto, tipo, domínio, causa e prevenção. E tornou-se a referência de notificação de erros após trauma grave (Montmany S, Pallisera A, et al. 2016).

Relativamente aos métodos usados, o Injury Severity Score (ISS) é um sistema de pontuação que atribui um valor para pacientes com lesões.

O valor ISS correlaciona-se linearmente com mortalidade, morbidade, permanência hospitalar e outras medidas de gravidade. O TRISS determina a probabilidade de sobrevivência, e é calculado a partir do ISS.

Os erros também foram classificados de acordo com a taxonomia da JCAHO (Chang A, Schyve PM, et al. 2005).

Num estudo realizado em França, num Hospital, foi analisada a evolução temporal das mortes evitáveis e potencialmente evitáveis no período compreendido entre 2009 e 2014.

No período deste estudo, 7 484 doentes de trauma foram registados. Deste grupo, 503 doentes morreram (mortalidade igual a 6,7%). Deste número, 29 doentes (6%) morreram na fase pré-hospitalar, 47 (9%) morreram na sala de trauma antes de sua transferência para a UTI (unidade de terapia intensiva) e 427 (85%) pacientes morreram na UTI.

Tabela 3 - Análise dos erros pelo comité selecionado

	Preventable deaths n = 72 patients	Potentially preventable deaths n = 36 patients	Total n = 108 patients
Triage error	8	14	22
Excessive prehospital time	28	9	37
Incorrect prehospital treatment	2	5	7
Inaccurate diagnosis	9	11	20
Diagnosis delay	5	7	12
Deaths during CT scanning	2	7	9
Incorrect treatment at hospital	10	10	20
Incorrect airway control	6	1	7
Omission of essential procedure	21	13	34
Accidental drain/catheter removal	1	0	1
Equipment failure	0	1	1
Total	92	78	170

One preventable/potentially preventable death may be related to more than one error, so that sum totals of errors exceed the number of deaths.

Nas primeiras 24 horas após o incidente verificou-se que 168 doentes (33%) morreram, sendo que 72 (14%) óbitos foram julgados como potencialmente evitáveis e 36 (7%) óbitos como evitáveis (Girard E, Jegouso Q, et al. 2019).

As mortes não evitáveis foram maioritariamente causadas por lesões no sistema nervoso central, enquanto as mortes evitáveis estiveram relacionadas com lesões no tronco ou pélvis devido a hemorragia aguda.

A taxa de mortes evitáveis e potencialmente evitáveis foi de 28% em 2009 e 25% em 2014.

Tabela 4 - Tipos de erros de acordo com a taxonomia do JCAHO

Types of errors	Number
<i>Communication</i>	
Inaccurate & incomplete information	19
Questionable advice or interpretation	7
Questionable documentation	5
<i>Patient Management</i>	
Questionable tracking or follow-up	16
Questionable referral or consultation	20
Questionable use of resources	64
<i>Clinical performance</i>	
Diagnostic (pre-intervention)	
Correct diagnosis, questionable intervention	2
Inaccurate diagnosis	4
Incomplete diagnosis	29
Intervention	
Correct procedure, with complication	2
Correct procedure, incorrectly performed	5
Correct procedure, but untimely	36
Omission if essential procedure	17
Procedure contraindicated	9
Procedure not indicated	2
Post-intervention	
Questionable prognosis	5
Errors may involve multiple categories; sum totals do not equal 170.	

Foram observados 170 erros em 108 pacientes (92 erros em óbitos evitáveis e 78 erros em óbitos potencialmente evitáveis) e existiram tanto no ambiente pré-hospitalar quanto na fase hospitalar (Girard E, Jegousso Q, et al. 2019).

O tempo pré-hospitalar excessivo foi o erro mais comum encontrado para óbitos evitáveis, enquanto erros de triagem e omissão de procedimentos essenciais foram os tipos de erro mais frequentes para óbitos potencialmente evitáveis.

Verificaram-se 24 erros na sala de cirurgia para 23 pacientes, correspondentes a três tipos, atraso excessivo para cirurgia; dificuldades técnicas; e procedimentos errados ou falhas no controle de danos.

A principal causa de erro foi falha humana, em particular erros causados por falta de conhecimento ou incumprimento de regras, devido a desconhecimento de instruções ou protocolos estabelecidos.

A análise da mortalidade é obrigatória para avaliar a eficiência de um sistema de resposta em saúde e a taxa de mortes evitáveis ou potencialmente evitáveis é cada vez mais utilizada como referência de notificação de segurança do paciente em todo o mundo.

A disparidade de relatórios de erros dificulta as comparações entre diferentes sistemas, no entanto, é através desta análise que estes podem ser otimizados.

Com 21% de óbitos evitáveis e potencialmente evitáveis, este estudo mostrou um mau desempenho deste sistema de trauma analisado, de acordo com a literatura existente.

O facto deste Hospital estar localizado numa área montanhosa, ou seja, de difícil acesso, pode explicar o tempo pré-hospitalar excessivo inerente devido a condições geográficas extremas e adversas ou extração complexa.

No entanto, é importante notar que o fator humano esteve altamente envolvido nesses erros. Esta análise destacou a importância do trabalho em equipa e de uma comunicação eficaz na prestação de cuidados de alta qualidade ao paciente.

Estes resultados confirmam que as mortes evitáveis são um indicador de qualidade da prestação de cuidados.

Neste caso, para corrigir os erros foram melhoradas as condições de comunicação entre os diferentes profissionais, assim como a disponibilização de formações adequadas às necessidades. Ambas as situações são incentivadas num compromisso com a melhoria contínua.

3.2.2 “Errors in health care management: what do they cost?”

(Rigby, K. D., & Litt, J. C. B. 2000)

A iatrogenia, termo derivado do grego iatros (médico) e genia (origem ou causa), pode ser definida como um estado de doença, efeito adverso ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico. São relativamente comuns e uma fonte potencialmente evitável de morbidade.

A avaliação económica deste problema tem sido limitada pela falta de informação necessária para fornecer uma estimativa de incidência, incapacidade associada e possível prevenção destas lesões. No entanto, isto tornou-se agora viável devido aos estudos do Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) e do Utah Colorado Study (UTCOS).

O objetivo deste estudo foi determinar os custos diretamente associados às lesões iatrogénicas que ocorrem em ambiente hospitalar. Estes custos foram calculados através de informação relativa às diferentes categorias de lesão.

Estes valores resultantes de avaliações económicas de cuidados de saúde podem ser muito úteis na tomada de decisão e de planeamento estratégico, prevenindo uma política ineficiente.

Este estudo realça as consequências evitáveis e negativas da prática clínica habitual, decorrentes da gestão do cuidado em saúde. E justifica a necessidade de replicar pesquisas como o QAHCS e o UTCOS em outros ambientes, uma vez que a natureza e extensão da morbidade (e custo associado) que ocorrem por lesão iatrogénica não tem sido documentada com frequência.

