

ÁREA TEMÁTICA 1:  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, GOVERNO, ESTADO E SOCIEDADE E TERCEIRO  
SETOR

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS  
RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE NOS  
COLABORADORES EM UM HOSPITAL NO DISTRITO FEDERAL.**

## **Resumo**

Este artigo tem como objetivo avaliar os efeitos decorrentes da introdução do sistema de gestão da qualidade no contexto do hospital localizado em Brasília-DF. Para tanto, procurou-se compreender as repercussões da certificação ONA para os colaboradores envolvidos. Quanto à metodologia, a pesquisa foi realizada com abordagem exploratória e descritiva, adotando uma perspectiva qualitativa e utilizando entrevistas com roteiro semiestruturado. Foram selecionados como entrevistados 6 (seis) funcionários que atuaram no processo de acreditação hospitalar. Os principais impactos achados na pesquisa, no que diz respeito aos colaboradores, foram na melhoria do desempenho, especialmente no aumento da responsabilidade, bem como no mapeamento de processos usado no combate aos riscos. Outro impacto visto foi em relação a motivação por meio do reconhecimento, assim como a resistência a mudanças foi notada como consequência barreira. Por fim, a implementação da qualidade foi benéfica aos colaboradores pois ascendeu o sentimento de propósito e existência e uma visão otimista do futuro, além do entendimento do processo de trabalho. As principais contribuições deste estudo é incentivar os hospitais a buscarem a certificação, visando oferecer excelência no atendimento ao paciente, e não apenas promover uma imagem institucional favorável. Além disso, a pesquisa busca oferecer orientações aos gestores sobre o caminho a ser percorrido desde o início do processo de acreditação até a obtenção do selo. À vista disso, pesquisas como esta fomentam um papel importante na elevação das investigações no campo da gestão hospitalar no meio acadêmico.

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

## **Abstract**

This article aims to evaluate the effects resulting from the introduction of the quality management system in the context of the hospital located in Brasília-DF. To this end, we sought to understand the repercussions of ONA certification for the employees involved. As for the methodology, the research was carried out with an exploratory and descriptive approach, adopting a qualitative perspective and using interviews with a semi-structured script. Six (6) employees who worked in the hospital accreditation process were selected as interviewees. The main impacts found in the research, with regard to employees, were in improving performance, especially in increasing responsibility, as well as in mapping processes used to combat risks. Another impact seen was in relation to motivation through recognition, as well as resistance to change was noted as a barrier consequence. Finally, the implementation of quality was beneficial to employees as it raised the feeling of purpose and existence and an optimistic view of the future, in addition to understanding the work process. The main contributions of this study is to encourage hospitals to seek certification, aiming to offer excellence in patient care, and not just to promote a favorable institutional image. In addition, the survey seeks to offer guidance to managers on the path to be taken from the beginning of the accreditation process to obtaining the seal. In view of this, research such as this fosters an important role in increasing investigations in the field of hospital management in academia.

**Keyword:** Quality management. Hospital management. Hospital Accreditation. ONA Qualification Seal

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Siman et al. (2015), a busca pela qualidade na prestação de serviços, o desenvolvimento tecnológico e a competitividade incentivam as instituições de saúde a tomar medidas para aprimorar suas políticas e práticas de gestão. Isso visa melhorar o desempenho dos funcionários e alcançar alta satisfação do cliente. Na mesma linha, Souza et al. (2016) destacam que a qualidade do serviço prestado tornou-se critério básico em todos os setores, principalmente na área hospitalar, devido à concorrência no mercado de trabalho e às expectativas dos clientes.

Nesse ambiente competitivo e em expansão, os gestores hospitalares se deparam com a necessidade de contar com ferramentas adequadas e equipes bem treinadas para gerir seus recursos operacionais, principalmente a qualidade (SOUZA et al., 2016). Para atingir esse nível de excelência, Alástico e Toledo (2013) e Siman et al. (2015) enfatizam a relevância da acreditação hospitalar. Ela surge como uma ferramenta para ajudar as organizações de saúde a aumentar a segurança no atendimento, 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 iniciado na Europa em 1981 com base nos estudos do Dr. Avedis Donabedian (RODRIGUES, 2014). Existem várias abordagens para aferir a qualidade na área da saúde, mas ao abordar essa questão é importante mencionar o prestigiado autor Donabedian, o qual determinou o processo de avaliação por meio de seus elementos-chave: estrutura, processo e resultado. Segundo Donabedian, uma avaliação sistêmica do serviço prestado requer a análise desses três fatores para um entendimento pleno (SOUZA et al., 2019)..

