

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA – UNIALFA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMININSTRACÃO

GERALDO ADÃO LAMOUNIER JÚNIOR

**O PROCESSO DE PREPARAÇÃO NA BUSCA PELA ACREDITAÇÃO ONA EM
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MACAPÁ/AP**

Goiânia

2025

GERALDO ADÃO LAMOUNIER JÚNIOR

**O PROCESSO DE PREPARAÇÃO NA BUSCA PELA ACREDITAÇÃO ONA EM
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MACAPÁ/AP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Administração do Centro Universitário Alves Faria,
como requisito para a qualificação e obtenção do título
de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Henrique Dias Manzi

Goiânia-GO

PPGADM - UNIALFA

Abril/2025

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

L241p

Lamounier Júnior, Geraldo Adão.

O processo de preparação na busca pela acreditação ONA em instituições públicas de saúde: um estudo de caso em Macapá/AP. / Geraldo Adão Lamounier Júnior. – 2025.

107 f.: il. 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Henrique Dias Manzi.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2025.

1. Acreditação ONA. 2. Instituições públicas de saúde. 3. Organização social. 4. Macapá (Amapá). I. Manzi, Rafael Henrique Dias. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 614.2(811.6)

GERALDO ADÃO LAMOUNIER JÚNIOR

**O PROCESSO DE PREPARAÇÃO NA BUSCA PELA ACREDITAÇÃO ONA EM
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MACAPÁ/AP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Administração do Centro Universitário Alves Faria,
como requisito para a obtenção do título de Mestre em
Administração.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Henrique Dias Manzi

Goiânia, 25 de abril de 2025

Banca examinadora:

Dr. Rafael Henrique Dias Manzi - Orientador

Dr. Bento Henrique de Moura Cunha – Membro Interno

Dr. George Alves da Costa Filho – Membro Externo

RESUMO

O processo de Acreditação é definido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) como uma metodologia de avaliação e certificação, estabelecida através de padrões e requisitos preestabelecidos, que objetiva promover a qualidade e a segurança assistencial no setor de saúde, sendo realizado por iniciativa das organizações de saúde de forma voluntária e reservada, sem caráter fiscalizatório, constituindo um programa de educação continuada dessas organizações, visando estimular a melhoria contínua. A pesquisa partiu da seguinte questão: Quais foram os desafios, as dificuldades, as barreiras e as ações fundamentais para a elaboração e execução de uma proposta/programa de preparação para o alcance da acreditação ONA, nível 1, em uma instituição pública de saúde em Macapá/Amapá gerida por Organização Social de Saúde? O objetivo foi identificar as dificuldades, estratégias e ferramentas de gestão em saúde utilizadas na construção dessa proposta/programa de preparação desenvolvido na Unidade Hospitalar objeto dessa pesquisa. Apesar de a Unidade Hospitalar não ter efetivado o processo de acreditação, por questões alheias ao próprio processo, a experiência empreendida por toda a equipe de saúde construiu um importante conjunto de conhecimentos e práticas, que podem ser tidos como aprendizados úteis para outros profissionais e instituições na busca por certificações de qualidade. O trabalho utiliza-se da abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, para uma pesquisa exploratória e descritiva, construída a partir da pesquisa bibliográfica e do estudo de caso, para o qual foram realizadas entrevistas com os gestores da Unidade Hospitalar. Foram analisados aspectos relativos à história e as bases conceituais da acreditação da ONA, a conjuntura nacional das instituições de saúde públicas, assim como, as particularidades dos serviços prestados nessas instituições. Os resultados da pesquisa apontam, que, dentre as dificuldades que surgiram na implementação da proposta pretendida destacam-se, primeiro, o medo e o desconhecimento sobre os processos de acreditação e, segundo, a ausência de uma cultura de segurança e qualidade plenamente estruturada. Serão abordadas as ações que foram adotadas no decorrer da experiência prática que será relatada, e que descreve a organização de um grupo de trabalho orientado para o processo de preparação para a acreditação, o fortalecimento do sistema de gestão da qualidade e a mobilização e capacitação das equipes. Como proposta, será apresentado um plano de ação, que ofereça caminhos para a facilitação da implantação desta metodologia de acreditação e que possa ser útil para outros profissionais e instituições. Pretende-se, assim, contribuir com os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e para as reflexões relativas à qualidade e segurança do paciente. Pretendemos, ainda, evidenciar que a metodologia ONA apresenta-se como uma ferramenta de excelência para o alcance da qualidade esperada nos processos de acolhimento e atendimento à saúde. Destacamos, por fim, a necessidade do envolvimento de toda equipe de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, além de pacientes e da comunidade como um todo, para o alcance da acreditação da ONA.

Palavras-chave: Acreditação ONA; instituições públicas de saúde; organização social; Macapá (Amapá); qualidade e segurança do paciente.

ABSTRACT

The Accreditation process is defined by the National Accreditation Organization (ONA) as an evaluation and certification methodology, established through pre-established standards and requirements, which aims to promote quality and care safety in the health sector. It is carried out on the initiative of health organizations in a voluntary and confidential manner, without a supervisory character, constituting a continuing education program for these organizations, aiming to stimulate continuous improvement. The research started from the following question: What were the challenges, difficulties, barriers, and fundamental actions for the development and execution of a proposal/program to prepare for achieving ONA accreditation, level 1, in a public health institution in Macapá/Amapá managed by a Social Health Organization? The objective was to identify the difficulties, strategies, and health management tools used in the construction of this preparation proposal/program developed at the Hospital Unit object of this research. Although the Hospital Unit did not complete the accreditation process, due to issues beyond the process itself, the experience undertaken by the entire health team built an important set of knowledge and practices, which can be considered useful learning for other professionals and institutions in the pursuit of quality certifications. The work uses the methodological approach of qualitative research, for an exploratory and descriptive research, built from bibliographic research and case study, for which interviews were conducted with the managers of the Hospital Unit. Aspects related to the history and conceptual bases of ONA accreditation, the national context of public health institutions, as well as the particularities of the services provided in these institutions were analyzed. The research results indicate that, among the difficulties that arose in the implementation of the intended proposal, the first is the fear and lack of knowledge about the accreditation processes, and the second is the absence of a fully structured safety and quality culture. The actions that were adopted during the practical experience that will be reported, which describes the organization of a working group oriented to the accreditation preparation process, the strengthening of the quality management system, and the mobilization and training of the teams, will be addressed. As a proposal, an action plan will be presented, which offers ways to facilitate the implementation of this accreditation methodology and which can be useful for other professionals and institutions. It is intended, therefore, to contribute to the objectives of the Unified Health System (SUS) and to reflections on patient quality and safety. We also intend to highlight that the ONA methodology presents itself as an excellent tool for achieving the expected quality in the processes of welcoming and health care. Finally, we emphasize the need for the involvement of the entire team of managers, health professionals, service providers, as well as patients and the community as a whole, to achieve ONA accreditation.

Keywords: ONA accreditation; public health institutions; social organization; Macapá (Amapá); quality and patient safety.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.4 OBJETIVOS DO ESTUDO	18
1.4.1 OBJETIVO GERAL	18
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2 O DESENVOLVIMENTO DA ONA RELACIONADO AOS ESTUDOS DA QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE: DIMENSÕES DA QUALIDADE E FUNDAMENTOS DA GESTÃO	19
2.1 BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DA ACREDITAÇÃO DA ONA NO BRASIL	19
2.2.1 DIMENSÕES DA QUALIDADE E FUNDAMENTOS DA GESTÃO EM SAÚDE	28
2.2. CENÁRIO E PARTICULARIDADES DA ACREDITAÇÃO DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	32
3 MÉTODO	37
4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	44
4.1 PROGRAMA PARA ACREDITAÇÃO ONA – NÍVEL 1 EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MACAPÁ.....	44
4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS	48
4.3 PROCESSOS E PASSOS FUNDAMENTAIS PARA UMA PROPOSTA/PROGRAMA PARA O ALCANCE DA ACREDITAÇÃO ONA, NÍVEL 1, DESENVOLVIDA EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE EM MACAPÁ/AMAPÁ GERIDA POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE 63	
4.4 RESUMO DE RESULTADOS DA PESQUISA	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	89
APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	91

1 INTRODUÇÃO

Na Área da Saúde existe um conjunto de iniciativas voltadas a garantia e ao desenvolvimento da qualidade nas ações e serviços, seja por parte dos órgãos públicos ou de organizações não-governamentais, dentre essas iniciativas destacam-se as creditações.

O desenvolvimento da área de qualidade e das creditações no mercado de trabalho constitui um campo extenso e complexo, principalmente na área da saúde. As Organizações de Saúde são sistemas complexos, pois envolvem inúmeros processos e protocolos, que tem por objetivo a produção do cuidado centrado no paciente, com qualidade e segurança. A esse respeito Cruz (2021) afirma o pensamento norteador da metodologia de creditação da Organização Nacional de Creditação (ONA): “(...) a organização de saúde é um sistema complexo, no qual as estruturas, os processos e os resultados da organização estão interligados de tal forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final.” (Cruz, 2021, p. 17).

O cuidado em saúde depende da organização do trabalho em diferentes áreas, por meio de ações encadeadas e contínuas, realizadas de forma conjunta por equipes multiprofissionais. Portanto, a qualidade assistencial e a segurança do paciente e de todos os envolvidos nos ambientes de saúde devem ser uma busca comum, praticada continuamente por todos dentro das organizações de saúde.

Existem evidências de que os programas de creditação contribuem para o aperfeiçoamento da qualidade dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade dos serviços médicos. No entanto, a grande dificuldade é que, pelo fato de a creditação não ser um processo obrigatório, é ainda muito pequeno o número de instituições de saúde credenciadas no país.

Na atualidade, com o desenvolvimento do setor de saúde, a creditação das organizações de saúde constitui um diferencial de mercado, além de ser um passo fundamental para a instituição de saúde, na medida em que contribui para a organização dos processos na instituição, com o objetivo de aprimorar os fluxos entre as áreas, os processos e os profissionais e promover a excelência operacional, por meio da melhoria contínua dos processos, das ações e dos serviços prestados.

Apesar de inúmeros esforços, a creditação das instituições de saúde no Brasil ainda é uma realidade vista como distante para muitas instituições de saúde e incipiente no âmbito nacional, principalmente no Setor Público.

Nas últimas duas décadas no Brasil, a partir dos anos 2000, muitas instituições têm buscado a acreditação em saúde e muitos governos e gestores públicos de saúde têm se preocupado com a acreditação dessas instituições. Esse movimento tem se fortalecido nas gestões de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, com muitos gestores passando a exigir a acreditação como requisito e obrigação contratual em processos de seleção e instrumentos jurídicos voltados ao gerenciamento de unidades e serviços de saúde.

Em 2021, a meta da gestão da ONA daquela época era alcançar 1.000 instituições acreditadas até março de 2021 (ONA, 2019, n.p.). Em 2024 já eram mais de 1.450 instituições acreditadas (ONA, 2024a, n.p.).

Segundo dados da própria ONA:

A ONA tem uma trajetória de sucesso marcada por 1.459 instituições acreditadas, mais de 5 mil certificados emitidos e mais de 50 mil profissionais capacitados, consolidando a organização como a 3ª maior certificadora do mundo em volume, e impulsionando um crescimento anual de 17% no setor. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Brasil, são 432.208 leitos cadastrados e somente 71.860 são acreditados, ou seja, 16,6% dos leitos brasileiros. Regionalmente, 62% das instituições acreditadas pela ONA estão concentradas na região Sudeste. O Sul é responsável por 13%; Nordeste 11,1%; Centro-Oeste, 11% e Norte por 3%. A distribuição das organizações acreditadas pela ONA é diversificada: 68,4% (917) são de gestão privada, 22,2% (298) são públicas, 8,3% (111) de gestão filantrópica, e 0,1% militar. (ONA, 2024a, n.p.)

Nesse universo está inserida a atuação das Organizações Sociais de Saúde (OSS), em que o Setor Público, por meio de processos de chamamento público voltados para gerenciamento de unidades e serviços de saúde, estabelece regras, critérios e metas para a realização do gerenciamento de instituições de saúde pelas OSS. Dentre as definições contratuais estabelecidas para o gerenciamento das instituições de saúde, um elemento recorrente nos processos de seleção pública, tem sido a requisição da acreditação como uma exigência contratual.

Porém, mais do que uma obrigação contratual, essa exigência da acreditação demonstra uma visão da gestão pública voltada para o reconhecimento da importância da acreditação para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma vez que a acreditação constitui “(...) uma estratégia que tem sido utilizada por sistemas de saúde em todo mundo, para promover a qualidade em saúde, (...) a fim de propiciar uma melhoria contínua de qualidade nos serviços prestados.” (Roquete *et al.*, 2015, n.p.).

Para a instituição de saúde, a acreditação representa uma oportunidade, rumo ao empenho para consolidar a busca pela garantia da qualidade e segurança nos processos de trabalho e para promover a melhoria contínua no cuidado assistencial e nos atendimentos

prestados. Vale considerar que “a base de um sistema de melhorias é a mensuração de desempenho, possibilitando intervenções de melhoria progressiva” (Roquete *et al.*, 2015, n.p. *apud* Couto; Pedrosa, 2007).

Desde o início do desenvolvimento da metodologia ONA no Brasil, esse processo de avaliação agregou dois sentidos: por um lado foi visto como uma oportunidade de melhoria da qualidade e segurança em saúde, por outro como um diferencial competitivo para as instituições de saúde.

Ruggiero (2021, p. 14) afirma:

No início do movimento de acreditação, alguns fatores influenciaram os hospitais a buscarem mais informações sobre o tema e, posteriormente, a se submeterem à avaliação; um deles era a preocupação das entidades com a segurança do paciente e com aprimorar seu sistema de qualidade. O outro fator motivador foi a busca pelo certificado como forma de evidenciar o diferencial competitivo da instituição. (Ruggiero, 2021, p. 14).

No entanto, devido à ausência de uma cultura de segurança e qualidade instituída e fortalecida nas instituições de saúde, de forma geral, o processo de acreditação se torna ainda mais difícil e complexo de ser realizado, podendo ser visto, além de um desafio institucional, um problema e uma sobrecarga no trabalho das equipes, principalmente na realidade das instituições públicas de saúde brasileiras.

O processo de acreditação pode ser encarado como uma oportunidade de crescimento e amadurecimento pessoal, profissional e institucional. Mas, para tanto, é preciso que as instituições e equipes de trabalho estejam preparadas e bem orientadas e consigam reunir os conhecimentos e as competências necessárias para auxiliar nesse processo.

Essa pesquisa surgiu da experiência profissional vivenciada pelo autor deste trabalho, como gestor de unidades de saúde em uma Organização Social de Saúde, entre os anos de 2022 e 2024. Apresenta de forma particular sua experiência prática no gerenciamento de uma instituição pública de saúde, a Unidade Assistencial Anexo do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz (denominada Anexo/HE), na cidade de Macapá, capital do estado do Amapá, em que houve a estruturação e execução de uma proposta voltada ao processo de preparação para a Acreditação da ONA, durante a vigência do Contrato de Gestão.

Apesar de a Unidade Hospitalar não ter efetivado o processo de acreditação, por questões alheias ao próprio processo, a experiência empreendida por toda a equipe de saúde construiu um importante conjunto de conhecimentos e práticas, que podem ser tidos como aprendizados úteis para outros profissionais e instituições na busca por certificações de qualidade.

1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro apresenta e descreve a história e as bases conceituais do processo de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e os conhecimentos científicos em torno da qualidade e segurança em saúde (autores, conceitos e ferramentas), com ênfase em termos como sistema de gestão da qualidade, cultura de segurança, dimensões da qualidade e fundamentos de gestão.

O segundo capítulo aborda os aspectos da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil, como: o cenário nacional e local dessas instituições e as particularidades dos serviços prestados em cada Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS).

O terceiro capítulo apresenta os processos e os passos fundamentais para a elaboração e execução de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA, nível 1, desenvolvida em uma instituição pública de saúde em Macapá, no estado do Amapá, gerida por Organização Social de Saúde, com as dificuldades, as barreiras, as estratégias, as ações, os desafios e os pontos críticos enfrentados na implantação de um sistema de gestão da qualidade voltado ao desenvolvimento de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação.

1.2 JUSTIFICATIVA

São muitos os argumentos acerca da importância dessa pesquisa sobre os processos de preparação de uma instituição de saúde para a acreditação da ONA, pela melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes, pelo aprimoramento da própria instituição, para o crescimento dos profissionais envolvidos e, ainda, para o sistema de saúde como um todo.

A relevância dessa pesquisa está presente, primeiramente, na importância da metodologia de acreditação da ONA no contexto da gestão em saúde, voltada para o objetivo de promover a melhoria dos processos de qualidade e segurança assistencial das instituições de saúde. O Manual da ONA (2022) traz a reflexão de que “(...) a ONA tem como missão incentivar o setor de saúde a aprimorar a gestão e a qualidade da assistência” (ONA, 2021, p.7).

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde são locais voltados a produção de saúde, por meio de processos de cuidado e justamente por isso são locais onde os riscos estão muito mais presentes do que em outros ambientes. Devido as suas características inerentes, os sistemas complexos como as organizações de saúde possuem alta probabilidade de erros, visto que são muitos os riscos envolvidos nos processos realizados nessas instituições. Dessa forma, as instituições de saúde devem ter como objetivo central a produção do cuidado e, por consequência, a mitigação dos riscos, sendo necessário implantar princípios de alta confiabilidade nos processos para evitar que os danos ocorram.

Nesse processo, a cultura de segurança na organização de saúde é tida como uma prática contínua que necessita ser construída coletivamente no cotidiano da instituição. Nas organizações de alta confiabilidade, as instituições de saúde atuam com falha próximo de zero, com processos sistematizados e ajustados e o quanto mais possível automatizados, visando constituir processos de alta confiabilidade e garantir uma assistência segura. Importante destacar que os “sistemas de notificação têm origem em indústrias de alta confiabilidade, em especial aviação e energia nuclear. Atualmente, são utilizados pelas organizações de saúde, fazendo parte da gestão de riscos” (...) (Ruggiero, 2021, p. 101). Por isso, na metodologia ONA o monitoramento contínuo dos registros das falhas (ou das circunstâncias de risco, situações potenciais que podem se tornar falhas) é uma etapa fundamental para reduzir a ocorrência dos eventos adversos e garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Um outro aspecto importante da metodologia da ONA é que esta tem por objetivo garantir a padronização dos processos da instituição de saúde, fator que contribui para a segurança do paciente e de todos os envolvidos na instituição de saúde, assim como para a prevenção de erros e a construção de uma cultura de segurança.

Vale considerar que um fenômeno que tem ocorrido no Brasil é o aumento dos custos de saúde em virtude da judicialização de serviços médicos e de saúde. Segundo reportagem do Jornal Valor: “Em 2024, o Brasil registrou um aumento significativo nos processos judiciais relacionados a erros médicos, com um crescimento de 506% em relação ao ano anterior” (Valor, 2025, n.p.). Esses gastos certamente podem ser reduzidos com a própria redução de erros e procedimentos nos hospitais, e os esforços resultam na melhoria da assistência à saúde oferecida pelas instituições de saúde.

Um outro argumento a ser considerado quanto à relevância dessa pesquisa está ligado a compreensão da importância da acreditação para as instituições de saúde, e mais particularmente por parte das Organizações Sociais, que buscam a certificação no contexto do

brasileiro, no sentido de obterem reconhecimento público do atendimento aos padrões de qualidade e segurança assistencial.

Sobre esse aspecto o Manual da ONA considera:

Cabe destacar que a acreditação é um processo em que as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e proporcionam, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados. Trata-se, portanto, de mérito que une a constatação da competência técnico-assistencial com o estímulo à contínua melhoria dos serviços prestados. (2022, p. 7).