Como anteriormente referido, as lesões iatrogénicas são uma fonte potencialmente evitável de morbidade e mortalidade (Wilson RM, Runcinam WB, et al. 1995) que afetam um número significativo de doentes tanto na assistência institucional quanto na comunidade. Estes doentes poderão sofrer incapacidade permanente e eventualmente morte (Leape LL, Brennan TA, et al. 1991).

A lesão iatrogénica pode ser definida como “dano ou sofrimento não intencional ou desnecessário decorrente de qualquer aspeto da gestão dos cuidados de saúde”, seja de sistemas, erro humano, ou uma combinação dos dois.

É importante fazer a distinção com efeitos adversos ou colaterais, que são inevitáveis, ou eventos imprevisíveis que ocorrem durante a aplicação apropriada de boas práticas. Em suma, a lesão iatrogénica surge como resultado de diagnóstico incompleto ou inadequado.

As avaliações económicas comparam os custos e benefícios (ou resultados) de formas alternativas de fornecer programas e intervenções de cuidados de saúde.

A estimativa dos “custos” de efeitos colaterais ou adversos é feita através da literatura ou comparação com outros especialistas (Drummond MF, O’Brien B, et al. 1997).

A medição destes efeitos em ensaios clínicos é realizada em circunstâncias fortemente escrutinadas, onde a aplicação de programas ou medicamentos é monitorizada e regulada constantemente para maximizar a sua validade. Este maior controlo provavelmente minimizará a incidência de lesões iatrogénicas. No entanto, quando comparado com a realidade observada na prática clínica usual, onde o nível de vigilância para acontecimentos adversos é menos rigoroso, as lesões iatrogénicas podem passar despercebidas.

A importância da avaliação do impacto destas lesões pode ser explicada pelos seguintes fatores:

(1) ao contrário dos efeitos colaterais e adversos, estas lesões não são normais, ou seja, não são consequência esperada de uma intervenção terapêutica ou clínica;

(2) muitas dessas lesões são evitáveis e, portanto, têm um custo desnecessário;

(3) a efetividade de custo em comparação com as alternativas concorrentes em avaliações económicas pode ser feita de forma incorreta, seja por excesso ou defeito, sem a inclusão dos custos e consequências das lesões iatrogénicas.

O QAHCS fez uma análise retrospectiva de uma amostra aleatória de 14.179 doentes de 28 hospitais australianos de cuidados agudos em 1992 (Wilson RM, Runcinam WB, et al. 1995). Pessoas admitidas com lesão (incluindo lares de idosos) e doentes internados foram contabilizadas. Posteriormente selecionaram-se médicos que atribuíram, de modo independente, uma “pontuação” de incapacidade e possibilidade de prevenção para cada lesão identificada.

Doze lesões foram selecionadas aleatoriamente entre as 25 principais identificadas no QAHCS. A média das pontuações para deficiência e capacidade de prevenção foi calculada, juntamente com os dados de incidência estimados. De seguida, os dados foram extrapolados

para chegar ao número esperado de lesões com incapacidade evitáveis por 10.000 altas hospitalares.

As infecções em feridas foram as mais comuns com uma incidência de cerca de 100 por 10.000 altas hospitalares.

As quedas foram associadas à maior incidência de incapacidade e classificadas como altas em custos e prevenção, apesar de uma incidência menor.

O custo médio total para o tratamento de todas as condições relatadas é estimado em 636.000 dólares americanos por 10.000 altas hospitalares. Deste modo, o custo das lesões evitáveis é muito elevado, e equivale a 2-3% do orçamento anual para um Hospital australiano comum com 120 camas.

Estes resultados exigem aos administradores hospitalares e médicos uma melhor definição de prioridades para programas que podem minimizar seu impacto e maximizar a saúde e o bem-estar (Sheldon T, 1998).

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente na obtenção de informação válida e fidedigna, uma vez que esta é de difícil obtenção; e na divergência de opiniões relativamente às definições de efeito adverso e à relação causa-efeito.

Concluindo, a importância do custo das lesões iatrogénicas não pode ser subestimada. Para além do custo económico significativo também há um custo humano (morbidade e mortalidade) considerável.

Uma base de dados nacional em contínua atualização sobre este tipo de lesões seria o ideal para ajudar a identificar a incidência das mesmas, monitorizar tendências e fornecer dados para estimativas de custos e avaliações económicas.

A análise deste estudo, realça a importância da necessidade de melhorar a segurança do doente.

Um dos benefícios da acreditação é a constante monitorização e registo de todos os recursos, humanos, financeiros e materiais, e a sua correta alocação, assim como a disponibilização recorrente de formações para os profissionais de saúde para evitar ao máximo a ocorrência de erros.

3.2.3 “The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in Kuwait: a qualitative study” (Katoue, M. G., Somerville, et al. 2021)

A acreditação de organizações de saúde tem sido utilizada como um mecanismo de garantia de qualidade dos serviços de saúde.

As autoridades de saúde do Kuwait implementaram um programa nacional de acreditação no sistema de saúde governamental.

Este estudo teve como objetivo explorar as percepções de profissionais de saúde (HCPs) sobre a acreditação em saúde, os desafios inerentes à sua implementação e opiniões sobre como superar estes desafios.

Para tal, realizaram-se entrevistas em grupo para explorar estas opiniões. Foram recolhidos mais de trinta testemunhos de profissionais de saúde por meio de sete entrevistas em grupos focais (técnica de pesquisa bastante utilizada na área do marketing).

Os HCPs revelaram que a acreditação melhorou a cultura de segurança do paciente nas organizações através da adesão da equipa às boas práticas, melhoria da documentação e métodos de transferência do paciente e relatórios de incidentes.

Esta implementação incluiu apoio administrativo, formação de profissionais sobre acreditação e expansão na aplicação de sistemas eletrónicos. Os participantes relataram vários desafios para a implementação da acreditação, incluindo desafios relacionados com a equipa (alta carga de trabalho, encargos impostos pelos requisitos de acreditação), desafios relacionados com o sistema e recursos organizacionais (infraestrutura inadequada em algumas instalações) e desafios relacionados aos pacientes (conhecimento sobre acreditação).

No entanto, a maioria dos participantes expressou uma atitude positiva em relação à acreditação e apreciou o seu impacto na qualidade dos cuidados de saúde. Foram inclusive sugeridas maneiras de apoiar este processo, tal como aumentar o número de funcionários para reduzir a carga de trabalho, aumentar a motivação profissional dos trabalhadores e a formação sobre a acreditação, desenvolver liderança proativa e trabalho em equipa, assim como melhorar a consciencialização e informação fornecida aos doentes sobre a acreditação.