Segundo Alástico e Toledo (2013), a acreditação no Brasil é regulamentada pela ONA (Agência Nacional de Acreditação). Fundada em 1999, a ONA é uma organização não governamental que avalia e, em alguns casos, certifica a qualidade da assistência à saúde no país. Isso se dá por meio de um processo voluntário e contínuo, promovendo a melhoria contínua e a educação continuada (SIMAN et al., 2015). O processo de certificação ONA é realizado por organismos acreditadores credenciados e segue as normas do Sistema de Acreditação Brasileiro (2019).

Assim, segundo a ONA (2019), as instituições de saúde são avaliadas por meio de inspeções e classificadas de acordo com seu nível de acreditação. Essas categorias incluem "Acreditado" (Nível 1) para segurança e estrutura, "Totalmente Acreditado" (Nível 2) para a organização de processos e "Acreditado por Excelência" (Nível 3) para resultados ou falha em obter acreditação se os critérios forem não conhecidos. é cuidado.

Segundo Treib et al (2022), dada a crescente demanda por serviços de saúde de qualidade, a acreditação de instituições de saúde pode influenciar as políticas de promoção da gestão da qualidade no setor no Brasil. Isso pode levar a uma melhoria na qualidade dos serviços prestados à população. Conforme afirmado

por Siman et al (2015), os gerentes precisam usar certas estratégias para atingir esse objetivo. Portanto, esta pesquisa foi realizada em um hospital credenciado no Distrito Federal-DF para investigar a aplicação da gestão da qualidade.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Qualidade**

Inicialmente, o conceito de qualidade mudou, afetando os métodos de gestão, os consumidores e os envolvidos na produção de bens e serviços. Isso afeta não apenas empresas, processos, produtos e serviços, mas também o desempenho organizacional e o ambiente em que atuam (ANDRADE, 2018). Antes da Segunda Guerra Mundial, a produção era regida por um monopólio onde a demanda superava a oferta, portanto a qualidade era julgada principalmente pelas propriedades físicas do produto (LOBO, 2020).

Após o estágio de Garantia da Qualidade, veio a era da Gestão da Qualidade Total (TQM). Essa abordagem levou a uma compreensão mais holística da qualidade, com uma abordagem mais ampla envolvendo pessoas, disciplinas, elementos e características do produto (LANDIVA, 2021). Conforme ressalta Britto (2015), a TQM está associada a diversos conceitos de gestão que integram clientes externos e internos.

Além disso, a abordagem de Gestão da Qualidade Total (TQM) para garantir a melhoria contínua da qualidade é resumida com a frase "melhoria contínua" (PALADINI, 2019). Portanto, o TQM se diferenciou por promover uma mentalidade de melhoria contínua, usando ferramentas de qualidade de forma eficaz e aplicando controles aos processos e resultados (BRITTO, 2015; PALADINI, 2019). Portanto, é muito importante entender o impacto desse processo e considerar as ferramentas de qualidade utilizadas para gerenciá-lo (BRITTO, 2015).

### **2.2. Ferramentas da Qualidade**

As ferramentas da qualidade consistem em métodos utilizados para identificar, definir, medir, analisar e propor soluções para problemas identificados no contexto de uma organização. Essas ferramentas visam melhorar a qualidade do processo (LANDIVA, 2021). Segundo Lobo et al (2015), as técnicas iniciais relacionadas à qualidade total incluem recursos como ferramentas, gráficos, métodos numéricos ou analíticos, abordagens práticas, diagramas de processos e mecanismos operacionais. Em essência, este método estabelece uma abordagem coordenada para promover práticas de Qualidade Total.

