



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Administração

LUIS GUILHERME PEREIRA ARAÚJO

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso
sobre os resultados da implementação da gestão da qualidade em
um hospital no Distrito Federal.**

Brasília – DF

2023

LUIS GUILHERME PEREIRA ARAÚJO

GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso sobre os resultados da implementação da gestão da qualidade em um hospital no Distrito Federal.

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professora Orientadora: Dra., Vanessa Cabral
Gomes

Brasília – DF

2023

LUIS GUILHERME PEREIRA ARAÚJO

GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso sobre os resultados da implementação da gestão da qualidade em um hospital no Distrito Federal.

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

Luis Guilherme Pereira Araújo

Prof. Dra. Vanessa Cabral Gomes

Professora-Orientadora

Profª. Dra. Maria Gabriela Mendonça
Peixoto

Professora-Examinadora

Profª. Ma. Evelyn de Britto Dutra

Professora-Examinadora

Brasília, 05 de julho de 2023.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos primeiramente vão para Deus, que me rege e me guarda em todos os momentos e me capacita a enfrentar todas as barreiras da vida.

A minha divina mãe, Rozânia, que por percalços da vida não pode ter o privilégio de se formar em uma graduação, porém graças a sua educação, a qual nenhuma universidade oferta, poderá ver seu filho conquistando sua formação por ele e por ela. Agradeço a mulher que abdicou de seus sonhos para realizar os meus. Tudo por você minha mãe.

As minhas irmãs, Maria, Ana e Isabela que alegrem minha vida e que são minha inspiração diária para ser um irmão, e acima de tudo, um homem melhor.

Ao meu pai de alma e coração, Denilson, que por meio de seus ensinamentos e incentivos me permitiram alcançar sonhos inimagináveis. Sem ele não estaria onde estou.

A minha companheira de vida, Marianna Lorenzetti, que está em todos os momentos especiais da minha vida e que se dedica a alcançar os nossos objetivos. E com a paciência de um monge me ensina a ser um ser humano melhor a cada dia. Te amo.

Aos meus tios, tias e avó Jonez, Hilnan, Cleomar, Nedson, Idina, Marlene, Marinez e Aldaira, que em grande parte da minha vida, especialmente na infância, foram primordiais para minha formação por meio de muito afeto e uns puxões de orelha às vezes.

Ao Hospital em que trabalhei, o qual motivou a minha pesquisa, onde pude aprender a teoria na prática e além disso, pude conhecer pessoas extraordinárias as quais se dedicam incansavelmente para prestar o melhor ao paciente.

Por último, mas não menos importante, a minha querida orientadora, Vanessa Cabral, que desde do nosso primeiro contato foi uma entusiasta do meu projeto, mesmo sem saber se ele poderia se concretizar ou não. A qual em nenhum instante me deixou no escuro. Se fosse possível, o significado de “orientadora” deveria ser alterado para o seu nome no dicionário, professora. Você nasceu para guiar as pessoas. Muito obrigado pela oportunidade de ser seu orientando.

RESUMO

A qualidade se mostra necessária como ferramenta de melhoria nas organizações, e ainda mais necessária nas instituições hospitalares onde a busca pela excelência no atendimento e segurança do paciente são objetivos permanentes. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade no hospital em Brasília-DF. Para isso, buscou-se mapear as implicações do selo de qualificação ONA na organização, colaborador e paciente. O referencial teórico tratou de assuntos referentes às ferramentas da qualidade, qualidade de serviços e o processo de acreditação hospitalar. Quanto ao método, a pesquisa foi de caráter exploratório e descritivo, abordagem qualitativa, e uso de entrevista com roteiro semi-estruturado. Foram entrevistados 6 (seis) colaboradores que participaram do processo de acreditação hospitalar. Os principais impactos encontrados na pesquisa foram no planejamento estratégico e nas ferramentas para atingir o objetivo específico. Além do impacto sobre o norteamento da instituição e consequentemente no entendimento geral do trabalho com o paciente. Foram verificados impactos no desempenho e fornecimento de dados; no aumento do nível do trabalho e da responsabilidade dos colaboradores; e por fim impactou-se a maturidade da organização e o engajamento da equipe. Portanto, a implementação da qualidade foi benéfica à organização e seus colaboradores e aos pacientes por meio de processos mais sólidos e pela qualificação no cuidado e atendimento ao público. As principais contribuições desta é o incentivo aos hospitais a buscarem a certificação com objetivo de ofertar o melhor ao seu paciente e não apenas vender uma boa imagem institucional. Além disso, a pesquisa busca orientar os gestores sobre o percurso da acreditação até a conquista do selo. Ademais, pesquisas como esta contribuem para a expansão dos estudos sobre a gestão hospitalar no ambiente acadêmico.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Gestão Hospitalar. Acreditação Hospitalar. Selo de Qualificação ONA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos metodológicos e tipologia	20
Quadro 2 – Racional utilizado para a entrevista com os colaboradores	22
Quadro 3 – Caracterização da amostra	24
Quadro 4 - Categorias por agrupamento das respostas dos entrevistados	24
Quadro 5 – Quadro resumo dos principais achados.....	74

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Contextualização	8
1.2. Problematização	9
1.3. Objetivo geral	10
1.4. Objetivos específicos	10
1.5. Justificativa	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. Qualidade	12
2.2. Ferramentas da Qualidade	13
2.3. Qualidade de serviço	14
2.4. Gestão da Qualidade - ISO's	15
2.5. Acreditação de Qualidade no Sistema Hospitalar	16
3. METODOLOGIA	19
3.1. Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa.	19
3.2. Caracterização da organização.	20
3.3. População e amostra	21
3.4. Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa	21
3.5. Procedimentos de coleta e análise de dados.	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1. Implicações do selo de qualificação ONA na organização	27
4.1.1. Impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores	27
4.1.2. Melhorias no departamento com a obtenção do selo de qualificação ONA	31
4.2. Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador	35
4.2.1. Desempenho da equipe com a obtenção do selo ONA	35
4.2.2. Riscos analisados a partir das ferramentas da qualidade	39
4.2.3. Motivação da equipe visando a garantia da qualidade	45
4.2.4. Impactos negativos observados na obtenção do selo ONA	51
4.3. Implicações do selo de qualificação ONA no paciente	60
4.3.1. Impactos observados nos pacientes	61
4.3.2. Benefícios do selo de qualificação ONA na eficiência e segurança do paciente	68
4.4. Quadro resumo dos principais achado	74
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	76
5.1. Limitações do estudo	77
5.2. Sugestões para estudos futuros	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	83

1. INTRODUÇÃO

Nesta introdução será apresentado a contextualização da qualidade até a acreditação hospitalar. Bem como foi exposta a problematização a qual a presente pesquisa tem por objetivo responder. Ademais, foram abordados os objetivos geral e específicos, com a finalidade de facilitar a compreensão do leitor.

1.1. Contextualização

Conforme Siman et al. (2015), a demanda por qualidade, o aumento da tecnologia e a competição na prestação de serviços obrigam as organizações de saúde a tomar medidas para melhorar suas políticas e práticas de gestão, otimizar o desempenho dos funcionários e garantir a alta satisfação do cliente. No mesmo pensamento, para Souza et al. (2016), entre a competição do mercado de trabalho e as imposições dos clientes, a qualidade dos serviços prestados tornou-se requisito fundamental para qualquer ramo de atividade, especialmente no ramo hospitalar.

Nesse cenário de competitividade e crescimento, os gestores hospitalares necessitam de ferramentas e equipes adequadas para gerir os recursos que utilizam em suas atividades operacionais e principalmente sua qualidade (SOUZA et al., 2016). Para alcançar a qualificação, segundo Alástico e Toledo (2013) e Siman et. al (2015), a acreditação hospitalar surge como uma ferramenta que ajuda as organizações de saúde de alguma forma a aumentar a segurança assistencial, melhorar os processos de diagnóstico e tratamento e, finalmente, alcançar a excelência na gestão e no atendimento.

O programa de acreditação de serviços de saúde foi inaugurado na Europa, em 1981, com base nas atitudes do Dr. Avedis Donabedian (RODRIGUES, 2014). Existem várias concepções sobre a avaliação da qualidade em saúde, mas ao se discutir o tema, deve-se atentar para o clássico autor Donabedian, que preconizou o processo avaliativo pela tríade estrutura, processo e resultado. Portanto, conforme Donabedian, esses três elementos precisam ser avaliados para se ter uma visão mais plena dos serviços ofertados (SOUZA et al. 2019).

No Brasil, a Acreditação é voluntária e regulada pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), conforme Alástico e Toledo (2013). Fundada em 1999, a ONA é uma

organização não governamental que avalia e, em alguns casos, certifica a qualidade da atenção à saúde no país. Para tal, implementa um processo voluntário e regular, voltado para a melhoria contínua e de educação e aprendizado permanente (SIMAN et al., 2015). Nesse contexto, o processo de certificação da ONA é realizado por instituições acreditadoras credenciadas e tem como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação ONA (2019).

Desse modo, consoante ONA (2019), as instituições de saúde são avaliadas por meio de auditorias e categorizadas de acordo com títulos acreditados. As designações de acreditação indicam instituições avaliadas em três níveis diferentes: “Acreditado” em segurança e estrutura (Nível 1), “Acreditado Pleno” em organização dos processos (Nível 2) e “Acreditado com Excelência” em resultados (Nível 3) ou não ser acreditado caso não atenda aos critérios.

Em face das exigências da prestação de serviço na saúde com qualidade, conforme TREIB et al. (2022) a acreditação de instituições de saúde, pode orientar políticas que promovam a gestão de qualidade na saúde do Brasil, melhorando a qualidade dos serviços prestados à população. E para isso, de acordo com Siman et al. (2015), os gerentes precisam empregar algumas estratégias para atingir esse objetivo. Em virtude disso, realizou-se a pesquisa em uma instituição hospitalar acreditada no Distrito Federal-DF acerca da implementação da gestão da qualidade.

1.2. Problematização

Visando melhorar o atendimento ao cidadão, o hospital pesquisado por meio do setor da gestão da qualidade, decidiu galgar o selo de qualidade contando com avaliações periódicas da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2018 o hospital recebeu a sua primeira Certificação em Acreditação Hospitalar. Em 2020, o hospital investigado recebeu o selo de “Acreditado com Excelência”, conferido pela ONA.

O novo nível de acreditação, resultado de processo de avaliação, reconhece instituições de saúde que atingem padrões elevados de segurança, qualidade e gestão integrada, além de considerar que a cultura organizacional busca a melhoria contínua (SIMAN et al., 2015). O hospital mencionado foi o primeiro hospital público-privado do Distrito Federal e o primeiro pediátrico da região Centro-Oeste a receber esse certificado.

Outros trabalhos já foram feitos a respeito deste assunto, porém a presente pesquisa busca elucidar quais impactos foram observados na visão do colaborador com a certificação. Além disso, os outros trabalhos já foram feitos em hospitais privados, essa pesquisa foca em um hospital público-privado o qual possui poucos estudos.

Nesse contexto, segue a pergunta: quais os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade no hospital pesquisado?

1.3. Objetivo geral

Analisar os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade avaliada pela ONA no hospital em Brasília-DF.

1.4. Objetivos específicos

01. Verificar as implicações do selo de qualificação ONA na organização;
02. Verificar as implicações do selo de qualificação ONA no colaborador;
03. Verificar as implicações do selo de qualificação ONA no paciente.

1.5. Justificativa

Existem diversos trabalhos científicos voltados aos estudos dos processos de acreditação hospitalar (RAFAEL e AQUINO, 2019; CARDOSO, 2019; VELHO et al. 2013; SIMAN et al. 2015), porém, o que se tem observado é uma ausência de trabalhos relacionados aos impactos que acometem em conjunto a organização, paciente e colaboradores e, além disso, são poucas pesquisas que expõe as concepções dos colaboradores sobre os percalços e incentivos acerca do processo de acreditação hospitalar.

Dessa forma, a relevância do presente estudo se justifica pela necessidade de expor a sociedade a importância que a acreditação hospitalar traz para a organização, e consequentemente ao paciente na forma de processos mais seguros, diminuição de eventos adversos, excelência no atendimento entre outros benefícios abordados na pesquisa (NASCIMENTO et al., 2020).

Segundo informações do Mapa de Acreditação da ONA (2019), dos 331 hospitais certificados pela ONA, 166 possuem o nível mais alto da certificação – deles, apenas 26

são hospitais públicos. O hospital da pesquisa agora integra esse grupo, sendo o primeiro Acreditado com Excelência da rede pública do Distrito Federal.

Assim, um trabalho que investigue os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade, é fundamental para incentivar os hospitais a buscarem a certificação com objetivo de ofertar o melhor ao seu paciente e não apenas vender uma boa imagem institucional (SOUZA, 2019; TAJRA, 2015). Além disso, a pesquisa busca orientar os gestores sobre o percurso da acreditação até a conquista do selo. Ademais, pesquisas como esta contribuem para a expansão dos estudos sobre a gestão hospitalar no ambiente acadêmico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo 2 é abordado o referencial teórico da pesquisa, expondo os principais conceitos relacionados ao tema. O capítulo 2 é distribuído da seguinte maneira: 2.1 Qualidade; 2.2 Ferramentas da Qualidade; 2.3 Qualidade de serviço; 2.5 Gestão da Qualidade - ISO's e 2.6 Acreditação de Qualidade no Sistema Hospitalar.

2.1. Qualidade

O conceito de qualidade mudou desde o seu surgimento, afetando estilos de gestão, consumidores e pessoas envolvidas na produção de bens e serviços para empresas, processos, produtos e serviços, desempenho organizacional e meio ambiente (ANDRADE, 2018). Até a Segunda Guerra Mundial, o conceito de qualidade baseava-se nas propriedades físicas dos produtos, pois a produção se concentrava em sociedades monopolistas onde a demanda era muito maior que a oferta (LOBO, 2020).

Nessas circunstâncias, surgiram os principais nomes na área da qualidade. Dentre eles está o físico, Deming, que fundamentou a qualidade no controle e melhoria dos processos com o uso de técnicas estatísticas (ANDRADE, 2018). Em seguida, Juran, que respaldou a qualidade como relação de consumo ajustando o produto à demanda (PALADINI, 2019). Crosby, que estabeleceu a qualidade como produto isento de falhas. Ishikawa, que enfatizou a qualidade na capacidade de atender as necessidades dos clientes. Por fim, Taguchi, que considerava qualidade como a mínima perda de produtos (LANDIVA, 2021).

Após a fase da era da garantia da qualidade, inicia-se a era da Gestão da Qualidade Total (TQM). Desse modo, com uma maior inclusão de pessoas, disciplinas, elementos, aspectos e características do produto, se desenvolve cada vez mais uma compreensão abrangente da qualidade (LANDIVA, 2021). Segundo Britto (2015), a TQM está associada a vários conceitos de gestão, unindo-se aos clientes externos e internos. O objetivo desses conceitos é acionar, de forma integrada, uma série de ações que devem atingir apenas um objetivo: atender às necessidades do cliente.

Para que a gestão da qualidade total seja executada da melhor forma é necessário compreender seus objetivos organizacionais. Nesse viés, são essenciais para o sucesso dessa abordagem que a liderança da alta gestão seja forte e a educação seja contínua para todos os membros da organização (LOBO, 2020). De acordo com Britto (2015), a TQM possui 3 (três) dimensões essenciais para sua perseguição: fornecedor, colaborador e *stakeholders* e que o compromisso da alta direção com elas fornece o reconhecimento de valor do mercado à organização.

Ademais, a abordagem usada pela Gestão da Qualidade Total (TQM), de garantir o aperfeiçoamento da qualidade, pode ser sintetizada com a expressão de melhoria contínua (PALADINI, 2019). Desse modo, ao propor a noção de melhoria contínua, a TQM se caracterizou pela aplicação do gerenciamento nos processos e resultados, por meio do uso adequado das ferramentas da qualidade (BRITTO, 2015; PALADINI, 2019). Por esta razão, é importante entender o significado do processo e discutir as ferramentas de qualidade utilizadas para gerenciá-lo (BRITTO, 2015).

2.2. Ferramentas da Qualidade

As ferramentas de qualidade são técnicas usadas para identificar, estabelecer, medir, analisar e fornecer soluções para problemas identificados dentro de um processo organizacional para criar melhoria de qualidade desses processos (LANDIVA, 2021). Segundo Lobo et al. (2015), o primeiro conjunto de técnicas da Qualidade Total inclui ferramentas como instrumentos, gráficos, procedimentos numéricos ou analíticos, formulações práticas, diagramas operacionais e mecanismos operacionais. Ou seja, uma forma estruturada de viabilizar a prática da Qualidade Total.

Nesse cenário, a fim de melhorar os processos por meio das ferramentas da qualidade, Britto (2015) destaca o Ciclo PDCA, ou o ciclo da melhoria contínua, que busca identificar e organizar as atividades do processo de solução de problemas para garantir a efetiva implementação das atividades planejadas. Conforme Lobo (2020), com o uso correto desta ferramenta, a organização vai ter uma base sólida para o crescimento e melhoria contínua.

Outra ferramenta da qualidade usada para melhorar o desempenho dos processos é o Diagrama de Ishikawa, ou também conhecido como espinhas de peixe, o qual visa identificar e avaliar a causa de uma falha específica. Assim fica mais fácil entender e chegar a um acordo sobre quais atitudes devem ser tomadas para evitar erros futuros (SOUZA, 2018). Conforme Lobo (2020), para o melhor desenvolvimento do diagrama é fundamental o uso de duas ferramentas: 5W2H e *Brainstorming*. A ferramenta 5W2H é um *checklist* de afazeres, prazos e responsabilidades, enquanto o *Brainstorming* é um método de geração coletiva de novas ideias por meio de indivíduos inseridos em grupo.

Com o intuito de fornecer uma descrição visual das atividades que envolvem um processo, tem-se o fluxograma. De acordo com Lobo et al. (2015), a ferramenta mostra a relação sequencial entre si, facilitando a compreensão rápida de cada atividade e sua relação com a outra. Em sequência, a matriz SWOT ou FOFA é uma ferramenta muito usada no planejamento estratégico. Nesse cenário, Britto (2015) expõe que sua contribuição para a gestão da qualidade é fundamental principalmente para levantar o ponto de interesse da empresa, e uma vez conhecido, os gestores podem passar para a próxima etapa do planejamento baseado na qualidade como estratégia.

2.3. Qualidade de serviço

Numa sociedade em constante mudança e evolução, é crucial compreender a qualidade como um fator que contribui para a manutenção dos serviços de saúde. Admitir a gestão da qualidade como uma atividade essencial para gerir e dirigir uma organização permite-nos melhorar tanto os produtos como os serviços oferecidos aos nossos clientes (LOBO, 2020; SOUZA et al. 2019).

Quando os serviços são vendidos, percebe-se que o objeto de prestação é uma combinação proporcionalmente variável de elementos tangíveis e intangíveis (CASAS,

2019). Segundo Andrade (2018), o mercado de serviços é diferente de um mercado de produtos, pois essencialmente o serviço é um processo ou atividade abstrata.

Desse modo, a relevância na abordagem do prestador de serviço é fundamental para tornar o serviço mais concreto e gerar qualidade em um mercado tão competitivo. Nesse processo, os elementos centrais do serviço se evidenciam, onde a interação entre cliente e empresa se mostra heterogênea (LOBO et al, 2015).

Nessas circunstâncias, o compromisso com a abordagem é essencial, pois conforme Casas (2019) no momento em que um cliente contacta uma organização, ele vai utilizar um serviço que é consequência de todo o esforço de treinamento e aprendizado anterior a esse contacto. Se uma empresa prioriza a preparação adequada de seus funcionários, seus serviços são considerados de alta qualidade. Nesse viés, as organizações estão cada vez mais interessadas em facilitar diferentes experiências para seus clientes e tentar se diferenciar, resultando em uma melhor prestação de serviços em todas as atividades. Em outros termos: otimizar o atendimento ao cliente (COSTA et al, 2020; TAJRA, 2015; ANDRADE, 2018).

Diante desse compromisso e responsabilidade pela recepção prestada, para Souza et al. (2019), os profissionais do hospital devem gerenciar a qualidade dos serviços que prestam não apenas para alcançar um padrão aceitável de atendimento, mas também para atender às demandas e expectativas dos pacientes. Logo, cabe às organizações se preocupar com a retenção e fidelização de clientes e visar atender às suas necessidades. Os clientes orientam o comportamento atual e futuro de uma organização. O árbitro final é o cliente (TAJRA, 2015).

Portanto, preparar a organização para desenvolver habilidades em serviço requer o envolvimento das pessoas no esforço pela qualidade. A prosperidade dos processos de melhoria está diretamente conectado às ações e posturas dos colaboradores. (SOUZA, 2018; LOBO et al, 2015; TAJRA, 2015).

2.4. Gestão da Qualidade - ISO's

Para que os processos fossem normatizados e obtivessem um grau ótimo de atividades e resultados, em 1987 a *International Organization for Standardization* (ISO), anunciou a

primeira versão das normas ISO 9000 (ROGOLA, 2021; SILVA, 2020). A norma ISO 9000 foi lançada com o objetivo de oferecer um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) aprimorado para as organizações envolvidas em melhorar seus processos para obter resultados financeiros, satisfação do cliente, reconhecimento global e reputação (HUSSAIN et al, 2018). A norma ISO 9000 foi planejada para ampliar o desempenho das empresas que adotem as suas diretrizes gerenciais (CHEN et al, 2019).

Dois benefícios movem a popularidade da série ISO 9000 em todo o mundo: os externos e os internos (CHEN et al, 2019). Os benefícios internos incluem melhoria de processos, redução de custos e aumento da consciência de qualidade (KAKARIOUS e SFAKIANAKI, 2018; HUSSAIN et al, 2018). Enquanto os externos, como a melhora da imagem da instituição e o aumento da credibilidade perante a sociedade, compreendem o uso da certificação como ferramenta de marketing para expandir a atuação de mercado e a resposta às pressões externas dos clientes (KAKARIOUS e SFAKIANAKI, 2018; RAFAEL e AQUINO, 2019).

Na busca desses benefícios, as empresas que anseiam a certificação da ISO 9000, devem ser auditadas por terceiros e avaliadas regularmente para conformidade e eficácia (JAVORCIK e SAWADA, 2018). A auditoria de terceiros visa assegurar a credibilidade não apenas dos processos, mas também da própria certificação (HUSSAIN et al., 2018). Na iminência de manter o status da certificação, os processos são revisados regularmente para estarem em conformidade com os critérios ISO 9000 por auditores certificados (JAVORCIK e SAWADA, 2018).

A procura pela certificação ISO 9000 revela o compromisso organizacional com a implementação de um SGQ para o máximo desempenho e eficiência, tendo em consideração os interesses dos stakeholders internos e externos (HUSSAIN et al., 2018). Ao aplicar o padrão ISO 9000, as empresas necessitam modificar suas operações existentes para realizar os requisitos da norma (CHEN et al., 2019).