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições filantrópicas do terceiro setor, sem fins lucrativos, que trabalham junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, em parceria com os governos municipais, estaduais e federais, e tem participado na área da saúde, mas não apenas, através do gerenciamento de unidades e serviços de saúde. As áreas de atuação das Organizações Sociais podem incluir atividades que sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências” (Brasil, 1998).

As relações entre o Poder Público e as Organizações Sociais de Saúde são instrumentalizadas e reguladas por meio de contrato de gestão, definido no Art. 5º, da Lei federal nº 9.637/98 como “o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS, com vistas à parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas mencionadas no art.1º” (Brasil, 1998).

Desde o início, a intenção foi de permitir e incentivar a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado. Com isso, a crescente absorção de atividades sociais pelo denominado “terceiro setor” tem sido uma marca recorrente em processos de Reforma do Estado nas democracias contemporâneas.

As Organizações Sociais tornaram-se em uma forma de contratualização oportuna utilizada pelo Setor Público para a transferência do gerenciamento de unidades e serviços de saúde através de parcerias com o Setor Privado, com instituições privadas de finalidade não lucrativa. O presidente do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), Renilson Rehem, em declaração ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), considera “(...) que a atuação da administração pública é limitada pelo excesso de mecanismos de controle e regulação, que resulta em processos longos que podem ter, como consequência, o desperdício de recurso público” (Conass, 2020). Neste modelo de gestão, o Estado define a

política, e cabe, à organização social, a execução, fazendo com que a participação privada na saúde permita atingir maior grau de flexibilidade, agilidade e eficiência no uso dos recursos e desenvolvimento dos processos. Rehem destaca, ainda, que esse é um modelo público, porém não estatal (Conass, 2020).

No Estado do Amapá, como em outros estados, a transferência dos serviços de saúde para a Organização Social (OS), foi fundamental no período da pandemia de Covid-19 para facilitar o fluxo de operações no enfrentamento à pandemia e dinamizar o tratamento dos pacientes encaminhados pela rede estadual. Em um debate realizado pelo Portal da Inovação e promovido pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), discutiu-se as competências e fragilidades das parcerias entre o setor público e a sociedade civil, por meio das Organizações Sociais de Saúde.

A publicação do Conass (2020) afirma:

A agilidade na gestão administrativa e a inserção na sociedade civil faz das Organizações Sociais de Saúde (OSS) uma ferramenta oportuna que está sendo utilizada pelo setor público na resposta à Covid-19, segundo a avaliação dos especialistas que participaram do debate virtual que discutiu a atuação das OSS no enfrentamento da pandemia. (Conass, 2020, n.p.).

O Governo do estado do Amapá, a exemplo de outros estados, optou pelo modelo de gestão por OS, pois esta possui mais facilidade e rapidez no acesso a equipamentos e insumos necessários para as unidades operarem. A Unidade Assistencial denominada Anexo/HE, objeto desta pesquisa, foi constituída com este objetivo. No contrato de gestão dessa Unidade, a acreditação era uma exigência contratual e se tornou uma meta e um desafio da instituição durante o período do gerenciamento desta Unidade.

Vale destacar, mais do que uma exigência contratual, a acreditação tem sido vista como uma oportunidade de crescimento e reconhecimento, como fator de credibilidade e competitividade no ambiente de mercado. As instituições de saúde que possuem acreditação ONA passam a ser reconhecidas pela qualidade e segurança de seus processos assistenciais e pela conformidade ao atendimento de padrões internacionalmente reconhecidos. Esses aspectos fortalecem a imagem da instituição, contribuem para a melhoria dos serviços prestados, a atração de novos clientes e o aumento da satisfação dos usuários.

Um terceiro argumento a ser destacado é a importância dessa pesquisa em descrever as dificuldades, estratégias, ações, os desafios e os benefícios da preparação de uma instituição de

saúde para processo de acreditação da ONA, em um estudo de caso, com o intuito de gerar mais conhecimentos sobre o próprio processo.

Neste aspecto, é necessário compreender que a proibição de algo é fácil de se instituir como regra, entretanto o importante para uma prática efetiva é a construção do entendimento do princípio de alta confiabilidade, que deve ser ancorado em um amplo processo de aprendizagem contínua dos gestores, trabalhadores, usuários e de todos os indivíduos que compõem as organizações de saúde.

A acreditação da ONA constitui-se em uma metodologia ativa, que se baseia na troca de experiências, na participação e no engajamento dos profissionais de saúde e usuários das organizações de saúde nos processos de aprendizagem e melhoria contínua.

A metodologia da ONA:

(...) busca preencher lacunas, remover deficiências e estabelecer uma cultura de melhoria contínua e da excelência gerencial e assistencial. A acreditação, longe de representar apenas um certificado de qualificação, constitui-se um processo de alinhamento dos mais variados serviços, unidades e setores, que proporcionam o desenvolvimento e a execução de atividades, promovendo a melhoria do desempenho gerencial e assistencial das organizações de saúde. (Ruggiero, 2021, p. 36).

A metodologia da ONA parte do pressuposto básico de que os processos podem sempre ser melhorados, por isso, busca a reflexão coletiva dos profissionais sobre os próprios processos de trabalho que executam no cotidiano, com base na seguinte questão: será que fazemos da melhor forma aquilo que fazemos?

Por estes motivos, pelo fato de a ONA ter como objetivo garantir que as instituições de saúde atendam a padrões de qualidade e segurança, essa pesquisa tem sua importância ressaltada uma vez que busca identificar medidas e recomendações práticas que possam ser implementadas ou aprimoradas visando aos requisitos da ONA, de forma a contribuir para a melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes, a mitigação de erros e o aumento da satisfação dos usuários.

O processo de acreditação em instituições públicas de saúde gera inúmeras dificuldades aos gestores e as equipes de trabalho, que necessitam de instrumentos, diretrizes e práticas para auxiliar nesse processo. Nessa jornada, devem ser considerados aspectos organizacionais, gerenciais, operacionais, técnicos e relacionais. Ao mesmo tempo em que processo de acreditação representa uma oportunidade de crescimento institucional e profissional e da capacidade crítica de todos os atores envolvidos, as exigências próprias desse processo desencadeiam estresse nos profissionais (Manzo *et al.*, 2012).

Nesse processo, é preciso de um amplo esforço e trabalho em equipe, para agregar conhecimentos científicos e práticas recomendadas e para que o processo de acreditação ocorra

com sucesso. Esse processo depende de uma preparação institucional organizada, sistemática e sistematizada, que seja realizada por todos os profissionais envolvidos no gerenciamento de uma unidade de saúde e que tenha uma condução consistente desse processo.

Muitas transformações já ocorreram desde o surgimento da ONA, inclusive na percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação e na importância dada ao desenvolvimento de saberes e as práticas relacionados a esse processo:

A avaliação nos serviços de saúde públicos, apesar de ter surgido como uma exigência para a necessidade de financiamentos, aos poucos vem ganhando novas conotações e incorporações com as políticas públicas que as respaldam e com os estudos na área que trazem novos modos e concepções de como e por que utilizá-la. Para que essa prática avaliativa se faça presente não só nas instituições públicas, mas em todas as instituições de saúde, tanto na gestão, quanto no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, é necessário e urgente avançar na compreensão de que as avaliações trazem efetivas contribuições para a qualidade dos serviços de saúde. (Salci *et al.*, 2018, p. 5).

A pertinência desse estudo consiste em abordar a experiência de preparação para a acreditação da ONA desenvolvida em uma instituição pública de saúde gerenciada por OSS, Unidade Assistencial Anexo-HE, como base para a elaboração de uma proposta/programa para o alcance da acreditação.

A intenção neste estudo não é a de buscar criar uma fórmula ou um método de trabalho que sirva como modelo para diferentes instituições de saúde. A própria metodologia da ONA possui uma característica não prescritiva (ONA, 2021, p. 20), ou seja, sua metodologia fornece não uma forma definida a ser aplicada as instituições de saúde, mas orientações, que consistem em padrões e requisitos (o “o quê”), segundo os quais cada Organização de Saúde deve construir sua própria forma de fazer (o “como”), de acordo com sua própria realidade institucional, loco-regional, clínica e epidemiológica.

Essa pesquisa tem sua importância afirmada ao propor um espaço de diálogo e construção de conhecimento sobre uma experiência prática de preparação para a acreditação da ONA, para realizar a descrição de um estudo de caso sobre as dificuldades, os desafios, as barreiras e as ações utilizadas na preparação para a acreditação da ONA. Nas instituições de saúde, a acreditação da ONA é tida, em geral, como um desafio, que tende a assustar e até afastar os profissionais. Então, essa pesquisa pretende propor algumas pistas e passos estratégicos que possam ser úteis para facilitar, aproximar e abrir caminho para processos de acreditação que venham a ser desenvolvidos por outras instituições e profissionais de saúde.

As contribuições dessa pesquisa são múltiplas e vão ao encontro da qualidade e segurança da assistência à saúde prestada nas instituições de saúde e da concretização dos objetivos do SUS. O desenvolvimento de um plano de implementação, com base na experiência

prática, pode ser um facilitador para superar as dificuldades identificadas no decorrer do processo de acreditação e auxiliar para reduzir os medos e as resistências. Ao oferecer uma visão objetiva e um planejamento, o plano demonstra um caminho a ser percorrido, reduzindo as incertezas e ansiedades dos profissionais envolvidos no processo.

Os benefícios do desenvolvimento de um plano de ação estruturado estão em: estabelecer metas objetivas e factíveis, permitindo direcionar os esforços da equipe em direção aos processos e áreas mais relevantes; identificar as lacunas existentes entre as práticas de saúde e os requisitos da ONA; fornecer orientações sobre prazos e responsáveis por diferentes atividades, para garantir que as ações sejam executadas de forma organizada e eficiente; auxiliar na identificação dos recursos necessários (humanos, tecnológicos, financeiros e materiais), otimizando sua utilização.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Os hospitais e outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) geridos por Organizações Sociais, a cada dia são mais exigidos no sentido de passarem por processos de acreditação, a fim de obterem certificações de qualidade e buscarem garantir à população a qualidade e segurança na prestação dos serviços.

Durante o período abordado por essa pesquisa, no decorrer do gerenciamento da unidade de saúde objeto deste estudo, foi desenvolvida uma Proposta/Programa para o alcance da Acreditação, realizado pela Organização Social de Saúde que estava no gerenciamento desta Unidade. Nessa experiência os profissionais da Unidade, incluindo o autor desse estudo, vivenciaram a realidade concreta do processo de preparação para a acreditação, na relação do dia a dia da instituição de saúde e com as equipes de trabalho, observando as dificuldades, buscando estratégias e organizando conhecimentos e ferramentas úteis para esse processo.

Desta forma, o problema de pesquisa é: **Quais foram os desafios, as dificuldades, as barreiras e as ações fundamentais para a elaboração e execução de uma proposta/programa para o alcance da acreditação ONA, nível 1, em uma instituição pública de saúde em Macapá/Amapá gerida por Organização Social de Saúde?**

A partir desse questionamento, será possível identificar as dificuldades, as estratégias e as ferramentas de gestão em saúde utilizadas na construção de uma proposta/programa para o alcance da acreditação ONA.

1.4 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.4.1 Objetivo Geral

Identificar as dificuldades, estratégias e ferramentas de gestão em saúde utilizadas na construção de uma proposta/programa para o alcance da acreditação ONA, nível 1, de uma instituição pública de saúde em Macapá/Amapá gerida por Organização Social de Saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

Contextualizar o desenvolvimento histórico e os conceitos do processo de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as relações com os estudos da Qualidade e Segurança em Saúde;

Abordar aspectos e particularidades do cenário nacional e local da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil;

Apresentar uma descrição dos aspectos gerais e críticos de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1 e propor, a partir da própria metodologia da ONA, os passos estratégicos na elaboração de um projeto para acreditação;

Identificar as motivações, as dificuldades, os desafios, impactos e benefícios enfrentados no início e ao longo do processo de preparação para a acreditação da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa.

Evidenciar a necessidade do envolvimento de toda equipe de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, além de pacientes e da comunidade como um todo, para o alcance da acreditação da ONA.

2 O DESENVOLVIMENTO DA ONA RELACIONADO AOS ESTUDOS DA QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE: DIMENSÕES DA QUALIDADE E FUNDAMENTOS DA GESTÃO

Este capítulo está dividido em duas seções. A primeira seção traz o percurso histórico e de desenvolvimento do pensamento teórico e dos conceitos que fazem parte da metodologia do processo de Acreditação da ONA. Apresenta os autores principais que fizeram parte desse percurso, enfatizando as relações com os estudos sobre Qualidade e Segurança em Saúde. Descreve a organização metodológica da Acreditação da ONA, e os elementos que a compõe essa metodologia, a saber, os atributos e o modelo conceitual. E aborda os atributos da avaliação da qualidade realizada por meio da Acreditação ONA (estrutura, processo e resultado) e as noções de dimensões da qualidade e fundamentos da gestão que são o cerne dessa metodologia. A segunda seção deste capítulo descreve o cenário e as particularidades da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil. Apresenta a compreensão multidimensional da noção de qualidade em saúde, e as relações com os conceitos de Saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e de determinantes de saúde, fundamentais para a metodologia ONA e que impactam no processo de acreditação. E identifica os fatores motivadores do surgimento da acreditação da ONA no Brasil, que estão ligados as necessidades e particularidades da realidade das instituições de saúde no Brasil.

2.1 BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DA ACREDITAÇÃO DA ONA NO BRASIL

A Acreditação da ONA faz parte das iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde no Brasil. Dentre essas iniciativas estão o licenciamento, a certificação e a acreditação.

O licenciamento diz respeito à autorização para o funcionamento dos serviços, de acordo com o atendimento a padrões mínimos, se dá por meio da autoridade governamental que concede a permissão para que as Organizações de Saúde possam funcionar. No Brasil, o

licenciamento dos serviços de saúde é feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Já a certificação e a acreditação são termos similares, mas que com algumas diferenças. De modo geral, podemos dizer que ambas são processos de avaliação nos quais uma organização devidamente autorizada reconhece que outra organização atende a critérios e padrões predeterminados, porém, a acreditação é mais ampla e engloba a certificação. A certificação está mais restrita à verificação de se o produto, serviço, processo ou sistema atende requisitos normativos específicos, avalia os processos e a gestão; já a acreditação avalia, além de processos e gestão, a capacidade e as competências técnicas de uma organização. (IEE-USP, 2024, n.p.).

A ONA define o processo de acreditação como:

(...) um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Realizado de forma voluntária e reservada, (...) não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua. (ONA, 2024b).

A acreditação em saúde é um processo no qual o serviço de saúde é avaliado em relação a critérios e padrões predeterminados e publicados, no caso da ONA, esses padrões são reconhecidos internacionalmente. (ONA, 2024b).

Sobre a origem do termo acreditação:

O processo de Acreditação está relacionado com a origem do termo “acreditar”, dar créditos, merecer confiança e credibilidade. É um sistema de avaliação externa que determina se o serviço de saúde está seguindo padrões previamente estabelecidos. Refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços de saúde são locais seguros, tanto para o exercício profissional, quanto para a obtenção da cura ou melhoria das condições de saúde do paciente (Mezomo, 2001 *apud* Roquete *et. al* 2015, p. 2).

Logo, a acreditação é um processo no qual as instituições de saúde, por um lado, adquirem reconhecimento público e, por outro, proporcionam o atendimento de critérios previamente estabelecidos de qualidade e segurança dos serviços prestados (Cruz, 2021, p. 9).

Para compreender o modelo conceitual da acreditação da ONA, ou seja, sua lógica de avaliação em saúde, é preciso retomar o percurso histórico de seu desenvolvimento. O processo de acreditação surge do desenvolvimento dos estudos da qualidade assistencial, a partir das inquietações do cirurgião norte-americano Ernest Codman, que propôs demonstrar a eficiência de um hospital, sugerindo o acompanhamento dos pacientes durante os tratamentos e a avaliação dos resultados. (Vliet *et. al.*, 2021, p. 4). Então, o surgimento da ONA se inicia a

partir de perguntas sobre a eficiência e como avaliar e demonstrar a eficiência dos serviços de saúde, segundo requisitos e padrões de segurança e qualidade.

Neste sentido, Berto (2018) considera as inquietações de Codman nos primórdios do desenvolvimento do pensamento da avaliação qualidade em saúde:

(...) em 1913, iniciou-se efetivamente a sistematização da qualidade da assistência hospitalar, com os trabalhos publicados por Ernest Armory Codman, cirurgião norte-americano, o que fortaleceu o debate sobre a padronização dos hospitais. Em 1917, o *American College of Surgeons* (ACS) implementou o *College's Hospital Standardization*, conhecido como Programa de Padronização Hospitalar (PPH), com objetivo de avaliar a conformidade dos procedimentos realizados pelos cirurgiões com relação a um conjunto de padrões mínimos. (Berto, 2018, p. 42).

A acreditação da ONA se constitui como uma avaliação externa, chamada também de avaliação de terceira parte, pois é definida como sem conflito de interesses e deve ser realizada por um organismo externo que avalia a organização de saúde. A avaliação de segunda parte é realizada por um setor em outro setor específico na Organização. E a avaliação de primeira parte pode ser realizada pelo próprio setor, sendo uma auditoria interna, por exemplo.

Outro teórico fundamental no desenvolvimento do pensamento acerca da acreditação e qualidade em saúde foi o médico de origem libanesa Avedis Donabedian, que desenvolveu pesquisas voltadas a qualidade dos serviços de saúde, na década de 1960.

Como escrevem Salci *et al.* (2018, p. 2):

Assim, a avaliação “ressurgiu” historicamente com a acreditação hospitalar, por tratar-se de um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, cujo modelo de avaliação encontra-se respaldado na tríade estabelecida em meados dos anos 1960, por Avedis Donabedian, e que passou a ser usada como base teórica para a prática avaliativa: estrutura; processo; resultado. (Salci *et al.*, 2018, p. 2).

Nesse caminho, outros pensadores são referências, como Deming e Juran, centrais para a evolução das discussões sobre a qualidade:

Alguns trabalhos foram desenvolvidos para análise e comparação de normas de qualidade aplicáveis em instituições hospitalares. Nogueira (1994) compara os trabalhos de Deming e Juran sobre a criação do método de Gestão da Qualidade Total, verificando as semelhanças. O mesmo autor também analisa o trabalho de Donabedian em Controle Total da Qualidade (CQT) em serviços de saúde, definindo os sete pilares da qualidade em saúde. (Antunes *et al.*, 2005, p. 3-4)

O manual da ONA e o a metodologia de acreditação da ONA possuem uma lógica organizada em níveis da acreditação. A acreditação da ONA é dividida em três níveis, possuindo cada um exigências específicas. Esses níveis possuem uma complexidade gradual, que se ampliam a cada nível. Cada nível está voltado para uma dimensão específica, ou seja, possui um objetivo próprio, que por sua vez mantém relação com os demais níveis.

São os níveis da acreditação da ONA e suas especificidades (ONA, 2021, p. 22-23):

- Nível 1: Qualidade e Segurança;
- Nível 2: Interação dos processos;
- Nível 3: Melhoria Contínua.

A entrega de processos padronizados e com alcance de resultados projetados, ou seja, protocolos e gestão é o objetivo principal que deve ser contínuo, e que se aperfeiçoa em cada um dos níveis de acreditação da ONA.

Quanto aos níveis de acreditação da ONA, a gestão de qualidade já pressupõe uma evolução e melhoria contínua (lógica gradual, evolutiva), em que os requisitos e padrões nos níveis possuem complexidade crescente e com princípios específicos em cada nível. (Cruz, 2021, p. 20).