Assim, o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como diagrama espinha de peixe, é usado para identificar e avaliar a causa raiz de uma falha específica. Isso clareia o entendimento e facilita a formação de consenso sobre as decisões fundamentais para evitar erros futuros (SOUZA, 2018). Como enfatiza Lobo (2020), é importante usar duas abordagens para aumentar a eficácia desse diagrama: 5W2H e *brainstorming*. Enquanto as ferramentas 5W2H são listas de verificação que cobrem tarefas, prazos e responsabilidades, o *brainstorming* é uma forma colaborativa de gerar novas ideias com a participação de indivíduos dentro de um grupo.

O uso de um fluxograma fornece uma representação visual das etapas que compõem um processo. Para Lobo et al. (2015), essa abordagem facilita o entendimento de cada atividade e sua conexão com as demais ao mostrar as relações sequenciais entre as etapas. Além disso, a matriz SWOT ou FOFA é uma ferramenta amplamente utilizada no planejamento estratégico. Dentro desse cenário, Britto (2015) destaca que sua contribuição para a gestão da qualidade está especialmente relacionada à identificação dos pontos importantes da empresa. Uma vez destacados, os gestores podem passar para a próxima etapa de planejamento, tendo como estratégia a qualidade.

### **2.3. Qualidade de serviço**

Em um ambiente social em constante mudança e evolução, é de extrema importância reconhecer que a qualidade é um elemento fundamental para a manutenção da assistência médica. Reconhecer o controle de qualidade como uma atividade integral na direção e gestão de uma organização pode melhorar tanto os produtos quanto os serviços oferecidos aos clientes (LOBO, 2020; SOUZA et al. 2019).

Um compromisso de abordagem é essencial em tais situações. Segundo Casas (2019), quando um cliente entra em contato com uma organização, está utilizando um serviço que é resultado de todo o seu esforço de treinamento e aprendizado anterior a esse contato. Caso uma organização priorize a preparação correta de seus funcionários, seus serviços são considerados de alta qualidade. Em meio a esse viés, as organizações estão cada vez mais interessadas em facilitar e diferenciar as diversas experiências de seus clientes para melhor atendê-los em todas as atividades. Ou seja, otimizar o atendimento ao cliente (COSTA et al., 2020; TAJRA, 2015; ANDRADE, 2018).

Portanto, para permitir que uma organização desenvolva suas habilidades de serviço, as pessoas devem estar envolvidas nos esforços de melhoria da qualidade. O sucesso do processo de melhoria está diretamente relacionado ao comportamento e às atitudes dos funcionários. (SOUZA, 2018; LOBO et al., 2015; TAJRA, 2015).

### **2.4. Gestão da Qualidade - ISO's**

Para padronizar processos e atingir um nível ideal de atividade e resultados, em 1987 a *International Organization for Standardization* (ISO) estreou a primeira edição da norma ISO 9000 (ROGOLA, 2021; SILVA, 2020). A introdução da norma ISO 9000 visa fornecer sistemas avançados de gestão da qualidade (SGQ) para organizações que buscam melhorar suas operações, a fim de construir resultados financeiros, satisfação do cliente, reconhecimento global e reputação (HUSSAIN et al., 2018). A norma ISO 9000 foi elaborada para melhorar o desempenho das empresas que adotam diretrizes de gestão (CHEN et al., 2019).

A corrida pela certificação ISO 9000 expõe o compromisso da organização em implementar um SGQ buscando a máxima eficácia e eficiência, levando em consideração os interesses dos *stakeholders* internos e externos (HUSSAIN et al. 2018). A adoção da norma ISO 9000 exigirá que as empresas adaptem suas operações existentes para atingir aos requisitos da norma (CHEN et al., 2019).

Recentemente a versão da ISO 9001:2015 divulgou mudanças relevantes, dentre elas a introdução do pensamento apoiado em risco focado nas ameaças e oportunidades significativas que podem afetar o SGQ (FONSECA et al., 2019). Esta versão da norma coloca maior ênfase na gestão de riscos se comparada com as versões passadas (BAKATOR e COYKALO, 2018). Com essa atualização, a alta direção assume um papel mais ativo no SGQ, controla a organização, assume responsabilidades legais e toma decisões próprias (OST e SILVEIRA, 2018).