A versão mais atual da ISO 9001:2015 trouxe mudanças significativas, como por exemplo a inclusão do pensamento baseado em risco, destacando os riscos e oportunidades relevantes que podem afetar o SGQ (FONSECA et al., 2019). A norma ISO 9001:2015 é a mais orientada para o risco em relação às edições anteriores (BAKATOR e COŸKALO,

2018). Nessa versão, a alta direção tem maior presença no SGQ, ela gere a organização, assume sua representação legal e responde por ela na tomada de decisões (OST e SILVEIRA, 2018).

As normas da família 9000 que são atribuídas à qualidade atualmente são: ISO 9001, ISO 9004 e ISO 19011. Respectivamente, a ISO 9001 traz o gerenciamento das atividades de forma conectada para satisfazer as exigências de seus clientes (SFREDDO et al., 2018). Enquanto a ISO 9004 tem um objetivo mais amplo, pois a norma orienta que os movimentos realizados levem em consideração além dos clientes, a satisfação dos colaboradores, acionistas, fornecedores etc (CORRÊA et al., 2019). Por fim, a norma ISO 19011 é fundamentada como diretriz para auditorias de sistemas de gestão (OST e SILVEIRA, 2018).

2.5. Acreditação de Qualidade no Sistema Hospitalar

A demanda pelo aperfeiçoamento da qualidade em serviços e produtos pelas instituições de saúde, públicas e privadas, ampliou-se (SILVA e CARVALHO, 2020). Nesse sentido, para encontrar novas formas de financiamento das gestões públicas, alterou-se o papel do Estado na sociedade e na economia, deixando de ser o único prestador de serviços públicos, e introduziram-se novos modelos de contratação, como a título de exemplo as parcerias públicas (MATOS e NUNES, 2017).

Desse modo, a gestão pública desempenha as funções e serviços de sua responsabilidade com menor custo, e a administração privada terá a oportunidade de obter mais benefícios econômicos por meio de uma gestão eficiente (MATOS e NUNES, 2017). Por conseguinte, o propósito principal das instituições hospitalares é fornecer serviços de forma conveniente aos pacientes, e para isto deve-se atentar-se com o processo de melhoria contínua da qualidade da gestão (BRASIL, 2002).

No contexto da qualidade, a acreditação hospitalar manifestou como mais um dos instrumentos que podem auxiliar às instituições de saúde na efetividade à garantia da segurança do paciente, no aperfeiçoamento dos processos em diagnóstico e como consequência conquistar a excelência na gestão (NASCIMENTO et al., 2020).

A história da acreditação hospitalar no Brasil iniciou no final dos anos 80, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) instituiu critérios para os serviços hospitalares da América Latina que, se alcançados, dariam ao hospital o status de “acreditado” (RAFAEL e AQUINO, 2019). Em 1995, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou o controle de qualidade por meio da formação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (NASCIMENTO et al., 2020). Em 1998, foi aprovada a proposta de criação da Comissão Brasileira de Acreditação Hospitalar. (CARDOSO, 2019).

O programa trouxe a 1ª edição do o Manual de Acreditação Hospitalar que estabelecia diretrizes para o processo de qualidade (ONA, 2019). Em 1999 foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), validando o que estava escrito no manual, além de fixar a sistemática de avaliação, definir critérios de qualidade e instruir avaliadores (TOMASICH et al., 2020; SOUZA et al., 2021; SILVA, 2020; SIMAN et al., 2015). Em 2001, o Ministério da Saúde determinou a ONA como instituição e orientadora do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) (ONA, 2019).

A ONA proporciona a realização da certificação de qualidade para diferentes tipos de organizações de saúde, por meio de processo de avaliação voluntário que objetiva garantir a qualidade através da comparação com os padrões estabelecidos (TOMASICH et al., 2020). A solicitação da acreditação pela organização é uma ação voluntária, periódica, espontânea, reservada e sigilosa almejando obter a posição de acreditada conforme padrões estabelecidos (SIMAN et al., 2015; SOUZA et al., 2016; RAFAEL e AQUINO, 2019; SILVA, 2020). O sistema de gestão da qualidade ONA, por meio da Normas Orientadora nº 4, define da seguinte maneira o processo de avaliação de acreditação:

A acreditação tem como alvo, dentre outras, as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. A organização de saúde manifesta interesse pelo processo de avaliação para a acreditação junto à Instituição Acreditadora Credenciada de sua preferência. O processo de avaliação para acreditação consiste em um conjunto de atividades inter-relacionadas que verifica, nos diversos processos da organização ou programa de saúde, o atendimento aos padrões e requisitos estabelecidos no manual. O avaliador líder é o responsável final, perante a Instituição Acreditadora Credenciada, pelo processo de avaliação para fins de acreditação, a partir da etapa de Programação da Visita. A conclusão deste processo resulta na acreditação ou não das organizações de saúde. Será considerado acreditado, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde que atingir em todas as áreas/unidades/processos avaliados, conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1, e Norma para o Processo de Avaliação específica, estabelecidos no referido manual. O resultado de Acreditado e Acreditado Pleno é válido por 02 (dois) anos cada. Por sua vez, o resultado de

Acreditado com Excelência é válido por 03 (três) anos. A organização, serviço ou programa da saúde considerado Acreditado ou Acreditado Pleno poderá solicitar antecipadamente ao término da validade do certificado, um novo processo de avaliação (*upgrade*), com o objetivo de tentar alcançar um resultado superior ao obtido, conforme estabelecido em norma específica. A avaliação de *upgrade* pode ser solicitada somente após 01 (um) ano de vigência da atual certificação (ONA, 2015).

A Acreditação Hospitalar pode ser classificada em três níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado por Excelência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nível 1 – Acreditado: Este detém o princípio de Segurança (estrutura); Nível 2 – Acreditação Plena: tem como princípio Organização (processos), neste cenário é pensado para a melhoria dos processos; Nível 3 – Acreditação por Excelência: neste o princípio que norteia é a excelência na gestão (resultado) (ONA, 2019; SILVA, 2020; MARGUTTI, 2022).

Para alcançar os níveis de acreditação, é fundamental a participação ativa e igualitária de todos os colaboradores no processo de acreditação hospitalar (RAFAEL e AQUINO, 2019). O processo deve notabilizar o profissional, deixando as metas definidas e compreensíveis, mas também exibindo os resultados alcançados na jornada, para que os colaboradores reconheçam as melhorias e a sua relevância como coparticipantes (NASCIMENTO et al, 2020).

Conseqüentemente, os benefícios em dispor de uma acreditação vão além de circunstâncias organizacionais e alcançam aspectos sociais (RAFAEL e AQUINO, 2019). É acentuado a valorização dos aspectos humanos da acreditação, apoiando a melhoria nas conexões sociais, fomentando a maior ligação das pessoas (SILVA, 2020; ALÁSTICO e TOLEDO, 2013), como por exemplo o *disclosure* onde permite a divulgação de eventos adversos aos pacientes e seus familiares (MARGUTTI et al. 2022). Por outro lado, a acreditação tem seus pontos negativos, como os altos custos de implantação, estresse gerado pela cobrança nas realizações das atividades e a insegurança na realização de certos processos (MANZO et al., 2012).

Por fim, cabe citar que a Acreditação, para efetuar melhorias na qualidade da assistência, requer esforço interdisciplinar e superação da atenção fragmentada (RAFAEL e AQUINO, 2019). É indispensável provocar mudanças no processo de trabalho (SILVA, 2020). Portanto, ressalta-se que a avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada mediante a colaboração entre gestão e cliente, mas também pelos colaboradores que

forneem assist4ncia  população de maneira direta ou indireta (TREIB et al., 2022; NASCIMENTO et al, 2020).

3. METODOLOGIA

O capítulo é distribuído da seguinte maneira: 3.1 Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa; 3.2 Caracterização da organização; 3.3 População e amostra; 3.4 Instrumento de coleta de dados; 3.5 Procedimentos de coleta e análise de dados.

3.1. Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa.

O trabalho proposto é um estudo de caso único, cuja abordagem de pesquisa adotada é a qualitativa, exploratória e descritiva. A avaliação qualitativa é necessária, pois a estratégia de pesquisa do estudo de caso visa examinar as unidades sociais que são analisadas em profundidade e intensivamente (MARTINS, 2008).

Inicialmente, a avaliação qualitativa, caracteriza-se por identificar, compreender e interpretar fatos e fenômenos, em oposição à avaliação quantitativa, que é dominada por medições (MARTINS e THEÓPHILO, 2016). Os métodos qualitativos funcionam de forma mais indutiva, focam na subjetividade do sujeito (ou objeto) e focam na construção da teoria - estratégias construtivistas de pesquisa (SORDI, 2017).

À vista disso, a análise dos dados segue o método de indutivo que permite tirar conclusões gerais de achados específicos, embora respeitando as limitações de tais estudos (MARTINS e THEÓPHILO, 2016). Desse modo o pesquisador, durante a pesquisa qualitativa, procede pelo caminho indutivo e coleta dados por meio de entrevistas, observação e análise de documentos para formar categorias, hipóteses e teorias (GIL, 2022).

Por conseguinte, a pesquisa trata-se também de uma investigação empírica que estuda fenômenos em situações do mundo real onde o pesquisador não tem controle sobre fatos e variáveis, tentando entender o quadro geral e descrevendo, compreendendo e interpretando criativamente as complexidades de um caso particular (MARTINS e THEÓPHILO, 2016). Em outras palavras, a pesquisa empírica estuda eventos contemporâneos em seu contexto, especialmente quando os limites entre fenômenos e contexto não são claramente definidos (GIL, 2022).

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista, que é o ato de apresentar questões ao entrevistado e registrar as respostas. De forma geral, o pesquisador deve estimular o entrevistado a falar, por meio de diferentes técnicas e estratégias (SORDI, 2017). O instrumento foi um questionário semiestruturado, indicado para entrevistados que possuem certo conhecimento sobre o tema em questão.

Ao final, quanto ao tratamento dos dados, foi escolhida a análise de conteúdo (MARTINS e THEÓPHILO, 2016). O Quadro 1 ilustra o esquema tipológico da pesquisa.

Quadro 1 - Aspectos metodológicos e tipologia.

Aspectos Metodológicos	Tipologia
Base lógica de investigação	Método indutivo
Natureza	Pesquisa aplicada
Nível de pesquisa	Pesquisa descritiva
Abordagem ao problema de pesquisa	Abordagem qualitativa
Procedimento técnico	Estudo de caso
Técnica de coleta de dados	Entrevista
Instrumento de coleta de dados	Roteiro semi estruturado
Técnica de avaliação dos dados	Análise de conteúdo

Fonte - Elaborado pelo autor

3.2. Caracterização da organização.

A instituição, cuja atividade é o objeto desse estudo, é um hospital público-privado terciário caracterizado como um centro especializado no tratamento integrado e multiprofissional da criança e do adolescente. Atende exclusivamente pelo SUS e é gerido pelo Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE).

A Associação Brasileira de Apoio à Família da Criança com Câncer e Hemopatia (ABRACE), instituição reconhecida com atuação no Distrito Federal, identificou a necessidade de ir além do apoio às famílias de crianças com câncer. Por isso, emvidou esforços e mobilizou a sociedade civil para a criação de um centro de gestão especializado,

eficaz e dotado de todos os recursos, para o tratamento ambientado e multidisciplinar de crianças e jovens. Assim nasceu o projeto do hospital (GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO DO HOSPITAL, 2019).

Nesse viés, a unidade de internação foi construída pelo Governo do Distrito Federal (GDF) em colaboração com a Organização Mundial da Família (WFO) e incluiu todo o departamento hospitalar, operações, unidade de terapia intensiva (USI), centro de treinamento e pesquisa e diagnósticos especiais. Com ativação a partir de novembro de 2018, o hospital investigado presta mais de 400.000 atendimentos por ano (GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO DO HOSPITAL, 2019).

Logo, o hospital funciona exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é administrado pelo ICIPE, associação de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos (GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO DO HOSPITAL, 2019).

Ademais, o serviço de internação hospitalar funciona todos os dias do ano, incluindo finais de semana e feriados. Já o funcionamento ambulatorial é realizado de segunda a sexta, das 7h às 18h e aos sábados, das 7h às 13h (GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO DO HOSPITAL, 2019).

3.3. População e amostra

Por população entende-se o conjunto de objetos dos quais as amostras são retiradas (SORDI, 2017), por vezes os elementos compreendidos pela população são abrangentes, o que dificulta uma avaliação estreita. Por conta disso, deve-se trabalhar com uma amostra, uma pequena fração dos elementos que compõem o universo (GIL, 2021).

Nessa direção, a população é composta pelos profissionais da assistência e/ou administrativo do hospital que participaram ou foram impactados pelo processo da acreditação. Os colaboradores que não participaram ou não foram impactados pelo processo de Acreditação foram excluídos da pesquisa.

3.4. Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa

Como abordado anteriormente, a técnica de pesquisa utilizada para o estudo foi entrevista, e o instrumento foi o roteiro semiestruturado. Para a entrevista, é necessário

apresentar questões aos entrevistados e registrar suas respostas. Em geral, os pesquisadores devem encorajar os entrevistados a falar. Essa postura padrão pode ser alcançada de várias maneiras diferentes, usando diferentes técnicas e estratégias (SORDI, 2017).

Nesse viés, a entrevista foi parcialmente estruturada com a execução de um roteiro de perguntas pré-estabelecidas fundamentadas em pressupostos teóricos referenciados que levaram ao seu desenvolvimento (RAFAEL e AQUINO, 2019). Segundo Gil (2022), a entrevista parcialmente estruturada é pautada por uma lista de pontos de interesse que o entrevistador vai indagar ao longo do curso.

O roteiro utilizado é uma adaptação do trabalho de Rafael e Aquino, 2019. O roteiro é formado por 8 (oito) perguntas semiestruturadas onde os pressupostos têm foco nas implicações do selo de qualificação ONA sobre a organização, colaborador e por fim no paciente. Ao final, o colaborador era convidado a acrescentar mais alguma informação que achava relevante.

O Quadro 2 demonstra os pressupostos teóricos, as referências utilizadas e as perguntas propostas. O Apêndice A apresenta o roteiro utilizado para a entrevista. Os pressupostos e o roteiro utilizados podem ser verificados no Apêndice A e B respectivamente.

Quadro 2 - Racional utilizado para a entrevista com os colaboradores.

Pressupostos	Referências	Perguntas
Implicações do selo de qualificação ONA na organização	ROONEY, Anne; OSTENBERG, Paul. Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde. Wisconsin: Center for Human Services, 1999.	Qual o impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores?
Implicações do selo de qualificação ONA na organização	MANZO, Bruna; BRITO, Maria; CORRÊA, Allana. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011.	Quais melhorias foram observadas no seu departamento com a obtenção do selo de qualificação ONA?
Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador	DEVERS, Kelly; PHAM, Hoangmai; LIU, Gigi. What is driving hospitals' patient-safety efforts?. Washington, DC: Health Affairs, 2004.	Houve melhoria do desempenho da equipe com a obtenção deste selo?

Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador	REIS, Luciano; PIRES, Eder. Sistemas de Gestão de Qualidade: Custos inerentes e o problema da descontinuidade. Florianópolis: IX Congresso Internacional de Custos, 2005.	Com a implementação das ferramentas da qualidade foram percebidos riscos que anteriormente não eram analisados? Houve ou haverá alteração nos seus indicadores?
Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador	FILHO, João; MONTENEGRO, Adauto; BARRAGÃO, Sheilimar. Qualidade na saúde à luz da acreditação hospitalar e sua interface com a gestão de pessoas. Ceará: Psicologia PT, 2012.	Como você motiva a sua equipe para que eles executem cada vez mais atividades, muitas vezes burocráticas, visando a garantia da qualidade e a gestão do seu processo?
Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador	POMEY, M; FRANÇOIS, P; CONTANDRIOPOULOS, A. Paradoxes of French accreditation. Canadá: Quality & Safety in Health Care, 2005.	Qual ou quais os impactos negativos que puderam ser observados? Houve alguma indisposição ou estresse provocado pela cobrança na realização das atividades solicitadas aos colaboradores?
Implicações do selo de qualificação ONA no paciente	MENDES, Glauco; MIRANDOLA, Thayse. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. 3. ed. São Carlos: Revista Gestão e Produção - UFSCar, 2014. v. 22.	Que tipos de impactos podem ser observados nos principais clientes, ou seja, nos pacientes?
Implicações do selo de qualificação ONA no paciente	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2004.	Quais os benefícios do selo de qualificação ONA tendo em vista a gestão da qualidade, com foco na eficiência e segurança do paciente?

Fonte - Adaptado pelo autor a partir do trabalho de RAFAEL e AQUINO, 2019.

3.5. Procedimentos de coleta e análise de dados.

Para a realização das entrevistas, foi feita uma abordagem com o Gerente da Gestão da Qualidade, que indicou quais funcionários possuem os pré-requisitos para participarem da entrevista. A partir das indicações, foi feito o contato prévio com o colaborador, a fim de verificar sua disponibilidade. Ao todo foram realizadas entrevistas com seis (6) colaboradores em anonimato, identificadas pelas siglas de EN1 a EN6.

As entrevistas foram realizadas no período de 01/05/2023 a 01/06/2023, pela plataforma online Teams e tiveram a duração média de 25 minutos. Estas foram gravadas com a devida autorização dos entrevistados (Apêndice B).

O Quadro 3 traz as características gerais da amostra entrevistada.

Quadro 3 - Caracterização da amostra

Entrevistado	Atribuição	Tempo na Organização	Formação
EN1	Gerente de Qualidade	4 anos	Enfermagem
EN2	Analista da Qualidade	5 anos	Enfermagem
EN3	Analista da Qualidade	7 anos	Enfermagem
EN4	Assistente Administrativo da Qualidade	3 anos	Gestão de Políticas Pública
EN5	Analista de Segurança do Paciente	75 dias	Enfermagem pós-graduada
EN6	Analista da Qualidade	5 anos	Sanitarista

Fonte - Elaborado pelo autor

Os dados qualitativos disponibilizados ao longo da entrevista foram transcritos, de maneira a traduzir no formato escrito todas as falas expressadas. Ao contrário de outros delineamentos já considerados, a análise e interpretação é um processo que nos estudos de caso se dá simultaneamente à sua coleta. A rigor, a análise se inicia com a primeira entrevista ou observação (GIL, 2022).

Portanto, após a coleta das respostas, foi feita a uma compilação detalhada dos dados alcançados ao longo da entrevista, mediante compreensão detalhada dos relatos dos participantes, seguindo a semelhança dos pressupostos e referenciais teóricos (Quadro 2), utilizados para refinar as questões agrupadas e categorizados para análise. As categorias das respostas foram agrupadas de acordo com o Quadro 4.

Quadro 4 - Categorias por agrupamento das respostas dos entrevistados.

Respostas	Categorias
Questões de 1 e 2	Implicações do selo de qualificação ONA na organização
Questões de 3 a 6	Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador
Questões de 7 e 8	Implicações do selo de qualificação ONA no paciente

Fonte - Adaptado pelo autor a partir do trabalho de RAFAEL e AQUINO, 2019.

Para a avaliação dos dados e compilação dos resultados foi empregue a análise de conteúdo, que segundo Martins e Theóphilo (2016) é uma técnica de estudo e análise objetiva e sistemática da comunicação, acompanhando detalhadamente a natureza do texto com as informações, dados e elementos disponíveis, e compreendendo as causas, introduções, efeitos e consequências da mensagem.

Nesse contexto, a análise de conteúdo compreende três etapas indispensáveis: pré-análise que é a coleta e ordenação do objeto a ser analisada, descrição analítica onde é feito o estudo detalhado do material e por fim a interpretação inferencial onde os conteúdos são apresentados em dependência dos propósitos do estudo (MARTINS e THEÓPHILO, 2016).

Em relação aos estudos sociais nas organizações, o estudo das condições de trabalho tem se destacado como tema recorrente para amparar a tomada de decisão sobre inúmeras ações estratégicas organizacionais (RAFAEL e AQUINO, 2019). Portanto, ao utilizar a perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa organizacional, compreende-se que esta técnica é um referencial bastante familiar para quem trabalha nas organizações (CÂMARA, 2013).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quarta seção do trabalho visa apresentar os resultados obtidos por meio da análise das 8 (oito) perguntas elaboradas no roteiro semiestruturado (em concordância com o Apêndice A), de modo a expor o estudo dos objetivos específicos com base no referencial teórico. Logo, a partir disso, as análises foram construídas e exploradas conforme perguntas relacionadas aos objetivos específicos, objetivadas no Quadro 4 - categorias por agrupamento das respostas dos entrevistados - que tratam basicamente das implicações do selo de qualificação ONA: na organização, no colaborador e no paciente.

Em síntese, para melhor estruturação, as subseções foram abordadas na seguinte ordem: 1ª Implicações do selo de qualificação ONA na organização, 2ª Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador, 3ª Implicações do selo de qualificação ONA no paciente e 4ª Quadro resumo dos achados, sintetizado os pontos chaves da pesquisa.

Inicialmente, a primeira análise foi feita em relação às implicações do selo de qualificação ONA na organização, consoante Quadro 4. À vista disso, para tratar desse objetivo específico, os entrevistados foram questionados, conforme o roteiro descrito no Apêndice A, com as seguintes perguntas: “qual o impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores” e “quais melhorias foram observadas no departamento com a obtenção do selo de qualificação ONA”.

Em seguida, na segunda análise, foram elaboradas perguntas compatíveis com o Apêndice A, norteadas para destrinchar o comportamento dos colaboradores durante o processo de acreditação e execução das ferramentas da qualidade, a fim de responder ao objetivo específico das implicações do selo de qualificação ONA no colaborador, de acordo com o Quadro 4.

Por fim, na última análise, coube aos entrevistados responderem questões direcionadas sobre benefícios que a acreditação trouxe para o paciente. Nessa perspectiva, foram abordadas as seguintes indagações, segundo o Apêndice A: “que tipos de impactos podem ser observados nos principais clientes, ou seja, nos pacientes?” e “quais os benefícios do selo de qualificação ONA tendo em vista a gestão da qualidade, com foco na eficiência e segurança do paciente?”. Logo, foi possível aferir o último objetivo específico: implicações do selo de qualificação ONA no paciente, conforme Quadro 4.

4.1. Implicações do selo de qualificação ONA na organização

A avaliação da qualidade é uma questão que preocupa o profissional de saúde. Portanto, deve-se ter uma abordagem sistemática para garantir que a gestão de todo o processo de avaliação da qualidade alcance uma visão racional e estratégica da qualidade e que a tomada de decisões seja voltada para a melhoria contínua dos processos e produtos, isto é, da assistência. É importante implementar a avaliação da qualidade usando ferramentas e técnicas (RAFAEL e AQUINO, 2019).