Cada nível de acreditação possui um princípio específico (Nível 1: Segurança; Nível 2: Gestão Integrada; e Nível 3: Excelência em Gestão) e uma denominação da certificação (Nível 1: Acreditado; Nível 2: Acreditado Pleno; e Nível 3: Acreditado com Excelência) (ONA, 2024, n.p.).

O Quadro a seguir apresenta as informações e especificidades de cada nível da acreditação ONA.

Quadro 1. Níveis de Acreditação ONA:

Nível de Acreditação	Denominação da Certificação	Princípio	Exigências
Nível 1	Acreditado	Segurança	Qualidade e segurança no atendimento
Nível 2	Acreditado Pleno	Gestão Integrada	Modelagem dos processos organizacionais e das interações entre eles
Nível 3	Acreditado com Excelência	Excelência em Gestão	Maturidade organizacional e melhoria contínua

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), a partir das informações do portal da ONA (ONA, 2025): <https://www.ona.org.br/>.

Outro quadro apresentado no portal da ONA complementa com as características e a validade de cada nível de certificação.

Quadro 2. Níveis de Acreditação ONA e suas características:

ONA 1 Acreditado	Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
ONA 2 Acreditado Pleno	Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
ONA 3 Acreditado com Excelência	O princípio desse nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.	Tem validade de 3 anos e recebe visita de manutenção a cada ano

Fonte: ONA, 2019.

A ONA toma como referência de avaliação externa a ISQua¹, entidade que reconhece a metodologia da ONA (ONA, 2021, p. 2), e que propõe avaliar três pontos principais nos serviços de saúde: o planejamento do serviço (como este será entregue); a entrega propriamente dita do produto/serviço; e a experiência na prestação do serviço. (Vliet *et. al.*, 2021). Esses três pontos são relacionados com a tríade dos atributos do processo de acreditação da ONA: A estrutura, o processo e o resultado (ONA, 2021, p. 16). A metodologia de acreditação da ONA nasce desses atributos.

Dobabedian propôs um conceito multidimensional para definir a qualidade em saúde, baseado no que definiu como os sete pilares da qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Brasil, 2014, p. 6). No início do século XXI, o norte-americano Instituto de Medicina (IOM) incorporou a essas dimensões a “segurança do paciente” como um de seis atributos da qualidade: segurança, efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. (Brasil, 2014, p. 6). Assim, o termo segurança do paciente surge na década de 1990. Hoje, a Segurança do Paciente no Brasil é um programa nacional, mas já era trabalhado anteriormente pela ONA.

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, publicações importantes passam a abordar o erro médico, ou seja, o erro no cuidado de saúde. A publicação “Errar é Humano” (*To Err is Human*), pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, em 1999, traz evidências das falhas decorrentes do cuidado de saúde que poderiam ser evitadas por meio da construção de sistemas de saúde seguros.

¹ De acordo com Cruz (2022): “International Society for Quality in Health Care (ISQua), associação parceira da OMS e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países. A parceria com a ISQua foi muito importante para o crescimento do SBA-ONA, uma vez que proporciona atualização e conexão com as tendências mundiais para a melhoria contínua, tanto no sistema quanto nos serviços de saúde, como também o conhecimento do que está acontecendo no mundo em relação à acreditação, à qualidade e à gestão dos serviços de saúde.” (Cruz, 2022, p. 14).

Na abordagem de sistemas de saúde seguros, o erro é tido como um ato não intencional e inerente à natureza humana, devendo os sistemas serem concebidos para eliminar o quanto possível os erros decorrentes do cuidado em saúde.

A qualidade e segurança são os pilares centrais do processo de acreditação da ONA, que parte de um entendimento das organizações de saúde de forma sistêmica, como um sistema desenhado para atingir resultados planejados, visto que “todo sistema é projetado para realizar os resultados que produz” (Batalden, 2008 *apud* Martha Oliveira et al., 2016).

Esse entendimento reside na ideia de que a segurança e a qualidade assistencial dependem, principalmente, do desenho dos sistemas de saúde e não exclusivamente das pessoas que dele participam: “A magnitude dos erros no cuidado de saúde é enorme, uma falha de recuperação dos sistemas concebidos e não sobre pessoas irresponsáveis” (Leape, 1994).

Essa reflexão, do médico Lucien Leape, está presente em seu famoso artigo publicado em 1994 “*Error in Medicine*”, no qual Leape argumenta que os erros resultam de sistemas mal concebidos e não de atos intencionais irresponsáveis. A responsabilidade deve recair sobre sistemas falhos, mal desenhados e, por isso, uma das responsabilidades principais da liderança de uma Organização de Saúde é construir, desenhar e gerenciar sistemas seguros.

No Brasil, o desenvolvimento da acreditação da ONA se inicia ainda na década de 1990 e se cruza com importantes acontecimentos relacionados à saúde pública nesse período (Cruz, 2021, p. 11). Nesse momento, o país passava por intensas transformações econômicas e sociais, com impactos na área da saúde. Basta lembrar que a nova Constituição da República foi promulgada em 1988, passando a garantir: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Para garantir esse direito e o acesso universal e igualitário foi estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS), que em 1998 completava 10 anos de existência. Também na década de 1990, mais precisamente em 1999, estava ocorrendo o processo de estruturação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Cruz, 2021, p.11), e o país atravessava a epidemia da Aids. Assim, no cenário da saúde no Brasil nesse período, os mecanismos de regulação tinham uma estruturação ainda muito recente.

Sobre o desenvolvimento da acreditação no plano político e governamental no Brasil, ainda na década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) estruturou um grupo com representantes do Ministério da Saúde (MS) para elaborar padrões e requisitos para abordar e avaliar os serviços de saúde.

Cruz (2021) avalia:

Enquanto isso, o resto do mundo passava pelo amadurecimento de propostas relacionadas à segurança do paciente e pelo surgimento de metodologias de padronização das atividades hospitalares. No Brasil, as discussões sobre acreditação e qualidade ocorriam de forma isolada, sendo que muitos não entendiam ainda o conceito de acreditação. Isso começa a mudar em 1990, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) firmou um acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a elaboração de um Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe. (Cruz, 2021, p. 11).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, com objetivo de difundir a cultura da qualidade e acreditação no País. Este programa estabeleceu a avaliação e certificação dos serviços de saúde como um projeto estratégico para o biênio 1997/1998.

No entanto, o Programa Brasileiro de Acreditação foi lançado oficialmente somente no mês de novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde em Budapeste, sendo ali apresentado o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. Esse movimento, visando a criação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) culminou com a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA), em maio de 1999.

Ainda em 1998 foi construído o primeiro manual de Acreditação (Cruz, 2021, p. 12)

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante de esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros, desenvolvido por meio do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instituído no âmbito do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.107/1995 e, em 2001 a Portaria GM/MS nº 538/2001 reconheceu a Organização Nacional de Acreditação, ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelas instituições de saúde é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação, o “Manual Brasileiro de Acreditação” (ONA, 2021) da ONA é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) faz parte do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)² e é responsável pelo processo de Acreditação. O SBA é formado pela ONA, pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs), pelas Organizações Prestadoras

² Segundo Cruz (2022): “O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) surgiu com a necessidade de desenvolvimento de padrões de qualidade e segurança para acreditação de Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde (OPSS). O SBA é independente, privado, constituído de forma representativa por membros que compõem os diversos segmentos sociais relacionados à saúde, à sociedade civil e ao sistema de saúde brasileiro. É, também, constituído por um conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil”. (Cruz, 2022, p. 14)

de Serviços de Saúde (OPSS), pelos Avaliadores e pelos profissionais de saúde que atuam na área de qualidade nas Instituições de Saúde.

Para que o Processo de Acreditação seja realizado de fato, resultando na Avaliação por parte da IAC e, conseqüentemente, em caso de aprovação, na Certificação da ONA no nível almejado, é necessário que a Organização de Saúde interessada realize contato diretamente com uma IAC. É por intermédio da IAC que a Acreditação deve ser realizada, sendo essa instituição a responsável pela condução do processo de avaliação da Instituição de Saúde que se propõe a realizar a Acreditação-ONA.

Sobre a importância do papel e do trabalho realizado pelas IACs, Cruz (2021) explica:

(...) A ONA, em sua origem, determinou o organismo de avaliação denominado Instituição Acreditora Credenciada (IAC). As IACs atuam desde o início da ONA, tendo sido possível ampliar os limites e o alcance territorial das instituições de saúde acreditadas. A IAC é responsável por avaliar evidências objetivas suficientes nas quais se possa basear uma recomendação da acreditação e do nível. Com base nas conclusões da avaliação realizada pela IAC, a ONA toma a decisão de conceder a acreditação, se houver evidência suficiente de conformidade e o cumprimento de todas as normas, ou de não conceder a acreditação, se não houver evidência suficiente de conformidade ou se houver infração quanto ao cumprimento das normas estabelecidas. A IAC é o orientador das organizações de saúde que se candidatam à acreditação ONA quanto ao cumprimento dos padrões e dos requisitos determinados pela metodologia do SBA-ONA (Cruz, 2021, p. 16).

Atualmente, são 10 IACs cadastradas para trabalhar com a ONA (ONA, 2024b) e realizar as avaliações e a Organização de Saúde é quem deverá escolher a IAC a ser definida para o processo. A ONA não vai diretamente para as Organizações, é por intermédio das IACs que o Processo de Acreditação ocorre.

A segurança do paciente e a busca pela prevenção ou mitigação dos riscos e danos estão interrelacionadas na produção do cuidado em saúde. No decorrer dos anos, através de estudos científicos, “muitos países fizeram um grande progresso na avaliação da natureza e da dimensão do dano no cuidado de saúde. (...) A medição e o monitoramento da segurança ainda são um desafio, mas já avançamos no desenvolvimento de indicadores confiáveis do status de segurança (Vincent *et al.* 2013, 2014 *apud* Amalberti e Vincent, 2016, p. 1).

Na área da saúde, o termo segurança está ligado aos termos erro, dano e confiabilidade. Vincent esclarece:

O termo “erro no cuidado de saúde” tem sido usado de várias maneiras, muitas vezes como sinônimo de resultado insatisfatório (...) indicando que uma ação ou omissão por parte de uma pessoa não levou ao resultado desejado. Usamos o termo “confiabilidade” quando consideramos processos e sistemas, em vez de ações humanas. (Amalberti e Vincent, 2016, p. 5).

Essa é uma mudança essencial no pensamento sobre segurança em saúde, o resultado é entendido como efeito de um processo dentro de um sistema e não apenas como ação individual de um profissional.

Por esses motivos, os objetivos do chamado movimento de segurança do paciente são expressos de diferentes maneiras complementares, como: redução dos danos aos pacientes; eliminação dos danos evitáveis; minimização de erros na produção do cuidado em saúde; aprimoramento da confiabilidade; desenvolvimento de sistemas seguros. (Amalberti e Vincent, 2016, p. 5).

A definição de Segurança do Paciente (SP) utilizada pela Organização Mundial da Saúde e adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), é a seguinte: “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Brasil, 2013). De acordo com essa Portaria, o conceito de segurança do paciente está relacionado com os de dano, incidente e evento adverso. O dano é o “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”. O incidente é um “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”. E o Evento adverso é o “incidente que resulta em dano ao paciente” (Brasil, 2013).

Outros dois conceitos que fazem parte desse entendimento sobre a segurança do paciente são o de cultura de segurança e gestão de riscos, que devem ser objetivos comuns a serem perseguidos dentro das instituições de saúde. Segundo a Portaria MS/GM nº 529/2013 a Cultura de Segurança “configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização”: a cultura como responsabilidade de todos os envolvidos na produção do cuidado, incluindo profissionais e gestores; a priorização da segurança em detrimento de metas financeiras e operacionais; o estímulo à identificação, notificação e resolução de problemas relativos à segurança; a busca pelo entendimento dos incidentes como possibilidade de aprendizado organizacional; e a garantia de recursos e organização para manutenção da segurança. (Brasil, 2013). A gestão de riscos é entendida como a execução do pensamento da segurança do paciente na prática, como “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional”. (Brasil, 2013).

O documento “Liderando a Cultura de Segurança: Mapa para o Sucesso” é resultado de uma parceria entre o Colégio Americano de Executivos em Saúde (*American College of*

Healthcare Executives) e o Instituto Lucien Leape (*National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute*), dos Estados Unidos.

Os requisitos do Manual da ONA se conectam aos três primeiros pontos para a cultura de segurança descritos no documento “Liderando a Cultura de Segurança: Mapa para o sucesso”.

1. Criar uma visão forte de Segurança;
2. Valorizar Confiança, Respeito e Inclusão;
3. Selecionar, Desenvolver e Engajar a Administração.

2.2.1 Dimensões da Qualidade e Fundamentos da Gestão em Saúde

O modelo conceitual da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação utiliza os Atributos da Qualidade, as Dimensões da Qualidade e os Fundamentos da Gestão em Saúde, que são desdobrados em princípios e ações efetivas que guiam o processo de Acreditação.

O Manual da ONA (2021) esclarece sobre os atributos da avaliação: “A avaliação em saúde na metodologia do SBA avalia os componentes de estrutura, processo e resultado e a relação causal entre eles, onde a estrutura apoia a execução dos processos, e os processos são executados para gerar resultados” (ONA, 2021, p. 16). A avaliação proposta pela ONA é transversal e os atributos servem para avaliar a qualidade nos serviços de saúde, sendo esses atributos: estrutura, processo e resultado. Um atributo está ligado aos demais e primeiro necessita-se de uma estrutura adequada.

A estrutura diz respeito à capacidade para atender a uma população integrante de uma unidade, entendida como uma rede de serviços. Este atributo inclui: dimensionamento adequado de equipe, de materiais, de estrutura física, de equipamentos, etc. Em relação à equipe deve considerar os profissionais em quantidade suficiente para os serviços prestados e com qualificação voltada para cada área. Quanto aos equipamentos: aborda a estrutura existente, o mapeamento dos riscos e organização da manutenção.

O atributo processo diz da interdependência dos processos, conectando as áreas. Por exemplo, a análise de uma amostra de sangue para realização de um exame depende, antes, da realização correta da coleta, do tempo de armazenamento das amostras, da qualidade dos insumos utilizados, etc. A realização de uma cirurgia em centro cirúrgico depende da realização das limpezas terminais, do fornecimento dos materiais (de farmácia, da rouparia hospitalar, da

Central de Material Esterilizado) e até do sangue (sob controle da agência transfusional). Inclui-se nesse atributo, ainda, processos que implicam no diagnóstico e até no desfecho dos pacientes, como o tempo para agendamento de uma consulta ou o tempo para entrega de um exame realizado.

Por fim, o resultado, ligado as entregas de cada processo, produto ou serviço, agrupam, indicadores estratégicos, de qualidade, de produção, de sustentabilidade da organização. São exemplos de indicadores estratégicos de saúde: indicadores de mortalidade, de taxa de ocupação, de média de permanência, dentre tantos outros.

Na metodologia de acreditação da ONA, a qualidade é um conceito multidimensional, sendo assim, para definir a qualidade em saúde são apresentadas as Dimensões da Qualidade em saúde: Eficiência, Efetividade, Oportuna, Segurança, Equidade e Centrada no Paciente (ONA, 2021, p. 17).

Outro momento teórico fundamental na estruturação da abordagem da acreditação da ONA foi a publicação do famoso artigo do IOM “Cruzando o Abismo de Qualidade – Um novo sistema de saúde para o século XXI” (*Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century*), em 2001, trazendo evidências da existência do que chama de um enorme abismo entre o cuidado de saúde que deveria ser realizado, de acordo com os conhecimentos científicos disponíveis, e o cuidado que de fato é realizado. O IOM propõe então uma espécie de ponte, uma saída para transpor esse abismo identificado.

Segundo a publicação do IOM “Cruzando o Abismo de Qualidade” (2001), alguns pontos são centrais para melhorar o sistema de saúde, dentre esses:

- O cuidado em saúde como prática contínua. Esse ponto pode ser identificado com os objetivos do SUS, de integralidade da assistência e o acesso universal aos serviços de saúde;
- O cuidado deve partir das necessidades e da cultura do paciente e de seus familiares e o paciente deve ser o centro do cuidado, com capacidade para tomar decisões em relação a sua saúde e tratamento, aspectos que se aproximam dos pilares da humanização da atenção em saúde, o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado;
- As práticas e decisões clínicas devem ser baseadas em evidências, com base nos conhecimentos científicos;
- Segurança e transparência como características fundamentais do sistema de saúde;
- A busca pela redução do desperdício dos recursos;
- Valorização da cooperação entre os profissionais, formando uma equipe de trabalho.

Como proposta para a construção de um novo paradigma para os sistemas de saúde, o IOM lança as 6 dimensões da qualidade em saúde, que logo se tornaram um consenso entre os

especialistas. São essas dimensões: Segurança - evitar lesões e danos aos pacientes na produção do cuidado; Efetividade – cuidado baseado no conhecimento científico visando benefício de todos; Cuidado centrado no paciente – cuidado responsivo e respeitoso, de acordo com as preferências, necessidades e valores do paciente; Oportunidade – realizar os cuidados no tempo adequado, de modo a reduzir atrasos e tempos de espera; Eficiência – evitar ou reduzir ao máximo desperdícios no uso de recursos; e Equidade – a qualidade do cuidado não deve variar, independentemente de características pessoais, socioeconômicas, de gênero, etnia ou localização geográfica (Brasil, 2014, p. 6).

Além das Dimensões da Qualidade, o modelo conceitual da acreditação da ONA possui também os 12 Fundamentos da Gestão, e seus objetivos específicos, sendo, de acordo com o Manual da ONA (ONA, 2021, p. 19-20):

- Visão sistêmica: entendimento da Organização de Saúde como um sistema integrado, no qual todos os processos estão interligados por relações de interdependência. Por isso, a ONA avalia o todo da Organização e não apenas um protocolo específico, ou uma unidade do serviço;

- Liderança: a liderança é parte inicial e fundamental do processo de acreditação, e prevê a implantação de mecanismos e práticas de liderança, gestão e controle e o necessário envolvimento da alta liderança e dos gestores da Organização de Saúde (gerências, coordenadores e supervisores);

- Gestão por processos: se refere à gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos e alinhamento desses à visão e as estratégias da Organização. A Organização deve realizar a modelagem dos processos (existem diferentes métodos e a instituição pode escolher o que melhor se adequa a realidade de cada instituição), com a identificação dos processos estratégicos e processos de apoio e definição dos fornecedores e clientes, entradas e saídas de cada processo, junto à identificação os riscos, para o gerenciamento dos riscos de cada processo. Todos os processos de uma instituição (assistenciais, gerenciais, de apoio) são interrelacionados, devido à interdependência entre as áreas, os profissionais que as compõem e as atividades que são desempenhadas para a produção do cuidado.