## **2.5. Acreditação de Qualidade no Sistema Hospitalar**

A acreditação hospitalar em termos de qualidade é uma das formas pelas quais as organizações de saúde podem ajudar a garantir a segurança do paciente, melhorar os processos de diagnóstico e, finalmente, alcançar uma gestão em excelência (NASCIMENTO et al., 2020).

O programa apresentou a primeira edição de um guia de acreditação hospitalar que sintetiza as diretrizes do processo de qualidade (ONA, 2019). A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada em 1999 para definir a estrutura de avaliação, estabelecer padrões de qualidade, treinar avaliadores e validar o conteúdo do manual (TOMASICH et al., 2020; SOUZA et al., SILVA, 2020; Siman e outros, 2015). Em 2001, o Ministério da Saúde credenciou oficialmente a ONA como instituição líder no Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) (ONA, 2019).

A ONA fornece certificação de qualidade para diversas instituições hospitalares através do processo de avaliação voluntária que visa garantir a qualidade contrapondo-a com os padrões definidos (TOMASICH et al., 2020). A pesquisa de acreditação é um esforço voluntário regular e velado para obter o status de acreditação de acordo com os critérios estabelecidos (SIMA et al., 2015; SOUZA et al., 2016; RAFAEL e AQUINO, 2019; SILVA, 2020).

A acreditação hospitalar é classificada em três níveis: acreditação, acreditação plena e acreditação de excelência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nível 1 – A certificação foca na segurança (estrutura). Nível 2 – A certificação plena foca-se na(s) organização(ões) e visa a melhoria desses processos. Nível 3 – Certificação de Excelência enfatiza a busca pela excelência na gestão (resultados) (ONA, 2019; SILVA, 2020; MARGUTTI, 2022).

Ademais, é importante ressaltar que a acreditação, como meio de melhorar a qualidade assistencial, demanda colaboração interdisciplinar e abordagens fracionadas (RAFAEL e AQUINO, 2019). É fundamental trazer mudanças aos processos empresariais (SILVA, 2020). Portanto, ressalta-se que a avaliação dos serviços de saúde deve ser feita de forma conjunta pela gestão, clientes e funcionários que prestam assistência direta ou indireta ao público (TREIB et al., 2022; NASCIMENTO et al., 2020).

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A escolha da avaliação qualitativa justifica-se por um critério de

estudo de caso o qual exige uma análise detalhada e focalizada da unidade social em estudo (MARTINS, 2008).

Para a coleta de dados, optou-se por uma técnica de entrevista, que abrange a apresentação de perguntas aos respondentes e o apontamento de suas respostas. Os pesquisadores geralmente encorajam os entrevistados a expressar seus pensamentos usando diferentes técnicas e estratégias (SORDI, 2017). Um questionário semiestruturado foi utilizado como uma ferramenta apropriada para entrevistadores com um certo nível de conhecimento sobre o assunto em análise. O roteiro utilizado foi adaptado de um estudo de 2019 de Raphael e Aquino.

O roteiro é composto por 4 (quatro) questões semiestruturadas com foco no impacto do Selo ONA nos colaboradores. Por fim, os funcionários foram solicitados a compartilhar informações adicionais que consideraram relevantes. O quadro 2 apresenta a fundamentação teórica, fontes de referência e questões

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

<b>Pressupostos</b>	<b>Perguntas</b>
Implicações do selo no colaborador	Houve melhoria do desempenho da equipe com a obtenção deste selo?
Implicações do selo no colaborador	Com a implementação das ferramentas da qualidade foram percebidos riscos que anteriormente não eram analisados?
Implicações do selo no colaborador	Qual a motivação da equipe visando a garantia da qualidade e a gestão do seu processo?
Implicações do selo no colaborador	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?

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

Para realizar as entrevistas, trabalhou-se com o gerente da qualidade para estabelecer uma abordagem e identificar funcionários adequados para participar das entrevistas. Com base nessas escolhas, os funcionários foram contactados previamente para confirmar a disponibilidade. Ao todo, foram realizadas entrevistas anônimas a 6 (seis) colaboradores identificados pelas siglas EN1 a EN6.