4.1.1. Impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores

Para os colaboradores entrevistados, o principal motivo para o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores foi para alcançar os objetivos traçados no plano estratégico, isto é, a partir da definição do planejamento foram utilizadas as ferramentas para atingir os objetivos como relatado pelos entrevistados EN1, EN4 e EN6 respectivamente.

“Hoje na instituição, quando a gente vai falar um pouquinho dos processos da qualidade, a primeira coisa que a gente tem que trabalhar é a parte do planejamento estratégico. Então, através da definição de planejamento estratégico, de onde a organização quer chegar, atribuindo seu propósito, missão, valor, visão e valores. A gente traça, então, quais são os objetivos estratégicos dentro da organização e através desses objetivos a gente cria então os indicadores para mensurar aonde a gente quer chegar.” (EN1)

“A gente lá no hospital trabalha com monitoramento de indicadores, estabelecimento de objetivos estratégicos, porque ele traz um impacto positivo. A gente consegue prevenir acidentes, eventos adversos com o paciente, melhorar não só a parte do paciente em si, o atendimento, mas também a gestão de custos. Então o impacto é sempre positivo.” (EN4)

“Bom e metas, objetivos e indicadores me remete muito ao planejamento estratégico. São algumas etapas ali que são elaboradas, que são planejadas no próprio planejamento estratégico.” (EN6)

Essa definição dos objetivos no plano estratégico está em concordância com os estudos de Andrade (2018) e Casas (2019) que afirmam que ao delegar a responsabilidade de gestão a seus líderes, espera-se que as organizações entendam verdadeiramente o propósito da acreditação e integrem os padrões ISO em seu planejamento estratégico, operações diárias, gerenciamento de resultados e processos de gerenciamento em sintonia com os objetivos estratégicos.

Perguntados sobre o impacto que o estabelecimento das metas, objetivos e indicadores trouxe para a organização, foi citado o alcance dos objetivos contidos no planejamento estratégico, gerando no hospital o sentimento de propósito e existência. Relata o EN1:

“Então, hoje, a importância maior desses objetivos, traz principalmente uma repercussão da gente conseguir transpor em forma de dados e números em cima do que a gente vai realmente chegar, aonde a gente vai chegar e se a gente vai conseguir atingir o nosso objetivo traçado lá atrás no planejamento estratégico.” (EN1)

A visão do EN6 sobre os impactos é semelhante ao relatado anteriormente. Segundo o entrevistado, o desenvolvimento do planejamento estratégico é impactante para a organização, pois ele traça as estratégias para o alcance dos objetivos, que na visão da entrevistada tem relação direta nos resultados futuros. Assim, o EN6 trata dos impactos da seguinte maneira:

“Então eu vejo o planejamento estratégico com forte grande impacto para a organização, porque ele vai traçar estratégias. Ele é importante para que os funcionários, esses colaboradores, entendam quais são os objetivos dessa organização. Então, quem somos nós? Aonde queremos chegar? Quais são os nossos objetivos? Como vamos chegar? Qual caminho precisamos percorrer? Quais são essas estratégias? Então eu vejo como um norte mesmo, tanto para os funcionários quanto para alta liderança, quanto para os proprietários dessas empresas, desses grandes negócios. Às vezes estamos falando de hospitais privados, então ele é um caminho que as pessoas precisam traçar para alcançar o objetivo maior, que pode ser talvez uma visão de futuro dessa organização. Então ele tem grande impacto para o alcance desses resultados positivos, dessas metas que são pré estabelecidas. E é um trabalho árduo estabelecer essas metas e envolver essa equipe. Mostrar a importância de todo o planejamento estratégico é um trabalho árduo, mas que gera um impacto positivo muito grande no final dessa etapa.” (EN 6)

O fato do desenvolvimento do planejamento estratégico impactar a organização na sua visão de futuro foi corroborado no trabalho de Britto (2015), onde é destacado pelo autor que a visão define para onde a empresa quer chegar e onde estará no futuro. Se a empresa quer reconhecimento de qualidade, se espera que sua visão leve em conta esse objetivo e tenha uma estratégia planejada para alcançá-lo. Portanto, para considerar a qualidade como uma estratégia de gestão, é necessário o desejo de alcançar um valor ainda maior do que antes.

Outro impacto citado em relação à implementação das metas, objetivos e indicadores foi nos resultados. Segundo o EN 2, por meio desta, foi possível desenvolver processos

mais objetivos, especialmente na assistência ao paciente e impactar diretamente o bloco hospitalar. Nesse sentido, a objetividade dos processos resultou na diminuição dos eventos de risco ao paciente. O EN 2 discorre:

“Houve impacto direto nos resultados. Processos mais objetivos. Conseguimos ver isso diretamente na assistência ao paciente, principalmente porque começou com o bloco ambulatorial. Então, toda a implantação de um bloco hospitalar, se não tivesse todo um fluxo de qualidade por trás, não teria tido o mesmo resultado. Logo, tínhamos um número mais baixo de eventos adversos, não por registro, mas realmente por ocorrência. E a tendência realmente quando você tem os processos de qualidade bem implantados é que você tenha menos ocorrências de risco relacionados ao paciente.” (EN 2)

Assim, este trecho concorda com os estudos de Nascimento et al. (2020), em que destacam que a acreditação facilita a reestruturação organizacional e as considerações de gestão, permitindo a otimização de todos os processos organizacionais, levando a uma significativa racionalização de recursos, melhorias estruturais e aumento da produtividade.

Bem como convém aos autores Rafael e Aquino (2019) sobre a eficiência nos processos, onde além de melhorar a qualidade entregue, o Selo Qualificação ONA tem como objetivo promover a saúde do paciente por meio da prevenção de erros e incidentes. Concentre-se primeiro na qualidade para garantir a eficiência e a eficácia do cliente.

Além dos impactos abordados, outro ponto destacado foi o norteamento da instituição fornecido pelo estabelecimento de metas, objetivos e indicadores. O EN 3 expõe que sem as ações de gerenciamento, a organização não conseguiria conhecer sua identidade nem tão pouco onde ela quer chegar, ou seja sua visão de futuro. A percepção do EN3 e EN6 sobre os impactos respectivamente:

“Bom como todo mundo na qualidade fala: metas, objetivos e indicadores servem para você nortear o percurso que a instituição vai seguir. Então, assim, quem não sabe para onde ir, qualquer lugar serve. Então, é preciso que a gente tenha as metas, os indicadores, os objetivos, a missão, visão, valores, pra gente conseguir nortear o trabalho da instituição dentro daquilo que a gente acredita que a instituição acredita que precisa atingir. Então o impacto seria nortear, estabelecer, definir ali, entendeu? E é principalmente, dar um rumo, nortear mesmo assim. Quais são as ações que são necessárias? Quais são os objetivos que a gente precisa alcançar? Então o impacto é você conseguir trabalhar dentro daquilo que você, o que você imagina que precisa.” (EN3)

“Então eu vejo o planejamento estratégico, onde contempla esses pontos que são questionados na pergunta como um norte, como uma base para as organizações. E existem sim organizações que não têm muito esse hábito de revisões periódicas, de envolver todo o corpo gestor do hospital e

até mesmo para a operação, para que eles conheçam esses pontos importantes do planejamento estratégico.” (EN6)

Contexto semelhante foi apresentado no estudo de Nascimento et al. (2020) onde abordam que o processo de acreditação precisa valorizar o profissional, deixando claras as metas estabelecidas, mas também apresentar os resultados alcançados para que os colaboradores entendam seu aperfeiçoamento e sua importância como co-participantes no processo.

O norteamento institucional adquirido pela acreditação converge com a pesquisa de Souza et al. (2016) onde o processo de acreditação para enfermagem é inestimável, pois facilita e norteia a equipe a realizar procedimentos operacionais estabelecidas, por meio da melhoria da comunicação interna, treinamento para melhoria contínua e padronização dos processos.

Ademais, o EN4 entende que o maior impacto no estabelecimento de metas, objetivos e indicadores para a organização é o entendimento do trabalho com o paciente, uma vez que o colaborador tem noção do que pode ou não fazer de acordo com os indicadores analisados. Em seguida, o EN5 ilustra que o grande impacto é a análise dos indicadores, pois por meio deles há a possibilidade de identificar as oportunidades de melhorias e traçar planos de ações. Segundo EN4 e EN5:

“A gente entende que o estabelecimento prioritário de objetivos estratégicos e indicadores estratégicos e também táticos na instituição como um todo, ele sempre agrega ganho. Tanto para quem está analisando lá na ponta, entender o que o seu trabalho efetua e o que ele pode fazer para não ocorrer em algum evento com o paciente, ou quando ocorre como ele pode melhorar, porque os indicadores demonstram essa tratativa. Então eu consigo ver o impacto positivo nesse sentido.” (EN4)

“Na minha opinião tem um impacto extremamente positivo, porque a gente tem um alvo, né? Então, a partir desse alvo a gente pode mensurar os nossos indicadores, identificar as oportunidades de melhoria e traçar os planos de ação. Se a gente não tivesse metas, a gente não teria base. Na minha opinião, há um impacto extremamente positivo. O impacto maior que a gente tem aqui é a análise dos indicadores, porque a partir dele a gente consegue identificar quais são as nossas oportunidades de melhoria e traçar um plano de ação” (EN5)

A quantidade de relatos sobre o fortalecimento da segurança do paciente pela acreditação é expressiva na presente pesquisa, como também no estudo de Nascimento et al. (2020), onde é explicitado que a oferta da cultura de segurança ao paciente, que abrange

a padronização dos protocolos operacionais com atenção no cuidado integral, é outro fator que os profissionais expõem quanto a satisfação em ser colaborador de uma instituição acreditada.

Os resultados obtidos convergem com Casas (2019), que cita em seu livro sobre a implementação de planos e ações provocados pela mudança organizacional, onde as constantes mudanças no ambiente organizacional faz com que a alta administração de uma organização deva avaliar regularmente a adequação dos planos e procedimentos existentes e tomar as ações corretivas e preventivas adequadas.

4.1.2. Melhorias no departamento com a obtenção do selo de qualificação ONA

Após a interpretação da primeira pergunta, em relação ao impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores, os entrevistados foram indagados sobre as melhorias observadas nos seus departamentos com a obtenção do selo ONA, a fim de atingir ainda o objetivo específico: implicações do selo de qualificação ONA na organização. A acreditação facilita a reorganização da gestão e suporte, permitindo a otimização de todos os processos organizacionais, conduzindo à racionalização de recursos, melhoria estrutural e o crescimento da produtividade (NASCIMENTO et al. 2020).

A respeito disso, levando em conta as respostas dos colaboradores EN1 e EN4, uma das melhorias observadas no departamento foi a personalização e a excelência no atendimento ao paciente. Um ponto citado nesse sentido foi que mesmo com as formações acadêmicas diferentes, os profissionais conseguem, por meio da acreditação, dispor de um atendimento padronizado nos mais altos níveis de excelência. Vale destacar que o EN1 cita que as melhorias não vêm totalmente para o setor da qualidade, mas sim de forma geral no hospital. EN 1 e EN4 disseram:

“As melhorias, na verdade, não vêm muito para o setor da qualidade propriamente dito. Quando a gente fala um pouco de certificação, a gente vai trabalhar um pouco das melhorias de uma forma geral. A gente começou então a amarrar um pouco o nosso atendimento, deixar o atendimento cada vez mais personalizado. Porque a gente tem aí inúmeras faculdades trabalhando com os profissionais de várias formas e faz com que a gente

tenha o atendimento um pouco diferenciado. Quando a gente unifica em forma de protocolo, em formas de instruções, de trabalho, de regras definidas na instituição, melhora o atendimento para o paciente, o foco sempre da certificação é a parte da segurança do paciente.” (EN1)

“Ela (melhoria) agrega ali o critério mesmo de excelência de atendimento para o paciente. Então a gente consegue ver uma melhoria no próprio atendimento, na resposta dos funcionários, entendeu? Os pacientes também se sentem mais acolhidos.” (EN4)

Ao analisar a certificação, percebe-se que o atendimento personalizado se tornou um destaque, como é reforçado por Andrade (2018), onde uma estrutura orientada ao atendimento das necessidades dos clientes e uma relação harmoniosa entre a empresa e o meio ambiente são pré-requisitos necessários para o sucesso da organização no campo escolhido.

Seguidamente, os entrevistados EN1 e EN2 citam que a verificação e a mitigação de riscos são melhorias advindas da acreditação para o departamento. Nesse sentido, foi examinado que o entendimento do processo do trabalho por parte dos colaboradores gera o conhecimento e a diminuição de riscos no dia a dia. Segundo relatos dos EN1 e EN2:

"As vantagens que a gente traz hoje a nível de certificação é principalmente trazer um pouco dos processos para atividades de trabalho para que a gente consiga mitigar e diminuir os riscos.” (EN1)

“A gente tinha todo o processo de verificação de risco, de investigação, de tratativas.” (EN2)

Os pontos ressaltados estão de acordo com o que a literatura diz sobre os temas, podendo-se ressaltar Andrade (2018), que explicita que para garantir a competitividade, é preciso reduzir os erros nos processos, que, além das falhas, também causam ineficiência, aumentam os custos operacionais e, assim, impossibilita a competitividade.

Nesse cenário, Tajra (2015) afirma que existe relação entre a excelência e compreensão dos processos, onde uma vantagem importante para as organizações que buscam implementar padrões de excelência é que elas têm uma visão do processo e a

compreensão de todos sobre suas funções e responsabilidades e sua importância para os objetivos gerais da organização.

Posteriormente, foi apontado que a padronização dos processos e a gestão integrada são melhorias provenientes da acreditação, segundo os entrevistados EN1, EN3, EN4 e EN5. Para eles, a padronização dos processos feita em protocolos estruturados gera uma oferta de serviço eficiente ao paciente, o qual pode ser comprovado por meio de indicadores. Além disso, a gestão integrada permite que toda a organização vise o mesmo objetivo que é o cuidado do paciente. Segue o entendimento dos entrevistados sobre as melhorias de padronização de processos e gestão integrada:

“Quando a gente unifica em forma de protocolo, em formas de instruções, de trabalho, de regras definidas na instituição, melhora o atendimento para o paciente, o foco sempre da certificação é a parte da segurança do paciente. A gente tem a parte um pouco burocrática, né? Quando a gente padroniza o processo também é uma das melhorias principais da qualidade. E a gente tem o objetivo final ali, de geração de indicadores, de geração de resultados. Então, quando a gente também implanta a qualidade, a gente começa a transpor o nosso atendimento por números, através de números. E esses números também nos facilitam para que a gente consiga então ver aonde a gente precisa melhorar. Então, hoje todas as áreas têm seus indicadores, seus resultados e conseguem então traçar os objetivos para cada vez atingir as metas de cada um deles.” (EN1)

“Então, assim, primeiro (melhoria) numa questão de segurança e segunda, de ter uma gestão integrada dos processos, a gente consegue trabalhar de forma como eu posso falar de uma forma que todo mundo vise o mesmo objetivo, as mesmas metas que essas, que é o cuidado do paciente.” (EN3)

“Ela (melhoria) agrega ali o critério mesmo de excelência de atendimento para o paciente. Então a gente consegue ver uma melhoria no próprio atendimento, na resposta dos funcionários, entendeu? Os pacientes também se sentem mais acolhidos.” (EN4)

“Eu percebi também que os protocolos são bem estruturados. Os processos são bem definidos, todas as requisições que a ONA pede, o tal dos requisitos *score*. Então, a partir da acreditação hospitalar, da re-certificação que a gente tem essas melhorias.” (EN5)

Essa ideia é incentivada por Alástico e Toledo (2013), onde é exposto que a gestão da rotina tem como foco a padronização dos processos, o que é feito por meio da criação de fluxogramas e procedimentos e do acompanhamento de indicadores das atividades consideradas prioritárias em cada setor. Desse modo, Nascimento et al. (2020) convergem no pensamento que a acreditação é recomendada para os serviços de saúde, uma vez que

identificam que por meio dela o aperfeiçoamento e padronização dos protocolos institucionais de assistência, contribuindo para o desenvolvimento de um sistema e caminho de cuidados único.

Em seguida, os entrevistados EN2 e EN5 destacam que a acreditação possibilita a realização de ações que não seriam possíveis de serem feitas em outras organizações. Um exemplo dessas ações é o *disclosure* e a cultura justa. Ao explorar percebe-se que a acreditação facilita a implementação de novas ações e gera nos colaboradores a segurança de executar tais ações. EN 2 e EN5 discorrem sobre o *disclosure* e a cultura justa:

“A gente tinha grandes ações que são difíceis de implementar em outras organizações, como a Cultura Justa e o *Disclosure*.” (EN2)

“Eu consigo te citar o *Disclosure*, que é aquele processo de comunicação transparente, sabe, com os pacientes. Então, quando acontece um evento adverso, normalmente a instituição não comunica isso de forma aberta ao paciente. Por exemplo - “senhor fulano, seu filho sofreu um evento adverso aqui na instituição e por conta disso ele vai precisar ficar internado mais dez dias. Ou então, por conta disso, ele teve que ser entubado e por aí vai” - então, por conta da ONA, a gente implantou um processo de *Disclosure*, que é essa comunicação aberta com os pacientes e a família. E isso foi a partir da própria acreditação.” (EN5)

As entrevistadas frisaram o colocado por Margutti et al. (2022), onde é abordado que o *disclosure* faz parte, portanto, do processo de segurança do paciente e mantém um canal de comunicação transparente, honesto e eficaz entre profissionais e pacientes, não sendo apenas um direito do paciente, mas também uma cultura de segurança nas organizações. Além disso, essa informação vai de encontro com a abordagem de Matias (2021) e Margutti et al. (2022) em que a cultura de segurança deve ser uma cultura justa onde os profissionais não sejam punidos por erros, mas sim por uma adequada responsabilização tendo em conta o tipo de comportamento adotado pelos profissionais para avaliar.

Por último, os entrevistados EN3 e EN4 destacaram que as melhorias observadas no departamento foram a maturidade da instituição; a curiosidade dos colaboradores que buscam conhecer melhor o que é acreditação e o sentimento de pertencimento dos profissionais.

Nesse sentido, é averiguado que ao atingir os princípios de certificação da ONA a organização é vista pelos colaboradores como uma organização madura. Outro ponto

ressaltado é que, quando o profissional entende o objetivo da acreditação e a enxerga sendo feita no dia a dia do hospital, a prestação do atendimento ao paciente melhora. Ademais, o fato de participar de um hospital acreditado gera um sentimento de orgulho e a sensação de dever cumprido nos profissionais. Os EN3 e EN4 dissertam sobre:

“Então, a certificação ONA segue bastante três princípios: primeiro segurança, segundo é a integração de processos e o terceiro resultados é sempre excelência nos resultados. Então, pro nosso departamento, para o nosso serviço, lá para nosso escritório, foi muito importante a gente conseguir atingir cada um desses de acordo com o nível de maturidade da instituição.” (EN3)

“Houve melhoria, tanto por parte das pessoas que buscaram conhecer melhor o que é acreditação, o seu impacto positivo, e não só de reconhecimento, mas também porque ela agrega segurança.

Eu acho que de melhoria a gente consegue enxergar num todo que os profissionais, eles se sentem parte de um hospital, acreditado e que o trabalho deles está sendo reconhecido e a partir disso, eles conseguem prestar também um atendimento melhor para o paciente, que é o foco do hospital.” (EN4)

Tal sensação de orgulho é um fator que interfere na percepção dos colaboradores, conforme Nascimento et al. (2020), que expõem que os funcionários se sentem orgulhosos de serem reconhecidos como profissionais que atuam em hospitais focados na melhoria da qualidade do atendimento, que avalia incessantemente o desempenho, mas que também reconhece e aprecia o profissional operante.

4.2. Implicações do selo de qualificação ONA no colaborador

Após o tratamento das implicações do selo na organização, é abordado o impacto desta no colaborador nesta segunda subseção. Em vista disso, para o alcance desse objetivo específico, os colaboradores esclareceram os seguintes pontos: o desempenho da equipe, a implementação das ferramentas, a motivação da equipe e os impactos negativos observados com a obtenção do selo ONA.

4.2.1. Desempenho da equipe com a obtenção do selo ONA

Para começar, o EN1 cita que houve a melhora do desempenho da equipe com a obtenção do selo. Para esse propósito, foi desenvolvida uma avaliação anual junto ao RH com a finalidade de medir o nível de desempenho dos colaboradores. Consequentemente,

com a divulgação de “dados mais palpáveis” do que intangíveis, segundo EN1, a visão empírica do gestor, que apenas lidera, deu lugar à visão dos resultados os quais os colaboradores podem alcançar. O EN1 discorre sobre:

“Hoje em dia a gente consegue inclusive traçar junto com o RH. A gente trabalha bastante a avaliação de desempenho através disso. Então também é uma das melhorias dos processos da qualidade a gente falar um pouquinho de desempenho dos profissionais, onde a gente também, junto com recursos humanos, traça essas metas. Então tem a avaliação de desempenho que nós realizamos de forma anual, que isso também ajuda a gente a conseguir através de dados, de números, de processos trabalhando com eles. Recentemente, a gente começou um trabalho junto ao RH para a gente trabalhar também a questão da parte sucessória, da questão de sucessão, que seriam os planos de sucessão.”

“E tudo através dos indicadores, através dos resultados implantados por meio da ferramenta da qualidade. Então a gente não tem mais aquela visão um pouco mais empírica de visão apenas do gestor frente ao seu liderado, e sim dos resultados que eles realmente venham a entregar. Então a gente está com um pouco os dados um pouco mais palpáveis e com certeza melhoria e melhoria para esse processo é bem significativa” (EN1)

Desse modo, é possível validar o exposto por Siman et al. (2015) sobre a avaliação do desempenho profissional, os autores constataram que é possível analisar a relação entre os objetivos e resultados esperados, e além de conhecer a capacidade de aperfeiçoamento do profissional. Essa avaliação pode ser persuasiva na busca de melhor desempenho em termos de qualidade assistencial.