- Desenvolvimento de pessoas: refere-se ao conjunto de processos de ensino-aprendizagem ativos e contínuos, envolvendo o engajamento para a capacitação, realização profissional, e aprimoramento das relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional;

- Governança Clínica: refere-se ao modelo de gestão assistencial utilizado pela Organização, ou seja, as estruturas que visam garantir os padrões de atendimento da

Organização, tendo como componentes: a efetividade clínica, a auditoria clínica, o gerenciamento de riscos, a comunicação assertiva e transparente, a pesquisa e educação para o desenvolvimento de profissionais. Tem como pilares a responsabilidade e a transparência, com objetivo de integrar todos os serviços relacionados com a produção do cuidado seja direta ou indiretamente, desde os serviços assistenciais até os de apoio. Integra também as dimensões do controle financeiro, da qualidade assistencial, o desenvolvimento de pessoas e a redução dos riscos;

- Integralidade e continuidade do cuidado: se refere ao ciclo do cuidado do paciente, incluindo os momentos antes, durante e após a internação. Mesmo após a alta do paciente, a continuidade após a internação se refere, por exemplo, ao encaminhamento do paciente para outras Unidades de Saúde;

- Responsabilidade socioambiental: se refere a responsabilidade ética e transparente da Organização, em dois sentidos complementares, sendo a potencialização de impactos positivos e a minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente;

- Cultura da inovação: se refere a promoção de um ambiente favorável para a melhoria do desempenho, por meio da articulação de novas ideias e abordagens, visando gerar melhores resultados. Inclui trabalhar os processos internos da Organização e desenvolver os profissionais para a inovação;

- Melhoria contínua: consiste em reconhecer de forma contínua, sistemática e planejada a realidade institucional existente, de modo a identificar as fragilidades e trabalhar sobre os processos, através da realização de análises críticas dos problemas, identificação da causa raiz do problema e implementação de ações de melhoria;

- Ética e Transparência: refere-se a uma condição implícita ligada à formação do indivíduo, por meio de parâmetros de honestidade, humanização e respeito a todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;

- Natureza não prescritiva: diz respeito à própria natureza da metodologia de acreditação da ONA, que não define métodos, mas propõe orientações que devem ser desenvolvidas por cada Organização de acordo com cada realidade institucional;

- Alta confiabilidade: refere-se ao compromisso da Organização com o desenvolvimento e a disseminação da gestão de riscos e cultura da segurança do paciente em todos os níveis da Organização.

Conforme apresentado, os conceitos abordados de atributos da qualidade, dimensões da qualidade e fundamentos de gestão formam o modelo conceitual que define a lógica de avaliação utilizada pela ONA nos processos de acreditação. Esses aspectos são indispensáveis

para o entendimento da ONA de forma completa, sistêmica e integrada e formam um corpo teórico necessário para sedimentar as bases estruturais de um processo de acreditação.

Na sequência deste trabalho, e de igual modo em um processo de acreditação, deve-se avançar para a compreensão do cenário no qual se insere a realidade institucional, neste caso, o das instituições públicas de saúde no Brasil e suas particularidades.

2.2. CENÁRIO E PARTICULARIDADES DA ACREDITAÇÃO DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No ambiente da produção acadêmica nas áreas de Saúde, Administração e Gestão Hospitalar e em Saúde, o tema da acreditação é recorrentemente um objeto de pesquisas, com diferentes perspectivas de abordagem.

Parte dos trabalhos desenvolvidos em torno da acreditação e de forma específica da metodologia de acreditação da ONA, tratam dos desafios, das dificuldades e das estratégias de implantação do processo de acreditação nas Unidades de Saúde.

Esses trabalhos consideram a acreditação sob o enfoque da gestão de pessoas e das capacitações (Peixoto *et al.*, 2012; Marques e Silva, 2007; Santos e França, 2016), dos profissionais e das lideranças (Manzo *et al.* 2009; Manzo *et al.*, 2012; Siman *et al.*, 2015), da organização de processos, da implantação da acreditação (Antunes, 2002; Campos, 2008). Outros abordam de forma mais específica a metodologia de acreditação da ONA, a esse respeito, Roquete *et al.* (2015) nos oferece um apanhado fundamental, uma revisão integrativa de literatura. No que se refere à acreditação da ONA em instituições públicas de saúde, destacamos o trabalho de Berto (2018).

Alguns desses trabalhos apresentam também enfoques específicos, como abordagens da acreditação em diferentes tipos de unidades de saúde (hospitais de portes e especialidades diferentes, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde).

Entretanto, em relação aos trabalhos desenvolvidos em torno da acreditação que considerem os desafios de Organizações Sociais de Saúde ao adotar a acreditação ONA, são escassas as publicações voltadas para essa perspectiva, sendo esse um tema que ainda carece de pesquisas. Nesse sentido, destacamos o trabalho de Meneses (2008), que trata da “Contribuição das Organizações Sociais para a Gestão da Atenção Primária à Saúde”.

Para abordarmos o enfoque da acreditação do ponto de vista do cenário e das particularidades das instituições públicas de saúde no Brasil, consideramos que dois pontos são fundamentais para a construção de uma compreensão multidimensional da qualidade em saúde: a ampliação do conceito de saúde e a noção de determinantes de saúde.

O conceito de Saúde da Organização Mundial de Saúde vai além da ideia de ausência da doença, sendo entendida como “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1947). Essa ideia aponta para a integralidade do cuidado em saúde e deve ser disseminada tanto para os pacientes e demais usuários da instituição de saúde, quanto para os profissionais. A noção de determinantes de saúde refere-se a um conjunto de fatores relacionados a saúde das populações e que impactam diretamente na estratégia da organização.

Dentre os determinantes de saúde, podemos considerar no cenário do Brasil: expectativa de vida aumentando, transição epidemiológica da população (população cada vez mais com idosos), em contraponto as instituições e serviços de saúde limitados, e a ausência de uma cultura e um trabalho voltado a importância dos hábitos saudáveis para a população, como fatores que tem impactado cada vez mais o setor saúde e que tendem a provocar um colapso no sistema de saúde ao longo do tempo, devido a um aumento da necessidade de atendimento de pacientes crônicos, devido a esses fatores.

Para compreendermos como a acreditação é percebida pelas instituições e pelos profissionais de saúde e o papel e o trabalho desempenhado pela ONA no âmbito das instituições públicas de saúde do Brasil, é preciso decodificar o cenário dessas organizações de saúde, considerando as características da realidade institucional dessas organizações, que podem representar facilidades ou obstáculos ao processo de acreditação.

Os próprios motivadores do surgimento da acreditação da ONA estão ligados a fatores que são parte da realidade das instituições de saúde no Brasil.

Dentre esses fatores, Roquete *et al.* (2015):

O processo de Acreditação, conforme o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001a), tem sua origem na preocupação com as consequências advindas de eventuais falhas nos processos envolvidos na prestação de serviços: registro médico realizado em prontuário de outro paciente; troca de equipamentos; qualificação profissional inadequada etc. Esses eventos podem ser prevenidos, desde que os serviços de saúde avaliem seu desempenho e monitorem seus processos, o que nem sempre ocorre. Assim sendo, o estabelecimento de padrões a serem seguidos, que são desenvolvidos, inclusive com a participação dos usuários, vem sendo aprimorado constantemente. (Roquete et al., 2015, p. 3-4).

Podemos dissecar cada uma das falhas relatadas para entender de forma mais ampla em relação aos aspectos da acreditação da ONA. Como apontado, um problema frequentemente

encontrado nas instituições de saúde é o registro realizado de forma incorreta. Esse ponto, por exemplo, está relacionado, por um lado, ao desenvolvimento de pessoas, pela falta de conhecimento ou fragilidade da equipe em seguir condutas e procedimentos padronizados, e por outro, a estruturação de processos, que podem ser inexistentes ou insuficientes e carecerem da implantação de outras diretrizes e ferramentas, como por exemplo, políticas, planos, procedimentos, regimentos, dentre outros, que possam ser utilizados como norteadores das práticas da instituição de saúde. Na citação anterior, outros exemplos são dados relacionados aos processos de controle e gerenciamento de equipamentos e à qualificação dos profissionais.

As falhas relatadas apontam: “A prática insegura ainda tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo” e no Brasil, os estudos mostram que a incidência de Eventos Adversos (EA) é alta e que a maioria desses incidentes são considerados evitáveis. (Brasil, 2016, p. 11).

Particularidades das Organizações de Saúde:

- Segmento com alto nível de complexidade, cujo processo principal é a assistência à saúde do paciente (Seabra, 2007, p.5);
- Alta variedade de usuários-clientes do sistema de saúde e de determinantes de saúde (idade, renda, sexo, nível de educação, aspectos culturais e regionais, condição econômica, condição sanitária, etc.);
- Múltiplos atores envolvidos nas organizações de saúde, internos e externos, com diferentes interesses relacionados (Berto, 2018, p. 21-22);
- Os serviços de saúde dependem do trabalho em relação envolvendo profissionais de diferentes áreas de atuação profissional, com diferentes competências e especialidades implicadas na assistência à saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Fonoaudiologia, Serviço Social, dentre outras), além de profissionais de áreas de apoio e administrativas em diferentes tipos de serviços (Nutrição e Dietética, Lavanderia e Rouparia, Higiene e Limpeza, Laboratório de Análises Clínicas, dentre outras);
- O sistema de saúde envolve instituições públicas e privadas;
- As organizações de saúde possuem um elevado impacto social (Hayes *et al.*, 2008 *apud* Berto, 2018, p. 22)
- Setor com elevado grau de desenvolvimento de conhecimento, sujeito as modificações e atualizações rápidas e constantes;
- Exige tomada de decisões rápidas, técnica e cientificamente embasadas.

Essa situação exige um exame detalhado de outros fatores que são parte da realidade das instituições de saúde no Brasil, particularmente as públicas. Manzo *et al.* (2009 e 2013) e

Franciscatto *et al.* (2011) enumeram diversos fatores que estão presentes nessa realidade e que impactam diretamente nos processos relacionados à acreditação em saúde:

- Ausência ou insuficiência da implantação e manutenção de um Sistema de Gestão de Qualidade, com estrutura, recursos e profissionais capacitados para os processos de qualidade e segurança (Manzo *et al.*, 2009);
- Ausência ou insuficiência de envolvimento dos profissionais de saúde no processo de gerenciamento da qualidade dos serviços prestados (Manzo *et al.*, 2009);
- Existência de barreiras de comunicação e/ou inexistência de uma comunicação institucional estruturada e efetiva (Manzo *et al.*, 2013);
- Comunicação marcada por escassez de informação e ausência de objetividade na transferência de conhecimentos que prejudicam a continuidade da assistência à saúde e favorecem a ruptura da prestação de serviços de qualidade (Manzo *et al.*, 2013);
- Fragilidade no conhecimento pelos profissionais dos aspectos ligados com a qualidade e segurança dos serviços prestados e na capacidade de reflexão crítica sobre os processos de trabalho e as práticas e saberes que formam os processos de acreditação em saúde (Manzo *et al.*, 2009);
- Fragilidade no conhecimento pelos profissionais sobre as legislações e regulamentações pertinentes ao serviço prestados pela da instituição (Franciscatto *et al.*, 2011).
- As lideranças das Instituições não têm claramente estabelecidas e/ou identificadas sua missão (negócio) e/ou não conhecem de forma estruturada seu perfil assistencial;
- Significativa falta ou inexistência de coordenação, integração e alinhamento entre as lideranças executivas (corporativa) e lideranças médias ou intermediárias. Por consequência, entre departamentos e serviços;
- Inexistência de lideranças médicas definidas e exercidas na prática;
- Falta de conhecimento e correta aplicação da legislação e regulamentos aplicáveis aos serviços/processos da instituição;
- Não atendimento aos requerimentos mínimos (técnicos e legais) relacionados com as edificações e sistemas de infraestrutura.
- Incapacidade de instituir e desenvolver comunicação institucional efetiva;
- Falta de conhecimento e utilização, pelo corpo profissional, de uma linguagem relacionada com qualidade e segurança.

Considerando as particularidades das organizações de saúde, do cenário das instituições de saúde no Brasil, e de forma específica das instituições de saúde pública, e que estão relacionadas à realidade dos aspectos ligados à qualidade e segurança que impactam no

processo de acreditação, essa pesquisa avança no sentido de analisar como esses aspectos estiveram implicados no processo de preparação para a acreditação da ONA, na instituição de saúde que é objeto dessa pesquisa.

Neste sentido, as fundamentações teóricas apresentadas serão confrontadas com a realidade do contexto prático da implantação do processo de preparação para a acreditação da ONA, buscando aprofundar as discussões acerca do tema e trazer contribuições que possam, inclusive, complementar ou propor outras visões para os estudos acerca do processo de acreditação hospitalar.

3 MÉTODO

Na tentativa de ampliar a reflexão sobre a pergunta/problema de pesquisa que guia esse estudo, pretendemos organizar algumas abordagens históricas, teórico-conceituais e metodológicas, com o objetivo de contribuir, ao final, para a proposição de novos aprendizados em relação ao processo de acreditação. Esse estudo utiliza-se da abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, baseada em métodos e técnicas que visam abordar fatos humanos e sociais do ponto de vista da investigação, ancorada na análise da experiência. Tem um contexto que visa constituir uma pesquisa exploratória e descritiva.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe uma compreensão ampla da concepção de saúde como “(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, Liberdade, acesso e Posse da Terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986 apud Mendonça et al., 2021, p. 18). Esses fatores considerados determinantes e condicionantes de saúde foram em seguida reafirmados na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 (Brasil 1988, 1990).

Conforme Mendonça *et al.* (2021, p. 21-22):

(...) nas últimas décadas, mediante a incorporação determinantes socioeconômicos, culturais, ecológicos e históricos dos processos de adoecimento, saúde e cuidados, impõe-se a necessidade da inclusão de novos modos de produzir conhecimento, a partir dos quais sejam reconhecidas as múltiplas maneiras de leitura e representação dos fenômenos sociais. Ou seja, verifica-se que o uso da abordagem qualitativa da pesquisa social tem se tornado comum no setor saúde (...). (Mendonça et al., 2021, p. 21-22).

Esse estudo tem como procedimentos metodológicos, utilizados para a coleta de dados, a observação participante, com as informações das experiências profissionais do pesquisador, as análises documentais e bibliográficas sobre o tema e entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com profissionais que estiveram diretamente envolvidos com a preparação para o processo de acreditação desenvolvida na instituição de saúde, objeto deste estudo.

Sobre a abordagem qualitativa, é importante consideramos suas características orientadoras:

(...) primeiro, pesquisar as representações, crenças, valores, explicações e opiniões que se expressam nas interações sociais; segundo, priorizar a linguagem e a prática como mediações simbólicas; terceiro, orientar a investigação a partir do ponto de vista dos atores sociais, levando a sério suas informações; quarto, buscar uma compreensão do território onde o estudo é realizado; e por fim, em quinto lugar, ter a operacionalização da pesquisa de forma flexível e interativa, proporcionando a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelecem no interior das organizações (...) proporcionando relevantes dados. (Mendonça et al., 2021, p. 21-22).

A diversificação de técnicas e métodos na pesquisa qualitativa possibilita uma abordagem multifacetada do objeto de estudo, que considera as informações, expressões, parâmetros e visões de mundo dos sujeitos envolvidos na experiência como centrais para as análises e construções teóricas sobre os fenômenos investigados.

As perguntas que compuseram as entrevistas realizadas tiveram o objetivo de compreender a realidade da instituição e do entrevistado em relação ao desafio de passar por uma preparação para o processo de acreditação da ONA. As respostas forneceram informações, detalhes e exemplos concretos do dia a dia do trabalho, com os desafios e as oportunidades identificadas ao longo do percurso. A partir das respostas obtidas, foi feita uma análise qualitativa das entrevistas realizadas, para que fosse possível identificar temas recorrentes, padrões de resposta, e até pontos não abordados, e que fossem relevantes para a pesquisa.

As entrevistas individuais semiestruturadas realizadas foram feitas com profissionais que participaram do processo de preparação para a acreditação da ONA na Unidade de Saúde objeto de estudo dessa pesquisa. Foram selecionados 3 profissionais de saúde da estrutura organizacional do hospital que estiveram diretamente envolvidos nesse processo. Esses profissionais foram escolhidos pois ocuparam cargos estratégicos para o processo de acreditação, como Área de Qualidade e Área de Monitoramento de Metas e Indicadores. Esses profissionais atuaram nas áreas de trabalho que organizaram o processo de preparação da Unidade de Saúde para a acreditação ONA.

A Área principal que esteve à frente nesse processo dentro da instituição foi a Diretoria de Planejamento e Performance, e dentro dessa Diretoria estavam as Gerências e Coordenações responsáveis pelo planejamento e execução do processo de preparação, sendo essas: a Gerência de Qualidade; a Gerência de Monitoramento e Metas; e a Coordenação de Monitoramento e Metas.

Foram entrevistados três profissionais que estavam a frente de cada uma dessas áreas durante o processo de preparação da Unidade de Saúde.

No Quadro a seguir serão apresentados os 3 Entrevistados, seus respectivos cargos dentro da estrutura organizacional do hospital e as atribuições profissionais.

Quadro 2. Entrevistados da pesquisa:

Entrevistado	Cargo	Atribuições profissionais
1	Gerência de Monitoramento e Metas	Responsável por gerir a composição da sistemática de monitoramento de indicadores, metas e obrigações contratuais das unidades gerenciadas pela Instituição, monitorando os indicadores para avaliar sua a viabilidade e efetividade no alcance de resultados pactuados nos instrumentos jurídicos de gestão e a conformidade com o perfil de atendimento da Unidade de Saúde, buscando melhoria de ferramentas de análises, estabelecendo processos, em prol de agilidade na obtenção de resultados.
2	Coordenação de Monitoramento e Metas	Responsável pela análise minuciosa da composição e atualização de indicadores e metas das unidades de saúde e da produção de relatórios gerenciais assistenciais, monitorando os indicadores para avaliar a conformidade, alcance dos resultados, propondo melhorias nos indicadores e análises técnicas.
3	Gerência de Qualidade	Responsável por implementar modelos e ferramentas de qualidade, com foco na adoção de políticas e técnicas de melhoria contínua no fluxo de processos, engajamento com as equipes da unidade de saúde que atua, e em conformidade com o contrato de gestão.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

As entrevistas foram realizadas nos dias 17 e 21 de fevereiro de 2025, e tiveram duração média de 25 minutos. Foram feitas de forma *online*, visando facilitar o contato com os profissionais participantes da pesquisa, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A transcrição das entrevistas completas estão apresentadas no apêndice no final deste trabalho. As questões da entrevista foram desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos da pesquisa, sendo esse o ponto central do trabalho. As perguntas elaboradas visam responder aos seus objetivos específicos da pesquisa, tendo uma relação direta com esses objetivos.

Quadro 3. Questionário para entrevista semiestruturada:

Pergunta:	Objetivo específico da pesquisa:
Pergunta 1. Quais motivos levaram o hospital a buscar a acreditação ONA – Nível 1?	Identificar as motivações, as dificuldades e os desafios enfrentados no início e ao longo do processo de preparação para acreditação da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa.
Pergunta 2. Quais foram as dificuldades e os desafios enfrentados no processo de preparação para a acreditação?	
Pergunta 3. Como os profissionais, incluindo você entrevistado, se aproximaram e se apropriaram do processo de acreditação da ONA?	Contextualizar o desenvolvimento histórico e os conceitos do processo de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as relações com os estudos da Qualidade e Segurança em Saúde.
Pergunta 4. Como você entende as relações entre a Acreditação ONA e os estudos e as práticas de Qualidade e Segurança em Saúde?	
Pergunta 5. Quais os fatores e as particularidades percebidas na realidade da Unidade de Saúde enquanto instituição pública que foram diagnosticadas no processo de preparação para a acreditação?	Abordar aspectos e particularidades do cenário nacional e local da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil.
Pergunta 6. Quais foram os principais ajustes necessários para adequar os processos da instituição aos padrões exigidos pela ONA? Houve alguma resistência por parte dos profissionais?	
Pergunta 7. Quais foram as principais ações estruturais por parte do hospital no processo de preparação para a acreditação?	Apresentar uma descrição dos aspectos gerais e críticos na elaboração de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1.
Pergunta 8. Como foi organizada a equipe de trabalho e quais as parceiras envolvidas para o processo de preparação da ONA?	
Pergunta 9. Qual o papel, a importância e as contribuições da liderança da Organização para o sucesso da iniciativa?	
Pergunta 10. Como foi o processo de revisão e atualização da documentação da instituição (processos, políticas, protocolos, normas e rotinas) para atender aos requisitos da acreditação ONA? Quais foram os principais desafios encontrados nesse processo e como foram superados?	
Pergunta 11. Como foi o processo de envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional na preparação para a acreditação? Quais estratégias de mobilização e capacitação utilizadas?	
Pergunta 12. Quais foram os principais aprendizados obtidos ao longo do processo de preparação? Quais os principais desafios que persistiram no processo e como se pretendeu superá-los?	
Pergunta 13. Quais foram os principais impactos, benefícios e melhorias diretas na qualidade da	

assistência ao paciente do processo de preparação para a acreditação?	Identificar os principais impactos e benefícios associados ao processo de preparação para a acreditação.
Pergunta 14. Como a busca pela acreditação contribuiu para a mudança da cultura organizacional da instituição? Quais valores e comportamentos foram reforçados?	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Esse roteiro é composto de perguntas abertas que foram elaboradas para abordar as percepções, experiências e os desafios dos profissionais de saúde envolvidos no processo de preparação para a acreditação ONA em uma instituição pública de saúde, gerenciada por Organização Social de Saúde, visando levantar obter informações qualitativas que possam auxiliar na compreensão da complexidade desse processo e na identificação de passos estratégicos fundamentais ao processo de acreditação.