Tabela 5 - Testemunhos recebidos acerca da acreditação

Theme	Illustrative quotes
1. Benefits of healthcare accreditation	<p>1. Patient safety and staff adherence to good practices: "Patient safety is under the umbrella of the accreditation." (P4[GP]:G3) "The accreditation motivates all the staff to meet the high clinical standards and improve quality of healthcare." (P4[GP]:G4)</p> <p>2. Incident reporting as a quality improvement tool: "We write the incident reports all the time. We discuss these reports to improve our safety measures." (P2[GP]:G2)</p> <p>3. Improved documentation practices: "The accreditation team reviews our files to check if we follow the right requirements of documentation. As a result, the documentation system greatly improved." (P2[HP]:G5)</p> <p>4. Enhanced patient handover practices: "The accreditation team stresses the need to complete patients' information on the computer system including medicines reconciliation." (P3[HP]:G6)</p>
2. Facilitators to the implementation of healthcare accreditation	<p>1. Administrative support and staff training: "The Ministry of Health has been supporting these improvements since the accreditation movement started." (P3[GP]:G2)</p> <p>2. Expanded application of electronic systems: "In primary care, we have achieved good improvements in implementation of the electronic health record. This greatly enhanced patient safety and assisted in meeting the accreditation requirements." (P4[GP]:G4)</p>
3. Challenges to healthcare accreditation	<p>1. Challenges related to the staff: Staff workload: "The workload is high. To implement quality improvement initiatives, the staff would need sufficient time." (P2[Ph]:G7) Inadequate staff: "Sometimes the staff is not enough." (P2[HP]:G6) Accreditation added more workload on the staff: "We now have additional workload; for example, the required documentation is extensive." (P5[HP]:G5) Lack of staff motivation: "Lack of motivation and collaboration of some of the staff to implement the required measures." (P3[GP]:G4) Lack of staff awareness about accreditation: "Some staff do not fully understand and appreciate the value and benefits of accreditation." (P1[HP]:G6)</p> <p>2. Challenges related to the organizational system and resources: Limited involvement of organizational leadership and inadequate teamwork: "Another issue is related to the leadership. There is no full involvement of all healthcare professionals in the accreditation process." (P3[GP]:G2) Focus on the processes more than on sustained improvements: "They focus on the accreditation process mainly to get the accreditation." (P2[HP]:G5) Lack of some resources and inadequate infrastructure of some facilities: "The restriction in some of the resources and construction of facilities that may not allow us to comply with some accreditation standards." (P1[Ph]:G7)</p> <p>3. Challenges related to patients: Lack of patient understanding about accreditation: "We face difficulty with patients in applying some of the required solutions by accreditation, for example, patient identification." (P4[Ph]:G7)</p>
4. Attitudes of healthcare professionals towards healthcare accreditation	<p>1. Staff satisfaction and positive attitudes towards accreditation: "We have been working to implement the required measures by accreditation. Consequently, our practices are now much better than before." (P2[GP]:G3)</p> <p>2. Sustainability of practice improvements: "The improvements will be maintained because every polyclinic has established a local safety and risk management committee to oversee all these procedures." (P1[GP]:G2)</p>
5. Suggestions to sustain healthcare improvements from accreditation	<p>1. Focus on staff support and development: Need for sufficient staff: "Provision of more staff to decrease the workload." (P2[GP]:G4)</p>

Em suma, os profissionais de saúde no Kuwait expressaram, na sua maioria, satisfação em relação à acreditação, reconhecendo os benefícios que este processo pode trazer para a qualidade dos serviços de saúde e desempenho clínico. No entanto também reconhecem os desafios profissionais e organizacionais que podem dificultar sua implementação.

Tabela 6 - Continuação da tabela anterior

Theme	Illustrative quotes
	Need for staff motivation about the accreditation: "They must motivate staff to improve practice. This prepares them for implementing the accreditation cycle." (P3[HP]:G5)
	Need for more education and training: "We need comprehensive training to convince all staff to change practice. All accreditation procedures are applicable if you provide staff with the needed training and motivation." (P2[Ph]:G7)
2. Focus on supporting organizational change	
	Need for proactive leadership: "The leadership to integrate and motivate all workers to get involved in the process and improve quality of work." (P1[GP]:G3)
	Need for the full implementation of connected electronic systems: "If we have electronic connections between the primary and secondary healthcare, this will allow for safe patient referral and benefit patients." (P2[GP]:G2)
3. Focus on patients as partners in the process	
	Need to improve patients' awareness about accreditation: "We need to enhance patients' understanding about the accreditation and patient safety. This will make the public advocates for their own safety." (P2[GP]:G1)

Também foram destacadas as áreas mais críticas para facilitar uma implementação eficaz da acreditação e para promover uma cultura com alicerces capazes de sustentar uma melhoria contínua.

A colaboração entre as diferentes partes interessadas neste processo é essencial para ultrapassar estes desafios e apoiar os profissionais de saúde para alcançar os padrões de acreditação e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Estas conclusões podem ser úteis aos responsáveis e administradores dos serviços de saúde para desenvolver estratégias capazes de superar estes desafios e apoiar o programa de acreditação de saúde para melhorar a qualidade.

3.3 Modelos de segurança

Na imagem abaixo é possível observar o modelo de segurança conhecido como “Modelo do queijo suíço”. Este modelo pode ser usado para melhor compreensão do maior controle existente em organizações acreditadas, sendo que cada etapa ou barreira representa um controle existente na organização de cuidados de saúde.

Aqui é possível observar que para a ocorrência de um acidente, é necessária uma conjugação de vários erros, desde a existência de perigo.

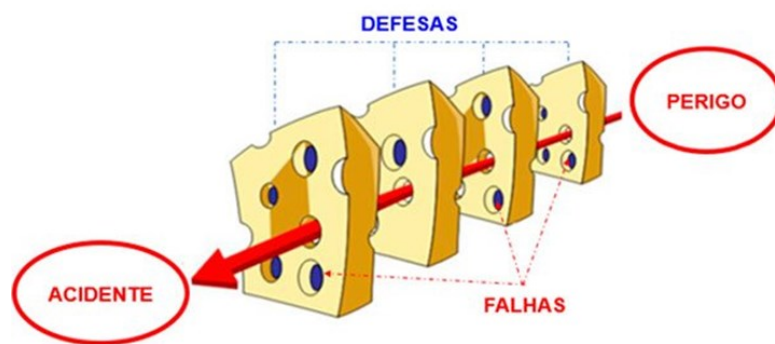


Figura 8 - Modelo de segurança do "Queijo Suíço"

Nesta imagem as defesas correspondem aos vários mecanismos de segurança existentes, que servem para prevenir o aparecimento de um acidente, por exemplo se a primeira defesa falhar, mas as seguintes estiverem bem implementadas e em funcionamento o perigo acaba ali, e impede a ocorrência de acidente. Isto leva a que o acidente apenas ocorra se as defesas falharem todas, ou seja, “as falhas do queijo alinham-se” na perfeição. Isto diminui consideravelmente a probabilidade de ocorrência destes acidentes, aumentando deste modo a segurança.