Perguntados sobre a melhoria do desempenho, os EN3 e EN4 afirmaram que houve melhoria na equipe. Nesse cenário, ambos colaboradores citam que a afirmativa ocorre devido ao aumento da responsabilidade e do nível de empenho que as futuras creditações impõem aos profissionais do hospital. Para ilustrar melhor essa afirmação, o EN3 relaciona a creditação a um jogo de videogame onde as fases aumentam e conseqüentemente as dificuldades também. Segue a abordagem dos entrevistados EN3 e EN4 sobre o aumento do nível e da responsabilidade:

“Houve, porque a gente começa lá com esse primeiro nível, que é o nível de segurança, e depois a gente vai aumentando o nível, é como se fosse um videogame, a gente começa a aumentar, é a quantidade de dificuldade, né? Então não só houve melhoria, mas como houve um aprendizado muito grande de todo mundo que trabalha no escritório de qualidade, assim também como a parte de gestão do hospital, da liderança, da gestão, da operação também, mas principalmente de quem capitaneou esse projeto. Entendeu?” (EN3)

“Entrei, a gente era nível um (sic). A gente pulou o nível dois e já foi direto para o nível três, e eu senti que a nossa equipe sentiu toda a responsabilidade sobre ela. A gente pulou o nível e agora a gente tem uma responsabilidade maior. Então o nosso desempenho com certeza melhorou, que todo mundo procurou evoluir junto com o selo, já que a gente pulou o nível: “Vamos melhorar, vamos estudar mais, vamos praticar”. Então, assim a qualidade cresceu muito em equipe e a gente viu uma melhoria lá no setor, aumentou bastante a responsabilidade. Eu percebi que esperavam mais da gente, já que a gente já conseguiu o nível três, vamos puxar mais dessas meninas e a gente não deixou baixar a guarda. A gente foi junto e cresceu junto com o hospital.” (EN 4)

À vista disso, ao apurar percebe-se que a melhora do desempenho dos colaboradores está relacionada ao nível de desafio que a acreditação estabelece, isto é, quanto maior for o tamanho do objetivo, maior será o esforço que o colaborador deverá dispor para alcançá-lo. Tal percepção é alinhada com os conceitos dos autores Siman et al. (2015), que citam que os resultados alcançados dentro da organização são proporcionais à capacidade do indivíduo para realizar tarefas e ao seu sucesso pessoal.

A premissa de Nascimento et al. (2020) foi confirmada, já que os interesses que levaram os gestores hospitalares a buscar a acreditação foram, entre outros, especificamente aumentar a produtividade de suas organizações e apoiar a formação de sistemas e linhas de atenção única

Para o entrevistado EN3 houve melhora do desempenho da equipe com a obtenção do selo. Diante disso, há uma alta percepção do entrevistado que a acreditação trouxe uma maturidade aos colaboradores da organização, devido ao claro entendimento do quê eles precisam fazer para gerar segurança e o quê precisam fazer para melhorar a gestão. Segundo o EN4, outro ponto de melhoria de desempenho foi a mudança de mentalidade do hospital, pois os profissionais começaram a compreender que o que estava sendo feito era para entregar um resultado melhor ao paciente e não uma mera burocracia.

“Com certeza. Começando pela maturidade, porque as pessoas começam a entender um pouco mais daquilo que eles precisam fazer para gerar segurança, aquilo que eles precisam fazer para melhorar a gestão e aquilo que eles precisam fazer para poder comprovar a excelência. Então, como o objetivo era de fato gerar excelência no atendimento e o cumprimento de todos os requisitos do nível um ao três, isso era fundamental. E eu acho que isso mudou muito a mentalidade das pessoas realmente, na maturidade de entender que aquilo era de fato para segurança do paciente, que era para de fato entregar um resultado melhor.” (EN3)

Tal exposição alinha-se com as compreensões de Silva (2020), o qual argumenta que foi necessário atingir a maturidade no que diz respeito ao processo de acreditação, e que isso foi alcançado com tempo e educação. Esse processo fez com que os gestores adquirissem algumas habilidades de comunicação e liderança, pois através delas as equipes foram motivadas e preparadas e posteriormente.

Em seguida, o EN3 cita que outra melhoria no desempenho observada foi o desenvolvimento do processo de Cultura Justa, em especial no Núcleo de Segurança do Paciente, o entrevistado destaca que por mais que a cultura não seja algo tangível, a construção de um processo bem estruturado a torna mais palpável e mensurável. É possível, portanto, conferir que a obtenção do selo fez com que processos, que antes não eram executados, fossem após a acreditação. Em suma, processos que antes não existiam ou não eram realizados, agora precisam ser feitos devido aos critérios do manual de acreditação, e que por consequência, pedem um desempenho acima do que já foi feito aos profissionais. O respondente EN3 ressalta:

“E em relação ao Núcleo de Segurança do Paciente a melhoria mais tangível acredito que foi a criação do processo de Cultura Justa, pois cultura não é uma coisa muito palpável. Você demora anos para mudar a cultura, mas quando você tem um processo bem estruturado, é uma coisa que dá para medir. E a gente não media. Então começamos a medir a implantação, o resultado, fazer pesquisa de cultura, conseguir fazer comparação entre períodos, pois a pesquisa tinha uma periodicidade de aplicação e isso é uma exigência de manual, não é uma exigência de vigilância. Então, não é todo lugar que se implanta. É uma boa prática. E foi uma das coisas que a gente conseguiu ver mensurável, muito mais palpável na prática da segurança.”
(EN3)

Tal afirmação se defronta ao resultado obtido por Margutti et al. (2022), onde os autores consideram que a criação de uma cultura de responsabilização justa promove denúncias por meio de canais oficiais para que sejam corrigidas, não apenas buscando punir os responsáveis. Ao fazer isso, eles não apenas melhoram a qualidade do atendimento, mas também cumprem os direitos dos pacientes.

Em conclusão a análise da melhoria de desempenho da equipe com a obtenção do selo ONA, os respondentes EN5 e EN6 declaram que houve melhoria do desempenho. Nessa lógica, ambos declaram que a resposta da evolução do desempenho advém do engajamento da equipe na busca pelos critérios da certificação. Desse modo, ao investigar se percebe que a necessidade de executar as atividades em prol do cliente final da melhor maneira

possível, de acordo com os requisitos ONA, gera na equipe uma atenção maior e como consequência cria-se um compromisso profissional.

Através desta ótica do atendimento qualificado, pode-se notar a prática do cuidado centrado ao paciente, onde ocorre a personificação do serviço, a qual enfatiza o atendimento integral do paciente, indo além das necessidades básicas e fisiológicas. Desse modo, para alcançar a personificação do serviço é fundamental oferecer autonomia para o paciente. O EN5 e EN6 discorrem melhor sobre:

“Então há um boato de que a equipe trabalhou e trabalha incansavelmente para aquisição do selo e até mesmo para a manutenção do selo que ocorreu neste ano. Eu já estou observando que as equipes estão mais engajadas e preocupadas. A nossa gerente de qualidade passou um manual da ONA em todos os setores, abordando a maioria dos requisitos com todos os requisitos *Score*. Então eu consigo ver que realmente a equipe está mais engajada e preocupada também.” (EN5)

“Sim, e acho que eu posso envolver também a segurança do paciente, porque é um norte e um desfecho, um objetivo final da organização. É você entregar uma assistência à saúde com qualidade e segurança para esse paciente. Então houve melhoria? Sim. A equipe começa a entender o porquê da gente fazer diversas atividades por trás disso. Então deixa de ser alguns aspectos meramente burocráticos. Eles começam a entender o porquê que a gente executa algumas atividades e a gente consegue ver o nosso cliente final, que é o nosso paciente. Então, tudo o que é feito em prol da qualidade da segurança do paciente e quanto a equipe está engajado e ela entende porque ela está realizando uma atividade, a gente consegue ter resultados melhores. Então, sim, é possível sim obter melhoria do desempenho dos processos diretamente com acreditação hospitalar.” (EN6)

A afirmação de Rafael e Aquino (2019) foi confirmada em parte, dado que os autores citam o engajamento como fonte de produtividade, mas em contrapartida citam que há resistência e que por vezes interferem no desempenho na acreditação. Os autores abordam que a alta direção é responsável por definir o propósito da organização e, no caso da acreditação, esse engajamento serve de exemplo para outros profissionais de saúde.

Tal informação converge com a premissa de Rodrigues (2014), o autor destaca que o sucesso do engajamento de qualidade depende da garantia e comprometimento de todos e do envolvimento integral da administração e da alta direção ao longo do processo de acreditação.

4.2.2. Riscos analisados a partir das ferramentas da qualidade

Em relação a melhoria do desempenho da equipe com a obtenção do selo, os entrevistados foram indagados se com a implementação das ferramentas da qualidade foram percebidos riscos que anteriormente não eram analisados e se houve ou haverá alteração nos indicadores.

No setor de saúde, existem riscos associados ao processo de trabalho e aqueles que podem resultar em altos índices de danos ao paciente, prolongamento da internação, lesões permanentes e até a morte (SILVA e CARVALHO, 2020). A gestão de riscos é aspecto essencial no processo de acreditação hospitalar (ALÁSTICO e TOLEDO, 2013).

A respeito disso, foi destacado que por meio do mapeamento de processos é possível notar riscos que anteriormente não eram analisados, segundo os entrevistados EN1, EN2, EN3, EN5 e EN6. Para eles a ferramenta foi fundamental pois além de identificar e mitigar os riscos que não eram explícitos, possibilitou a estruturação de todo sistema de notificação.

O EN1, destaca que os mapeamentos de processos indicam os riscos e os mitigam, por meio dos planos de ação e dos planos de contingência. Segue o relato:

“Sim, na verdade, a maioria dos riscos são percebidos. Uma das ferramentas que a gente utiliza de maior cuidado para conseguir enxergar isso é a ferramenta de mapeamento de processos e riscos. Então a gente consegue hoje, através dessa ferramenta da qualidade, que todas as áreas, mapeiem os seus processos, mapeiem os seus riscos e mitiguem eles, através dos planos de ação e dos planos de contingência.”

“E a gente consegue, então, trabalhar hoje as sete vertentes dos riscos através desse mapeamento. Hoje a gente tem quase 100%. Eu diria que quase 100% do hospital já mapeado no seu mapeamento de risco também. E a gente já tem o mapeamento de risco que nós chamamos de mapeamento de risco institucional, que é um mapa grande dos principais riscos administrativos, assistenciais, jurídicos, financeiros, riscos ocupacionais e riscos de imagem, para que a gente consiga enxergar, num âmbito mais estratégico, o que pode acontecer dentro da organização.”
(EN1)

Por sua vez, o EN2 relaciona a implementação do mapeamento de processos, além do fato de perceber riscos que antes não eram identificados, ao desenvolvimento de um sistema de notificação robusto. Discorre o EN2:

“Com certeza. O mapeamento de processos foi fundamental nesse caso, porque até mesmo para a gente estruturar todo o sistema robusto de notificação, a gente pautou esse sistema baseado nos mapeamentos de riscos setoriais. Então, foi o primeiro passo de *start* para a implementação de um

núcleo de segurança efetivo. Se não fosse essa parceria da qualidade e segurança do paciente, esse sistema de notificação robusto não seria possível.” (EN2)

Já o EN3 atribui ao mapeamento de processos à vantagem de identificar riscos, que antes da sua implementação, tinha baixa detecção. Relata o respondente:

“Então assim, quando a gente começa a ir mais a fundo e estudar melhor essa questão da gestão de riscos, a gente consegue identificar principalmente esses que podem ser riscos catastróficos, mas que tem uma baixa detecção. Então é por isso que é importante você mapear todos esses processos e mapear os riscos também junto com eles.” (EN3)

Por ora, o entrevistado EN5 não conseguiu esclarecer com detalhes se com a implementação das ferramentas os riscos foram percebidos, uma vez que ele não participou de todo o processo de acreditação. Embora, mesmo não participando, o EN5 conseguiu pontuar algumas ações da matriz de risco. Segundo o EN5:

“Essa questão das alterações dos riscos eu realmente não sei informar se aconteceu ou não. Eu sei que a gente tem a matriz de riscos implementada, analisada e tudo mais, mas eu não sei se a gente tem riscos que foram mapeados a partir da acreditação. Essa aí eu vou ficar te devendo, porque realmente, como eu cheguei agora, não sei se temos um risco novo.” (EN5)

Por fim, no que diz respeito ao mapeamento de processos, o entrevistado EN6 cita que utiliza o mapeamento e a metodologia chamada de *Lean Healthcare*¹, para identificar desperdícios no processo e reduzir os custos advindos destes. Segue a exposição do entrevistado:

“Ao longo do tempo, estar identificando isso, seja através de um mapeamento de processos onde a gente linka (sic) os processos e os riscos, seja através, por exemplo, de uma metodologia do *Lean Healthcare*, que é onde nós vamos estar identificando desperdícios ali no meio do processo e que são atrelados a outros riscos, a fatores de aumento de custo desse processo.” (EN6)

Tais respostas convergem com a pesquisa feita pelos autores Tomasich et al. (2020), os quais citam que os processos de avaliação e certificação fomentam o hábito da qualidade no ambiente hospitalar. Isto é, cria-se atitudes e processos que reduzem erros, padronizam a tomada de decisão e, assim, reduzem a margem de erro.

Da mesma forma, alinhado com a perspectiva de Rodrigues (2014), em seu trabalho é citado que o mapeamento de processo é uma apresentação gráfica, sequencial e

¹ conjunto de conceitos e ferramentas do *Lean* aplicados na área da saúde, com objetivo de mudar a forma como todas as casas de saúde são organizadas e administradas.

minuciosa que fornece informações operacionais e administrativas das atividades de um processo para analisar todos os seus parâmetros, controláveis ou não.

Seguidamente, os respondentes EN1, EN2, EN3, EN4 e EN6 citam que o uso de algumas ferramentas da qualidade, adotadas graças ao processo de acreditação, auxiliaram na identificação de riscos que outrora não eram tratados. Assim sendo, foram citadas ferramentas, como por exemplo, escalas de prevenção de riscos, sistema de notificação de ocorrências, 5W2H, ciclo PDCA, plano de ação, auditorias internas e o *Lean Healthcare*. Ao levantar o uso das ferramentas da qualidade, nota-se que o conhecimento e a execução delas tornaram o trabalho da gestão mais maduro. Logo, a detecção da causa raiz do problema é mais assertiva com o uso das ferramentas do que sem elas.

O EN1, salienta que o uso das ferramentas de escalas de prevenção de risco e do sistema de notificação de ocorrência não apenas trata dos riscos do paciente como também da organização. Relata o EN1:

“Dentro de um hospital, o risco maior observado é o risco realmente assistencial, que é o risco focado no paciente. A gente implementou também através disso, as escalas de prevenção de risco, de queda, por exemplo, de flebite. Então, através dessas ferramentas a gente consegue também visualizar uma melhoria bem importante nessa questão de conseguir enxergar realmente em cima de probabilidades, severidade e detecção. Hoje a gente tem um sistema hoje de notificação de ocorrências, onde através dessas ocorrências desses incidentes que acontecem, a gente consegue entender o que a gente vai atacar e quais são os principais riscos e como que a gente vai atuar como organização.”(EN1)

Por sua vez, o EN2 comenta que o uso das ferramentas mais tradicionais da qualidade como o diagrama de Ishikawa, 5W2H e o ciclo PDCA, trouxeram maturidade à gestão, cenário esse que não era visto antes da acreditação. Aborda o EN2:

“A gente usava o diagrama de Ishikawa para encontrar a causa. A gente usava o 5W2H para implementação de plano de ação. Utilizava o PDCA para ver ciclos de melhoria dentro daqueles processos que estavam sendo mudados para melhor segurança do paciente. Então, as ferramentas da qualidade trouxeram uma maturidade de gestão. Muito superior do que se a gente tivesse tentado fazer todas essas implementações sem elas.” (EN 2)

Indo na mesma concepção que a anterior, o responde EN3 destaca que o uso da Matriz GUT, ferramenta clássica da gestão da qualidade, permitia identificar riscos de baixa detecção, aqueles não explícitos. Segundo o EN3:

“Sim. E isso vai de acordo com o tipo de perfil que a gente trabalha, né? Então assim, teve muitos riscos que a gente já batia o olho que conseguia identificar, mas com a ferramenta certa e com as ferramentas da qualidade, a gente conseguiu identificar riscos que não eram tão, que não eram tão explícitos. Entendeu? São aqueles riscos que têm baixa detecção. Então tem uma ferramenta que a gente usa que fala de probabilidade, gravidade e detecção.” (EN3)

Já a entrevistada EN4 expõe que no setor da qualidade o plano de ação é muito usado como forma de melhoria das notificações de não conformidade recebidas. Além deste, outra ferramenta destacada é o *check list*, usado nas auditorias internas na identificação de problemas estruturais e de gestão. De acordo com o EN4:

“Na qualidade a gente trabalha principalmente com plano de ação. A gente usa mais a ferramenta 5W2H. Então vem ali a notificação, vem ali a não conformidade. A pessoa que trabalha com essa ferramenta no plano de ação identifica o que ela pode fazer para melhorar para aquele erro não acontecer mais.”

“Na auditoria interna a gente utiliza o *check list*, que é uma das nossas ferramentas para verificação, e eu tenho certeza que o *check list* da auditoria ela identifica muitos, muitos problemas, tanto estruturais quanto de gestão. Então é o *check list* de auditoria é uma das ferramentas utilizadas que consegue identificar riscos no setor. Mas ultimamente o hospital tem atingido níveis melhores de resposta.”

“Os gestores têm mais conhecimento. Eu não consigo te dizer se eu lembro de algum risco específico que a gente pode ter sanado. A auditoria lá funciona mais como caráter educativo, então a gente manda para eles ali os relatos, o relatório com as não conformidades ou com os parciais conformes. E aí eles entram com o plano de ação que eu falei que é cinco 5W2H para solucionar esses problemas. Eu acredito sim que os riscos são visualizados e eles são tratados através dos planos de ação. Eu só não sei dizer para você riscos específicos agora.” (EN4)

Em conclusão, no que se refere ao uso de ferramentas da qualidade na identificação de riscos que outrora não eram identificados, o EN6 responde que em virtude das ferramentas da qualidade as decisões se tornaram mais seguras. Para o EN6:

“As ferramentas da qualidade são importantíssimas para a gente estar avaliando todo o processo. Para a gente estar identificando o risco e, mais do que isso, identificando a causa raiz desses riscos para que a gente consiga ter uma atuação de forma assertiva. E é necessário um amadurecimento da organização. Então isso leva tempo para a gente estar utilizando a ferramenta de uma forma mais assertiva. Mas é possível sim.”

“Então as ferramentas elas vão nos direcionar para obter uma melhor análise desse processo e sermos mais assertivos na causa raiz desses problemas, desses riscos que são inerentes ao processo e que em determinado momento, de fato, eles vão acontecer.” (EN6)

As informações abordadas pelos entrevistados vão de encontro com o colocado por Silva (2020), onde na sua pesquisa cita que por meio da disponibilidade das ferramentas da qualidade o comportamento dos colaboradores se torna eficiente, e que o gerenciamento se torna mais complexo e as ferramentas exigem mais conhecimento, produtividade e melhor desenvolvimento.

Bem como converge com os conceitos de Souza et al. (2019), visto que, segundo os autores em seu livro, citam que muitas ferramentas com características gerenciais são importantes para facilitar, organizar e avaliar a gestão e dar suporte aos processos e controle de qualidade. São utilizados em todos os serviços e são indicados para o setor de saúde como: 5W2H, Diagrama de Ishikawa, 5S, fluxograma. Ferramentas essas citadas pelos entrevistados e elucidadas pelos autores em seu livro.

Em relação à alteração dos indicadores por conta da percepção dos riscos, apenas os entrevistados EN1, EN4 e EN6 declararam que ocorreu. Segundo o EN1, a alteração não acontece apenas nos indicadores, mas como também na capacitação dos colaboradores com o objetivo daquele erro não voltar a se repetir. Conforme o EN1:

“Sempre tem uma alteração, principalmente na verdade, não só dos indicadores de resultado, mas a gente tem uma alteração, principalmente na parte de quando a gente vai falar de capacitação. Então a gente utiliza muito mapeamento de risco. Hoje, quando a gente verifica, por exemplo, na área assistencial, que determinado setor tem um risco mais elevado, por exemplo, com os pacientes com risco de queda e com risco de lesão, a gente consegue ser um pouco mais assertivo quando a gente vai escolher os treinamentos para aquela unidade. Então a gente acaba conseguindo atingir nessa questão.

E quando vai falar dos riscos estratégicos, a gente também consegue mapear em cima do que de forma estratégica, a gente vai fazer o desenvolvimento de gestores, como a gente vai participar e evoluir na parte do desenvolvimento de liderança, quando vai falar de risco de imagem também. Então trabalhamos muito junto com a área de comunicação para que a gente veja como é que isso vai estar sendo repercutido fora. A gente cria normas internas do que é permitido e do que não é permitido, por exemplo, publicar ou postar em suas redes sociais para a gente mitigar os riscos que foram evidenciados através de redes sociais, por exemplo. Então, isso também tem uma melhoria muito expressiva para que a gente consiga atuar de forma direta.” (EN1)

Já o EN4 aponta que a ferramenta mais utilizada é a análise de Fato, Causa e Ação na alteração do indicador, uma vez que a ferramenta possibilita o reconhecimento de pontos negativos e positivos.

“Em relação ao indicador, a gente não utiliza uma ferramenta de trabalho específica e o pessoal faz mais a análise de Fato, Causa e Ação quando eles veem um indicador tanto positivo quanto negativo. Essa análise de Fato, Causa e Ação ajuda a eles a entenderem o que aconteceu, o que levou a isso e o que eles devem fazer para melhorar o indicador deles. E quanto mais a segurança do paciente, as meninas trabalham com a ferramenta, eu acho que é de 5W2H também e Ishikawa, mas eu não conseguiria trabalhar muito, porque é mais da segurança do paciente. Como você perguntou mais em relação ao indicador a gente pode focar, a gente foca mais lá no Fato, Causa e Ação que aí o profissional analisa o indicador dele naquele mês e consegue identificar o que levou a não ficar dentro da meta e o que ele pode fazer para melhorar. E aí ele vai criar um plano de ação.” EN4

A análise de fato, causa e ação citado pelo EN4 corrobora com os estudos de Lobo (2020), onde o autor cita a análise de causa-raiz como processo pelo qual as empresas tentam identificar e corrigir a causa raiz dos defeitos, em vez de corrigir os sintomas triviais do problema. Ainda sobre a metodologia, a sua prática converge com a pesquisa de Brito (2015), segundo o autor os 5P's (cinco porquês) é um método semelhante ao da análise de causa-raiz e consiste em usar perguntas para encontrar a causa raiz de um problema. Consiste em perguntar "Por que cinco vezes?" para solucionar aquela causa.

Por último, o EN6 enfatiza que trabalha os indicadores fazendo uso da gestão de mudança, como forma de evitar que aquele indicador volte a declinar.