Com as entrevistas se pretende fornecer uma visão abrangente do processo de preparação para a acreditação da ONA. Por meio respostas obtidas, se pretende entender as particularidades das instituições públicas e dos profissionais de saúde nessa experiência, abordando os principais desafios, as ações e ferramentas adotadas, que possam resultar em melhores práticas para alcançar a acreditação da ONA.

Por fim, a estruturação de um Plano de Ação para a preparação para a acreditação da ONA pretende servir como um instrumento de facilitação do processo, contribuindo para ampliar as discussões sobre a importância da acreditação para a melhoria da qualidade e segurança em saúde.

Para analisar a construção e implementação da Proposta/Programa para acreditação da ONA realizada na Unidade de Saúde que é objeto dessa pesquisa, é preciso recorrer a um modelo de análise que possa ser utilizado para avaliar essa proposta e sua implementação. Este modelo de análise deve possuir os passos fundamentais a serem seguidos para que um processo de acreditação seja bem-sucedido.

A Portaria n.º 1.970/GM, de 25 de outubro de 2001 estabelece que:

“(...) o processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos”.

Essa definição aponta que o método de análise a ser realizado nessa pesquisa, para avaliar o Plano de Ação que será apresentado, precisa considerar: que a proposta a ser implementada deve ser construída por meio do consenso, ou seja, de envolvimento dos profissionais e do fomento à discussões coletivas; e que esse processo deve ser estruturado de

forma racionalizada e ordenada, possuir uma sequência de ações que alinhadas para um objetivo comum que é a organização dos processos de trabalho para o alcance da acreditação. Além disso, a Portaria expressa também outros princípios da acreditação ONA que devem ser considerados na análise do método utilizado, e que caracterizam o processo, a saber o caráter voluntário, periódico e reservado. Apesar desses aspectos se referirem ao procedimento da tomada de decisão por parte da Organização de Saúde em se submeter ao processo de acreditação, são também aspectos que estão presentes na aplicação de um método para a busca da acreditação. Ou seja, dentro da Unidade de Saúde, a implementação desse método deve ter a adesão voluntária por parte dos profissionais, as ações a serem realizadas precisam ter um caráter periódico e contínuo e o processo deve ser reservado, no sentido de que os profissionais não devem se sentir expostos e precisam estar comprometidos com os objetivos da proposta.

Outros aspectos precisam ser considerados nesse método de análise. Para o processo de acreditação realizado pela ONA deve ser utilizado como referência principal o Manual de Acreditação da ONA, a partir do qual as Unidades de Saúde devem visar o atendimento aos requisitos e padrões da ONA conforme estabelecido no manual. Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelas Unidades de Saúde é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação, o manual da ONA é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial das Organizações de Saúde de forma sistêmica e global e é também o referencial que permite avaliar a consistência de um Plano de Ação estruturado para o objetivo da acreditação.

Portanto, o manual da ONA pode ser utilizado como norteador para construir as ações necessárias para a organização dos processos da Unidade de Saúde durante a preparação para a acreditação. O manual constitui um conjunto organizado e ordenado de atividades definidas por meio da gestão de processos, sendo por isso um direcionador, um caminho na preparação para o processo de acreditação da ONA.

Em conformidade com o manual da ONA, sua forma de organização, seus requisitos, critérios e orientações, em conjunto com a necessidade de avaliar a proposta de preparação para a acreditação ONA na Unidade de Saúde abordada nessa pesquisa, foi elaborado um quadro que apresenta o método de análise utilizado, com os passos que serão percorridos durante a análise.

Quadro 4. Passos para a análise da proposta de acreditação ONA:

Método de análise da proposta para acreditação ONA	
Ordem	Passos estratégicos para implementação da proposta
1	Formação e atuação periódica e contínua de Grupo de Trabalho específico voltado para conduzir a preparação da Unidade de Saúde para a acreditação
2	Qualificação do Modelo de Gestão da Unidade de Saúde, incluindo a revisão do Planejamento Estratégico, a sensibilização da Alta Administração para a acreditação e o entendimento da qualidade e segurança como diretrizes estratégicas
3	Levantamento e estudo de referências teóricas e práticas sobre o processo de acreditação ONA, incluindo normas técnicas e procedimentos operacionais necessários, com ênfase no Manual da ONA
4	Realização de Avaliação Diagnóstica Organizacional em todos os setores da Unidade de Saúde, para levantar processos de trabalho, fluxos, protocolos clínicos e operacionais e processos de educação em saúde implantados
5	Análise criteriosa do Diagnóstico Organizacional realizado, para elaborar estratégias que promovam a melhoria nos processos, qualidade e segurança, otimização de recursos e liderança institucional
6	Elaboração de plano de ação, e posterior aprovação pela Alta Administração da Unidade de Saúde, para desenvolver as ações de melhoria visando a acreditação ONA, contendo as lacunas identificadas e ações concretas para padronizar processos e atividades, com seus respectivos responsáveis e prazos estabelecidos
7	Implementação de canais para comunicação que envolvam toda a Organização de Saúde, que permitam visualizar o andamento das ações e serviços em relação à qualidade e segurança
8	Execução e gerenciamento das ações e resultados do Planejamento Estratégico na Unidade de Saúde
9	Monitoramento do Plano de Ação para a melhoria contínua dos processos na Unidade de Saúde, através da estruturação coletiva dos processos para a preparação para acreditação ONA, junto as lideranças dos setores e atores relacionados ao funcionamento da Unidade
10	Capacitação das lideranças e demais profissionais da equipe de saúde para os processos de qualidade e segurança, visando a acreditação da ONA
11	Revisão das Políticas Institucionais da Unidade de Saúde
12	Implantação e acompanhamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e dos Protocolos de Segurança do Paciente
13	Elaboração de Plano e Programa da Qualidade e de Segurança do Paciente
14	Implantação e acompanhamento de Ferramentas de Gestão da Qualidade, envolvendo as lideranças e os profissionais dos setores
15	Implantação do gerenciamento e tratamento de incidentes e eventos adversos, junto as lideranças do Setor da Qualidade e dos demais setores
16	Implantação e acompanhamento de Metas de Produção e de Indicadores de Qualidade e Desempenho na Unidade de Saúde
17	Implantação e acompanhamento das Comissões Técnicas Hospitalares
18	Realização de novas avaliações periódicas de auditorias nos setores em relação ao andamento do Diagnóstico Organizacional inicialmente realizado, verificando o grau de atendimento aos requisitos do manual da ONA
19	Revisão, estruturação e adequação coletiva e periódica dos processos em relação aos padrões e requisitos do manual da ONA

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das informações do portal da ONA (ONA, 2025): <https://www.ona.org.br/>.

4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os aspectos centrais para a construção de um Plano de Ação para a preparação para a acreditação da ONA, desenvolvido a partir da experiência prática realizada na Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa:

4.1 O programa da Acreditação ONA – Nível 1 em uma instituição pública de Macapá. Nesta seção será apresentada uma descrição do objeto de estudo dessa pesquisa, com informações da unidade de saúde, tempo de existência, perfil de atendimento e demais informações pertinentes;

4.2 Percepção dos gestores acerca das dificuldades, desafios e barreiras na implementação para a Acreditação ONA – Nível 1 (aqui serão apresentadas as entrevistas analisadas);

4.3 Processo de implementação e ações para a Acreditação ONA – Nível 1.

4.1 PROGRAMA PARA ACREDITAÇÃO ONA – NÍVEL 1 EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MACAPÁ

O conhecimento da caracterização da Unidade de Saúde é fundamental para a metodologia de acreditação da ONA, e inclui a análise de informações sobre sua localidade, forma de implantação e funcionamento, complexidade, capacidade instalada/ perfil assistencial de leitos, população atendida, serviços prestados, dentre outros aspectos que contribuam para a compreensão da Unidade abordada. Esse passo é inicial para a acreditação da ONA, pois antes de mais nada é preciso conhecer a realidade da instituição de saúde, para só então poder agir sobre ela.

A Norma ISO 9000 que é referência para o campo da qualidade apresenta a importância da compreensão do contexto:

Compreender o contexto da organização é um processo. Este processo determina fatores que influenciam o propósito, os objetivos e a sustentabilidade da organização. Ele considera fatores internos, como valores, cultura, conhecimento e desempenho da organização. Ele também considera fatores externos, como legal, tecnológico, competitivo, mercado, cultural e ambientes social e econômico. Exemplos das formas em que o propósito de uma organização pode ser expresso, incluem sua visão, missão, políticas e objetivos. (ABNT/NBR:ISO 9000, 2015, p. 2)

A Unidade Assistencial-Anexo/HE está localizada na cidade de Macapá, estado do Amapá. O Amapá se tornou território federal em setembro de 1943, por decreto presidencial de Getúlio Vargas; e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi transformado em estado (IBGE, 2024). Localizado na Região Norte do Brasil, faz divisa com o Pará e com dois países: Guiana Francesa e Suriname. É cortado pela linha do equador. O clima amapaense é o equatorial super úmido, e sua cobertura vegetal é formada por florestas, contando com 96% de cobertura vegetal (Amapá, 2024).

O estado possui uma extensa rede fluvial, que proporciona a utilização dos rios como importantes vias de transporte. O Amapá contava em 2022 com uma população de 733.759 pessoas e tem uma população estimada para 2024 de 802.837 pessoas (IBGE, 2022), a segunda menor entre os estados brasileiros. A população indígena no estado é de 7.408 pessoas (IBGE, 2010), o que equivale a 0,9 % do total do país (Brasil, 2024).

A população do Amapá distribui-se em 16 municípios: Amapá, Amapari, Calçoene, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Laranjal do Jari, Macapá, Mazagão, Oiapoque, Porto Grande, Pracuúba, Santana, Serra do Navio, Tartarugalzinho, Vitória do Jari. A cidade mais populosa do estado é a capital, Macapá, com 442.933 pessoas (IBGE, 2022), estimada para 2024 em 487.200 pessoas, equivalendo a mais de 60% da população total do estado.

A situação social e econômica do estado do Amapá possui particularidades. O estado apresenta uma baixa densidade demográfica, considerada das mais baixas do país, 5,15 habitante por quilômetro quadrado (IBGE, 2022), e “(...) com uma das mais elevadas taxas de urbanização, ocupando o 5º lugar atrás apenas do Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo e Goiânia” (Tostes *et al.*, 2018, p. 113). Destaca-se que a urbanização acentuada do Amapá é um fenômeno recente, até os fins da década de 1950 a população dividia-se entre o espaço rural e o urbano, e apenas na década de 1980 a população urbana tornou-se maioria (Tostes *et al.*, 2018, p. 113).

No entanto, a elevada urbanização do estado pode ser visto como um fator resultante das desigualdades que são mais acentuadas nesse estado em relação ao restante do País:

De acordo com o censo de 2010, aproximadamente 90% da população residente no Estado está concentrada em áreas urbanas (IBGE, 2010). A grande concentração da população em áreas urbanas amplia os problemas sociais, com poucas oportunidades de trabalho e renda, insuficiência de habitações adequadas, deficiência e/ou insuficiência de transporte público, saneamento deficiente, insuficiência e deficiências em serviços educacionais e de saúde. O fato de ser considerado um dos Estados mais urbanizados longe de representar um indicador positivo para o Amapá demonstra uma forte desigualdade territorial e social (Tostes *et al.*, 2018, p. 113-114).

O gerenciamento da Unidade abordada foi pactuado por meio do Contrato de Gestão: nº 002/2022/SESA/AP, firmado em 13 de julho de 2022 entre a Organização Social Instituto

Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH) e a Secretaria de Estado de Saúde do Amapá (SESA/AP), com o seguinte objeto:

O presente Contrato de Gestão tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e a execução dos serviços de saúde nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz, de acordo com as especificações, quantitativos, regulamento do gerenciamento, execução de atividades e demais obrigações que constam neste instrumento e nos Anexos Técnicos que os integram, assegurando a assistência universal aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. (SESA/AP, 2022).

A certificação da Unidade abordada, por meio da acreditação da ONA, para a obtenção do Certificado de Nível 1, era prevista no Contrato de gerenciamento da Unidade, e deveria ser buscada pela Organização Social, considerando o período de 24 (vinte e quatro) meses a partir da assinatura do contrato de gestão.

Como informa o contrato de gestão, a Unidade Assistencial-Anexo/HE se constitui nas Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, sendo um Anexo do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz. A Unidade tem esse nome exatamente porque foi implantada para fornecer apoio a este Hospital e dar vazão a alta demanda de pacientes necessitando de atendimento. Para melhor diferenciação dessas Unidades, o Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz será aqui chamado de HE Matriz, como era também nomeado pela equipe de trabalho da OS IBGH durante o gerenciamento.

O Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz possui registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº 2020653, é de Gestão Estadual e localizado na Rua Hamilton Silva, 139, Bairro Santa Rita em Macapá/AP.

Como descreve a Proposta de Trabalho apresentada pela OS IBGH para gerenciamento da Unidade Assistencial-Anexo/HE:

Historicamente, o Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz é a principal porta de entrada do usuário do SUS, na cidade de Macapá, o que leva uma superlotação decorrente da organização precária da Atenção Primária e o estabelecimento dos fluxos das linhas de cuidados de saúde, associado a uma desorganização dos processos de trabalhos internos e a insuficiência da oferta de leitos naquele estabelecimento de saúde. (IBGH, 2022).

E informa sobre a caracterização do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz:

O Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz é um Hospital Geral, sem atividade de ensino, Gestão Estadual, demanda referenciada e espontânea, Porta de Entrada (Aberta), que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, com nível de Atenção de Média Complexidade e Alta Complexidade, nas especialidades de clínica médica, cardiologia, trauma-ortopedia, nefrologia, psiquiatria e cirurgia geral. Gerência da Unidade: SESA/AP. (IBGH, 2022).

Em sua Estrutura, o HE Matriz possui leitos gerais e leitos complementares, além de outros setores de suporte, com capacidade operacional apresentada a seguir.

Tabela 1. Capacidade Instalada/ Perfil Assistencial de Leitos do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz (HE Matriz):

Descrição	Leitos
Complementar	24
Unidade De Cuidados Intermediários Adulto	4
Unidade Isolamento	1
UTI Adulto - Tipo I	4
UTI Adulto - Tipo II	15
Especialidade Cirúrgico	83
Cirurgia Geral	80
Queimado Adulto	3
Especialidade Clínico	120
Clínica Geral	105
Pneumologia	12
Queimado Adulto	2
Queimado Pediátrico	1
Outras Especialidades	2
Psiquiatria	2
Total Geral	229

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) (Brasil, 2024).

A Proposta de Trabalho apresentada pela OS IBGH para gerenciamento da Unidade Assistencial-Anexo/HE compreende a complexidade e os serviços prestados por essa Unidade:

A média e alta complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (IBGH, 2022).

A Proposta de Trabalho apresentada pela OS IBGH apresenta, também, informações do perfil assistencial da Unidade gerenciada:

A Unidade Assistencial-Anexo/HE caracteriza-se pelas Unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz, Hospital Geral, de Gestão Estadual. A Unidade Assistencial-Anexo/HE é uma unidade que atende média e alta complexidade, com atendimento de demanda referenciada, nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Cardiologia, Ortopedia Clínica, Nefrologia, Neuroclínica, e Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Leitos de Isolamento e Leito de Estabilização. Funciona 24 horas, 07 dias por semana, ininterruptamente. (IBGH, 2022).

Em relação à capacidade instalada, inicialmente, a Unidade Assistencial-Anexo/HE contava com 41 (quarenta e um) Leitos de Clínica Cirúrgica, 41 (quarenta e um) Leitos de Clínica Médica, 03 (três) Leitos de Isolamento e 01 (um) Leito de Estabilização, contando com 86 (oitenta e seis) leitos.

Reitera-se que o conhecimento da caracterização da Unidade de Saúde, como foi apresentado, é o momento inicial para o desenvolvimento do processo de buscar a acreditação ONA na Unidade de Saúde, e deve ser então utilizado como ponto de partida para desenvolver um Plano de Ação que apresente processos e passos fundamentais para uma Proposta/Programa para o alcance da acreditação ONA, Nível 1, objetivo deste trabalho.

Para compreender quais os elementos fizeram parte da organização desse processo e do desenvolvimento da proposta para acreditação/ONA foram realizadas entrevistas com os profissionais que trabalharam na Unidade de Saúde na estruturação e aplicação dessa proposta, objeto dessa pesquisa. Essas entrevistas trazem para a discussão e o entendimento apontamentos sobre pontos fundamentais: como ocorreu essa proposta na prática, qual era o contexto da Unidade frente a acreditação ONA, quais foram os processos e passos percorridos, quais os desafios e as dificuldades, como a equipe de saúde lidou com essas experiências e outros aspectos relevantes.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

A seguir serão analisadas as entrevistas realizadas com profissionais que participaram diretamente do processo de preparação da instituição de saúde, objeto de estudo dessa pesquisa, para a acreditação ONA.

As entrevistas foram realizadas e analisadas conforme as questões da Tabela 01, apresentada na metodologia deste estudo, e visando levantar informações sobre o processo de preparação para a acreditação ONA, em relação aos seguintes temas: Motivações iniciais, desafios e particularidades do processo de preparação; papel da gestão e das lideranças; engajamento da equipe e parcerias e redes de colaboração; adequação aos padrões e requisitos da ONA; recursos e infraestrutura; produção documental; processos de aprendizagem e de capacitação dos profissionais; impactos na assistência ao paciente e na cultura organizacional.

As entrevistas realizadas buscaram abordar a amplitude de temas relacionados ao processo de preparação da Unidade de Saúde para o processo de acreditação ONA Nível 1. Para isso, foram definidas questões relacionadas aos seguintes aspectos: as motivações, as dificuldades e os desafios enfrentados no início e ao longo do processo de acreditação da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa; as relações entre o processo de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e os estudos da Qualidade e Segurança em Saúde;

os aspectos e as particularidades do cenário nacional e local da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil; as estratégias e ações consideradas pontos críticos na elaboração de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1; e os principais impactos e benefícios associados ao processo de preparação para a acreditação e as lições aprendidas durante o processo.

Motivações, dificuldades e desafios do processo de preparação para acreditação

Esse eixo de análise teve o objetivo de compreender de forma geral o contexto que envolveu o processo de preparação para acreditação da ONA na Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa. Buscou identificar quais as motivações, as dificuldades e os desafios que fizeram parte do momento inicial do processo, incluindo a escolha da instituição em desenvolver esse processo, e ao longo do processo.

Nesse eixo, os entrevistados destacaram dois aspectos que estiveram presentes no momento da decisão em realizar o processo de preparação para a acreditação: o fato dessa ser uma obrigação definida contratualmente e a escolha por parte dos dirigentes da Unidade em participar desse processo.

Sobre o que teria motivado o desenvolvimento do processo de acreditação na Unidade de Saúde, os Entrevistados apontaram que os motivos foram além do fato de ser uma obrigação contratual do gerenciamento da Unidade.