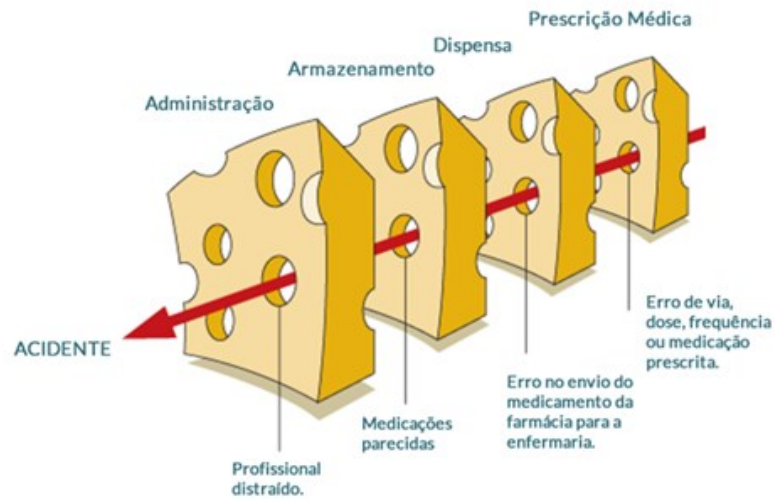


Figura 9 - Erro de medicação

No caso de um erro de medicação, por exemplo, para que o doente seja afetado, seja por toma deficiente ou em excesso, ou de medicamento errado, tal como referido anteriormente é necessária a ocorrência de vários erros. A nível de prescrição médica, dispensa do medicamento, armazenamento e por último, a administração. Todos estes controlos tiveram de falhar.

3.4 Desafios da acreditação

A respeito da acreditação propriamente dita, esta é um processo complexo e trabalhoso, que requer um grande investimento.

Inicialmente é necessário o preenchimento de uma plataforma disponibilizada pela entidade escolhida, neste caso o CHKS. O objetivo deste preenchimento será facilitar o processo de auditoria, uma vez que permite aos auditores o acesso prévio à documentação que pretendem analisar.

Deste modo, são respondidos 1679 critérios, alguns deles com evidências para suportar a resposta dada, normalmente os critérios mais críticos/relevantes.

Em simultâneo com este procedimento são realizadas auditorias internas aos serviços para preparar a auditoria e reparar eventuais falhas que existam no Hospital.

De seguida, realiza-se efetivamente a auditoria, onde todos os serviços e procedimentos serão avaliados para averiguar a sua conformidade e cumprimento das respetivas normas (no caso do HP em particular esta parte demorou uma semana e consistia numa equipa de quatro auditores).

Na eventualidade de não corresponderem aos requisitos previamente definidos, terão de ser tomadas medidas de resolução e correção consoante a importância do critério em questão.

Na falta de resposta ou correção adequada e atempadamente, os critérios em falta poderão comprometer a obtenção de acreditação.

Em suma é um processo muito complicado uma vez que necessita do envolvimento de todos os profissionais do Hospital, seja de forma direta ou indireta. Sendo que o sucesso da acreditação só poderá ser alcançado através do compromisso de todos os envolvidos, de modo a ultrapassar as maiores dificuldades que este processo acarreta, como já referido os elevados custos envolvidos, mas principalmente na identificação e implementação das medidas corretivas necessárias.

3.5 Diferentes Empresas de acreditação

Atualmente existem várias empresas de acreditação, sendo que as duas consideradas mais relevantes são as previamente referidas CHKS e JCI.

A Joint Commission Internacional, na altura da sua fundação designada por Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, é um organismo de acreditação de unidades de saúde com sede nos Estados Unidos.

É uma instituição sem fins lucrativos responsável pela acreditação de mais de 19 000 organizações e programas de saúde nos Estados Unidos, muitas vezes exigida pela maioria dos governos estaduais devido à pareceria existente com as seguradoras, para políticas de licença e reembolso. Encontra-se ainda presente em muitos países nos vários continentes.

As auditorias exigidas pelas creditações normalmente seguem um ciclo trienal, sendo as conclusões disponibilizadas na publicação do relatório de verificação de qualidade e conformidade.

A JCI tem um modo de operação semelhante ao CHKS, sendo que a principal diferença entre estas duas organizações está no facto de a JCI realizar auditorias surpresa, onde um doente “especial” dá entrada na respetiva organização e faz o percurso normal do doente, mas em que avalia e inspeciona potenciais falhas.

Em Portugal, a JCI é responsável por acreditar o Centro Hospitalar de Leiria (desde 2012); o Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira E.P.E. (desde 2010); o Hospital Beatriz Ângelo – Hospital de Loures, E.P.E. (desde 2013); o Hospital Cuf Porto, S.A. (desde 2018); o Hospital da Luz Lisboa (desde 2018); o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (desde 2012); o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. (desde 2014); o Hospital Lusíadas Lisboa (desde 2015); o Hospital Lusíadas Porto (desde 2012); e o Hospital Particular do Algarve – Gambelas (desde 2018).

A lista completa de todos os países onde a JCI está presente, assim como as diferentes certificações atribuídas está disponível em anexo.

III. Metodologia

1. Formação no DGOSI

Devido ao acordo celebrado entre a Universidade Católica Portuguesa e a Santa Casa da Misericórdia do Porto, no âmbito deste estágio curricular, foi-me dada a oportunidade de formação no DGOSI, onde fui integrado no gabinete de gestão de risco e controlo.

Durante duas semanas (14 a 25 de fevereiro) tive a oportunidade de conhecer esta conceituada organização, assim como as instituições que esta rege. Também tive a possibilidade de visitar as ERPI da Santa Casa da Misericórdia.

Na sede da SCMP também me concederam algumas formações no âmbito da qualidade. De realçar a formação de qualidade, gestão e desenho de processos, gestão de risco e compliance. Todas muito interessantes e com certeza importantes para a minha vida profissional.

1.1 Gestão do risco

Um departamento muito importante em qualquer organização, é o da gestão de risco, que apresenta uma grande importância do ponto de vista estratégico e operacional, uma vez que facilita a inovação, aumenta a eficiência e reduz a possibilidade de custos surpresa.

A ISO 31000:2018 – Gestão do Risco é muito importante nesta área e baseia-se nos princípios de que esta gestão tem de ser integrada, inclusiva, personalizada, abrangente, dinâmica e que incentive a melhoria contínua.

Relativamente ao risco, este pode ser definido como qualquer evento ou problema que possa ocorrer e que coloque em causa a realização dos objetivos da organização.

Ao analisar um processo ou sistema, é necessário garantir a existência de controlo ou algum modo de prevenção, de forma a minimizar o risco. O exemplo mais simples é o das faturas emitidas, onde se coloca uma dupla verificação no processo, de modo a minimizar a possibilidade de erro.

Os controlos nos processos podem ser estabelecer prazos; garantir que uma atividade é feita por duas pessoas diferentes, dupla verificação, ou garantir que existem planos de manutenção preventiva, entre outros.

O objetivo será olhar para o processo que se pretende desenhar ou que está a ser analisado, de uma perspetiva pessimista ou cética (uma espécie de “advogado do diabo”) e questionar o que é que pode correr mal? E o que é que posso alterar de modo a minimizar a sua ocorrência?



Figura 10 - Ciclo de gestão do risco

Por outro lado, o risco também pode representar uma oportunidade. É importante perceber que em alguns casos, sem risco, não há benefício.

“Não arriscar nada, é arriscar tudo.” Cesare Cantú, século XIX.

Deste modo o risco pode ser visto como uma combinação de ameaça e oportunidade, que tem de ser analisado na tomada de decisão.