As entrevistas foram realizadas na plataforma online Teams no período de 1º de maio de 2023 a 1º de junho de 2023 e tiveram duração média de 25 minutos. As entrevistas gravadas tiveram a pertinente autorização dos entrevistados.

Acerca do tratamento dos dados, decidiu-se por utilizar a análise de conteúdo retratada por Martins e Théophilo (2016). Os dados qualitativos apresentados durante as entrevistas foram transcritos para registro das representações verbais. Ao contrário de outros métodos, os estudos de caso permitem análise e interpretação simultâneas da coleta de dados. Na verdade, a análise inicia-se com a primeira entrevista ou observação (GIL, 2022).

Por fim, após a coleta das respostas, foi feita uma compilação minuciosa das respostas alcançadas durante as entrevistas. Isso incluiu uma compreensão detalhada das explicações dos respondentes e o reconhecimento de modelos e temas análogos a partir dos pressupostos e fundamentos teóricos empregados (de acordo com o Quadro 2). As informações foram reunidas e categorizadas para fins analíticos.

### 3.1. Caracterização da organização.

A organização foco desta pesquisa é um hospital público-privado terciário. É reconhecido como um centro dedicado a uma abordagem integrada e interdisciplinar para o atendimento à criança e ao adolescente. Essa unidade funciona exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é gerida pelo Instituto de Especialidades Pediátricas do Câncer (ICIPE).

Com isso, o hospital trabalha apenas pelo SUS e sua gestão é de responsabilidade do ICIPE, entidade privada sem fins lucrativos ou de interesse econômico (GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO DO HOSPITAL, 2019). ).

### 3.2. Procedimentos de coleta e análise de dados.

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 Adm da Qualidade	3 anos	Gestão de Política Pública
EN5	Analista de Segurança do Paciente	75 dias	Enfermagem pós-grad.
EN6	Analista da Qualidade	5 anos	Sanitarista

Fonte - Elaborado pelo autor

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 3 e 6	Implicações do selo de qualificação ONA na colaborador

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

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quarta seção do trabalho visa apresentar os resultados obtidos por meio da análise das 4 (quatro) perguntas elaboradas no roteiro semiestruturado, 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 no colaborador.

#### **4.1. Desempenho da equipe com a obtenção do selo ONA**

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 creditação 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.

#### **4.2. Riscos analisados a partir das ferramentas da qualidade**

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

---

<sup>1</sup> 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.

“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.

#### **4.3. Motivação da equipe visando a garantia da qualidade**

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) converge 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.

#### **4.4. Impactos negativos observados na obtenção do selo ONA**

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)

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.

#### 4.5. Quadro resumo dos principais achados

O Quadro 5 traz, em resumo, os principais resultados encontrados. As questões 1 a 4 trazem as implicações aos colaboradores.

Quadro 5 - Quadro resumo dos principais achados

n	Questões	Achados
---	----------	---------

1	Melhoria do desempenho da equipe	Aumento da responsabilidade
2	Ferramentas usadas em combate aos riscos	Mapeamento de processos
3	Motivação visando a garantia qualidade	Reconhecimento
4	Impactos negativos	Resistência a mudanças

Fonte: Elaborado pelo autor

## 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

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.

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.

### 5.1. Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros

No que diz respeito às limitações deste estudo, mencionam-se as limitações intrínsecos aos métodos utilizados, uma vez que as entrevistas também podem ser afetadas por possíveis inconvenientes e impossibilidade para preencher o questionário. com uma pergunta Outra limitação é a impossibilidade de realizar entrevistas múltiplas que pudessem agrega na percepção do objetivo da análise.

Em relação a pesquisas futuras, recomenda-se explorar o processo de acreditação a partir das diretrizes descritas no Manual de Acreditação sob a perspectiva de pacientes de outros hospitais públicos. Isso fornece uma análise mais completa e abrangente deste tópico.

## 6. 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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; 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.

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. 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](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.

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.

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.

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.

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, Liliene 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.