O Entrevistado 1 respondeu:

(...) em primeiro lugar há de se considerar que a acreditação no nível um para o hospital era uma obrigação contratual, mas independente dessa obrigação contratual a gestão do hospital queria a organização dos processos técnicos, administrativos, gerenciais e a acreditação é um instrumento e uma estratégia eficaz na organização desses processos.

O Entrevistado 2 confirmou:

A acreditação da ONA já era uma questão prevista no contrato de gerenciamento da unidade de saúde (...). Um outro motivo é que a direção da instituição que estava fazendo esse gerenciamento tinha também esse propósito de realizar acreditação da ONA nessa unidade de saúde que estava sendo gerenciada.

O Entrevistado 3 apontou nessa mesma direção, porém trouxe a informação de não que não havia, naquele momento, nenhum hospital público acreditado em Macapá, o que tornava ainda mais desafiador esse processo:

Por se tratar de um hospital público e na rede pública do estado do Amapá não existe nenhum hospital acreditado. Então, o principal motivo primeiramente foi porque era uma exigência do contrato. Segundo, por elevar esse nível de qualidade na assistência no hospital público. Seria o primeiro hospital público credenciado na ONA nível 1 no estado do Amapá.

Como informado nessas respostas, além de ser uma questão contratual, um objetivo fundamental da instituição, ao desenvolver o processo de preparação para acreditação na Unidade pesquisada, era para organizar e aprimorar os processos de trabalho dentro da instituição. Todos os entrevistados confirmaram os propósitos neste sentido e o papel da metodologia da acreditação da ONA como um instrumento para esse objetivo.

Quanto aos desafios e dificuldades inerentes ao processo de preparação para a acreditação da ONA, o Entrevistado 2 abordou a complexidade desse processo, devido ao fato de envolver o funcionamento completo da instituição de saúde, com todos os agentes que interagem na prestação dos serviços, desde os usuários (pacientes e acompanhantes) até as diferentes áreas de trabalho e os profissionais e, também, os prestadores de serviços e fornecedores.

O Entrevistado 2 apontou:

O processo de acreditação é um processo complexo que envolve a instituição como um todo, envolve todos os processos que são desenvolvidos na unidade de saúde então é um processo amplo (...) que vai envolver também todos os profissionais, vai envolver a todas as relações que essa unidade de saúde traça com outros atores, como fornecedores, prestadores de serviço. Então é um processo amplo eu acho que essa é a primeira grande dificuldade.

Ainda sobre as dificuldades iniciais apontadas, os Entrevistados abordaram estratégias para avançar no processo de preparação, sendo essa considerada uma dificuldade também.

Nesse aspecto, o Entrevistado 2 inferiu:

E uma outra dificuldade é justamente traçar estratégias para desenvolver esse processo de preparação. Então, envolver a equipe como um todo e também devido à demanda de trabalho, conciliar na verdade a demanda de trabalho, o trabalho cotidiano na unidade com o trabalho de preparação para ONA que é um trabalho que ele é de certa forma adicional ao trabalho que já é realizado na unidade e que vai demandar um esforço um compromisso de todos os profissionais.

Um ponto importante é que os Entrevistados consideraram a acreditação como um desafio que envolve muitos desafios juntos.

Para o Entrevistado 2:

O desafio principal eu vejo que é a ONA é vista como um desafio, passar pela acreditação é um desafio para a instituição justamente porque vai envolver uma revisão de todos os processos e a compreensão da realidade onde a unidade está inserida, do perfil de atendimento daquela unidade, enfim uma série de aspectos que vai demandar dos profissionais, e por isso também acho que a acreditação é vista como um desafio, não é, para as instituições de saúde.

Para o Entrevistado 1:

Os grandes desafios são relacionados aos recursos humanos (...), da dificuldade que eles tinham de estar absorvendo essas questões, verificando o quanto era importante e a própria questão de acreditar, ou seja, de partir para uma gestão com qualidade, as pessoas tinham dificuldade nesse sentido (...). Aí tinha os trabalhos pontuais ou apagar fogueiras e não se pensava naquele momento, eles não conseguiam entender a

importância que teria para se organizar os processos e, também, além dos processos dentro do próprio hospital, tinha que se trabalhar também com a questão dos fornecedores dos terceirizados, toda essa organização.

O Entrevistado 1 trouxe essa dimensão dos recursos humanos como um grande desafio e junto a isso, o fato de que os profissionais da Unidade estão envolvidos com o dia a dia da Unidade, o que chamou de “apagar fogueiras” e não compreender a importância que o processo de acreditação trás para os serviços como um todo.

O Entrevistado 3 complementou a questão das dificuldades relacionadas aos recursos humanos, mas enfatizando em relação à qualificação dos profissionais: “Primeiramente a dificuldade de encontrar profissionais qualificados para a gente iniciar esse processo da acreditação”. Outra dificuldade apontada foi quanto à:

Fortalecer essa cultura dentro da unidade ou do hospital para a segurança do paciente. Muitos dos colaboradores ali eles tinham muito aquela percepção que é assistência era só fazer o básico e acabava que se deixava de lado algumas situações que eram importantes, alguns detalhes importantes que visavam a segurança do paciente.

Os três entrevistados ressaltaram a importância do reconhecimento da qualidade como aspecto essencial nesse processo de preparação para a acreditação, envolvendo os processos da instituição, a organização dos recursos humanos para esse objetivo e a busca pela mudança na cultura institucional, com foco na qualidade e segurança do paciente.

O Entrevistado 3 abordou diretamente processos que passaram a ser objeto de reflexão e mudança na instituição:

Um deles, nesse processo, que era o uso da pulseira de identificação do paciente, a gente teve aí uma dificuldade de fazer a equipe entender a importância para o preenchimento correto da pulseira do paciente. É a primeira coisa que se faz com o paciente entra na unidade. Fazer e entender a importância daquele processo, então a gente desmistificar algumas situações e fazer com que essa cultura de segurança do paciente ficasse cada vez mais fortalecida na nossa equipe da assistência e quando falo assistência, não só a parte da enfermagem, mas enfermagem, equipe multi, até a equipe médica, e isso nesse processo se fortaleceu a tal maneira que até os próprios pacientes e acompanhantes já se policiavam.

Interessante notar que os processos de preparação, reflexão e mudança abarcavam a instituição toda: a equipe, compreendida como todos os profissionais das diferentes áreas relacionados com a assistência ao paciente, mas também os pacientes e acompanhantes como figuras ativas no processo de cuidado.

O Entrevistado 3 apontou outras dificuldades que envolviam mudanças nos processos, sendo o envolvimento da equipe nesse processo também uma dificuldade percebida:

Daí foi uma das dificuldades, não é, e tem várias outras. É que a gente também teve dificuldade na identificação de queda do paciente, o uso da pulseira e da identificação de queda, e risco de lesão por pressão, fazer a equipe entender, os nossos registros de ocorrência, o registro de evento, a importância de fazer os registros de ocorrência, baseado em algumas situações que fugiam do nosso processo.

De acordo com as entrevistas, as mudanças na cultura institucional, para um olhar voltado para a qualidade e segurança, necessárias no processo de acreditação, foram sendo compreendidas pelos profissionais durante o processo. Uma mudança fundamental nesse processo é a do entendimento da importância da acreditação como um processo de aprendizagem, pois é comum os profissionais das instituições de saúde tenderem a compreender a acreditação como uma forma de fiscalização, que acaba sendo prejudicial ao processo de melhoria.

O Entrevistado 3 detectou uma resistência da equipe em um primeiro momento do trabalho:

Ali também a gente teve algumas etapas de resistência da equipe, e quando a gente começou com esse processo a equipe entendia como uma fiscalização, eles não entendiam aquilo como algo educativo, e sim como se fosse para fiscalizar. E não era esse o objetivo. Então, demorou ainda aí um curto período de tempo pra equipe entender que era um processo educativo e não de fiscalização.

Apropriação da metodologia ONA e as relações entre a Acreditação ONA e Qualidade e Segurança em Saúde

Esse eixo de análise pretendeu elucidar as relações entre o processo de acreditação da ONA e os estudos e as práticas de Qualidade e Segurança em Saúde e, também, entender como os profissionais se aproximaram e apropriaram dos aspectos da acreditação.

O Entrevistado 1 informou que já conhecia o processo de acreditação da ONA, assim como outros profissionais da área da Diretoria da Unidade, e destacou a estratégia de formação de um grupo de trabalho destinado a trabalhar a preparação da Unidade para a acreditação da ONA:

A gente se aproximou porque foi criado um grupo dentro da gestão para estar trabalhando através do manual da própria ONA. A gente se aproximou, criou um grupo, trabalhava as diretrizes e os princípios, trabalhamos muito com, na época, a Diretoria Assistencial. Nesse sentido que a gente se aproximou para poder mesmo estar organizando os processos. (...) Eu já conhecia o trabalho da ONA, e conheciam principalmente o Diretor Técnico e a Diretoria Assistencial.

Assim como o Entrevistado 1, os Entrevistados 2 e 3 também trataram da importância do Manual da ONA e de outros materiais técnicos que auxiliaram no processo de preparação da Unidade.

O Entrevistado 2 respondeu:

Um instrumento fundamental para conhecer o entender o processo de acreditação da ONA é o manual de acreditação da própria Organização Nacional de Acreditação (ONA). Ali ele tem todos os requisitos, todos os padrões, formas de sugestão e forma de evidência de cada processo que é pedido ali. Então eu acho que esse é um material fundamental e também as próprias normas operacionais e a norma de avaliação da ONA que é disponibilizada no site próprio, site que é um portal que contém também diversas informações sobre o processo da ONA, além de trabalhos acadêmicos

relacionados ao tema, não é, eu acho que são boas fontes de pesquisa e a equipe se apropriou desses materiais, através da leitura, da análise e da discussão coletiva também desses materiais, achei dessa forma.

Além do Manual da ONA, para o Entrevistado 3 outras ações foram importantes na apropriação do processo de acreditação, como a busca por conhecer, estudar e trocar experiências sobre outras unidades que tivessem passado pelo processo:

Primeiramente, a gente foi realmente buscar o que era essa acreditação, a importância dela, todo esse processo. Estudamos muito o manual, até fizemos visita em um hospital particular aqui do estado, do qual é acreditado nível 3, selo de excelência e diamante. Então, a gente teve que ir em busca de várias, várias e várias ferramentas, ver aonde, o que deu certo, o que não deu certo, como que foi feito esse processo em outras instituições, buscando literatura para isso, seguindo rigorosamente o que o manual da acreditação solicitava.

Das relações entre a Acreditação ONA e a Qualidade e Segurança em Saúde, todos os entrevistados confirmaram essa relação como essencial.

O Entrevistado 2 apontou:

É, o primeiro nível da ONA, que é o nível 1, é justamente um nível que vai avaliar aspectos ligados à qualidade e segurança do paciente e da instituição de saúde, e também os estudos da qualidade e os estudos da acreditação, eles estão muito ligados. A acreditação foi desenvolvida em grande parte a partir dos estudos da qualidade, não é, que pretendiam investigar as relações entre o desempenho das unidades de saúde e a forma como os processos são desenvolvidos. Então, é isso, então esse é um nível inicial do processo de acreditação, de qualidade de segurança justamente, vai verificar como que esses atributos da qualidade da segurança vão estar presentes nos diferentes processos da unidade

Além das relações entre o desenvolvimento do processo de acreditação historicamente e os conceitos e práticas da área de Qualidade e Segurança em Saúde, o Entrevistado 2, como fica explicitado na resposta apresentada, acrescentou que esse é o eixo central da avaliação da ONA no nível 1.

O Entrevistado 3 reforçou o papel da acreditação no compromisso com a qualidade da assistência à saúde prestada pela Unidade, com destaque para a organização dos processos e para a satisfação do paciente:

Extremamente importante essas relações, o ONA veio para nos dizer, e a saúde ela tem um ela tem essa necessidade de ter de exigência de qualidade na assistência. Então, a gente buscar, só o fato da instituição querer participar para um processo de acreditação, isso já eleva a instituição a um nível muito bom de qualidade. Então, quando se fala em acreditação, quando vem na cabeça, quando o hospital é acreditado, eu já penso no processo organizacional tremendo de excelência, desde a entrada do paciente na internação e toda a sua jornada dentro do hospital, e levando em consideração não só a qualidade da assistência e segurança desse paciente em todas as etapas do processo dele ainda internado, mas também pensando na satisfação desse cliente dentro da unidade de internação, não só a qualidade da assistência, mas saber também se ele se sentiu bem atendido nesse período que ficou internado.

Já o Entrevistado 1, ao ser questionado se identificava essas relações, foi enfático ao confirmar e, ainda, trouxe exemplos factíveis de como se dão essas relações na prática do cotidiano do trabalho na Unidade de Saúde, durante a preparação para a acreditação:

Tem toda a relação porque quando você organiza os processos, sejam os processos relacionados à farmácia, você vai trabalhar a segurança da padronização dos medicamentos, (...) a articulação da farmácia com a área de enfermagem, se você está trabalhando também a segurança do paciente, você vai estar trabalhando esses princípios. Se você está trabalhando a higiene e limpeza, como é que você trabalha higiene e limpeza, quais são os insumos padronizados? Como que é realizada a higiene e limpeza, por exemplo. Isso tudo tem ligação com a ONA.

Aspectos e particularidades da acreditação de instituições públicas de saúde

Nesse eixo de análise, buscamos entender qual o contexto do processo de preparação para a acreditação da ONA ligado a realidade da instituição pública de saúde, identificando também os ajustes e possíveis resistências que ocorreram ao longo desse processo. Podemos considerar, que até esse momento, os profissionais que trabalharam no processo analisado, em suas ações desenvolvidas na preparação para acreditação, estavam realizando um diagnóstico amplo dos processos da organização, de seu contexto, suas particularidades, as dificuldades, os desafios e as estratégias identificadas como oportunidades de desenvolvimento. Esse momento de diagnóstico é também de construção das bases para o processo da acreditação, realizado por meio das seguintes ações: de conscientização da alta liderança, de formação do grupo de trabalho, de estruturação da equipe, de conscientização dos profissionais quanto a importância de passar pela acreditação e do levantamento das necessidades de reestruturação dos processos, de elaboração ou revisão documental e de implantação de novos processos.

Nesse sentido, o Entrevistado 1 trouxe novamente a gestão de pessoas como um elemento prioritário na implantação do processo de acreditação:

É como eu já referi, acho que os fatores importantes e prioritários eram trabalhar a gestão de pessoas voltada para a importância que tinha a acreditação hospitalar, os processos administrativos, técnicos e gerenciais voltados para ONA.

Já o Entrevistado 3 aprofundou essa análise e trouxe uma possível descrença por parte dos profissionais quanto as possibilidades de melhorias devido ao fato de ser uma instituição pública de saúde: “Assim, primeiro quando a gente chega numa instituição pública e fala de acreditação, infelizmente a própria equipe que está aí ela desacredita que uma unidade pública pode chegar no nível de organização tão alto para chegar a ter um selo de certificação”. Esse fator acabava por gerar uma resistência a mais ao processo de acreditação, que precisava ser superada pela equipe.

Porém, um aspecto particular informado pelo Entrevistado 1 foi o fato de que a Unidade de Saúde pesquisada possuía um modelo de gerenciamento em que era administrada por uma

Organização Social e não diretamente pela Secretaria de Saúde. Esse fator foi considerado como positivo em relação ao processo de preparação para a acreditação da ONA e a gestão de pessoas:

Como já estava numa gestão com um modelo de parceria no modelo de Organização Social, já estava mais voltado pra esses processos da qualidade e indiretamente os processos exigidos para acreditação hospitalar. Eu acho que isso aí favoreceu muito.

O Entrevistado 2 respondeu na mesma direção do Entrevistado 1:

Apesar de ser uma instituição pública de saúde ela era gerenciada por uma Organização Social, então essas questões da qualidade e segurança e também a estruturação dos processos, essa organização dos processos, já era um objetivo e já era na verdade uma realidade do trabalho desenvolvido pela instituição. Questões presentes mesmo no trabalho institucional, então isso já estava bem avançado no trabalho. Por exemplo, aspectos como as políticas, o desenvolvimento das políticas institucionais isso já era bem avançado na organização, a questão de regimentos, tanto dos serviços quanto da própria Unidade de Saúde, manuais, protocolos, todo esse arcabouço técnico já era bem avançado, assim como processos de monitoramento e de avaliação de indicadores. Tudo isso já fazia parte do processo de trabalho da instituição.

O Entrevistado 2 destacou a importância do que nomeou como “arcabouço técnico”, referindo-se aos documentos institucionais, como políticas, regimentos, manuais. A elaboração da parte documental da instituição é um processo fundamental dentro da preparação para a acreditação da ONA e que demanda esforço por parte de toda a equipe, pois envolve todas as áreas e processos da instituição. No caso da Unidade de Saúde pesquisada, os Entrevistados destacam que esse material já estava elaborado, e fazia parte do trabalho da instituição.

Já sobre os ajustes e possíveis resistências que ocorreram ao longo desse processo, o Entrevistado 1 enfatizou novamente a questão dos recursos humanos, como um elemento fundamental, junto com questões administrativas e técnicas:

Bom eu acho que os principais ajustes foram das questões administrativas em geral, nas questões técnicas e, prioritariamente, eu acho que ajustes na questão dos recursos humanos mesmo, porque não é que existe a resistência, mas como eu já coloquei eles têm o dia a dia do hospital, você não vai parar “ah, nós vamos fazer acreditação, agora a gente para qualquer outro processo”. Então eles querem apagar o fogo do dia a dia, a rotina do dia a dia, é neste sentido. Mas eu acho que não é que existiu resistência como eu já coloquei, eu acho que são as dificuldades mesmo do dia a dia e ter aquele momento de reflexão para trabalhar a organização dos processos.

Um aspecto trazido à tona pelo Entrevistado 1 é a necessidade de se ter um espaço dentro da rotina dedicado ao processo de reflexão para a preparação para a acreditação e, junto com isso, continuar o trabalho do dia a dia da Unidade de Saúde.

Outro aspecto que denota ainda mais a importância do trabalho da equipe de profissionais da Unidade para o sucesso da acreditação, é que, principalmente por se tratar de uma instituição pública de saúde, ou seja, com recursos limitados e que devem ser otimizados, para além dos investimentos financeiros, é ainda mais importante a organização do trabalho e dos processos.

O Entrevistado 3 reforçou a importância da organização dos processos em detrimento de investimentos elevados:

Então, outra dificuldade, é que a gente sabia que a gente tinha um recurso, digamos, mínimo, para estar fazendo esse investimento, para a gente conseguir chegar nesse nível de acreditação. Então, nosso processo organizacional, tinha que ser melhor (...). Então, eu tendo meus processos bem-organizados o meu investimento ali ele seria mínimo. Então, acho que a maior dificuldade ali foi fazer a equipe realmente entender que a gente tinha capacidade total, capacidade de fazer aquela unidade pública se tornar uma unidade acreditada. Acho que o maior desafio foi tentar mudar mesmo a cultura ali, a cabeça da equipe que trabalhava com a gente no hospital.

Salienta-se, assim, o destaque dado por todos os entrevistados em relação à importância da equipe de profissionais para a organização dos processos e para a mudança de cultura no processo de preparação da Unidade.

Cabe ressaltar um aspecto importante relacionado aos investimentos. A citação do Entrevistado 3 ressalta a importância do trabalho da equipe e do empenho da gestão, mostrando que quanto mais organizado e consolidado for esse trabalho gerencial e das lideranças, menor serão os investimentos, visto que as principais questões que precisavam ser aprimoradas estavam relacionadas mais com a organização dos processos de trabalho e capacitação das equipes do que com grandes mudanças ou altos recursos.