Risco = Probabilidade versus Impacto/ Consequência

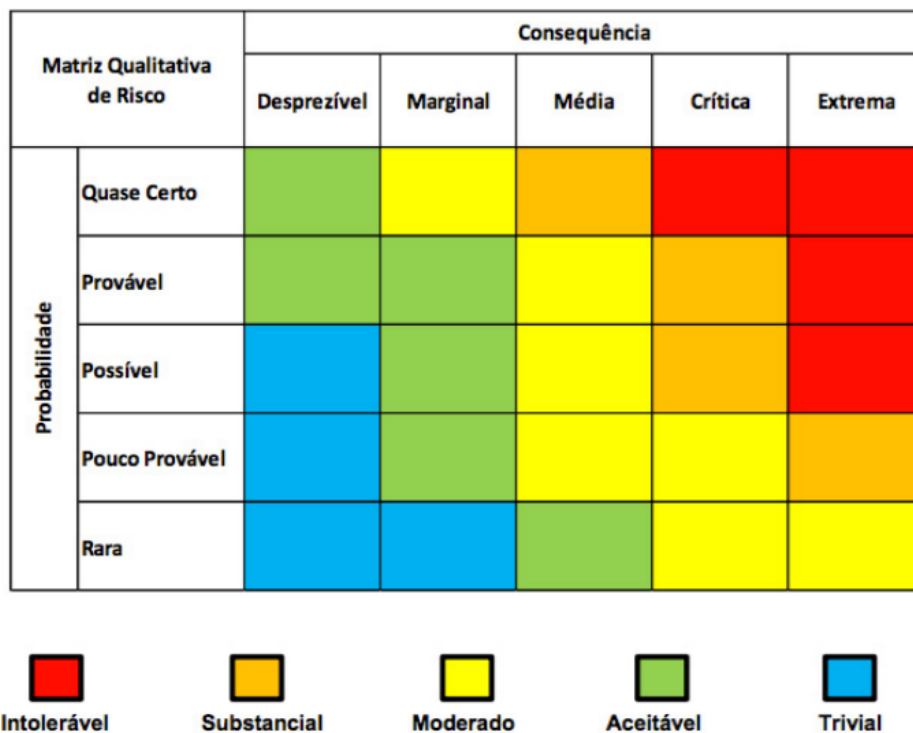
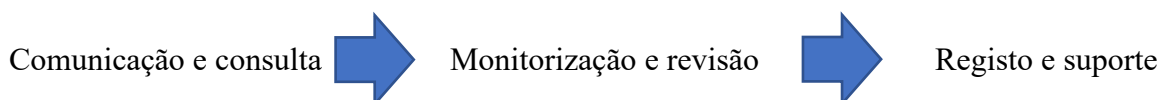


Figura 11 - Análise do risco

A gestão do risco passará pela definição de estratégia, seguida pela tomada informada de decisão. Deverá ser eficiente, eficaz e consistente. Em suma tem a finalidade de criação e proteção de valor, e é responsável por melhorar o desempenho, encorajar a inovação e suportar a consecução de objetivos.



2. Métodos de recolha de dados

Durante estes cinco meses tive a oportunidade de observar e aprender parte do trabalho realizado numa das áreas mais críticas ao correto funcionamento de um hospital, o GGCQ.

Ao longo deste período, como referido anteriormente, o principal foco esteve na obtenção da acreditação e certificação ISO 9001 e a tudo o que este processo implica. Para tal, o desenvolvimento de um bom planeamento para a distribuição e organização da informação, tornou-se imperativo. Procedeu-se deste modo ao preenchimento da plataforma CHKS online disponibilizada pela entidade inglesa.

Desta forma, pude auxiliar este processo através da tradução das respostas fornecidas pelos respetivos serviços do HP e organizar a informação presente nos documentos correspondentes. Estes documentos podiam ser igualmente submetidos ou apresentados em auditoria, dependendo do carácter obrigatório ou facultativo. Este é um processo demorado, uma vez que consiste em mais de 1600 normas/ critérios.

Complementar a este procedimento, foram realizadas auditorias internas, da qual eu também fiz parte, aos serviços, nomeadamente ao bloco operatório, à radiologia, aos serviços externos, ortopedia, cozinha, unidade queimados, entre outros; com o objetivo de avaliar a sua conformidade e em caso de esta não existir tomar medidas corretivas, assim como identificar possíveis hipóteses de melhoria.

Relativamente à auditoria externa do CHKS, na impossibilidade de assistir à sua totalidade, uma vez que eram quatro auditores e avaliavam todos em simultâneo, acompanhei as que se encontram listadas em baixo, uma vez que para este trabalho de investigação seriam as mais relevantes.

- a. Bloco
 - i. Governação do serviço;
 - ii. Salas de operação.
- b. DGOSI
 - i. Tecnologias de informação e governação.
- c. Administração
 - i. Receção e serviços administrativos.
- d. Gabinete de Governação Clínica e Qualidade
 - i. Gestão do risco;

- ii. Segurança contra incêndios;
 - iii. Gestão do risco clínico e segurança do paciente.
- e. Farmácia
- i. Gestão de medicamentos e fármacos.

Findado este processo, o HP aguarda agora pelo envio do relatório desta auditoria.

Ao longo deste semestre, analisei também os inquéritos de satisfação preenchidos nos períodos Setembro-Dezembro de 2021 e Janeiro-Maio de 2022, e realizei o respetivo relatório, com o intuito de perceber quais as áreas mais citadas, pela positiva e pela negativa, e identificar eventuais tendências e padrões.

Também tive acesso a todas as reclamações, sugestões e elogios (documentos de grande importância no âmbito da acreditação, uma vez que refletem as opiniões dos doentes sobre os tratamentos e serviços efetuados no hospital) realizadas no mesmo período, por correio eletrónico, carta ou escritas diretamente no livro correspondente. Sendo que a finalidade seria corrigir eventuais situações e identificar hipóteses de melhoria com base nas sugestões registadas, assim como notificar qualquer equipa ou profissional visado nos elogios. De realçar que no período analisado foram contabilizados mais elogios que reclamações.

Foi possível auxiliar na criação de um procedimento das consultas falhadas e consequente relatório, uma vez que este era uma necessidade e estava em curso.

Por último também tive oportunidade de observar algumas cirurgias realizadas no HP, nomeadamente uma intervenção ao menisco, colocação de uma prótese de anca, remoção de uma pedra renal, e uma mamoplastia.

IV. Conclusão

Depois de analisar toda a informação recolhida e através da experiência vivenciada ao longo deste semestre, é notória a importância de um Sistema da Qualidade.

No caso do HP esta é também uma exigência contratual, como estipulado no Acordo de Cooperação 2018-2023 entre a Misericórdia do Porto e a ARS Norte, e que na eventualidade de não ser cumprida o HP não teria capacidade de operar, uma vez que estaria impedido de receber doentes do SNS, que representam 80% do total de doentes.

“No exercício da sua atividade, a Misericórdia fica obrigada a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, de acordo com as orientações definidas pelos organismos competentes do Ministério de Saúde, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados, para o que deverá iniciar um processo de certificação ou acreditação da qualidade.” Acordo de Cooperação 2018-2023 entre a Misericórdia do Porto e a ARS Norte; Cláusula XI – Requisitos de Qualidade e Segurança e Critérios de Fornecimento do Serviço, Ponto 3.