“Quando a gente está alcançando de fato essa causa raiz, sim, os indicadores melhoram. E quando a gente não alcança, de fato, a causa raiz, o que a gente observa é que esse indicador melhora, mas em seguida ele volta a ter um declínio. Então vira aquele efeito serrote dos indicadores. Então a gente tenta sempre trabalhar a gestão de mudança, porque a gente vai ter uma mudança no processo para ter uma adequação, uma implantação de uma barreira para evitar que esse risco aconteça. E com a gestão da mudança, a gente consegue ver uma constância nesses indicadores. Então, sim, tem mudança nos resultados de indicadores. Às vezes, através da análise de risco, a gente deixa de monitorar um indicador específico e passa a monitorar outro. Ou a gente vai cada vez mais refinando esses indicadores para conseguir, de fato, começar a monitorar indicadores de resultado. Hoje a gente vê muito na literatura, muito nas organizações de saúde que a gente monitora muitos indicadores de estrutura e processo. E com essa análise dos riscos, a gente consegue cada vez mais estar monitorando resultados desse processo.” (EN6)

A autora Tarja (2015) faz uma contraposição à análise de indicadores de desempenho em seu livro, a qual expõe que os indicadores de desempenho evoluem, isto é, podem aparecer para atender o contexto de uma determinada análise ou situação e podem

ser removidos ou melhorados posteriormente. Logo, um indicador pode ser muito eficaz em um ponto da sua organização, mas não em outro.

Por sua vez, as respostas convergem com os autores Nascimento et al. (2020), os quais citam que na busca pela excelência, a avaliação contínua tornou-se uma realidade, tanto no processo de acreditação quanto no desempenho dos colaboradores. Isso é viável por meio de indicadores validados por critérios baseados nos objetivos da acreditação, o que permite clareza e acesso em todos os níveis da instituição.

4.2.3. Motivação da equipe visando a garantia da qualidade

Em seguida, foram mapeadas perguntas sobre a motivação da equipe: “qual a motivação da equipe para que vocês executassem cada vez mais atividades, muitas vezes burocráticas, visando a garantia da qualidade?”.

A base para introduzir a gestão da qualidade está no foco da satisfação do usuário, na busca da motivação e participação dos colaboradores, bem como sua integração nos processos da organização (RAFAEL e AQUINO, 2019). No processo de acreditação, é importante envolver e motivar os profissionais do hospital no cumprimento dos requisitos estabelecidos (ALÁSTICO e TOLEDO, 2013).

Para iniciar a construção da observação, a maior motivação da equipe para execução das atividades, segundo EN1, é o cumprimento do contrato de gestão. Entretanto, a resposta do EN1 foi mais voltada à motivação do hospital em geral do que propriamente do setor. Dessa maneira, segundo o entrevistado, é necessário atingir metas quantitativas estabelecidas em contrato para que o hospital receba recursos do SUS. Em outros termos significa dizer que o recebimento das verbas para operacionalização do hospital é a maior motivação visando a garantia da qualidade na visão estratégica da instituição. Segue o relato do EN1:

“Bom tem uma motivação na verdade principal dentro do hospital, que é o contrato de gestão. Então o hospital hoje para que ele receba sua remuneração. Então nós somos um hospital 100% do SUS, onde a nossa verba completa vem da Secretaria de Saúde, em cima de metas quantitativas, em cima de metas qualitativas. E uma das metas qualitativas é realmente ter o certificado da acreditação ONA. E a gente tem então esse objetivo de ter o certificado em até cinco anos contratuais, que seria no caso, final do mês, até o final do ano de 2023. Então a gente conseguiu esse certificado de nível três antes do período que a gente tinha contratualmente acordado com a Secretaria de Saúde. Mas a gente sempre trabalha com eles, que na verdade é

uma coisa um pouquinho não negociável, algo de meta contratual mesmo. Contrato de gestão.

E a gente trabalha muito com que as pessoas tenham consciência também de que a gente precisa desse resultado para que a gente se mantenha, para que a gente receba as verbas, para que a gente não tenha nenhum desconto em parcela ou até mesmo nenhum risco de quebra contratual. O contrato de gestão hoje traz como uma das principais ferramentas a quebra contratual e aí pode inviabilizar inclusive quem hoje nos rege como O.S ou oferecer para que a gente consiga gerir. Então, é algo também voltado ao contrato de gestão. Então a gente brinca um pouquinho lá que não é tão negociável fazer a parte da qualidade acaba sendo um pouquinho mais uma obrigação mesmo de cumprimento contratual.” (EN1).

A motivação exposta pelo EN1 está em concordância com os estudos de Pires (2021), onde o autor cita que a transferência da titularidade de serviços não exclusivos prestados pelo Estado para um serviço público não governamental, segundo a lei Lei 9.637/98, conduz à introdução de práticas de gestão no setor, aumentando assim a eficiência e qualidade dos serviços prestados.

Tal como converge com a pesquisa de Matos e Nunes (2017), os quais abordam sobre o contrato gestão e expõem que a sua execução de parcerias público-privadas aos hospitais visa melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como reabilitar o parque hospitalar através da construção de unidades mais modernas.

A posteriori, os entrevistados EN2 e EN3 expressaram que a maior motivação é o paciente. Nesse contexto, para o EN2, o fato da instituição nascer de uma necessidade social já é uma motivação, logo a oferta do serviço de qualidade é espontânea. No mesmo sentido, o EN3 é categórico ao afirmar que o maior incentivo é o paciente, pois graças ao bem-estar dele as barreiras burocráticas da acreditação são superadas. Segue a abordagem da motivação pelo paciente conforme EN2 e EN3:

“A instituição. Ela por si só já tem uma natureza um pouco diferente da das outras instituições, porque foi um hospital que nasceu a partir da necessidade da sociedade. Então, todo mundo que estava trabalhando ali tinha esse objetivo latente da entrega, do resultado, de trazer o melhor para os pacientes. Isso é cultural da instituição, porque a instituição, ela foi criada, ela nasceu desse projeto, ela nasceu dessa intenção. Então acho que é muito diferente de todas as outras instituições, justamente por causa do núcleo de criação da instituição.” (EN2)

“Vou puxar sardinha para minha área, é o paciente. Sempre vai ser o maior. O maior incentivo nosso é ver nosso paciente bem e a gente conseguir entregar um cuidado com qualidade, uma assistência de qualidade, uma assistência segura. A gente consegue enxergar que aquilo que a gente faz ali dentro do hospital, por mais que seja burocrático em alguns sentidos, vai

refletir positivamente no tratamento de uma criança, no cuidado que essa criança vai ter, na experiência que ela vai construir dentro da instituição.” (EN3)

O fato do paciente ser a maior motivação conflui com a concepção dos autores Tomasich et al. (2020), onde citam em sua pesquisa que o cumprimento da acreditação proporciona maior satisfação e segurança aos pacientes atendidos, promovendo a aplicação de práticas ideais de gestão em saúde relacionadas à melhoria do atendimento e da qualidade.

Bem como concorda com as perspectivas dos autores Silva e Carvalho (2020), os quais concluem que o efeito das práticas de acreditação hospitalar é positivo devido à melhoria na atenção centrada no paciente e na qualidade do cuidado.

O reconhecimento foi escolhido como fonte de motivação para a garantia da qualidade, segundo os respondentes EN5 e EN6. Para eles, além do prêmio dado à ONA com o selo, o reconhecimento da instituição e dos pacientes é o combustível para que os colaboradores realizem as atividades com mais assiduidade. Nesse sentido, é observado que reconhecer a dedicação do profissional é propulsor para a manutenção da qualidade. Expõe os EN5 e EN6 sobre o reconhecimento:

“Acredito que as creditações hospitalares são grandiosas. Assim, crescem os olhos de todo mundo. É como se fosse um prêmio, um reconhecimento. Pronto, essa é a palavra: reconhecimento. Todo mundo quer trabalhar nas melhores instituições, apresentar os melhores resultados, e a gente consegue padronizar isso através da certificação da acreditação hospitalar. Então, as equipes ficam mais motivadas, fazem a sua parte de uma forma mais assídua no mundo ideal, né? E aí dá certo. Acho que essa é a maior motivação, o reconhecimento, tanto da instituição quanto do profissional.” (EN5)

“Então, muitas vezes a gente vai ter que fazer pelo outro, para que ele entenda que aquilo ali realmente gera resultado. Que a partir de agora, vale a pena ele reservar uma energia diária para ele se desprender dos processos da qualidade. Então eu acredito que é mais nesse caminho assim. É uma construção coletiva. A própria ONA tem diferentes níveis de acreditação, tem a ONA nível um, nível dois e nível três. E eu acho que esses andares que nós vamos subindo é como essa linha do tempo, ela já vai trabalhando isso. Então eles não querem um hospital acreditado com excelência de início. A gente vai para um hospital acreditado. Quando as equipes já recebem esse primeiro selo, já é uma forma de reconhecimento do trabalho deles. É uma forma de motivação para essa equipe. Então acho que é mais nesse caminho. É um grande desafio motivar as pessoas, mas essa motivação chega em um dado momento ela acontece. Então essas equipes cada vez mais vão ficando engajadas e atuando para a conquista desses selos de acreditação.” (EN6)

Este achado condiz com os resultados encontrados por Rafael e Aquino (2019) em sua pesquisa, onde é exposto que a capacidade da acreditação de aumentar a satisfação do paciente e proporcionar reconhecimento social aos hospitais acreditados é um importante argumento a seu favor.

O ponto de vista dos autores Siman et al. (2015) convergem com as respostas dadas pelos entrevistados em sua pesquisa, onde citam que a interação com a acreditação hospitalar ajuda a construir confiança entre usuários e sociedade. No entanto, o reconhecimento externo costuma ser o primeiro motivo para buscar métodos de avaliação.

Contexto semelhante foi apresentado no estudo de Alástico e Toledo (2013), os quais abordam que o ganho da acreditação é considerado um diferencial no mercado, pois demonstra o reconhecimento público de que a instituição está melhorando constantemente a qualidade de seus serviços.

Ademais, para o respondente EN4 a maior motivação é a busca incessante pela melhoria contínua. Segundo ele, não há processo que não possa ser melhorado e isso inspira os colaboradores a não se desvirtuar do caminho da excelência. Nessa perspectiva, nota-se que a impossibilidade de alcançar a excelência plena, desafia o colaborador a se desdobrar para fazer o melhor possível nas condições em que eles podem. Segue a explanação do entrevistado EN4 em relação a motivação sobre a melhoria contínua:

“A gente entende que a qualidade é um setor que está sempre em busca de melhoria de processos e melhoria contínua. Ela sempre vai existir, não importa se a gente já é nível três. Se existisse um nível acima disso, a gente iria buscar, mas nunca a gente vai atingir um patamar que a gente não tenha como melhorar, que é a melhoria. Ela é contínua. Então a qualidade, ela as pessoas não nos amam, mas também não nos odeiam. Elas entendem que a gente está ali buscando sempre a excelência. E mesmo quando a excelência puder ser atingida, a melhoria do processo, ela é visada o tempo inteiro. É isso que significa qualidade. Buscar sempre o melhor processo, o melhor para o paciente.

Então, assim a gente entende que é muito burocrático, tem retrabalho, tem que fazer várias coisas por várias vezes, mas é um trabalho. E eu acho que quem gosta de qualidade, como eu, aprendi a gostar, como eu me encontrei lá na qualidade. A gente entende que a burocracia, o processo repetido várias vezes, é o que vai levar a gente para a melhoria. Então é isso, a gente tem que seguir. Eu diria que é a busca por melhoria, porque a excelência tecnicamente já atingiu o nível três. Somos acreditados em excelência, mas não existe um processo que não possa ser melhorado. Então, a qualidade é a nossa motivação e sempre buscamos melhorar. Melhoria contínua.” (EN4)

As respostas obtidas convergem com as posições de Rafael e Aquino (2019), que citam em seu trabalho que um dos desafios mais árduos para os administradores neste

momento é continuar focado nas melhorias implementadas, já que os selos são atualizados anualmente. Portanto, o desafio é manter o foco e incentivar ainda mais o processo de melhoria contínua aos colaboradores.

Em relação a busca pela melhoria contínua, os autores Alástico e Toledo (2013) se inclinam ao conceito, conforme os autores a implementação da gestão da qualidade nos hospitais requer um esforço contínuo para incorporar o conceito de busca da melhoria contínua nas equipes e nos níveis hierárquicos, há um comprometimento da alta direção com as mudanças necessárias para tal esforço.

Todavia, para o entrevistado EN6 a maior motivação é, além do reconhecimento, o envolvimento dos colaboradores com as práticas da qualidade no dia a dia. Na opinião do EN6, antes de solicitar as obrigações ao colaborador é preciso sensibilizá-lo sobre a importância daquela tarefa para a organização e ao paciente. Logo, se percebe que exigir do colaborador a execução de atividades da qualidade sem antes ambientá-lo sobre a relevância dela é perigoso, pois a sensação de estar executando uma atividade burocrática e irrelevante são altas. Segundo o EN6 a motivação advém do envolvimento dos colaboradores pois:

“Então você falou a palavra ‘burocráticas’. A qualidade em si tem suas etapas, suas fases, que são burocráticas. A teoria da burocracia não é muito aceita por boa parte da população, pelos profissionais em si. Então, é um processo que envolve muita sensibilização. Então, a gente da qualidade precisa realmente sensibilizar essa equipe que vai estar à frente desses processos. E antes de instituir já de fato, esses novos processos da qualidade, a gente precisa primeiro passar a importância desses processos, o porquê de estar mudando algumas atividades ou qual é a necessidade de estar documentando alguns processos. Quando a gente se envolve com esses processos, a gente começa a ter uma melhor aceitação deles. Então a gente sempre tenta trabalhar lá na equipe essa etapa do envolvimento deles, para que eles se sintam pertencentes àquele processo. Se eles não se sentirem pertencentes, essa é a etapa mais burocrática. E essa motivação ela vai por água abaixo. Ela se torna um desafio ainda maior. Então é necessário ter muito da equipe, ter essa sensibilização para que a gente consiga deixar uma equipe motivada. Então demanda muito trabalho por trás disso, demanda muito jogo de cintura, às vezes um jeitinho brasileiro.” (EN6)

Essa ideia é incentivada por Silva (2020) em seu artigo, que constatou um maior envolvimento dos profissionais de saúde, promovendo o desenvolvimento profissional e melhorando as atitudes em relação à acreditação. Na mesma direção é reforçado por Siman et al. (2015), que com a crescente interação entre os funcionários em todas as etapas do processo de certificação, os funcionários agora têm uma visão macro dentro de seus

departamentos e organizações. Desse modo, o papel do gestor como elo é fundamental no envolvimento de todos os profissionais nas práticas da qualidade.

Por fim, o EN2 esclarece que além do paciente, a clareza da missão, visão e valores do hospital também são fontes de motivação. Desse modo, para o entrevistado, quando o hospital contrata o colaborador se presume que ele possui valores semelhantes à organização. Por esse ângulo, pode-se aferir que o alinhamento de princípios entre colaboradores e organização facilita o alcance de objetivos traçados. Outro ponto destacado é a segurança de se trabalhar em uma organização que sabe aonde quer chegar e o que fazer para chegar lá. O respondente EN2 expõe sua motivação:

“Além disso (motivação ao paciente), ligo a motivação com a missão, visão e valores da instituição. Eu acho que a missão, visão e valores institucionais. Ela trazia isso para o funcionário. Então quando o funcionário entrava, ele já entrava com essa visão semelhante. Então eu tenho os mesmos objetivos que a instituição. No próprio processo de contratação, isso já era considerado. Se o funcionário tinha essa mesma visão, esse mesmo caminho, essa mesma vontade da instituição. Se os objetivos dos dois estavam alinhados e eu acho que isso que fez diferença está muito mais ligado aos objetivos estratégicos da instituição do que qualquer outra coisa.”
(EN2)

Tal exposição é favorável às demonstrações no trabalho de Souza et al. (2016), os quais abordam que outro benefício advindo do processo de acreditação da instituição é a formação da equipe e a educação continuada que facilita o desenvolvimento profissional. A formação profissional é uma importante ação paralela ao processo de acreditação como estratégia de reinvenção do processo em busca da melhoria contínua e da qualidade.

Os pontos ressaltados estão de acordo com o que a literatura diz sobre os temas, podendo-se ressaltar a pesquisa de Siman et al. (2015), onde é citado que os programas de educação hospitalar devem focar em habilidades interpessoais, técnicas e interativas para permitir a interação entre profissionais e pacientes. Quanto maior a periodicidade de treinamento dos colaboradores, melhor o entendimento dos fundamentos da gestão da ONA.

4.2.4. Impactos negativos observados na obtenção do selo ONA

Em conclusão ao mapeamento das respostas, foram verificados trechos da sexta pergunta. Dessa forma, a pergunta: “qual ou quais os impactos negativos que puderam ser observados?” procura atingir essa finalidade.

Dentre os aspectos negativos da acreditação, nota-se que os profissionais se veem em um cenário repleto de cobranças, pressões, estresse, falta de valorização e reconhecimento. Vale a pena notar que, embora isso seja inerente a sistemas que buscam a melhoria contínua, pode ser mitigado pela valorização dos profissionais (MONZA et al, 2012).

A princípio foi constatado que os maiores impactos negativos observados no percurso da acreditação foram: a resistência a mudanças e a indisposição às práticas da cultura da qualidade. Ambos os impactos foram citados por pelo menos 4 entrevistados. Para melhor estruturação e entendimento da análise foram abordados os dois impactos mais citados e posteriormente o restante.

Em primeiro lugar, foi abordado o impacto negativo da resistência a mudanças. Desse modo, para o EN1, a resistência à mudança é uma barreira. Segundo ele, o processo de certificação modifica a zona de conforto das pessoas e gera uma indisposição natural nos colaboradores. Logo, para conter esse empecilho, é fundamental que os profissionais da qualidade expliquem a importância de realizar o trabalho burocrático, o qual propicia a segurança do paciente e até do próprio colaborador. Conforme o EN1, a resistência a mudança é uma barreira em razão de:

“Na verdade, sempre há. Quando a gente fala de um processo novo, principalmente de um processo de certificação, a gente sabe os benefícios que ele vai trazer para a organização um pouco mais pra frente, mas na verdade a gente mexe um pouquinho no que a gente chama de zona de conforto das pessoas, né? Então a gente acaba mudando os processos como elas fazem, as formas como elas evoluem, de atender os pacientes, coloca o tempo estabelecido, por exemplo, em uma consulta, em um tipo de atendimento. A gente não deixa mais com que as pessoas façam da forma como talvez elas estavam habituadas em uma vida inteira. A partir de agora tem um *check list*, tem os formulários para preencher. Então isso gera com certeza bastante indisposição, né? E ainda, principalmente, quem é muito lá da ponta. Se a gente não consegue explicar tão bem por que ele vai gastar um pouco mais de tempo preenchendo o formulário ou *check list* pela segurança até dele também como profissional, ele acaba entendendo que é mais uma

burocracia. Então a gente sempre tem resistência. Eu acho que qualquer organização, essa resistência, ela existe mesmo. É uma questão que a gente trabalha dia a dia com eles, mas a gente tenta sempre trabalhar com um pouco mais de proximidade. Por exemplo, a gente teve uma mudança agora recente, onde a gente vai ser acreditado pelo novo manual da acreditação.

Então, é a primeira vez que a gente vai ser visto pelo manual 2022 - 2026 e a gente fez um treinamento específico de cada subseção, com cada liderança, pra que a gente trouxesse um pouquinho mesmo desse entendimento sobre a acreditação um pouco mais próximo. Não algo apenas obrigatório. A gente também vem trazendo bastante pra eles a questão do risco jurídico, que vem aparecendo cada vez mais. Então a gente sabe que o nosso paciente está cada vez menos leigo, um paciente cada vez mais entendido. E quando a gente realmente deixa as coisas mais burocráticas, um pouquinho mais escritas e detalhadas, a gente minimiza também o risco de imagem, o risco jurídico. Isso de processo lá na frente garante que esse paciente seja atendido de uma forma mais unificada, para que não tenha diferenciação de atendimento. Mas essa resistência realmente acontece. Mas à medida que a gente vai explicando cada vez mais, a tendência realmente é diminuir. Mas ela ainda existe, como em toda instituição. Mas a gente já teve mais resistências no começo da implantação. Agora a gente já tem acreditação desde o ano de 2018. Então vamos aí para cinco anos de acreditação, já é um pouquinho mais tranquilo.” (EN1)

Na mesma direção, o EN3 menciona que a resistência à mudança é um impacto negativo. Consoante respondente, as alterações inesperadas fortalecidas pela pandemia, fez com que sensibilidade a mudanças dos profissionais fossem testadas. Contudo, graças ao trabalho educativo da qualidade, o propósito da acreditação se manteve firme. Ainda sobre o impacto negativo o EN3 discorre:

“Em relação a padrão, em relação a mudanças, em relação à adequação, isso sempre vai acontecer, porque a gente tem que se adequar. A legislação muda, as normas mudam, né? Então, na época da pandemia, que é um caso que tudo mudou, a gente teve que se adequar ali no momento de pandemia que precisava. O hospital precisava continuar trabalhando, a gente precisava continuar dando apoio, entendeu? E a gente tinha que ver toda uma questão de mudanças e os riscos dessa mudança. Então sempre vai ter uma coisa ou outra.

E quando você fala impacto negativo, é como se fosse uma barreira para a gente, porque dependendo da instituição, a gente acaba sendo uma barreira mesmo. E quando a gente consegue sensibilizar, a gente consegue divulgar e manter esse propósito de uma outra forma.” (EN3)

Para o entrevistado EN4 a resistência à mudança é vista como um processo natural da melhoria. De acordo com o respondente, passar a importância dos requisitos ao gestor antes do colaborador é um desafio, pois o excesso de questionamentos pode dificultar o andamento da acreditação. Contudo, para ele, os questionamentos são consequências da

melhoria. Desse modo, para contornar esse desafio, cabe ao profissional da qualidade ser resiliente para lidar com a situação de estresse e além disso, possuir a habilidade de comunicação para expor a importância dos requisitos solicitados. Segue a percepção do EN4 sobre os impactos negativos:

“Existe sempre um impasse que às vezes, para a gente ter melhoria, a gente precisa ter mudança. Não que toda mudança ela vai levar à melhoria, mas para a gente melhorar, a gente precisa mudar. E mudar uma cultura na organização não é fácil. Então a gente às vezes encontra um impasse com alguns gestores, alguns profissionais, porque algumas coisas precisam ser mudadas e muitas pessoas não aceitam isso de primeira. Então eu não diria que é negativo, porque isso é cultural. Em todos os lugares você vai ter dificuldade para implementar mudanças. Mas dificulta um pouco o trabalho você ter que explicar algumas vezes ou várias vezes ao gestor - “por que a gente está fazendo assim? Por que tem que mudar? Por que você tem que fazer desse jeito para atingir um requisito a mais? Ah mais um requisito não interessa!” - Interessa se a gente está buscando ser acreditado. Então o impacto negativo estressante é você lidar muitas vezes com as pessoas que não entendem a necessidade da mudança, mas também faz parte do trabalho. Então a gente sempre sabe contornar. Tem que saber conversar, mas de uma maneira a mesma coisa. Mas enfim, faz parte de toda organização. Não acredito que seja só no hospital. Implementar uma mudança sempre vai ter pessoas que não vão concordar com aquilo de imediato, né? Então a gente tem que aprender a lidar com aquela pessoa, assim como a gente lidaria com outra situação de estresse.” (EN4)

Em último lugar, no que rege sobre o impacto negativo adquirido pela resistência a mudanças, o entrevistado EN6 cita que toda mudança tem uma reação, e que não necessariamente são boas. Conforme respondente, o processo de mudança tem suas fases, tal qual explicado pela curva de Kübler-Ross de Elisabeth, onde a mudança se inicia pela negação, seguido da raiva e por fim a aceitação. Nesse sentido, a resistência ao processo de acreditação é comum, porém a posterior aceitação e entendimento dele também, para isso deve haver o envolvimento da liderança e o devido reconhecimento do processo aos colaboradores. Segue a exposição do EN6 sobre:

A gente vai falando muito de mudança, da gestão, dessa mudança. Toda mudança gera uma reação, ela gera o impacto. E isso é aplicado pela nossa vida pessoal, pela nossa vida, pela nossa vida profissional. E quando você está falando de uma organização de saúde, a gente está envolvendo diversos profissionais ali dentro. Elas geram impactos. Antes de gerar impactos positivos, a gente tem impactos negativos.