Aspectos gerais e críticos de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1

Esse eixo teve o objetivo de levantar os aspectos gerais e críticos que fizeram parte da elaboração da proposta de preparação para o alcance da acreditação da ONA, com as principais ações estruturais por parte da Unidade nesse processo, as formas de organização da equipe de trabalho, as parceiras envolvidas e as contribuições das lideranças para o sucesso dessa iniciativa. Tratou também de identificar os processos mais específicos, de revisão e atualização da documentação da instituição para o atendimento dos requisitos da acreditação ONA, do envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional, das estratégias de mobilização e capacitação, e dos principais aprendizados obtidos ao longo do decorrer do processo. Essas ações foram desenvolvidas a partir do diagnóstico realizado, visando estruturar um plano de ação, que fosse ao encontro das necessidades anteriormente levantadas.

Sobre os pontos críticos da implantação de um programa de preparação para a acreditação, os Entrevistados 1 e 2 abordaram a questão da formação de um grupo de trabalho voltado para esse processo.

Para o Entrevistado 2:

Uma primeira ação fundamental foi a formação de um grupo de trabalho voltado justamente para desenvolver o processo de preparação da unidade para acreditação.

Esse grupo se reunia periodicamente, discutia todos os processos, tudo o que ia ser feito para desenvolver, para chegar nessa meta, nesse objetivo de realizar a acreditação. Foi feito também uma revisão do planejamento estratégico da instituição, pensando justamente na questão da qualidade de segurança do paciente, pensando na acreditação como uma meta para ser desenvolvida e desdobrada dentro da instituição e foram feitas ações de revisão também dos documentos, dos protocolos, dos manuais, dos regimentos, todo o arcabouço técnico foi revisado pensando em contemplar e em atender os requisitos e os padrões da ONA.

Como ações desenvolvidas pelo grupo de trabalho, que foi instituído para conduzir e acompanhar o processo de preparação para a acreditação, o Entrevistado 2 tratou de reuniões periódicas que eram realizadas pelo grupo, da definição da acreditação como uma meta da instituição e da revisão do planejamento estratégico, tendo como diretriz a qualidade e segurança nos processos e nas documentações que orientam esses processos.

O Entrevistado 1 reiterou a formação do grupo de trabalho como ação fundamental ao processo:

Acho que o principal processo foi formar o grupo e dentro do grupo trabalhar com a área da diretoria geral, da diretoria técnica, diretoria assistencial, o grupo de monitoramento do próprio contrato de gestão da organização social. As reuniões que eram semanais para estar organizando, verificando em que ponto que tinha avançado, (...) se a reorganização que precisava se era efetuada, se tinha alguma questão ligado a infraestrutura que fosse importante que algum ajuste que fosse necessário fazer em relação à infraestrutura.

Como visto, o Entrevistado 1 abordou também a periodicidade semanal das reuniões do grupo formado, fundamental para o acompanhamento contínuo do processo de preparação para a acreditação, visto que está voltado para a organização e melhoria das práticas e processos de trabalho. Abordou também a tarefa de verificar e avançar no que fosse necessário reorganizar durante o processo, citando inclusive questões de infraestrutura.

Destaca-se o fato de o grupo de trabalho formado ser integrado por diferentes áreas e lideranças da Unidade, como a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Assistencial e, ainda, a área de monitoramento do contrato de gestão da Organização Social. O monitoramento diz respeito ao acompanhamento das metas e indicadores da Unidade de Saúde, por isso, a inserção dessa área no grupo de trabalho pode ser entendida como fundamental para desenvolver o processo da acreditação.

O Entrevistado 3 também descreveu o papel da liderança e da Alta Gestão para o sucesso da iniciativa da acreditação:

(...) quando você faz um projeto, o qual vai mudar o processo de dentro de uma instituição, a diretoria, a alta gestão da instituição, ela é primordial pra que esse sucesso ocorra. Se a alta gestão da unidade não entender a importância disso, pode ter certeza que o resto não dá certo. Então, a gente tinha uma liderança forte, a nossa alta gestão da unidade ela entendia a importância de todo esse processo, (...) acompanhava a cada etapa desse processo, o que dava mais celeridade e andamento. A gente conseguia sentir mais segurança no andamento dessas questões dentro da unidade,

isso daí faz um diferencial imenso se você quer ter sucesso na implantação de algum processo. A alta gestão, as lideranças engajadas, tomando a frente, isso daí tem um papel importantíssimo para que o programa tenha sucesso mesmo.

Outras áreas, profissionais e parcerias foram fundamentais ao processo, conforme explicou o Entrevistado 1:

A gente teve a parceria fundamental foi do grupo de qualidade da Organização Social, que ele trabalhou mesmo como prioridade a questão da ONA. E a criação do próprio grupo, que foi que foi sendo trabalhado, foi feito uma parceria com o grupo da educação da Organização Social, educação e em saúde (...).

Importante destacar a formação interdisciplinar do grupo de trabalho abordado, que era composto, além das lideranças da Unidade, pelo grupo das áreas de Monitoramento e Metas, de Qualidade e de Educação da Organização Social. Essa amplitude de categorias e áreas profissionais envolvidas no processo de acreditação, e de áreas estratégicas para o processo, é um fator importante para a efetividade do processo, pois está em conformidade com a amplitude da abordagem metodológica da acreditação da ONA, principalmente, pela importância dada às dimensões da qualidade, à gestão de pessoas, e o papel das capacitações nesse processo.

Esses aspectos também foram ressaltados pelo Entrevistado 2:

Foi formado um grupo de trabalho voltado especificamente para desenvolver os processos de preparação da unidade para acreditação e esse grupo era composto por profissionais prioritariamente da área da qualidade, porque justamente é uma área fundamental para o processo de acreditação, não é, a área central, é a área que vai é de alguma forma conduzir e amarrar os processos, mas também era composto por profissionais da área de monitoramento de metas, que é a área voltada para trabalhar com os indicadores e com as metas da unidade de saúde, metas essas que eram previstas em contrato, mas também outros indicadores e outras metas, traçadas do ponto de vista da instituição, e inclusive a acreditação como uma meta e também indicadores dos setores, indicadores de monitoramento dos processos de trabalho e, também, composto por profissionais da área de educação, que era um braço muito importante, esse braço educacional justamente para desenvolver os profissionais, capacitar e qualificar os profissionais e, com isso também, desenvolver os processos, os documentos, os manuais e os próprios processos de trabalho em si.

Neste sentido, o Entrevistado 3 tratou, como veremos, sobre a importância da compreensão da importância da qualidade como uma dimensão presente na instituição como um todo, e não apenas como uma área que trabalha isoladamente, como é vista algumas vezes pelos próprios profissionais das unidades de saúde. Esse trabalho foi tido como um objetivo do grupo de trabalho formado, e como foi abordado pelo Entrevistado 3 constituiu um momento de mudança na preparação desenvolvida, em que o trabalho se tornou ainda mais coletivo e com desdobramento nas áreas de trabalho, por toda a instituição:

Com relação às parcerias de trabalho, a gente teve que montar equipes para poder ficar como se fosse pessoas de *focalpoint* de cada equipe, da equipe de enfermagem tinha uma pessoa que nos ajudava, da equipe de fisioterapeuta, da equipe médica. Então, a gente teve que reorganizar, a Diretoria se reorganizar para poder a gente conseguir dar conta de todas as etapas do processo, porque é um processo longo e tem que ser muito destrinchado. São vários tópicos para serem trabalhados, então foi dividido em cada

setor, quem ia ficar responsável. Foi montada uma planilha com todos os itens do manual da ONA, foi colocado pessoas à frente de cada item daquilo, com prazo para poder concluir. Então, essa forma de organização nos ajudou muito a dar andamento em várias etapas do processo. E quando estava só com poucas pessoas ali, estava muito difícil, que era muita coisa, e acabava que entra no hospital inteiro, então o setor da qualidade ele é o hospital inteiro. Então, quando se organizou na planilha, colocou as pessoas responsáveis ali, o prazo que cada uma tinha que desenvolver aquela atividade, hoje o que realmente a gente vê, o que deu andamento nesse processo.

Primeiro cumpre ressaltar o papel das parcerias estabelecidas, além de com áreas estratégicas da Organização, como já referido, com as próprias equipes de trabalho, com envolvimento de profissionais das diferentes áreas. *Focalpoint* se refere assim a um profissional que é um ponto focal dentro da sua área de trabalho em relação ao processo de acreditação, que se torna uma meta coletiva do trabalho de todos na instituição. Outro ponto a ser destacado é a organização de uma planilha de trabalho, com responsáveis, com os diferentes setores, com estabelecimento de prazos, de acordo com os itens do manual da ONA.

Sobre a criação de um plano de ação para ser acompanhado durante o processo de preparação para a acreditação da ONA, o Entrevistado 1 informou:

Esse grupo trabalhou com o próprio manual da acreditação listando por áreas por componentes de ação, trabalhando com as áreas área da assistência, área da enfermagem, área da farmacêutica, foram chamados até os prestadores terceirizados, principalmente lavanderia limpeza e higiene para também ver se eles estavam adequados ao que os manuais da própria ONA e referiam como necessidade.

A resposta do Entrevistado 1 mostra que, além dos profissionais da instituição de saúde em si, foram também incluídos no processo os prestadores terceirizados de serviço, contemplando o funcionamento da unidade como um todo, aspecto considerado essencial para a metodologia da ONA.

Em relação as ações que fizeram parte do processo de preparação da Unidade, o Entrevistado 3 abordou a importância da realização de capacitações na Unidade:

As ações do processo que a gente fez, uma das maiores, foi quando a gente teve que implantar os indicadores assistenciais. A gente começou nessa implantação dos indicadores assistenciais, a gente fez o curso com toda a equipe, pra equipe entender a importância do mapeamento de todos os processos. Então, eu acho que isso daí fez um diferencial tremendo na nossa equipe. Então, a implantação dos indicadores setoriais que a gente iria trabalhar, que foi abordado no curso que nós fizemos de indicadores, isso daí eu acho que foi uma das etapas mais importantes de nosso processo.

A capacitação referida pelo Entrevistado 3 envolveu conteúdos fundamentais para a metodologia da ONA, como a implantação de indicadores assistenciais e setoriais e o mapeamento de processos, como estratégias para a melhoria contínua dos processos. Vale informar que os indicadores, assim como as metas de produção, já eram monitorados na instituição, através do grupo de Monitoramento de Metas mencionado, sendo esses indicadores previamente estabelecidos no contrato de gestão da Unidade, como taxa de ocupação, média de

permanência, taxa de reinternação, procedimentos multiprofissionais. O monitoramento desses indicadores é central para o acompanhamento, a avaliação e a melhoria no desempenho da unidade de saúde.

O Entrevistado 2 apontou outras ações desenvolvidas por meio do grupo de trabalho, relacionando as ações planejadas e executadas com os ajustes necessários de serem promovidos nos processos da Unidade:

Eu acho que as ações foram visando os ajustes, promover ajustes nos fluxos, nos processos, nos documentos, então esses ajustes aconteceram nas adequações em relação à estrutura física também que fossem necessárias, que foram levantadas, e se houve alguma resistência por parte dos profissionais, não houve resistência, os profissionais na verdade eles estavam bem engajados, né, acho que o principal desafio é realmente conseguir organizar o processo, organizar o tempo de trabalho e compreender a importância que tem o tempo de estudo do material, de estudo do manual, o tempo que vai se gastar também para repensar os processos, não é, fazer oficinas para desenvolver os materiais coletivamente, então acho que essas são questões importantes, mas não resistência, são desafios mesmo de trabalhar a acreditação dentro da unidade de saúde.

Vale destacar um aspecto relacionado à especificidade da infraestrutura da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa, que foi identificada no processo de preparação para a acreditação. Por se tratar de uma Unidade que era Anexo a um Hospital que já existia anteriormente, sendo inclusive conectado a esse Hospital, a estrutura dessa Unidade funcionava, de forma mais ou menos interdependente com a desse Hospital. Por conta disso, a Unidade tinha especificidades que foram levantadas e consideradas no processo de preparação para a acreditação.

Sendo uma Unidade Anexo à outra Unidade havia 2 possibilidades; 1) A Unidade ser avaliada como um setor dentro do Hospital, pertencente à estrutura física e funcional do Hospital ou; 2) Como um Serviço ou Unidade em separado. Na primeira possibilidade, caso a Unidade fosse considerada um setor dentro do Hospital, o processo de acreditação deveria contemplar o Hospital como um todo, o que era inviável, pelo fato de a Unidade a ser avaliada e o Hospital possuírem duas gerências distintas. O Hospital estava sob gerência do Estado e a Unidade a ser avaliada sob gerência da Organização Social (OS), não havendo, portanto, governabilidade da OS sobre o Hospital. Na segunda possibilidade, para ser considerada como Serviço ou Unidade em separado, a Unidade deveria passar por algumas adequações na estrutura física pontuais, porém significativas, para que a Unidade comportasse os requisitos para o processo de acreditação. Essas questões foram levantadas durante o processo de preparação da Unidade para a acreditação, como parte do diagnóstico das necessidades de adequações, que deveriam ser então alinhadas e definidas junto com a gestão estadual de saúde.

Outra questão abordada pelo Entrevistado 2 na citação anterior foi relativa à questão do envolvimento dos profissionais, sendo esse um ponto crítico, já destacado em relação à gestão

de pessoas. Por um lado, o Entrevistado 2 não via resistência dos profissionais, como na citação apresentada, e entendia que estavam engajados no processo da acreditação. Por outro lado, o Entrevistado 3, como veremos, via resistência e mais dificuldade na implantação dos processos de melhoria:

Um dos maiores desafios que nós encontramos logo no início é a falta de experiência da equipe em estar produzindo esses documentos. Foi muito difícil para a gente, nesse primeiro momento, (...). Então, a gente teve algumas dificuldades da equipe realmente estar produzindo esses documentos (...) e a gente percebia que não é porque não queria fazer, é por falta mesmo de experiência em estar escrevendo mesmo. Então, a gente teve essa dificuldade com a equipe, cumprir prazos, (...) que não é só escrever, a gente tinha que fazer revisão, colocar dentro das normas da qualidade e fazer o treinamento. Então, quando ia para o treinamento, além de demorar para produzir o documento, quando ia fazer o treinamento, já era uma outra dificuldade, porque a pessoa já não queria, tinha vergonha de fazer o treinamento com os profissionais, com a equipe. É outra situação, se fazia o treinamento, mas não se cobrava, aí: “eu fiz o treinamento hoje no protocolo de AVC”, e quando ia cobrar o preenchimento todas as etapas do checklist, se preenchia de qualquer jeito, não se tinha a celeridade nesse processo. A implantação era muito difícil por falta de engajamento da equipe, e a depender da liderança que estava ali também não conseguia levar a equipe a estar realizando o trabalho de forma correta como está no protocolo. A gente via uma fragilidade em algumas lideranças, a gente ouvia que a liderança tinha era boa para outras questões, mas quando era para cobrar para fazer os processos caminharem mesmo, isso era uma dificuldade.

Como pode ser percebido na resposta do Entrevistado 3, a resistência dos profissionais é uma barreira que existe no processo, mas que vai sendo vencida aos poucos, conforme vão compreendendo a importância da acreditação, da qualidade e segurança nos processos, da melhoria da assistência ao paciente, da melhoria da satisfação, e para a instituição como um todo.

Outra ação destacada pelos Entrevistados se referiu a necessidade de elaboração ou revisão de documentos e processos na instituição. Essa é tida como uma ação importante para a metodologia da ONA, uma vez que permite e estimula a participação coletiva, o engajamento dos profissionais na organização do funcionamento da instituição de saúde e a apropriação por parte deles acerca das políticas, normas, rotinas e objetivos da instituição. Esse é um aspecto determinante no processo de preparação para a acreditação, pois a metodologia da ONA no nível 1 estabelece a necessidade de ter os processos da instituição adequadamente escritos e implantados na instituição. E por se tratar de muitas áreas, muitos serviços e muitos processos que interagem no funcionamento em uma instituição de saúde, esse processo de elaboração ou revisão documental é uma tarefa árdua nesse processo.

Sobre a demanda desse trabalho documental no processo de preparação, o Entrevistado 2 respondeu:

(...) esse grupo de trabalho estruturou um plano de ação (...) a partir do manual da ONA e um plano de ação dividido em diferentes áreas que contemplava todo o

trabalho da instituição. Então, tinha desde as áreas assistenciais até as áreas logísticas, a área médica, as áreas de apoio, desdobrado em diferentes áreas esse plano de ação. E cada área tinha que desdobrar, era desdobrado também diferentes requisitos dentro desse plano de ação. Então, esse era um grande norte do processo e a partir desse plano de ação também se tinha os manuais, os documentos, os processos e tudo o que precisava ser revisado ou também construído quando era o caso, quando a instituição não tinha algum processo (escrito) ou não tinha algum processo definido da maneira como estava sendo proposto no manual. Então, esse trabalho era contido dentro desse plano de ação e isso era desenvolvido por alguns dos profissionais do grupo. (...) os desafios enfrentados nesse processo, é que são muitos materiais, são muitas áreas, são muitos processos para serem trabalhados, esse é o principal desafio, não é, organizar esse trabalho dentro de cada área, organizar as auditorias, o levantamento dessa documentação, depois, a análise, o processo de revisão, a verificação se atende aos requisitos que estão sendo pedidos dentro do manual. Então, todo esse trabalho é um desafio importante.

Em relação aos aprendizados desse processo e aos impactos diretos para a assistência ao paciente, os Entrevistados destacaram diferentes pontos.

O Entrevistado 1:

Os principais é aprendizados e benefícios mesmo é organização. Com acreditação, na verdade, ela é uma estratégia de organização, era uma estratégia de organização da unidade. Então o aprendizado é esse, como se organizar, como trabalhar em equipe e como melhorar os processos.

O Entrevistado 3 destacou um aspecto específico e fundamental, voltado à assistência farmacêutica e segurança do paciente como um benefício direto do processo de preparação da unidade:

Eu acho que um dos principais impactos que nós tivemos ali, além da organização setorial, foi relacionado à segurança do paciente na administração das medicações. A gente acabou conseguindo pegar algumas situações ali que que poderiam gerar impactos negativos ao nosso paciente e a gente conseguiu fazer essa correção antes. A gente viu que a nossa equipe da assistência tinha algumas falhas com relação à medicação e isso foi bom, porque a gente conseguiu corrigir junto com a equipe da farmácia. A equipe da farmácia se dispôs e nos ajudar e fazer os treinamentos com a equipe, nos ajudar até no acompanhamento, monitorização das distribuições dessas medicações. Diretamente, a gente teve outro impacto que foi uma redução de reclamações a nível de qualidade mesmo, da assistência, tratamento do paciente.

O Entrevistado 2 destacou o conjunto de ações que foram desenvolvidas como tendo impacto direto na assistência ao paciente e, ainda, trouxe uma ação específica voltada para a comunicação da equipe para a compreensão dos aspectos críticos diariamente na Unidade:

Eu acredito que o principal impacto para os pacientes, os benefícios, diretamente na assistência, estão relacionados com a organização dos processos e com a implantação de novos procedimentos, novos processos de trabalho. Por exemplo, relacionado ao *Huddle*, que é (...) uma reunião diária da equipe para levantar todos os problemas da unidade de saúde. Isso foi implantado durante o processo de preparação para ONA. De outro modo, também, o treinamento e a revisão das políticas institucionais, do plano de segurança do paciente, dos protocolos de segurança do paciente, tudo isso impactando diretamente na melhoria da assistência e, também, outras ações da área de qualidade, como o gerenciamento e tratamento de eventos e incidentes dentro da instituição, o desenvolvimento de planos de ação setoriais para resolver questões e problemas dentro dos processos de trabalho, as visitas multidisciplinares à beira leito

para analisar o caso dos pacientes, tudo isso como ações implantadas ou revisadas e aperfeiçoadas durante o processo de preparação para acreditação.