Também pude recolher algumas opiniões através da comunicação com profissionais de saúde no HP de diferentes serviços, que vivenciaram estas duas realidades, entre o ‘antigamente’ (antes da acreditação) e o atualmente. Onde foi transversal a todas as diferenças e melhorias verificadas. Alguns pontos mencionados:

1. Atualmente existe um cuidado e atenção redobrados relativamente a procedimentos e limpezas, uma vez que não existia um controlo e registo muito rigoroso;
2. No passado os doentes eram mal informados, e embora em parte isto possa ser explicado devido ao fato de atualmente o acesso a informação ser mais fácil, anteriormente não existia o hábito de informar ou esclarecer o doente acerca de tratamentos ou intervenções, apenas se partilhava o necessário, pelo menos na maioria dos casos.
Agora o doente é devidamente acompanhado em todo o Hospital, desde a sua entrada até á sua saída;
3. Alguns doentes não apareciam e não realizavam qualquer aviso prévio, o que impedia os médicos e enfermeiros de estarem com quem efetivamente necessitava e se encontrava presente, o que levava a custos humanos e materiais mais elevados, uma vez que se ‘reservavam’ profissionais e espaços que não iriam ser utilizados;

4. Havia maior desperdício de equipamentos e materiais, no sentido em que não era efetuado o melhor registo e controlo de recursos. Na eventualidade de um profissional precisar de um determinado equipamento ou material, e este não ter sido corretamente registado, ou não estar presente no inventário, o mesmo seria novamente encomendado, levando a que houvesse desperdício devido a prazos ou datas estabelecidas.

Deste modo, é possível perceber que para além da obrigação legal, uma Acreditação é essencial ao correto funcionamento de um Hospital, que é um sistema muito complexo e onde existem inúmeras possibilidades de erro ou falha, com consequências que podem ser muito graves.

Uma Acreditação não impede a ocorrência de erros, mas obriga a um maior controlo em relação a todos os tipos de recursos, sejam eles humanos, financeiros ou materiais; e a um compromisso de melhoria contínua. Sendo que proporciona as melhores condições para alcançar o principal objetivo, a segurança do doente.

Por último, considero que este estágio curricular que me permitiu esta experiência no Hospital da Prelada foi muito positivo e enriquecedor, apresentando uma perspetiva mais prática e realista em comparação com as características apresentadas normalmente em contexto teórico. A aquisição destes conhecimentos, será, com toda a certeza, uma mais-valia na minha vida profissional.

V. Trabalhos futuros

O objetivo deste Relatório de Mestrado em Engenharia Biomédica foi o de avaliar a relevância de um sistema de Acreditação para o Hospital da Prelada e o seu impacto na eficiência.

Com o término do estágio e após concluir a realização deste relatório, através da investigação e estudo dos dados recolhidos, apoiados por uma revisão bibliográfica cuidada e extensa, o objetivo foi alcançado.

Foi possível compreender a sua importância, apesar da impossibilidade de os domínios do seu impacto na eficiência serem completamente compreendidos ou mensurados, devido a limitações de tempo e recursos.

O tema deste relatório, assim como qualquer outro que envolva qualidade, é abordado pela literatura científica através de diferentes conceitos e definições, assim como vários métodos de avaliação.

Na revisão bibliográfica realizada para esta dissertação, optei por analisar principalmente Hospitais internacionais uma vez que a obtenção de informação relativa ao nosso País revelou-se muito difícil.

Terminada esta parte do processo, resta ao HP aguardar pela emissão do relatório de auditoria, para proceder a eventuais correções, e no caso de este estar dentro da conformidade necessária receber então a acreditação.

O próximo passo será continuar a melhorar até à realização da próxima auditoria e eventualmente, se necessário ou desejado, procurar obter outras certificações referentes a outras áreas ou departamentos.

Espero que este relatório possa ser útil para sustentar decisões do Hospital da Prelada no que respeita ao planeamento futuro. Existindo a certeza de que a melhoria é sempre possível.

VI. Bibliografia

1. <https://www.plataformaongd.pt> (data de acesso: 09/03/2022)
2. <https://www.crowe.com/pt/industrias/entidades-sem-fins-lucrativos> (data de acesso: 09/03/2022)
3. <https://observador.pt/2021/04/26/covid-19-estudo-revela-que-12-das-organizacoes-sem-fins-lucrativos-fecharam-em-2020/> (data de acesso: 10/03/2022)
4. 20 Anos 20 Testemunhos. (2008). Hospital da Prelada. SCMP. Porto.
5. Manual da Acolhimento SCMP. (2016). Revisto 2022. Porto.
6. Silva, J. O. (2001). Qualidade em serviços públicos. Revista Qualidade em Saúde.
7. Shaw, C. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. International Journal for Quality in Health Care.
8. Shaw, C. et al. (2010). Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. International Journal for Quality in Health Care.
9. Shaw, C. et al. (2010). Towards hospital standardization in Europe. International Journal for Quality in Health Care.
10. Imperatori, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. (1999) Lisboa: Edinova.
11. Groene, O. et al. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement, and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. BMC Health Services Research.
12. <https://www.chks.co.uk/> (data de acesso: 14/02/2022)
13. <https://www.dn.pt/opiniao/a-urgencia-da-boa-gestao-na-saude-14622381.html> (data de acesso: 20/03/2022)
14. Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. Revista Crítica de Ciências Sociais.
15. Pisco, L. (2001). Perspetivas sobre a qualidade na saúde. Revista Qualidade em Saúde.
16. Pisco, L.; BIpSCAIA, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 2
17. <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/> (data de acesso: 25/03/2022)

18. Fragata, J.; Martins, L. (2008). O erro em medicina: perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Edições Almedina.
19. Fernando Barroso. (2020). Avaliação do risco rápida e com resultados. 2ª edição. Setúbal.
20. Deming, W. Edwards. “Qualidade: a revolução da administração”. In Qualidade: a revolução da administração. Marques Saraiva, 1990
21. Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study.
22. Crosby, P. B. (1979). Quality is free. New York: McGraw-Hill.
23. ISO – About ISO. [Em linha]. Geneva: International Organization for Standardization, 2012. [Consult. 12 mar. 2022]. Disponível em <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
24. CHKS Programa de Acreditação para Organizações de Cuidados de Saúde Normas Gerais para Acreditação 2018 Versão 1
25. Programa Nacional de Acreditação em Saúde (2020). DGS
26. Girard, E., Jegouso, Q., et al. (2019). Preventable deaths in a French regional trauma system: a six-year analysis of severe trauma mortality. *Journal of visceral surgery*, 156(1), 10-16.
27. Rigby, K. D., & Litt, J. C. B. (2000). Errors in health care management: what do they cost? *BMJ Quality & Safety*, 9(4), 216-221.
28. Katoue, M. G., Somerville, et al. (2021). The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in Kuwait: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(6), 1310-1320.
29. Tarieh, R. R. A., Zayyat, R., et al. (2022). A case study exploring the impact of JCI standards implementation on staff productivity and motivation at the laboratory and blood bank. *Health Science Reports*, 5(1), e497.
30. Van Wilder, A., Brouwers, J., et al. (2021). A decade of commitment to hospital quality of care: overview of and perceptions on multicomponent quality improvement policies involving accreditation, public reporting, inspection and pay-for-performance. *BMC health services research*, 21 (1), 1-11.
31. Silva, H. D. (2014). O Porto e a construção da cidade moderna: o caso do Hospital Geral de Santo António, nos séculos XVIII e XIX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 709-725.
32. MacKenzie EJ, Rivara FP, et al. (2016) A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med*; 354:366—78.