E é como se fosse aquela curva de Kübler-Ross de Elisabeth², que é uma russa, onde ela traz que a mudança primeiro tem uma negação. Então é comum a gente ter uma negação desse processo e se mostrar resistente. Depois a gente passa por aquela etapa de raiva, onde a gente pensa - “será que realmente é necessário fazer tudo isso?” Então passa a etapa de raiva, começa uma etapa de negociação, onde a gente vai pensando - “vale a pena ou não vale a pena fazer isso”. E depois vem aquela tristeza profunda, que dentro dessa curva de Kubler-Ross, ela traz como realmente uma depressão. Então tem uma depressão e a partir disso tem uma etapa de aceitação. O processo da acreditação pra quem tá na linha de frente e acompanha isso é nítido ver essa curva, ver como isso acontece.

Outro risco é a própria análise desse processo e desses riscos ter muitas mudanças dos processos que antes eram realizados. Então isso, em um dado momento, pode ser interpretado com alguns impactos negativos, porque alguns profissionais podem entender que não há um reconhecimento do seu trabalho. Mas isso tudo envolve toda uma questão de envolvimento, de maturidade dessa gestão e desses profissionais. Eu acho que é mais nesse sentido.” (EN6)

As informações vão de encontro ao colocado por Cardoso (2019), o qual relata que a resistência à mudança é entendida como resultado de falhas na comunicação e no modelo de liderança. A má condução do projeto tem grande impacto negativo nisso, em que denuncia a ausência de clareza aos objetivos e conceitos, bem como a omissão de auxílio adequado da gestão.

As declarações divergem do ponto de vista dos autores Manzo et al. (2012) em relação à aceitação dos colaboradores sob pressão aos requisitos de qualidade. Segundo os autores, a experiência de mudança por vezes é vista como algo tormentoso, onde à medida que as mudanças ocorrem nas organizações, os funcionários precisam mudar suas crenças e estruturas de valores pessoais e experimentar perda de referência, medo e angústia.

Após a concepção dos impactos negativos advindos da resistência a mudanças, foi abordado outra barreira: a indisposição dos colaboradores nas práticas da cultura da qualidade. O referido impacto foi citado por 4 entrevistados, demonstrando a relevância negativa na busca do selo.

Em primeira averiguação, a indisposição em praticar a cultura da qualidade, segundo o EN1, acontece pela não realização da gestão documental, que é uma das bases da qualidade, pelos colaboradores. Muito embora os setores já possuam bastante

² A curva de mudança é uma metodologia com o objetivo de ajudar as pessoas a lidarem com o luto, perdas e traumas.

documentação protocolada, o não compartilhamento disso com a qualidade ainda é um empecilho que deve ser trabalhado. O EN1 discorre sobre:

“O que mais dificulta hoje é a parte de processos de documentos. Conseguir com que eles entendam que eles precisam realmente documentar as suas instruções de trabalho, os seus protocolos, os seus formulários. Então, muitas vezes a gente ainda vai em algumas áreas ainda tem documentação sem estar publicada, porque eles entendem que é uma rotina que eles têm ali no dia a dia. Então eles fazem um formulário e ainda não publica conosco. Então, um pouco mais de indisposição nos processos da qualidade é realmente essa parte do documento. Já temos hoje, na verdade, todos os setores com bastante documentação, mas ainda é uma coisa que a gente ainda pega um pouquinho.” (EN1)

Por sua vez, o respondente EN2, expõe que o fato da instituição não ter uma cultura de qualidade sólida no início fez com que o desenvolvimento dos gestores fosse árduo, ou seja, um trabalho maçante e cansativo. Desse modo, foi preciso, além de desenvolver a cultura da qualidade, instituir um núcleo de gestão a fim de facilitar a adesão da cultura dos novos gestores. Segue o trecho onde o entrevistado relata sobre a indisposição das práticas da cultura da qualidade:

“O primeiro ponto e o mais difícil, foi realmente a implementação da cultura da qualidade, haja vista que era uma instituição que não tinha esse acompanhamento antes. Então as pessoas não eram preparadas e capacitadas para atuar nessa parte, nessa frente. Em seguida, foi muito necessário realizar o trabalho de desenvolvimento de gestores, o qual é um trabalho maçante e cansativo, e que é longo já que você naturalmente troca de gestor, e por conseguinte todo aquele processo de desenvolvimento vem à tona, mas quando você consegue no seu núcleo de gestão, implantar essa percepção e implantar essa cultura da qualidade, todos os outros gestores que entram depois, se adaptam ao que o núcleo fornece.

Logo, o que era mais difícil quando a qualidade começou foi justamente isso. A gente não tinha um núcleo voltado para essa cultura. É como se todos desconhecemos a qualidade, os processos, tudo aquilo que a gente podia fazer de melhoria. Por esse motivo, construir essa cultura foi uma coisa que demorou mais ou menos um ano e meio a dois anos de real implantação do núcleo, para que todos em volta pudessem aderir a essa forma de pensar, essa forma de monitorar e de fazer gestão.” (EN2)

Para o EN3, diante da indisposição dos colaboradores à cultura da qualidade, foi preciso trabalhar com a abordagem da Cultura Justa e da alta liderança. Em outras palavras, com o objetivo de imergir os gestores e o operacional aos princípios da qualidade, foi necessária uma conduta educativa do setor da qualidade que passou de setor em setor para explicar a importância dos processos, além disto, o apoio do

presidente e da superintendência foi fundamental para a construção da cultura. Em relação a isso, o EN3 esclareceu que:

“Sempre tem, né? A qualidade sempre vai ser um serviço assim, digamos, de polícia dentro do hospital. Porque ao mesmo tempo que a gente está ali dentro. Como é que você diz, instrumentalizando as pessoas para conseguirem trabalhar com mais objetividade no processo delas, otimizando melhor os insumos e o tempo. Por mais que a gente faça isso, a gente também entra numa outra parte que a gente monitora, que a gente audita, que a gente verifica mesmo. Então sempre vai ter hora ou outra um estresse, entendeu?”

Por isso que assim, quem trabalha na qualidade sempre tem que ser pessoas resilientes e que consigam entender isso. Eu não estou falando de passar a mão na cabeça de ninguém, mas que trabalhe com uma Cultura Justa e que consiga transmitir para a pessoa que está lá na operação a importância por que a gente cobra tanto? Por que a gente fala tanto da importância dessa padronização, dessas diretrizes, de seguir o protocolo, entendeu? Porque quando você consegue entender melhor, quando você tem um entendimento melhor que eu, seguindo daquela forma, eu faço o meu processo mais seguro. Eu consigo identificar algumas falhas que isso evita de impactar no meu paciente, entendeu? É mais fácil a aceitação.

Quando a gente chega mais próximo, quando a gente consegue entender, quando a gente está mais próximo deles para entender realmente como é que é que funciona, que é aquele que eles falam, que são as visitas, visitas de liderança, que é um processo que a gente está colocando agora no hospital. Então o próprio presidente e o próprio superintendente vão lá na operação para entender como é que funciona, de onde vem um paciente, como é que ele é transferido, qual é a medicação que ele vai usar, qual é a dificuldade dessa medicação chegar para que a gente consiga construir junto com eles uma forma melhor. A gente está ali para apoiar no trabalho deles, eles que fazem o show, a gente é só o backstage. Entendeu?” (EN3)

Em última investigação, uma das consequências negativas do impacto, já abordado anteriormente, foi a não documentação dos processos setoriais pelos profissionais do hospital, de acordo com o respondente EN6. Apesar do entrevistado ver isso como um ponto negativo a princípio, ele destaca que o impacto pode se tornar um ponto de crescimento na carreira do colaborador caso haja o aprendizado da cultura. O EN6 se pronuncia sobre:

“Porque às vezes essas equipes já realizavam o trabalho que tinha que ser realizado, no entanto, eles não eram documentados. Eles não seguiam essa parte mais burocrática, entende? Então isso eleva um pouco a carga de trabalho? Eleva. Nem sempre gera uma sobrecarga Só que é preciso que esse profissional faça a gestão do tempo dele para que ele não entenda esse impacto único e exclusivamente como um impacto negativo. Ele pode entender também como um impacto positivo de crescimento na carreira dele, de aprendizado também” (EN6)

Os entrevistados frisaram o colocado por Manzo et al. (2012), que por sua vez expõem ações para mitigar a indisposição dos colaboradores. Os autores destacam que o investimento em treinamento permanente é sempre necessário para possibilitar mudanças nos processos internos e externos da organização e atender às demandas decorrentes da qualidade. Portanto, reconhecimento e valorização profissional por meio de palavras de incentivo e outras formas de encorajamento devem ocorrer.

A partir deste momento, após a dedução dos dois impactos negativos mais citados pelos entrevistados, foram verificadas outras barreiras. Desse modo, o receio às auditorias foi citado pelos respondentes EN2 e EN3 como impacto negativo no processo de acreditação. Segundo eles, as primeiras auditorias não foram tão bem recepcionadas, pois o pressentimento de cobrança e julgamentos era temido pelos colaboradores. Contudo, por conta da abordagem sugestiva dos auditores da qualidade foi percebido melhora na receptividade dos setores. Segue o relato dos EN2 e EN3 sobre a resistência às auditorias:

“Tudo é um processo de construção. Então, as primeiras auditorias não foram tão bem recebidas em virtude das pessoas terem aquela sensação de cobrança e de estarem sendo fiscalizadas e tudo mais. Só que a qualidade tomava o cuidado com a abordagem. Então, a auditoria teve uma abordagem muito mais educativa do que punitiva. A gente procurar conformidade ao invés de procurar a não conformidade. É óbvio que quando você está procurando a conformidade, as não conformidades vão aparecer, mas a forma de abordagem acaba sendo diferente e isso acabava fazendo com que as pessoas se sentissem mais à vontade para poder compartilhar o seu processo e muito mais abertas a receber as sugestões. Porque não eram críticas, eram feitas em matéria em forma de sugestões. Isso deixava as pessoas muito mais à vontade. Eu acho que é muito relacionado com a abordagem. Na primeira abordagem sempre vai ter aquele caráter mais defensivo, mas depois, quando eles vão vendo que realmente a intenção é educacional, as próximas abordagens são muito mais fáceis.” (EN2)

“A gente sempre fala no hospital. Então muitas vezes a gente chega lá fazendo, a gente precisa mudar isso, vai fazer aquilo, a gente tem um novo manual, vamos fazer treinamento não sei o quê. E aí as pessoas, quando a gente auditava – “Mas por que você faz dessa forma?” - A gente quer que ele explique qual é o objetivo dele fazer dessa forma. E ele: “não, porque a ONA pediu” e aí a gente fala: “não é! Eu não estou trabalhando aqui por conta da ONA. Vocês não estão fazendo todo esse protocolo e estão desenvolvendo todas essas questões de melhoria por conta da ONA. Está fazendo para o seu paciente. Você está fazendo porque é melhor para o seu serviço. É melhor para o seu trabalho. É melhor para o seu processo”. Então eles precisam enxergar isso. A gente consegue trabalhar isso, sensibilizar bastante a operação.” (EN4)

A premissa de Souza et al. (2016) foi confirmada já que para alcançar a qualidade exigida no atendimento ao paciente, as instituições médicas estruturadas estabelecem centros de auditoria interna, neste caso centros de controle de qualidade. As declarações convergem com a pesquisa de Rafael e Aquino (2019), citado que com foco na segurança do paciente, as auditorias do Selo ONA avalia os processos diretos e indiretos de uma empresa, a segurança do trabalho e agregando valor à organização.

No que diz respeito à auditoria hospitalar, as respostas concordam com o ponto de vista de Manzo et al. (2013), os quais citam que as barreiras de comunicação no processo geralmente impedem a prestação de serviços de qualidade. Dentre os principais problemas apresentados, destacam-se a falta de objetividade no repasse das informações, bem como a falta de qualidade e completude das informações veiculadas aos especialistas.

Outro impacto negativo relatado foi o da ansiedade e preocupação. Segundo os respondentes EN5 e EN6, o processo de acreditação pode gerar sobrecarga de demandas e ocasionar preocupação dos gestores. Desse modo, por conta da alta taxa de esforço, especialmente no início da acreditação, alguns colaboradores podem adquirir estresse excessivo. Segue o relato sobre a ansiedade e preocupação do EN5 e EN6:

“Falando de experiências anteriores. Sim, já percebi impactos negativos. São muitos requisitos, muitas sessões, muitas subseções. É surreal para a gente da qualidade. É desesperador porque a gente tem requisitos que precisam ser entregues por outros setores, né? E depender dos outros é bastante complicado. As equipes ficam sobrecarregadas quando deixam as entregas para última hora. Os gestores ficam ansiosos, ficam preocupados. E com relação à cobrança, não é uma atividade prazerosa, né? Ninguém gosta de cobrar o próximo. Isso tende a gerar uma indisposição, ao meu ver. Então acho que esses são os principais pontos negativos das creditações hospitalares. Realmente acontece não só aqui no hospital, mas acredito que em outras instituições também.” (EN5)

Então eles também têm uma reação que muitas vezes a gente não tem como prever, sabe? Então, se tem impactos negativos? Tem. E é importante também você ter uma gestão de pessoas muito bem instituídas para que eles consigam avaliar, por exemplo, os afastamentos desses profissionais de saúde. Pode ser sim, que uma acreditação hospitalar, venha a elevar os atestados, por exemplo, CID F's que são atestados voltados para saúde mental, porque assim, há carga maior de trabalho no início desse processo de acreditação. Mas sim, tem impactos negativos, como eu citei, essa possibilidade, esse risco de ter um elevado número de afastamentos médicos por motivo de saúde mesmo desse profissional. Esse é um risco.” (EN6)

As exposições estão desalinhadas com os conceitos de Manzo et al. (2012;2013) acerca da percepção dos problemas de saúde adquiridos na acreditação. Os autores citam que embora muito se fala sobre a necessidade de aumentar a participação dos trabalhadores nos processos burocráticos e solidários de acreditação, as tensões e pressões que surgem relacionadas ao cansaço profissional são ignoradas. Exigências constantes que causam frustração, estresse, ansiedade e doenças.

Por outro lado, as respostas convergem com as premissas de Souza et al. (2021), onde abordam que almejar esforços inovadores institucionais de qualidade tende a melhorar a qualidade da saúde e garante que as propostas possuam medidas de proteção para os trabalhadores e sua saúde.

Para concluir o balanço da sexta pergunta no que diz respeito aos impactos negativos observados durante o processo de acreditação, o receio em divulgar indicadores qualitativos foi exposto como uma barreira. O entrevistado EN1, expõe que alguns gestores têm receio de divulgar indicadores qualitativos das áreas, uma vez que dados qualitativos denunciam fragilidades do setor. Portanto, se salienta que essa barreira deve ser superada visto que as fraquezas do setor expostas nos indicadores qualitativos, devem ser tratadas e mitigadas. O EN1 aborda detalhadamente sobre o receio da divulgação de indicadores qualitativos pelos gestores:

“E o nosso segundo desafio é a gestão de resultados e a gestão de indicadores. Porque quando a gente vai falar também de indicadores, a gente sai um pouquinho da obrigatoriedade daquele indicador de produção, daquele indicador de volume e tendo que ir pra um indicador de resultado, um indicador qualitativo. E quando vai falar de indicador qualitativo, é um indicador um pouco mais incômodo, onde eu consigo ver as fragilidades da minha organização e onde eu consigo ver a qualidade da minha assistência muitas vezes, onde eu consigo ver a qualidade da minha área administrativa e isso realmente gera um pouco mais de indisposição de não bater meta, né? Então dá um pouquinho de trabalho aí para que eles descrevam os seus resultados e consigam entender que a gente precisa enxergar para que a gente consiga melhorar. Porque aquilo que eu não enxergo, eu realmente não tenho como atacar e nem mitigar. Mas ainda tenho um pouquinho de resistência nesse sentido.” (EN1)

As afirmações se alinham aos conceitos obtidos por Rafael e Aquino (2021) em seu trabalho, onde declaram que os indicadores permitem entender como os serviços de saúde funcionam. Desse modo, mostram qual o cenário atual e quais consequências das ações

tomadas. Eles representam, pelo menos, um esforço de avaliação e são frequentemente citados como base para uma tomada de decisão baseada em critérios mais objetivos.

Bem como convergem com a concepção de Manzo et al. (2013), os quais esclarecem que o preparo dos colaboradores deve ser adequado no processo de certificação, pois leva a uma comunicação corporativa mais fluída, direta e eficiente e alcança resultados desejáveis no que diz respeito ao monitoramento e manutenção da qualidade.

4.3. Implicações do selo de qualificação ONA no paciente

Depois da análise das implicações do selo no colaborador, foi abordado o impacto desta no paciente nesta terceira subseção. Ante o exposto, para o alcance desse objetivo específico, os colaboradores esclareceram os seguintes pontos: os impactos observados nos pacientes e os benefícios do selo de qualificação ONA na eficiência e segurança do paciente.

4.3.1. Impactos observados nos pacientes

Em encerramento a observação das respostas da sexta pergunta, foram averiguados em seguida os relatos da sétima. Por conseguinte, foi examinado a pergunta “quais tipos de impactos puderam ser observados nos principais clientes?”.

Uma das preocupações atuais mais importantes dos cuidados de saúde é a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, e a procura pela melhoria da qualidade inevitavelmente afeta todas as áreas da instituição, independentemente da área assistencial ou administrativa (VELHO et al, 2013). A cultura de segurança foi redesenhada para focar nos pacientes e em sua proteção por meio de modificações estruturais e modernização das instalações (NASCIMENTO et al, 2020).

Antes de mais nada foi confirmado que os maiores impactos observados no paciente advieram da: estrutura, protocolos e processos e da experiência e satisfação. Ambos impactos foram citados por pelo menos 4 entrevistados. Para melhor estruturação e entendimento do mapeamento foram abordados primeiramente os dois impactos mais citados e posteriormente o restante.

Inicialmente, foi abordado o impacto da estrutura, protocolos e processos, alterados durante a acreditação, no paciente. Dessa maneira, para o EN2, o fato do paciente não ter sentido negativamente as grandes mudanças institucionais já é um impacto. Conforme o entrevistado, houve a ampliação do serviço, contudo não foi percebido diminuição da qualidade do atendimento pelo paciente.

Assim, ao avaliar se percebe que os colaboradores não transpareceram as consequências das mudanças, já citado anteriormente na pergunta 6, aos pacientes. Portanto, cabe aludir que a qualidade do atendimento se manteve, mesmo com a turbulência normal de uma acreditação, por conta do esforço e foco dos colaboradores. Consoante respondente EN2, a estrutura, protocolos e processos impactou o paciente em razão de:

“E mesmo fazendo grandes mudanças institucionais de processo, de fluxo, de gestão para aquele que estava recebendo a assistência na ponta este impacto não foi percebido. Notei uma ampliação do meu serviço, mas eu não consegui perceber uma diminuição da qualidade do meu atendimento, porque tudo foi feito bem estruturado, dentro dos padrões, considerando todas as ferramentas da qualidade para implantação. Ademais, eu tive aumento de tudo, tive aumento de atendimento, eu tive novos fluxos, novos processos, diversos novos colaboradores que você imagina, mais de 200 leitos sendo abertos, leitos de UTI, cirurgias que antes eram simples e agora há cirurgias complexas e até transplantes. O hospital ter uma equipe nova, um grupo gestor assistencial, um médico novo sendo contratado e ainda assim não ter, na percepção do meu paciente, um impacto negativo, é muito bom.” (EN2)

Na mesma perspectiva, o EN3 relata que houve impacto no paciente pela estrutura, protocolos e processos. De acordo com o respondente, a consolidação dos protocolos foi fundamental para isso. Em outras palavras, a acreditação trouxe uma melhor definição dos riscos ao paciente por meio dos protocolos. Segue a exposição do EN3 quanto a consolidação dos protocolos pela acreditação:

“Bom, hoje a gente já consegue. A gente já consegue definir melhor dentro dos nossos pacientes quais são os principais riscos relacionados ao nosso perfil epidemiológico. A gente não tinha isso muito bem definido antes da acreditação. A gente tinha um perfil epidemiológico, mas a gente não tinha ainda os riscos para cada um. Dentro desses riscos, a gente já construiu também os protocolos, que são as barreiras que vão permitir que eu evite que esses riscos aconteçam, que esses problemas aconteçam. Então a gente já tem protocolos. A gente já consegue mensurar alguns indicadores com esses protocolos. Isso aconteceu junto com a acreditação mesmo. Então a gente já enxerga isso. Então eu consigo também já delinear ali também até a questão financeira, onde eu preciso investir mais, onde eu posso retirar,

relacionado a esse perfil. Já provê também algumas coisas em relação a esses pacientes. O que mais? Mais relacionado a isso mesmo, acho que aumentou também a segurança em alguns processos para os pacientes. A gente diminuiu alguns tipos de eventos que a gente tinha.” (EN3)

Já para o entrevistado EN5, o impacto ao paciente advindo da estrutura, protocolos e processos se deu especialmente pelo fortalecimento do último. Para o entrevistado, o desenvolvimento de processos como: *disclosure*, notificação e cultura de segurança, traçados pela ONA, atingiram os pacientes. Segue o entendimento do EN5 acerca dos impactos aos pacientes:

“Com relação aos pacientes, eu presumo que os impactos são positivos por conta dos nossos planos de ação, todos embasados na cultura de segurança do paciente. Então eu tinha mencionado o *Disclosure*, né? O fortalecimento do processo de notificação também é um requisito da ONA Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente. Todos esses requisitos e processos de melhoria que foram traçados pela ONA ou por outras creditações hospitalares visam a segurança e o bem-estar do paciente. Então só melhorias e avanços.” (EN5)

Finalmente, no que se refere ao impacto sobre o paciente pela estrutura, protocolos e processos, o entrevistado EN6 relata que a instituição dos protocolos clínicos foi fundamental para a capacitação dos profissionais da assistência. Desse modo, os profissionais estavam mais preparados para atender os pacientes. Para o entrevistado EN6:

“E isso indo além das seis metas que são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, eu digo envolvendo todos os protocolos assistenciais que aquele hospital atende os seus pacientes. Seja um paciente com AVC, seja um paciente em um protocolo, por exemplo, de uma apendicite aguda ou de um paciente que está com hemorragia digestiva alta. Todos esses protocolos já são instituídos. Esses profissionais são treinados e capacitados para lidar com essa situação. Então, é realmente um ganho mais voltado para essa qualidade assistencial.” (EN6)

Tais informações destacam as perspectivas de Nascimento et al. (2020) e Souza et al. (2016). Conforme Nascimento et al. (2020), a cultura de segurança é readaptada para focar no paciente e sua proteção por meio de redesenhos estruturais e modernização de equipamentos. Essas mudanças formaram um modelo de compromisso com a humanização da saúde modificando os padrões de atendimento. Já Souza et al. (2016), citam que apoiado nos fatores de estrutura, processo e resultado, fica claro que o processo de acreditação pode contribuir para a excelência dos serviços de enfermagem.