33. Anonymous. (1986) Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured, patient. Committee on Trauma of the American College of Surgeons. *Bull Am Coll Surg*; 71:4—23.
34. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458—71.
35. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study 11. *N Engl J Med* 1991; 324:377—84.
36. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 7Stedman's Medical Dictionary. 26th international ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
37. Sheldon T. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care* 1998; 7(Suppl): S45—50.
38. Tariq, R. R. A., Zayyat, R., Naoufal, R. N., & Samaha, H. R. (2022). A case study exploring the impact of JCI standards implementation on staff productivity and motivation at the laboratory and blood bank. *Health Science Reports*, 5(1), e497.
39. Shafi S, Friese R, et al. (2008) Moving beyond personnel and process: a case for incorporating outcome measures in the trauma center designation process. *Arch Surg* ; 143:115—9 [Discussion 20].
40. O'Connor, P., O'Malley, R., Kaud, Y., Pierre, E. S., Dunne, R., Byrne, D., & Lydon, S. (2022). A scoping review of patient safety research carried out in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Medical Science* (1971-), 1-9.
41. Davis JW, Hoyt DB, et al. (1991) The significance of critical care errors in causing preventable death in trauma patients in a trauma system. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 31: 813—8 [Discussion 8—9].
42. Vioque SM, Kim PK, et al. (2014) Classifying errors in preventable and potentially preventable trauma deaths: a 9-year review using the Joint Commission's standardized methodology. *Am J Surg* ;208:187—94.
43. Subcommittee A. (2013), American College of Surgeons' Committee on T., International Awg. Advanced trauma life support(ATLS(R)): the ninth edition. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 74:1363—6.
44. Schluter PJ, Nathens A, et al. (2010) Trauma and Injury Severity Score (TRISS) coefficients 2009 revision. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 68: 761—70.

45. Sartorius D, Le Manach Y, David JS, et al. (2010) Mechanism, glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a newsimple prehospital triage score to predict mortality in traumapatients. *Crit Care Med*; 38:831—7.
46. Teixeira PG, Inaba K, et al. (2009) Preventable morbidity at amature trauma center. *Arch Surg* ;144:536—41 [Discussion41—2].
47. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, et al. (2005) The JCAHO patientsafety event taxonomy: a standardized terminology and classi-fication schema for near misses and adverse events. *Int J QualHealth Care*; 17:95—105.
48. Montmany S, Pallisera A, Rebasa P, et al. (2016) Preventable deathsand potentially preventable deaths. What are our errors? *Injury Journal*;47:669—73.
49. Ivatury RR, Guilford K, et al. (2008) Patient safety in trauma: maximal impactmanagement errors at a level I trauma center. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 64:265—70 [Discussion 70—2].
50. Esposito TJ, Sanddal ND, et al. (1995) Analysis of girardpreventable trauma deaths and inappropriate trauma care in arural state. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 39:955—62.
51. Pucher PH, Aggarwal R, Twaij A, Batrick N, Jenkins M, DarziA. (2013) Identifying and addressing preventable process errors intrauma care. *World J Surg*; 37:752—8.

VII. Anexos

1. CHKS Accredited organisations

Addenbrooke's Hospital, Cancer Directorate, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust - UK

The Aiseiri Group, Tipperary - Ireland

Alliance Medical Diagnostic Imaging, Limerick - Ireland

Ascot Rehabilitation, Surrey, UK

Auralia Hospital / Clinic, Dublin - Ireland

Bank of Cyprus Oncology Centre, Nicosia - Cyprus

Beacon Oncology Centre, Taunton and Somerset NHS Foundation Trust - UK

Beaumont Private Ambulance Service, County Mayo - Ireland

Berkshire Cancer Centre, Royal Berkshire NHS Foundation Trust - UK

Bushypark Addiction Treatment Centre, County Clare - Ireland

Cara Private Ambulance Service Ltd., County Cork, Ireland

Carnival UK Medical Centres:

P&O Cruises:

- Arcadia
- Aurora
- Azura
- Britannia
- Oceana
- Oriana
- Ventura

Cunard:

- Queen Victoria
- Queen Mary 2
- Queen Elizabeth

Centric Health Global Diagnostics, Dublin - Ireland:

- The Well at Work, Occupational Medical Service
- The Well, Executive Medicals
- Global Diagnostics, Radiology & Teleradiology

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Portugal

Centro Hospitalar do Medio Ave - Portugal *Suspended due to Pandemic - April 2021

Centro Hospitalar do Porto, Geral do Santo Antonio - Portugal

Centro Hospitalar Universitario de Lisboa Central EPE - Portugal

Cuan Mhuire, Co. Limerick - Ireland

Galway Hospice Foundation - Ireland

Gulladoo Addiction Treatment Centre, County Leitrim - Ireland
Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Radiotherapy and Chemotherapy – UK

Healthcare Group, Guernsey
Holland America Group: Princess Cruise Line, Holland America Line, P&O Australia and Seabourn, Medical Centers, USA

- Princess Cruises Caribbean Princess
- Princess Cruises Coral Princess
- Princess Cruises Crown Princess
- Princess Cruises Diamond Princess
- Princess Cruises Emerald Princess
- Princess Cruises Golden Princess
- Princess Cruises Grand Princess
- Princess Cruises Island Princess
- Princess Cruises Majestic Princess
- Princess Cruises Pacific Princess
- Princess Cruises Regal Princess
- Princess Cruises Royal Princess
- Princess Cruises Ruby Princess
- Princess Cruises Sapphire Princess
- Princess Cruises Sea Princess
- Princess Cruises Sky Princess
- Princess Cruises Star Princess
- Princess Cruises Sun Princess
- P&O Australia Pacific Aria
- P&O Australia Pacific Dawn
- P&O Australia Pacific Explorer
- Holland America Line Amsterdam
- Holland America Line Eurodam
- Holland America Line Koningsdam
- Holland America Line Maasdam
- Holland America Line Nieuw Amsterdam
- Holland America Line Nieuw Statendam
- Holland America Line Noordam
- Holland America Line Oosterdam
- Holland America Line Prinsendam
- Holland America Line Rotterdam
- Holland America Line Veendam
- Holland America Line Volendam
- Holland America Line Westerdam
- Holland America Line Zaandam
- Holland America Line zuiderdam
- Seabourn Seabourn Encore
- Seabourn Seabourn Odyssey
- Seabourn Seabourn Ovation
- Seabourn Seabourn Quest
- Seabourn Seabourn Sojourn