As respostas convergem ainda com os julgamentos de Nascimento et al (2020), onde expõem que a acreditação é bem-vinda pelos serviços de saúde, porque reconhece a importância de protocolos assistenciais que favorecem a criação de um sistema e linha de cuidado únicos. As respostas estão em concordância com os estudos de Sousa et al. (2021), que apesar das dificuldades, há consenso sobre a significância da acreditação na contribuição à padronização de protocolos e serviços, organização dos processos assistenciais e melhoria contínua do atendimento ao paciente e sua segurança. Essa perspectiva se alinha com a avaliação de Donabedian, pois para Souza (2019) as três dimensões de estrutura, processo e resultado defendidas por Donabedian para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde se encaixam no índice de qualidade dos cuidados.

Após a avaliação dos impactos da estrutura, protocolos e processos nos pacientes, foi abordado outro impacto: a experiência e satisfação. O referido impacto foi citado por 3 entrevistados, mostrando a influência disso no paciente.

Em primeiro estudo, segundo o entrevistado EN1, os resultados demonstrados pela área da qualidade percebida, mostram que a experiência gerada no atendimento impacta os pacientes. Nesse sentido, os dados disponíveis foram fundamentais para decretar a percepção sobre a experiência do usuário ao gestor. Segue o relato do EN1 sobre a experiência dos pacientes:

“Os principais impactos hoje a gente consegue observar bastante quando a gente vai dar uma olhada na parte de experiência do paciente, na parte dos resultados deles que a gente tem uma área específica disso, que seria a nossa qualidade percebida. Então nada valeria para nós, por estar trabalhando em cima de uma acreditação, de uma melhoria de processo, sem que a gente conseguisse enxergar no nosso paciente essa melhora. E também, principalmente, a gente conseguir enxergar os nossos riscos quanto aos eventos adversos, quanto aos erros de processo.” (EN1)

Em relação a satisfação, o respondente EN2, expõe que mesmo com as mudanças impetuosas como a implementação de novos processos e a construção de novos leitos a satisfação do paciente se manteve. Segundo o entrevistado, o cenário era para ser diferente, uma vez que com o aumento da demanda, que é exigido pela acreditação, o trabalho feito pelos colaboradores perderia em qualidade e conseqüentemente afetaria a satisfação dos pacientes. O EN2 discorre sobre a satisfação dos clientes:

“O que a gente pode observar é que, mesmo com uma mudança absurda de cenário, eu tinha um cenário com pouquíssimos leitos de

internação, nem uma UTI, nem um paciente que ficava grave, então era muito mais fácil de você administrar a satisfação. Então, se eu não tenho muitos processos complexos, a chance de eu ter uma insatisfação no meu atendimento é muito menor. Aí você imagina que eu saio de um cenário pequeno para um cenário aonde (sic) eu tenho uma implantação de um grande processo, de muitos leitos, de uma complexidade muito maior, e ainda assim eu consegui manter o mesmo nível de satisfação. Isso é um desafio, porque quando você tem grandes mudanças no cenário, a tendência é você ter mudanças na percepção.” (EN2)

Em última perspectiva sobre a experiência e satisfação do paciente, segundo o EN4, por mais que o contato com os pacientes não fosse frequente, os indicadores apresentaram a melhora da satisfação. De acordo com o entrevistado, a satisfação advém principalmente da segurança adquirida na acreditação com a implementação de protocolos de prevenção. Segue o relato referente a satisfação do EN4:

“Eu não trabalho diretamente com os pacientes. Eu não tenho muito contato com o paciente, porque eu, a partir dali da qualidade, acho que a gente tem menos contato com a segurança do paciente em si. Mas a visualização por indicadores que a gente tem, os indicadores do hospital, de taxa de satisfação dos familiares, taxa de satisfação dos pacientes, quando é apresentado para a gente, a gente pode ver que houve uma melhora sim, que eles têm uma resposta positiva com o atendimento deles dentro do hospital. Então eu acredito que teve sim esse impacto positivo, apesar de eu não participar da busca ativa e não participar das entrevistas que eles fazem de pesquisa de satisfação, visualizando o indicador e a análise crítica feito pelo gestor. A gente entende que sim, houve um impacto positivo, que os pacientes se sentem bem no hospital e parte disso tem relação com a acreditação sim. Porque a acreditação ela passa por diferentes níveis. Um deles é a segurança. A segurança que ela busca lhe atinge requisitos para um paciente de identificação de protocolos de prevenção. Então tudo isso reflete no atendimento e no tratamento da criança no hospital.” (EN4)

As declarações confluem a posição de Silva (2020), que esclarece que acreditação hospitalar tem competência de fomentar melhorias acerca da gestão dos processos e a satisfação dos pacientes, principalmente quando há o apoio da alta direção e a participação de todos os profissionais, a fim de colocar o paciente no centro e aumentar a qualidade da assistência.

Percebe-se que as declarações estão em sintonia com o ponto de vista de Costa et al. (2020), onde citam que a boa experiência do paciente enfatiza a complexidade dos serviços assistenciais hospitalares, e manifesta-se no contato com três componentes da avaliação do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado.

De agora em diante, após o mapeamento dos dois impactos aos pacientes mais citados, foram mapeados os demais. Dessa maneira, a transparência e o conforto ao paciente foram declarados pelo EN1 como impactos observados. Conforme respondente, infelizmente há doenças que o prognóstico de cura são mínimas, por outro lado a possibilidade de oferecer conforto pela assistência é um impacto irrepreensível. Além da maior transparência adquirida na acreditação (como por exemplo a ação de *disclosure* discutida na pergunta 2 (dois) sobre as melhorias observadas com a obtenção do selo). Segue a abordagem do EN1 sobre:

“Então a gente consegue hoje ter um pouco mais de transparência cada vez mais com o nosso paciente. O nosso objetivo vai ser realmente a cura, porque muitas doenças, infelizmente nós não temos essa possibilidade. Mas a gente tem a possibilidade do conforto de uma qualidade assistencial, né? Temos uma equipe específica para estar à frente deles, tirando todas as dúvidas e deixando esse paciente um pouco mais com qualidade de vida, dentro das suas possibilidades. E aí, quando os pais participam, isso realmente tem um resultado muito mais expressivo.” (EN1)

As exposições condizem com as compreensões encontrados por Costa et al. (2020) em suas pesquisas, onde citam que em relação ao ambiente acreditado, há melhorias no controle da movimentação humana, redução de ruídos, disponibilização de condições que atendam às necessidades específicas dos pacientes, proporcionando acolhimento e conforto.

Tais respostas obtidas convergem com a ótica de Margutti et al. (2022), os quais afirmam que o *disclosure* desempenha um papel importante no processo de segurança do paciente. A sua aplicação mostra aos pacientes e familiares como a organização hospitalar presta atendimento e gerencia a transparência entre o hospital e o cliente.

Outro impacto mencionado ao paciente é a participação de sua família, segundo o EN1. Consoante entrevistado, a evolução da maturidade organizacional permitiu aproximar a família do paciente aos cuidados da assistência. Desta maneira, a interpretação constatada é que a satisfação da família influencia diretamente a satisfação do paciente, e por conseguinte, aumenta a assertividade do tratamento. Para o EN1 a participação familiar é impactante pois:

“A gente consegue ver que quando a gente tem uma evoluindo numa maturidade organizacional e quando a gente tem um evento adverso, a gente consegue conversar com a família sobre isso, trazer a família um pouco mais

pra perto, fazer com que a família participe da assistência, do cuidado, também é uma segurança cada vez maior. Hoje a gente tem a família aí participando do cuidado assistencial também. Então a gente consegue ver cada vez maior satisfação deles, de conseguirem ser parte realmente do tratamento das doenças dos seus filhos e não realmente uma pessoa ali à disposição de uma equipe assistencial, fazendo muitas vezes o que eles não entendem, o que está acontecendo, por que está acontecendo. Então esse ganho hoje com a família é muito grande, porque eles são cada vez mais entendidos. Eles participam, eles perguntam, eles discutem, eles são mais próximos das nossas equipes e isso ajuda pra que a gente tenha também um tratamento um pouco mais assertivo. Nem muitas vezes a gente vai falar que a gente tá falando de hospital de alta complexidade.” (EN1)

As declarações expostas conversam com o ponto de vista de Costa et al. (2020), onde é abordado que em relação ao processo de cuidar, é notado a importância da presença da família acompanhando o tempo de internação como fator que aumenta a saúde e a segurança do paciente. A essa percepção, os familiares que acompanham a internação possuem maior conhecimento sobre os cuidados e interação ativa com a equipe de enfermagem.

A importância da família se relaciona com a opinião de Margutti et al. (2022), onde é fundamental ajudar a construir uma cultura de segurança do paciente, fomentar o diálogo e estreitar vínculos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde e aumentar a confiança para a prevenção de futuros incidentes.

Ainda sobre os impactos observados no paciente, o respondente EN3 é categórico ao afirmar que a informatização da cadeia medicamentosa durante a acreditação impactou no tratamento do paciente. Para o entrevistado, a consistência adquirida pela cadeia medicamentosa da farmácia durante a acreditação permitiu o envolvimento de todos nos eventos de risco ao paciente. A informatização foi tão bem sucedida que há até o envolvimento da superintendência. Segue o relato sobre o impacto da cadeia medicamentosa no paciente observado pelo EN3:

“A gente conseguiu informatizar a questão da cadeia medicamentosa, com a tecnologia conseguimos informatizar todo o processo da farmácia, mas ainda é processual, fazendo mais protocolos, dupla checagem e check list. Então, hoje em dia a cadeia medicamentosa do hospital é muito consistente. A gente já teve mais erros relacionados a isso, mais falhas, mas hoje em dia a gente tem poucas falhas ainda relacionadas à cadeia medicamentosa. Acontece ainda um ou outro e aí a gente consegue analisar. Outra coisa que a gente conseguiu muito também foi fortalecer a análise desses eventos. A gente consegue hoje em dia ter uma participação melhor de todos os envolvidos quando acontece um evento ou circunstância

de risco, dependendo, a gente consegue ali que participe o gestor da área e que participe às vezes o diretor. Dependendo do evento, até a superintendência vem para conseguir entender qual a causa raiz, onde que a gente vai poder atuar. Então isso foi se fortalecendo a partir do momento que a gente iniciou a certificação. Foram processos que foram fortalecidos e outros que foram criados e que não existiam ainda.” (EN3)

Os resultados da entrevista convergem com a pesquisa de Trindade et al. (2017), que esclarecem que a cadeia medicamentosa tem um impacto significativo na prevenção de eventos adversos a medicamentos. Diante disso, a cadeia medicamentosa é, portanto, uma ferramenta importante para a prevenção de eventos adversos, de modo que os organismos internacionais de acreditação os consideram uma prioridade.

Os pontos destacados estão em direção ao trabalho de Alonso et al. (2014), onde ilustram que outro fator igualmente fundamental é, entre outras coisas, a informatização da maioria dos processos assistenciais, dando grande importância ao uso de protocolos e à adoção de mecanismos de acreditação hospitalar.

Em término, a respeito da noção do impacto sobre o paciente observado pelos entrevistados com a obtenção do selo ONA, foi citado a segurança pelo entrevistado EN6. Conforme o entrevistado, a acreditação agrega valor à segurança do paciente, devido a instituição de protocolos assistenciais, que por sua vez minimiza o risco de infecção. Para tanto, é frisado pelo respondente, que se fosse paciente e se tivesse o direito de escolha só seria atendido em hospitais que passaram pelo processo de acreditação. Logo, é notado que a acreditação fortalece a segurança e por esse motivo é tocante ao paciente. O EN6 discorre sobre:

“Vamos supor que eu sou uma paciente, uma usuária de serviço de saúde e eu ainda vou optar, se eu tiver o direito de escolha, eu vou querer escolher ser atendida em hospitais que já passaram por o processo de acreditação, seja ONA ou JCI. Tem outras metodologias também que a gente encontra de instituições de saúde que são acreditadas em Brasília. Então eu iria escolher um hospital que já passou por uma acreditação. Por quê? Porque a acreditação ela agrega muito valor à segurança do paciente. Então, quando a gente fala em segurança do paciente, a gente está falando sobre protocolos assistenciais que são instituídos. Então, se eu estou com uma infecção, eu vou procurar um serviço que é acreditado? Vou. Porque até mesmo o tempo de atendimento que eu vou passar por uma consulta médica, que eu vou iniciar um protocolo de antibioticoterapia é reduzido comparado a outros hospitais que não têm acreditação. E isso se dá porque existem protocolos e eles precisam gerenciar esses protocolos. Então há um ganho, eu digo inclusive que imensurável, voltado para os principais clientes, voltado para esse paciente, porque todo processo que acontece dele está

sendo monitorado, porque a acreditação, ela preconiza isso. Então ele é realmente um ganho imensurável. É difícil a gente tabular. É difícil de eu citar exemplos aqui para você, mas eu falo de um modo geral, de um modo que engloba toda a segurança do paciente.” (EN6)

As respostas se alinham com as posições de Cardoso (2019) e Souza et al. (2016) no que diz respeito à dialética da ONA, onde processo de certificação é cada vez mais complexo. Sua base é atender aos requisitos de segurança e qualidade, tanto no atendimento ao paciente quanto na operação dos serviços médicos. A acreditação apoia a colaboração entre os diversos profissionais envolvidos no processo assistencial, pois trabalham em conjunto com foco na qualidade e segurança da assistência ao paciente.

4.3.2. Benefícios do selo de qualificação ONA na eficiência e segurança do paciente

Em conclusão a pesquisa das respostas da sétima pergunta, foi pesquisada agora trechos da oitava e última pergunta da pesquisa, a saber: “quais os benefícios do selo de qualificação ONA tendo em vista a gestão da qualidade, com foco na eficiência e segurança do paciente?”

A fim de propiciar um melhor entendimento acerca da observação, a pergunta foi dividida e interpelada em duas partes, onde inicialmente foi abordado o benefício do selo na segurança do paciente, e por fim, seu benefício na eficiência organizacional.

O selo de acreditação da ONA protege a eficiência e a eficácia dos clientes e prioriza a qualidade (RAFAEL e AQUINO, 2019). A ideia de aumento da eficiência hospitalar consiste em reduzir os custos de suporte sem reduzir as melhorias alcançadas (MANZO et al, 2012). Para uma assistência de qualidade, considera-se necessário aumentar a eficiência e eficácia dos processos de gestão (SOUZA et al, 2016).

Como já citado anteriormente, de início foi feita a análise do benefício do selo perante a segurança do paciente. Para esse fim, os entrevistados citaram que os maiores benefícios vistos foram a respeito do desenvolvimento de processos mais seguros e a diminuição dos riscos assistenciais. Desse modo, a seguir foram inquiridas as respostas acerca dos processos mais seguros, o qual foi o benefício mais citado pelos entrevistados em relação à segurança do paciente.

Ao iniciar a reflexão dos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente em atenção aos processos mais seguros, o entrevistado EN2 aborda que o selo levou a melhoria de recursos. Desse modo, significa dizer que o selo trouxe, além da obrigatoriedade legal, a percepção de boa prática. Segundo o entrevistado, a otimização dos recursos foi fundamental para ter processos mais seguros e desenhados, visto que provocou a sintetização das decisões e que por conta disso, trouxe segurança ao paciente, funcionário e até mesmo para a organização. Discorre o EN2 no que concerne aos processos mais seguros:

“Eu acho que os principais benefícios que o selo pode trazer é a garantia. O selo vai trazer, além daquilo que a gente tem de obrigatoriedade legal que é o que todo mundo vai fazer porque é obrigado a fazer, aquela percepção do que é uma boa prática. Então eu consigo ter melhores entregas com melhor otimização de recurso. Então, querendo ou não, eu tenho uma economia, porque eu começo a planejar os meus processos, eu faço os meus processos de forma melhor, com menos desperdício. Então eu acho que de uma forma prática, a acreditação traz isso: processos mais seguros, processos melhor desenhados, com melhor utilização do meu recurso e gerando um resultado que traz essa segurança tanto para o paciente quanto para o funcionário e para a organização.” (EN2)

Seguindo a exploração dos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente no que diz respeito a execução de processos mais seguros, os padrões de segurança contidos no manual ONA, conforme o entrevistado EN3, foi um guia na construção de processos mais seguros. Sobre isso, se destacou que a legislação foi grande aliada para a segurança do paciente, pois com seu cumprimento houve uma melhora da mensuração de indicadores de risco, como o de queda por exemplo, de tal forma que beneficiou a segurança do paciente. Segue o relato do EN3 acerca dos processos mais seguros advindos dos padrões de segurança do manual ONA:

“Então, conforme te falei, a gente consegue hoje em dia fazer uma mensuração melhor desses protocolos que são aplicados para esses pacientes, para o nosso perfil de paciente. Em relação à segurança, a gente fortaleceu ainda mais a segurança do paciente, porque a certificação ONA e uma série de padrões que você vai cumprindo ali de acordo com o que pede o manual. Então a gente vai cumprindo e a gente tenta sempre se manter dentro desses padrões. Boa parte deles é baseada em legislação, então, sim, a gente já seguia isso antes. Só que a gente vai aperfeiçoando isso. Então a gente hoje em dia consegue não só cumprir a parte de legislação, mas verificar realmente a questão da eficácia. Então, antigamente eu tinha um indicador, vou dar um exemplo, um indicador de queda que era um número de taxa de eventos relacionados à queda. (EN3)

Para o entrevistado EN4, no que diz respeito aos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente a respeito da construção de processos mais seguros, a acreditação foi fundamental para isso, pois trouxe as seis metas de segurança do paciente. Dessa forma, as metas foram trabalhadas a fim de fomentar a segurança do paciente por meio de ações como: identificação segura, medicação correta e centro cirúrgico seguro. O entrevistado, de forma objetiva e direta, declara que o foco do hospital é o bem estar do paciente por meio da segurança e atendimento e a busca pelo selo ONA é fundamental para esse objetivo. O EN4 disserta sobre as metas de segurança do paciente:

“Então, ali dentro do hospital, somos um hospital público. Muitos hospitais privados buscam o selo. Porque isso chama cliente, porque o paciente para eles é mais do que o paciente, é um cliente. Mas nós somos o hospital público. O atendimento é gratuito.

Como eu estava falando, um dos níveis da ONA é propriamente a segurança. Então, é preciso trabalhar seis metas de segurança do paciente. Com certeza um hospital acreditado, passando por toda a verificação de uma IAC acreditada na ONA que consegue configurar o selo, ela tem ali trabalhado para a segurança do paciente: identificação segura, medicação correta, centro cirúrgico seguro, todas as metas são atingidas, né? Então a gente acredita que uma instituição, assim como o hospital, ela é acreditada, ela está trabalhando em prol de buscar segurança para o paciente e eficiência no atendimento, porque tudo isso reflete no atendimento, no foco do paciente. O hospital é muito centrado no paciente. O foco dele é o paciente. Então a gente busca principalmente a acreditação, o selo da ONU pelo paciente, pela segurança, pela eficiência no atendimento.

Ao concluir a investigação dos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente no que concerne à promoção de processos mais seguros, o respondente EN6 cita que o selo trouxe a implementação de protocolos assistenciais como um exemplo de segurança. Assim, significa dizer que o selo trouxe, além dos protocolos assistenciais, a gestão de riscos que impactam diretamente o paciente. Ainda, foi citado que antes da implementação dos protocolos a análise de risco era muito incipiente. Portanto, cabe discutir que a gestão de processos e documentos é fundamental na gestão de risco da segurança do paciente. O EN6 comenta quanto a implementação de protocolos assistenciais:

“Sim. Um exemplo, do hospital que eu trabalho, é essa questão de protocolo. Antes da acreditação, antes de se submeter a esse processo de acreditação, nós tínhamos alguns protocolos instituídos, mas essa análise era muito incipiente. Era como se fosse uma sementinha. Então, com a acreditação, com esse olhar do avaliador externo, isso impulsionou muito dentro do Hospital. Então eu digo que um desses benefícios do selo de

qualificação ONA é a implantação dos protocolos assistenciais e a gestão desses riscos voltados a esses protocolos, que impacta diretamente na eficiência e na segurança do paciente.” (EN6)

Essas informações vão de encontro com os pensamentos colocados por Nascimento et al. (2020) e Silva (2020) em seus artigos, que abordam a acreditação como facilitadora da reestruturação da gestão e manutenção e garante a otimização de todos os processos organizacionais. Um ponto notável é a relação entre documentação e segurança nos processos. Existem possíveis melhorias no processo de trabalho que podem reduzir riscos e aumentar a segurança do paciente.

Após a concepção dos benefícios vindos do selo ONA por meio de processos mais seguros, foi feita a partir de agora, a abordagem da diminuição dos riscos assistenciais no que tange a segurança do paciente, como já abordado antecipadamente.