Hope House Addiction Treatment Centre, County Mayo - Ireland
Hospital da Prelada, Porto - Portugal

Hospital de Braga – Portugal
Hospital do Divino Espirito Santa de Ponta Delgada, Azores - Portugal
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. – Portugal *Suspended July 2021
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Portugal

Imperial College Healthcare NHS Trust: Oncology Services Chemotherapy & Radiotherapy – UK

Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE - Portugal
Instituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil Centro de Oncologia do Porto - Portugal
Islandhealth Practice, Guernsey - UK

Kent Oncology Centre, Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust - UK

Lifeline Ambulance Service Ltd, County Kildare - Ireland
Lindar Ambulance Service Ltd, County Mayo - Ireland

Mid and South Essex NHS FT Department of Radiotherapy and Radiotherapy Physics - UK
Mount Vernon Cancer Centre, Northwood, Middlesex - UK
Murray Ambulance Service Ltd, County Mayo - Ireland

New Victoria Hospital, Kingston upon Thames, Surrey - UK
North Middlesex University Hospital NHS Trust, Radiotherapy & Medical Physics
Department, London - UK

Portsmouth Hospitals NHS Trust: Portsmouth Oncology Centre, Radiotherapy Service - UK
Priory Corporate Group Head Office - UK

Queen's Road Medical Practice, Guernsey

ReproMed Fertility Clinic, Dublin - Ireland
Royal Free London NHS Foundation Trust, Radiotherapy Department, London - UK
Rutland Centre, Dublin - Ireland

St Catherine's Hospice, Crawley - UK
St Francis Private Hospital, County Westmeath - Ireland
St Luke's Cancer Centre, Radiotherapy Department, Guildford and East Surrey Hospital,
Royal Surrey County Hospital NHS FT, Surrey - UK
Smarmore Castle, County Louth, Ireland
Southscan MRI, Cork - Ireland
Special Hospital for Pulmonary Disease - Palliative Care Service, Croatia

Tabor Lodge Addiction and Housing Services, C.L.G., Ireland
The Cancer Centre London and Parkside Hospital Oncology Service - UK
The Children's Trust - UK
The Cyprus Institute of Neurology and Genetics - Cyprus
The Grove Addiction Treatment Centre, County Kerry, Ireland
The Island Medical Centre, Alderney - UK
The London Clinic, Radiotherapy and Medical Physics Departments - UK
The Rowans Hospice, Hampshire - UK
The Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust: Radiotherapy including Radiotherapy

Physics & Chemotherapy Services - UK

Ulster Independent Clinic, Belfast - UK

University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Southampton Oncology Centre
Radiotherapy Department - UK

UPMC Kildare Hospital, County Kildare - Ireland

UPMC Whitfield Hospital, County Waterford - Ireland

Vhi SwiftCare Clinics (Dublin Dundrum, Dublin Swords, Cork) - Ireland

Western Health and Social Care Trust Radiotherapy Department, Northern Ireland

White Oaks Rehabilitation Centre, Co. Donegal - Ireland

Willen Hospice, Milton Keynes - UK

Wimbledon NeuroCare Ltd - UK

Yeovil District Hospital NHS Foundation Trust: Adult Oncology Service - UK

Ygia Polyclinic, Limassol - Cyprus

2. JCI-Accredited Organizations

País / Região / Território (número de centros)

- Argentina - 3
- Austria - 2
- Azerbaijan - 3
- Bahamas - 1
- Bahrain - 5
- Bangladesh - 1
- Barbados - 1
- Belgium - 3
- Bermuda - 1
- Brazil - 63
- Brunei Darussalam - 3
- Bulgaria - 1
- Cambodia - 1
- Cayman Islands - 4
- Chile - 2
- China - 48
- Colombia - 5
- Costa Rica - 2
- Czech Republic - 1
- Ecuador - 1
- Egypt - 11
- Ethiopia - 1
- Georgia - 1
- Greece - 2
- Hong Kong SAR - 2
- India - 40
- Indonesia - 24
- Ireland - 31
- Israel - 8
- Italy - 24
- Japan - 30
- Jordan - 7
- Kazakhstan - 8
- Kenya - 2
- Kuwait - 3
- Lebanon - 5
- Luxembourg - 1
- Macedonia - 2
- Malaysia - 17
- Mexico - 7
- Moldova - 1
- Mongolia - 1
- Myanmar - 2
- Netherlands - 11
- Nicaragua - 1
- Nigeria - 2
- Oman - 6
- Pakistan - 5
- Palestinian - 5
- Panama - 2
- Peru - 11
- Philippines - 5
- Portugal - 10
- Qatar - 22
- Romania - 2
- Russian Federation - 5
- Saudi Arabia - 104
- Singapore - 5
- Slovenia - 3
- South Korea - 7
- Spain - 23
- Sri Lanka - 4
- Taiwan - 5
- Tanzania - 1
- Thailand - 59
- Turkey - 34
- Ukraine - 1
- United Arab Emirates - 208
- Uzbekistan - 1
- Vietnam - 5

Accreditação

- Academic Medical Center Hospital Program - 57
- Ambulatory Care Program - 146
- Home Care Program - 33
- Hospital Program - 611
- Laboratory -37
- Long Term Care Program - 19
- Medical Transport Program - 7
- Primary Care Program - 17

Certificação

- Acute Coronary Syndrome - 6
- Acute Ischemic Stroke - 1
- Acute Myocardial Infarction (AMI) Program - 13
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children - 1
- Bariatric Surgery Program - 2
- Bipolar Affective Disorder - 1
- Bone Marrow Transplant - 1
- Breast Cancer - 5
- Cancer Center - 1
- Cervical Cancer - 1
- Childhood Asthma - 1
- Chronic Depression Program - 1
- Chronic Kidney Disease Program-1
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Program - 1
- Colon Cancer - 1
- Diabetes Mellitus Program - 6
- Diabetes Type II - 2
- Heart Failure Program - 9
- Heart Transplant - 1
- Hip Replacement - 4

- Hospice Care - 1
- Infertility - 1
- Kidney Transplant - 1
- Knee Replacement - 9
- Liver Transplant - 1
- Low Back Pain - 1
- Lumbar Decompression and Fixation Program - 3
- Lung Cancer - 1
- Management of Advanced Atrioventricular Block - 1
- Management of Rotator Cuff Disorders - 2
- Normal Pressure Hydrocephalus - 1
- Orthogeriatric - 2
- Outpatient Diabetes - 1
- Pain Management Program - 1
- Palliative Care Program - 2
- Peritoneal Neoplasm - 1
- Polytrauma - 1
- Primary Stroke Program - 22
- Prostate Cancer - 2
- Rectal Cancer - 1
- Respiratory Distress in Prematurity - 1
- Rheumatoid Arthritis - 1
- Schizophrenia - 1
- Shoulder Replacement - 1
- Surgical Anterior Cruciate Ligament - 1
- Traumatic Brain Injury - 6
- Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) - 1
- Venous Thromboembolism - 1
- Ventricular Assist Device - 2