Na abertura da dedução dos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente em atenção à diminuição dos riscos assistenciais, o entrevistado EN3 expressa que o selo trouxe a cultura da prevenção de risco por meio de inclusão de barreiras. Em outros termos significa dizer que antes do selo certos riscos não eram prevenidos da maneira mais assertiva. Contudo, com a mensuração de indicadores de prevenção de risco, pode-se monitorar melhor esse risco e eventualmente diminuí-los. O EN3 aborda no que concerne a diminuição dos riscos assistenciais:

Então, antigamente eu tinha um indicador, vou dar um exemplo, um indicador de queda que era um número de taxa de eventos relacionados à queda. Hoje em dia a gente tem um indicador que está relacionado aos meus pacientes, que apresentaram um risco de queda alto. Quais deles realmente sofreram um evento adverso? Porque aí eu vou, vou conseguir mensurar a eficácia das minhas barreiras de segurança, entendeu? Então qual paciente que tinha um risco alto, mas desses qual eu consegui evitar que não caísse. Entendeu? Então, acho que a eficácia é mais um afinamento, sabe? É a cereja do bolo que a certificação acaba trazendo. Ela acaba fazendo com que você, seguindo esses processos e alcançando essa maturidade nutricional, fazendo com que você afine ainda mais a sua análise em relação aos seus indicadores, em relação às suas metas. – “Então eu só quero que meus pacientes não caiam no meu hospital ou eu quero realmente prevenir desses pacientes que tem o maior risco de cair? Eu só quero que meus pacientes não tenham infecção ou eu só quero dentro dos meus pacientes que tenham um risco maior de adquirir infecção. Eu vou realmente zerar?” - aí também entra o programa do PROAD, entendeu? Então, esse afinamento que eu acho que a certificação acaba nos dando. É uma análise mais detalhada e uma análise mais minuciosa. Porque quando você pega uma instituição que ela não tem muitas implementações, ainda está tentando conseguir algumas coisas é

muito mais fácil de você enxergar ali. Agora, quando a gente já tem um processo definido, quando a gente já tem um tipo de mensuração e tudo mais, até você enxergar onde está sua falha, onde está seu gargalo, é difícil.”

Conclui-se a noção dos benefícios do selo ONA com foco na segurança do paciente em atenção à diminuição dos riscos assistenciais. Nesse sentido, o respondente EN5 cita que o selo trouxe a redução de riscos por meio da integração das equipes multiprofissionais. Além disso, para o entrevistado, o mapeamento de processos ajudou na diminuição de riscos assistenciais. Segue o relato do respondente EN5 acerca da diminuição dos riscos assistenciais pelo selo ONA:

“Com certeza. Há o benefício de Prevenção de Danos, a redução dos riscos, a integração entre as equipes multiprofissionais. Então a gente mapeia o processo da fisioterapia. Estamos juntos com eles, por exemplo. Possibilidade de desenvolvimento da instituição, das equipes e do próprio profissional individualmente. Houve melhoria da cultura de segurança do paciente e da cultura organizacional também. O formulário de cultura justa melhorou nossos processos como um todo. Muitos benefícios. A acreditação hospitalar traz inúmeros benefícios para a instituição, para o paciente e para o profissional também. Também são vistos na eficiência e na efetividade.”
(EN5)

As exposições se assimilam com os entendimentos expostos por Silva (2020) e Velho et al. (2013), os quais abordam que a relação entre a acreditação e a melhoria do processo pode reduzir o risco e melhorar a segurança do paciente. Uma das seis metas internacionais de segurança definidas pela ONA corresponde à redução do risco de infecção e adoecimento. A adesão a esses comportamentos representa uma melhoria significativa na segurança do paciente e permite a melhora do processo.

A partir de agora, foi feito o último tratamento sobre o benefício que o selo ONA trouxe para a eficiência organizacional, de acordo com a oitava pergunta. Para tal, foram tratados os aspectos gerenciais do hospital que foram beneficiados pelo selo. A começar pela referência que o hospital se tornou após o selo, uma vez que o hospital é o único acreditado no centro-oeste na esfera pública, segundo o EN1. Tal fato, gerou grande visibilidade ao hospital, e que por consequência, aumentou sua credibilidade junto à sociedade e *stakeholders*. Segue a exposição do EN1 quanto a visibilidade e referência que o hospital se tornou:

“Nós somos o primeiro hospital acreditado no nível três no que tange ao centro oeste público, e nós somos o terceiro hospital público pediatra certificado no Brasil, então só temos três hospitais. A nossa visibilidade cada

vez é maior, a nossa credibilidade com os clientes fica realmente maiores. A gente tem uma possibilidade de estar sendo reconhecido não só nacionalmente, mas também internacionalmente. Recentemente, agora no mês de abril (de 2023), a gente participou e promoveu um congresso internacional. Então o hospital e o San Juan de Dios que é um hospital que tem certificação e também público. Então a gente tem aí essas grandes possibilidades hoje de estar realmente no âmbito mais internacional, no âmbito de ensino e pesquisa, que a gente também tem uma fortaleza muito grande hoje na organização. Então eu acredito que realmente quando vai falar de selo de certificação, a gente tem benefícios para todos os lados, né?” (EN1)

A credibilidade exposta pelos entrevistados é um fator destacado por Siman et al. (2015) e Rafael e Aquino em seus trabalhos, de forma que trabalhar pela acreditação de hospitais pode aumentar a credibilidade junto aos pacientes, fornecedores e público em geral. Dessa maneira, a acreditação afeta positivamente a imagem da instituição de saúde, traz credibilidade à qualidade do serviço e gera confiança tanto para os profissionais que fazem parte da instituição de saúde quanto para os usuários.

Por fim, o entrevistado EN6 cita que o benefício que o selo ONA trouxe para a eficiência organizacional está relacionado à gestão de custos. Nessa lógica, é primordial que o hospital público tenha uma gestão de custos clara e transparente, pois a sua verba é pública e deve ser fiscalizada. Mediante a isso, o respondente atribui o sucesso da gestão de custos aos protocolos assistenciais pela sua eficiência e transparência na administração de medicamentos e equipamentos, que por sua vez diminui os desperdícios. Segue a abordagem do EN6 quanto a gestão de custos e protocolos assistenciais:

“O hospital é um hospital público, mas nós temos muita transparência na nossa gestão de custo, por ser um dinheiro, uma verba pública que toda a população contribui e paga de seus impostos, então contribui indiretamente pro hospital. Então, outro ponto que eu acho super válido também chamar atenção é para a questão da gestão de custos, porque quando a gente tem esses protocolos bem instituídos, a gente sabe quais são esses medicamentos que são e que devem ser administrados de forma mais assertiva, reduzindo assim diretamente os custos e desperdícios dessa organização. Bem como, se a gente tem uma abordagem mais assertiva, a gente reduz o risco desse paciente, por exemplo, ser encaminhado para UTI, que é uma diária que tem um custo mais elevado, a diária de UTI é muito mais cara que uma diária de internação. Então, se nós somos assertivos e a gente consegue tratar esse paciente dentro de uma diária, dentro de uma internação, nós vamos estar sendo inclusive responsáveis por essa verba pública que é aplicada dentro do Hospital. Eu digo que a gestão dos protocolos assistenciais, ela é a base para isso.” (EN6)

Tal resposta acerca da gestão de custo concorda com o exposto por Silva (2020), onde a gestão de custos é destacada como uma mudança operacional trazida pela acreditação; isso significa que além da adesão aos princípios de transparência na gestão de custos, a acreditação auxilia a organização a sobreviver no mercado.

Os entrevistados frisaram o colocado por Siman et al. (2015), quanto aos benefícios da gestão de custo, que ao implementar sistemas de gestão da qualidade voltados para a certificação, os hospitais podem fiscalizar custos, diminuir perdas e retrabalhos, demonstrar a eficácia e eficiência dos processos de negócios e impactar positivamente os resultados.

4.4. Quadro resumo dos principais achados

O Quadro 5 traz, em resumo, os principais resultados encontrados. As questões 1 e 2 trazem as implicações para as organização, as questões de 3 a 6 as implicações para os colaboradores e, por fim, as 7 e 8 trazem as implicações para os pacientes.

Quadro 5 - Quadro resumo dos principais achados

n.	Questões	Achados
1	Impacto para a organização	Objetivos concretos e claros Norteamento da organização Planejamento Estratégico definido
2	Melhorias observadas no departamento	Excelência no atendimento ao paciente Verificação e mitigação de riscos Padronização de processos e gestão integrada Robustez no serviço de segurança do paciente Boas práticas em segurança Indicadores focados em resultado Implementação da cultura justa e <i>disclosure</i> Sentimento de pertencimento dos profissionais
3	Melhoria do desempenho da equipe	Avaliação de desempenho junto ao RH Maturidade e mentalidade Equipe engajada Aumento da responsabilidade
4	Ferramentas usadas em combate aos riscos	Mapeamento de processos Ferramentas da qualidade Plano de ação Auditoria Interna

5	Motivação visando a garantia qualidade	Contrato de gestão Ver o paciente bem Reconhecimento Melhoria contínua dos processos Colaboradores envolvidos aos processos Missão, visão e valores da instituição
6	Impactos negativos	Resistência a mudanças nos processos e auditorias Indisposição aos procedimentos da qualidade Ansiedade e preocupação
7	Impactos nos pacientes	Melhora na estrutura fornecida ao paciente Melhora nos protocolos e processos de cuidado Aumento da satisfação e experiência Conforto Participação da família Cadeia medicamentosa e segurança do paciente
8	Benefícios na eficiência e segurança	Processos mais seguros Diminuição dos riscos assistenciais Referência em gestão Credibilidade Gestão de custos

Fonte: Elaborado pelo autor

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho teve por objetivo analisar os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade no hospital em Brasília-DF. Para tanto, foram realizadas entrevistas com 6 (seis) colaboradores que participaram do processo de acreditação hospitalar. Os questionamentos da entrevista visaram relacionar as opiniões dos entrevistados sobre as implicações do selo de qualificação ONA na organização, colaborador e paciente.

De modo geral, as respostas fornecidas convergem com os pensamentos apontados por autores da literatura quanto aos impactos sobre a organização com estabelecimento de metas, objetivos e indicadores e a melhoria no departamento com a obtenção do selo. Foram confirmadas hipóteses acerca do desempenho da equipe e os riscos analisados a partir das ferramentas, bem como a motivação da equipe e os impactos negativos. Ademais, foi discutido os impactos observados nos pacientes e os benefícios do selo para a eficiência da organização e segurança do paciente.

Em relação ao primeiro objetivo específico do trabalho, referente às implicações na organização, pode-se notar a importância de se ter um planejamento estratégico bem definido e utilizar as melhores ferramentas para atingir o objetivo específico. Nesse contexto, o alcance dos objetivos propicia aos colaboradores o sentimento de propósito e existência e uma visão otimista do futuro. Além disso, foi identificado que o estabelecimento de indicadores, metas e objetivos fornece um norte à instituição e conseqüentemente um entendimento geral do trabalho com o paciente. Outra melhoria observada pela acreditação é o entendimento do processo de trabalho por parte dos profissionais, gerando assim o conhecimento e a diminuição de riscos no dia a dia.

Em relação ao segundo objetivo específico da pesquisa, voltado às implicações no colaborador, pode-se ressaltar que a acreditação trouxe como melhoria de desempenho o fornecimento de dados mais palpáveis; o aumento do nível do trabalho e da responsabilidade dos colaboradores, além da maturidade e engajamento da equipe. Nesse sentido, por meio da implementação de mapeamento de processos e planos de ação, pode-se observar o tratamento de riscos que antes não eram tratados.

Ainda em relação ao segundo objetivo específico, pode-se ressaltar que a maior motivação para persistir na acreditação é o reconhecimento dado à equipe; tal como o bem estar do paciente; colaboradores pertencentes aos processos; a clareza da missão, visão e

valores da organização e por fim o contrato de gestão. Em contrapartida, a acreditação possui algumas barreiras, bem como a resistência a mudanças; a indisposição às práticas da cultura da qualidade; receio às auditorias e conseqüentemente ansiedade e preocupação.

Em relação ao último objetivo específico do estudo, alusivo às implicações no paciente, pode-se verificar que a acreditação trouxe como benefícios para a segurança do paciente, a introdução de processos mais seguros e a diminuição dos riscos assistenciais, pode-se citar como exemplo desse benefícios a implementação de protocolos assistenciais e metas de segurança do paciente.

No sentido de benefícios para a eficiência organizacional, detecta-se que a acreditação tornou o hospital uma referência e trouxe credibilidade a sua imagem, a qual foi benéfica para a gestão e o atendimento ao usuário. Bem como a eficiência na gestão de custos adquiridos por meio dos protocolos assistenciais que reduz desperdícios no processo de trabalho.

5.1. Limitações do estudo

Ao considerar as limitações da pesquisa, pode-se citar o método, pois a entrevista possui peculiaridades quanto a indisponibilidade de tempo dos entrevistados para responder ao instrumento ou possibilidade de desconforto com as perguntas. Outra limitação é a incapacidade de realizar mais entrevistas a fim de buscar outras percepções acerca do objetivo.

5.2. Sugestões para estudos futuros

Para pesquisas futuras, recomenda-se o estudo em outros hospitais públicos acreditados, mas dessa vez com a visão do paciente a fim de verificar se os processos da certificação estão sendo executados da melhor maneira conforme manual de acreditação ou se estão sendo negligenciados pela organização.

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, Gabriel Pedro; TOLEDO, José Carlos. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão e Produção**, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.
- ALONSO, Luiza Beth Nunes et al. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento - PG&C**, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.
- ANDRADE, Darly Fernando. **Gestão pela Qualidade**. 1 ed. Belo Horizonte: Poisson, 2018.
- BAKATOR, Mihalj; ČOČKALO, Dragan Živko. Improving business performance with ISO 9001: A review of literature and business practice. **The European Journal of Applied Economics**, v. 15, n. 1, p. 83-93, 2018.
- BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3 ed. Brasília, 2002.
- BRITTO, Eduardo. **Qualidade Total**. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.
- CARDOSO, Asimar. **Fatores influenciadores no processo de acreditação de um Hospital universitário público do estado de São Paulo**. 2019. 55 f. Dissertação (mestrado profissional) - Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2019.
- CASAS, Alexandre Luzzi Las. **Qualidade Total em Serviços - Conceitos, Exercícios, Casos Práticos**. 7 ed. São Paulo: Grupo GEN, 2019.
- CHEN, Yan Ying; WU, Long; ZHAI, Qing-guo. Does ISO 9000 Certification Benefit Service Firms?. **Sustainability**, v. 11, n. 21, p. 01-18, 2019.
- CORRÊA, André Luiz et al. Uma análise de fatores na implementação dos princípios de gestão da qualidade da série de normas ISO 9000 em uma organização agroindustrial. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 7, p. 10390-10404, 2019.
- COSTA, Diovane et al. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. 1-9, 2020.

FONSECA, Luis Miguel Ciravegna Martins da et al. ISO 9001: 2015 adoption: a multi-country empirical research. **Journal of Industrial Engineering and Management (JIEM)**, v. 12, n. 1, p. 27-50, 2019.

GIL, Carlos Antônio. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GIL, Carlos Antônio. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2021.

HUSSAIN, Tajammal; ESKILDSEN, Jacob Kjær; EDGEMAN, Rick. The intellectual structure of research in ISO 9000 standard series (1987–2015): a Bibliometric analysis. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 31, n. 11, p. 1195-1224, 2018.

JAVORCIK, Beata; SAWADA, Naotaka. The ISO 9000 certification: Little pain, big gain?. **European Economic Review**, v. 102, p. 103-114, 2018.

KAKOURIS, Andreas; SFAKIANAKI, Eleni. Impacts of ISO 9000 on Greek PMEs Business Performance. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 35, n. 10, p. 2248-2271, 2018.

LANDIVA, Talita Helena. **Gestão da Qualidade Total**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

LOBO, Renato Nogueirol. **Gestão da Qualidade**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

LOBO, Renato Nogueirol; LIMEIRA, Érika Thalita Navas Pires; MARQUES, Rosiane do Nascimento. **Controle da Qualidade: princípios, Inspeção e Ferramentas de Apoio na Produção de Vestuário**. 1 ed. São Paulo: Érica, 2015.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORRÊA, Allana dos Reis. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MARGUTTI, Pietra; PAULA, Rosa Maria Zorzan de; GOLLIN, Elisangela do Nascimento; PICH, Paulo César. *Disclosure: A Transparência Hospitalar Ante o Paciente e Seu Familiar Como um Paradigma*. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, p. 1-13, 2022.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso: Uma Estratégia de Pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THÉOPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MATOS, Andreia Afonso; NUNES, Alexandre Morais. O modelo de gestão hospitalar em parceria público privada nos sistemas de saúde: implementação e desempenho em Portugal. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 8, n. 2, p. 271-281, 2019.

NASCIMENTO, Júlio César Matias do; GRAVENA, Angela Andreia França; JUNIOR, Miguel Machinski. Acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade no Brasil: características, avanços e desafios. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde-RAHIS**, v. 17, n. 4, p. 1-10, 2020.

Organização Nacional de Acreditação - ONA. N° 4 - Avaliação para a acreditação, 10 fev. 2015. Disponível em: https://www.ona.org.br/uploads/NO_4_-_AVALIACAO_PARA_A_ACREDITACAO.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.

Organização Nacional de Acreditação - ONA. O papel da ONA na construção do sistema de saúde brasileiro, 30 abr. 2019. Disponível em: https://www.ona.org.br/anexos/resumo_pt.pdf. Acesso em: 04 jul. 2023.

OST, Jéssica Haas; SILVEIRA, Cícero Giordani da. Avaliação do processo de transição da ISO 9001:2008 para a ISO 9001:2015: um estudo voltado para empresas químicas do Estado do Rio Grande do Sul. **Gestão & Produção**, v. 25, n. 4, p. 726-736, 2018.

PALADINI, Pacheco Paladini. **Gestão e Avaliação da Qualidade: Uma Abordagem Estratégica**. São Paulo: Atlas, 2019.

PIRES, Roosevelt Vilela. Monitoramento do Contrato de Gestão do Hospital de Base do Distrito Federal. **Revista Debates em Administração Pública - REDAP**, v. 2, n. 7, p. 1-49, 2021.

RAFAEL, Deivid Nogueira; AQUINO, Simone. Processo de acreditação ONA: desafios para gestores de qualidade em serviços de apoio às Organizações de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 8, n. 3, p. 327-341, 2019

RODRIGUES, Marcus Vinicius. **Ações para a Qualidade: gestão estratégia e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

ROGOLA, Piotr; WAWAK, Sławomir. Quality of the ISO 9000 series of standards-perceptions of quality management experts. **International Journal of Quality and Service Sciences**, v. 13, n. 4, p. 509-525, 2021.

SFREDDO, Leonardo Stertz et al. ISO 9001 based quality management systems and organisational performance: a systematic literature review. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 32, n. 1, p. 01-21, 2018.

SILVA, Carlos André Costa da; CARVALHO, Viviel Rodrigo José de. Gestão de acreditação nas organizações hospitalares: segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados. **Textos para Discussão do Grupo Unis – ISSN-2447-8210**, v. 1, n. 1, p. 555-568, 2020.

SILVA, Jocileide dos Santos. **Acreditação hospitalar: impacto na Qualidade e no planejamento da gestão Hospitalar**. 2020. 24 f. Pesquisa de pós-graduação - Curso em Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde, Faculdade Atualiza, Salvador, 2020.

SIMAN, Andréia Guerra et al. Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar. **Rev Min Enferm - REME**, v. 19, n. 4, p. 815-822, 2015.

SORDI, José Osvaldo de. **Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SORDI, José Osvaldo De. **Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2017

SOUZA, Eduardo Neves da Cruz de et al. **Gestão da qualidade em serviços de saúde**. Porto Alegre: Sagah, 2019.

SOUZA, Ivone Gonçalves et al. Os Benefícios do Processo de Acreditação Hospitalar para o Trabalho da Equipe de Enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 11, p. 07-15, 2016.

SOUZA, Leiriane Alves de; ELIAS, Marisa Aparecida; GONTIJO, Liliane Parreira Tannús. Gestão de Organização Social e Acreditação no Sistema Único de Saúde (SUS): as implicações na saúde do trabalhador. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 01-18, 2021.

SOUZA, Stefania Marcia de Oliveira. **Gestão da qualidade e produtividade**. Porto Alegre: Sagah, 2018.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão em Saúde: Noções básicas, práticas de atendimento, serviços e programas de qualidade**. 1 ed. São Paulo: Érica, 2015.

TOMASICH, Flávio et al. Evolução da história da qualidade e segurança do paciente cirúrgico: desde os padrões iniciais até aos dias de hoje. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, p. 01-07, 2020.

TREIB, Júlia Nogueira et al. Panorama da acreditação (inter)nacional no Brasil. **Esc. Anna. Nery**, v. 26, p. 01-08, 2022.

TRINDADE, Dioner; FERNANDES, Alice Cruz; CAMPONOGARA, Gisele. Conciliação medicamentosa enquanto estratégia de segurança do paciente em hospital universitário de pequeno porte da região da campanha. **Anais da 14ª Mostra de Iniciação Científica Congrega**, p. 749, 2017.

VELHO, Juliano Moreira; TREVISIO, Patricia. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e trabalhador. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 60, p. 90-94, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro semiestruturado.

Nº	Roteiro
1	Qual o impacto para a organização com o estabelecimento de metas, objetivos e indicadores?
2	Quais melhorias foram observadas no seu departamento com a obtenção do selo de qualificação ONA?
3	Houve melhoria do desempenho da equipe com a obtenção deste selo?
4	Com a implementação das ferramentas da qualidade foram percebidos riscos que anteriormente não eram analisados? Houve ou haverá alteração nos seus indicadores?
5	Qual a motivação da equipe para que eles executassem cada vez mais atividades, muitas vezes burocráticas, visando a garantia da qualidade e a gestão do seu processo?
6	Qual ou quais os impactos negativos que puderam ser observados? Houve alguma indisposição ou estresse provocado pela cobrança na realização das atividades solicitadas aos colaboradores?
7	Que tipos de impactos podem ser observados nos principais clientes, ou seja, nos pacientes?
8	Quais os benefícios do selo de qualificação ONA tendo em vista a gestão da qualidade, com foco na eficiência e segurança do paciente?

Fonte - Adaptado pelo autor a partir do trabalho de RAFAEL e AQUINO, 2019.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Estudo de Caso sobre os resultados alcançados com a implementação da Gestão da Qualidade em um hospital de Brasília**” de responsabilidade de Luis Guilherme Pereira Araújo, estudante de graduação da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade em um hospital de Brasília. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A sua participação se dará por meio de Entrevista, onde será utilizado instrumento previamente elaborado com perguntas abertas, dando assim a possibilidade de surgir outras questões advindas das circunstâncias que possam surgir no momento da entrevista. Todas as entrevistas serão gravadas para que não haja perda de dados significativos, posteriormente será transcrita e analisada para obtenção de dados relevantes para o presente estudo.

Os riscos associados à sua participação na pesquisa são mínimos tais como: desconforto e/ou constrangimento, ao responder alguma pergunta. A fim de que esses riscos sejam reduzidos, nos comprometemos a garantir uma postura ética, com compromisso de preservação de identidade. As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim e à minha orientadora, Prof.ª. Vanessa Gomes Cabral. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados.

Espera-se com esta pesquisa proporcionar a resolução de problemáticas relevantes para a sociedade e para a comunidade acadêmica.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 9829-57347 ou pelo e-mail contaestag@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de envio ao email dos entrevistados, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)