Conforme apresentado são diversos aspectos relacionados ao processo de preparação da Unidade de Saúde implicados no trabalho desenvolvido na busca pela acreditação ONA. As questões e as respostas abordaram essa amplitude, trazendo à tona reflexões sobre os desafios, as dificuldades, as estratégias, as decisões e os redirecionamentos que se fizeram necessários ao longo do processo, entendido como complexo, árduo e desafiador para a instituição como um todo.

Foram abordados e desdobrados aspectos como: o trabalho dos profissionais de saúde, a importância da compreensão da qualidade e segurança como elementos centrais do processo de acreditação, o papel das lideranças, a importância das capacitações, do comprometimento e engajamento de todos os atores envolvidos no funcionamento da instituição de saúde e, sobretudo, o pensamento sistêmico que deve estar presente durante o processo de implantação da acreditação.

A partir das reflexões e discussões desenvolvidas, essa pesquisa pretende consolidar uma proposta de programa/plano de ação visando a preparação para o processo de acreditação, tomando as lições aprendidas e relatadas pelos profissionais entrevistados como fundamentos para a construção dessa proposta, objetivando contribuir com outras instituições e profissionais que visem essa empreitada.

4.3 PROCESSOS E PASSOS FUNDAMENTAIS PARA UMA PROPOSTA/PROGRAMA PARA O ALCANCE DA ACREDITAÇÃO ONA, NÍVEL 1, DESENVOLVIDA EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE EM MACAPÁ/AMAPÁ GERIDA POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

A partir das entrevistas realizadas, fica demonstrado que a elaboração da proposta para o alcance da acreditação ONA na Unidade de Saúde, Unidade Assistencial-Anexo/HE, considera três momentos/segmentos principais, para o planejamento e a execução das ações visando a acreditação ONA: o estabelecimento e a condução dos processos de preparação para a Acreditação da ONA; a estruturação coletiva da revisão e adequação dos processos assistenciais e operacionais para atender aos padrões e requisitos do manual da ONA; e, após esses dois momentos iniciais, a realização de contato e contratualização com a Instituição

Acreditadora Credenciada (IAC), por meio da qual a acreditação deve ser realizada, sendo essa a responsável pela condução de todo o processo de avaliação da Unidade de Saúde.

Os primeiros dois momentos/segmentos desse processo de preparação contém um conjunto de passos estratégicos que deverão ser implementados, desdobrados, seguidos e acompanhados ao longo de todo o percurso da Organização de Saúde e se iniciam desde a decisão da instituição em desenvolver esse processo e buscar o alcance da acreditação da ONA, indo até o terceiro momento/segmento desse processo. O terceiro momento/segmento é justamente o contato com a IAC/ONA, instituição responsável pelo acompanhamento desse processo junto à ONA. Esses três momentos/segmentos são sequenciais, e o terceiro momento deve ocorrer após os dois primeiros, pois para que a Unidade de Saúde inicie o processo de acreditação propriamente dito é fundamental que esteja com o processo de preparação já desenvolvido.

Os processos de acreditação da Unidade de Saúde se iniciam com a decisão da instituição em se submeter à essa avaliação. Após a decisão tomada na instituição por meio das lideranças da Alta Administração, as Unidades de Saúde iniciam a preparação para o processo de acreditação.

A seguir serão abordados os passos estratégicos identificados a partir das entrevistas realizadas com os profissionais da Unidade Assistencial-Anexo/HE selecionados por essa pesquisa.

1) Formação do Grupo de Trabalho

Como passo inicial, para a organização e condução dos processos de preparação para a acreditação da ONA foi formado um Grupo de Trabalho, que se reunia com periodicidade semanal, era coordenado pela Área de Qualidade e apoiado pela Área de Monitoramento de Metas da Unidade de Saúde. O Grupo formado também era composto por profissionais das da Alta Administração (Diretorias da Unidade) e de todos os setores da Unidade, incluindo as áreas médica, assistencial, multiprofissional, logística, operacional e administrativa.

O Grupo de Trabalho criado era responsável pela operacionalização dos processos de preparação para a acreditação da ONA na Unidade de Saúde e pela estruturação coletiva dos processos, que foi feita junto aos profissionais das diferentes áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

A liderança desse processo estava a cargo da Área de Qualidade, através da Gerente de Qualidade, que planejava e organizava a operacionalização do processo para a acreditação como um todo.

O Grupo formado era responsável por: promover a sensibilização da Alta Administração acerca da importância da Acreditação como diretriz estratégica para a Unidade de Saúde; liderar e conduzir o planejamento e a execução das ações de organização dos processos visando a acreditação; e pelo contato com as IAC's para realização efetiva da avaliação para acreditação da ONA, em momento posterior à preparação da Unidade de Saúde.

Após a formação do Grupo de Trabalho, a liderança conduziu então o planejamento e a execução da proposta de preparação para a acreditação da ONA. Como resultado do planejamento realizado, o Grupo de Trabalho implantou e acompanhou o Plano de Ação elaborado, a partir de um cronograma de ações, com o estabelecimento das atividades e respectivos prazos e responsáveis.

O Plano de Ação foi construído, implementado e acompanhado coletivamente, junto com as lideranças dos diferentes setores representados dentro do Grupo de Trabalho instituído.

2) Qualificação do Modelo de Gestão

Inclui a realização ou revisão do Planejamento Estratégico da Unidade de Saúde, incluindo a busca pela acreditação ONA como objetivo da Organização de Saúde, e a sensibilização da Alta Administração para a acreditação e a qualidade e segurança como diretrizes estratégicas.

O sucesso do processo de preparação para a acreditação depende do envolvimento efetivo da Alta Administração da Unidade de Saúde que passará pela avaliação. Nesse processo, o profissional da liderança da Área de Qualidade, responsável por coordenar os processos de gestão da qualidade e de preparação para a acreditação, provoca diálogos e discussões com a Alta Administração e organiza o envolvimento da Diretoria nesse processo.

Modelo de Governança Clínica: É o modelo de gestão de saúde por Organização Social, com modelo matricial, que contempla áreas matriciais e áreas de execução. É a estrutura organizacional voltada para a melhoria contínua da qualidade. Responsabilizar a alta gestão pelos resultados assistenciais, pois os resultados financeiros são resultados dos assistenciais. Deve ser desenvolvido junto à Direção Técnica da Instituição.

É estruturado no Manual-ONA por meio de diretrizes e protocolos assistenciais gerenciados por meio de evidências científicas e monitorados os resultados por indicadores.

Desenvolver estratégias para o estabelecimento, responsabilização e acompanhamento/monitoramento de governança clínica pelas lideranças.

Desenvolver estratégias para a identificação, monitoramento e mitigação de riscos associados à produção do cuidado para evitar danos. Uma das ferramentas é Auditoria Clínica e outra é investir no desenvolvimento de pessoas.

1º Passo: Organizar as lideranças (representantes de cada área) para compartilhar o processo de elaboração do Planejamento Estratégico, por meio de metodologia definida (como o BSC, por exemplo).

2º Passo: Desdobrar o Planejamento Estratégico na Organização como um todo, na estruturação dos processos.

Exemplo: no Planejamento Estratégico a Segurança do Paciente foi definida como prioridade. Então no Nível Estratégico haverá, por exemplo, a adesão aos Protocolos de Segurança do Paciente, ou ao Índice de Incidentes na Instituição. Já no Nível Operacional serão executados os planos definidos, com a execução das medidas dos protocolos e monitoramento dos resultados. Enquanto o Nível Tático irá auxiliar no desdobramento dos requisitos, a Operacional atuará na execução.

Cada área deve saber sua responsabilidade na Governança Clínica. Por exemplo: na UTI (giro de leitos na UTI, eventos adversos, tempo de permanência, taxa de infecção) ou no Centro Cirúrgico (número de cirurgias, protocolo de cirurgia segura).

O Manual de Acreditação ONA é construído com base na Gestão por Processos. Neste sentido, as, Subseções do manual são os processos (não são departamentos, mas são áreas). Cada Subseção agrupa um conjunto de requisitos, que se referem aos processos que devem ser implantados, e que se relacionam também as atividades e aos serviços que se articulam para a prestação do serviço de atendimento e assistência à saúde na Organização de Saúde.

A Seção 1 do manual da ONA é nomeado de Gestão Organizacional e constitui o início do desenvolvimento da Metodologia, e a Subseção 1.1. (primeira Subseção da primeira Seção) constitui a base para esse processo.

A Subseção 1.1. Liderança Organizacional se refere as Lideranças da Alta Administração, em conjunto com a Liderança da Qualidade, compreendendo a qualidade como diretriz estratégica organizacional.

Aborda o papel da liderança organizacional dentro dos processos, que é estabelecer as diretrizes, os planos e as estratégias da Instituição.

Na Subseção 1.1., os critérios se referem as atividades das Lideranças e Diretorias da Organização de Saúde, e irão contemplar:

- Definir a responsabilidade da liderança e da Alta Administração para desenvolver o olhar sobre a importância do Sistema de Gestão da Qualidade como pilar estratégico dentro da Organização;
- Realizar ou revisar o Planejamento Estratégico da Organização de Saúde, por meio da Matriz SWOT, tendo o Sistema de Gestão da Qualidade como intrínseco desde a discussão e

definição da Estratégia da Organização, sendo que no momento da Análise do Cenário Interno e Externo já se pode trazer a importância do SGQ inserido;

- Definir a Identidade Organizacional (Declaração Estratégica) da Organização de Saúde: Missão (o que somos), Visão (pra onde vamos) e quais os nossos Valores. Necessita compreender as atividades realizadas na Instituição, e quais os valores que são reconhecidos;

- Elaborar o Mapa Estratégico: Desdobramento do Planejamento Estratégico em Objetivos, Metas e Indicadores por meio do Balanced Scorecard (BSC), construído com base em 4 Perspectivas: 1) Sustentabilidade (integração das dimensões financeira e assistencial); 2) Cliente; 3) Processos Internos; 4) Aprendizado e Crescimento. Importante que todas as Áreas da Unidade se enxerguem dentro do Mapa Estratégico;

- Trazer a Qualidade inserida, também, no momento dos Objetivos Estratégicos (Definição de quais são os objetivos que se deve atender para se alcançar a visão da Instituição, que é aonde a Instituição quer chegar).

3) Levantamento de referenciais teóricos e técnicos

Nesta etapa, o Grupo de Trabalho partiu para o levantamento de materiais teóricos e técnicos referentes ao processo de acreditação da ONA, dentre esses: Manuais de Acreditação, principalmente o Manual da ONA; Normas Operacionais da ONA; página virtual da ONA; Plataforma ONA Integrare; Legislações vigentes e Portarias do Ministério da Saúde; Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC's) da Anvisa; legislações municipais, estaduais e federal pertinentes, e demais documentos necessários.

Levantados os materiais de pesquisa, o Grupo realiza o estudo pormenorizado do processo de acreditação da ONA, tido como metodologia para a própria avaliação de acreditação. Além do estudo do manual da ONA, o Grupo precisa considerar desde os elementos mais burocráticos e operacionais, como os contatos e procedimentos a serem realizados junto as instituições pertinentes, os sistemas tecnológicos necessários e os requisitos técnicos, conceituais e de qualidade pertinentes, de forma aprofundada e detalhada.

O manual de acreditação da ONA apresenta todos os critérios e requisitos para a compreensão do processo que deve ser realizado na Unidade de Saúde e as exigências do que é necessário para alcançar a aprovação na avaliação pela ONA e obter a certificação no nível pretendido pela Organização de Saúde. Por isso, é fundamental que a Organização de Saúde comece o processo de preparação com o estudo minucioso do manual.

Como já referido o Manual da ONA e a certificação ONA são divididos em 3 níveis diferentes: Nível 1: Qualidade e Segurança; Nível 2: Interação dos processos; Nível 3: Melhoria Contínua.

O manual da ONA e o processo de acreditação estão organizados sobre três atributos que são pilares para a avaliação da qualidade em Saúde, e que são interligados: Estrutura; Processo e; Resultado. Um atributo depende do anterior, e primeiro necessita-se da estrutura adequada.

Segundo o manual da ONA (ONA, 2021):

A avaliação em saúde na metodologia do SBA avalia os componentes de estrutura, processo e resultado e a relação causal entre eles, onde a estrutura apoia a execução dos processos, e os processos são executados para gerar resultados. Ou seja, a avaliação é transversal, e utiliza uma abordagem sistêmica que permite analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados (ONA, 2021, p. 16).

4) Realização de Diagnóstico Organizacional para avaliação do nível de desenvolvimento da Qualidade na instituição

Ainda dentro da Seção 1.1 do manual da ONA tem-se como objetivos:

- Trazer a responsabilidade da Alta Administração para o processo de implantar e desdobrar a estratégia da Organização, que deve ser comunicada e divulgada por toda a Instituição. Deve-se trabalhar fortemente esses pontos envolvendo toda a Diretoria;
- Realizar um detalhado Diagnóstico Organizacional de toda a Organização em relação aos requisitos para a Acreditação-ONA, com participação da Alta Administração nesse desenvolvimento: todos devem saber aonde a Organização quer chegar (como um todo e em cada área e profissional);
- Avaliar em que lugar a organização está em relação a implantação do sistema de gestão da qualidade e ao processo de mudança de cultura;
- Traçar, a partir do Diagnóstico Organizacional realizado, um caminho e um Plano de Ação para a Preparação para a Acreditação-ONA.

5) Análise criteriosa do Diagnóstico Organizacional

A análise do Diagnóstico Organizacional realizado constitui a base para a elaboração das estratégias visando promover a melhoria nos processos, qualidade e segurança, otimização de recursos e liderança institucional.

6) Elaboração do Plano de Ação para preparação da Unidade de Saúde

Nesta etapa, o Grupo de Trabalho formado trabalhou na elaboração de um Plano de Ação para preparação da Unidade de Saúde, a partir das informações e lacunas levantadas por meio do Diagnóstico Organizacional realizado. Após a estruturação, o Plano passou pela aprovação pela Alta Administração da Unidade de Saúde. O objetivo do Plano é organizar a implementação do processo de preparação, com vistas a desenvolver as ações de melhoria visando a acreditação da ONA.

O Plano elaborado foi composto na forma de um cronograma de ações, organizado por segmentos estratégicos para aplicação da metodologia da ONA, contendo as atividades necessárias a serem implementadas, visando a adequação dos processos a partir dos padrões e requisitos do manual da ONA, com definição dos respectivos responsáveis e prazos estabelecidos. Esse Plano possuiu um acompanhamento contínuo e periódico, sendo monitorado diretamente pelo Grupo de Trabalho.

Para a construção do plano de ação, devemos considerar:

- Trazer a gestão da qualidade e a segurança do paciente como Metas, que são resultado do desdobramento dos objetivos estratégicos, que visam a concretização desses objetivos;

- Desdobrar cada Objetivo Estratégico em iniciativas, indicadores e metas, como exemplo:

- Objetivo: Implantar o Sistema de Gestão da Qualidade;
- Metas: Definir em quanto tempo implantar o Sistema de Gestão da Qualidade e como será estruturado.

- Prover os recursos necessários para o desenvolvimento desse processo de trabalhar e desdobrar a Estratégia e, também, no desdobramento do Sistema de Gestão da Qualidade e da Segurança do Paciente como partes da Estratégia da Instituição.

7) Implementação de canais para comunicação que envolvam toda a Organização de Saúde, que permitam visualizar o andamento das ações e serviços em relação à qualidade e segurança

8) Execução e gerenciamento das ações e resultados do Planejamento Estratégico na Unidade de Saúde

O Sistema de Gestão da Qualidade como lógica organizacional:

A liderança da Área de Qualidade deve coordenar o processo de implantação do sistema de gestão da qualidade, e junto às lideranças da Alta Administração devem ter o entendimento de que esse sistema constitui uma lógica que deve ser compreendida como uma diretriz estratégica e transversal (ou seja, se aplica a todos os processos da organização de saúde e quando se trata de uma rede se aplica a todas as unidades, a todas as organizações dessa rede), devendo ser disseminada por toda a Organização de Saúde, de forma sistêmica.

São os objetivos do Sistema de Gestão da Qualidade:

- Constituir-se como diretriz estratégica da instituição de saúde;
- Contribuir para tornar os serviços de saúde mais acessíveis, seguros, eficazes, centrados no paciente, oportunos, eficientes e equitativos;

- Construir estratégias que permitam enxergar e alcançar o propósito da gestão da qualidade e os objetivos estratégicos da instituição;
- Buscar garantir a qualidade assistencial e a cultura de segurança do paciente por meio de padrões previamente estabelecidos;
- Possibilitar alcançar como resultados uma assistência mais segura e um usuário mais satisfeito.

Passos Fundamentais na Gestão da Qualidade e na preparação para a Acreditação:

- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):
 - Elaboração da Política de Segurança do Paciente, do Plano de Segurança do Paciente e do Programa de Segurança do Paciente;
 - Implantação e monitoramento dos Protocolos de Segurança do Paciente;
 - Gerenciamento e tratamento de incidentes e eventos adversos, em interface com a Área da Qualidade e as lideranças das áreas, atuando no gerenciamento e tratativas dos eventos.
- Implantação do Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ):
 - Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade;
 - Elaboração da Política de Qualidade, Plano da Qualidade, do Programa da Qualidade;
 - Organização dos processos da instituição, tendo a acreditação como meta do Plano da Qualidade;
 - Implantação de Ferramentas de Gestão da Qualidade: PDCA, 5 Porquês, Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe);
 - Gestão de Metas e Indicadores;
 - Acompanhamento de Comissões Técnicas;
 - Gestão de Documentos;
 - Gestão de Comunicação;
 - Implantação do Programa de Melhoria Contínua/Plano de Ação, visando o processo de Acreditação.

Desdobramento dos Requisitos nos processos:

Para todos os temas/áreas envolvendo a qualidade e segurança assistencial (seja dos pacientes, familiares, acompanhantes, profissionais de saúde, visitantes, fornecedores e prestadores de serviço, assim como do ambiente e das instalações físicas, contemplando a estrutura física e de equipamentos) é recomendável: que o EAS elabore, implante e mantenha planos por escrito, nos quais sejam definidas as diretrizes para o gerenciamento de cada área de

atividade, que devem ser desdobradas a partir das políticas institucionais implantadas e; que esses planos sejam desenvolvidos a partir da avaliação de risco, que deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, visando identificar os riscos, as medidas de prevenção e tratamento desses riscos e as vulnerabilidades críticas que devem ser corrigidas de forma imediata.

Neste sentido, devem ser desdobradas as metas, como uma diretriz (política, manual, trazer um plano ou um cronograma de trabalho ou um programa para ser desdobrado).

9) Monitoramento do Plano de Ação para a melhoria contínua dos processos na Unidade de Saúde, através da estruturação coletiva dos processos para a preparação para acreditação ONA, junto as lideranças dos setores e atores relacionados ao funcionamento da Unidade

No Segundo Eixo da presente Proposta de preparação para o alcance da Acreditação-ONA, é preciso que haja o desdobramento das Dimensões da Qualidade identificadas nos diferentes Níveis da Organização de Saúde (Estratégico, Tático, Operacional).

Dessa forma, é preciso que o SGQ e SP sejam enxergadas desde a Estratégia junto a Alta Administração, mas, também, nos Níveis Tático e Operacional, incluindo os fornecedores e prestadores de serviço da Organização de Saúde.

Exemplificando: no Nível Estratégico está a Realização do Planejamento Estratégico; no Nível Tático a elaboração e implantação da Política de Segurança do Paciente; e no Nível Operacional a implantação, a execução e o acompanhamento do Plano de Segurança do Paciente (o Tático elabora e o Operacional executa).

Então, se a Instituição tem implantado um protocolo de identificação do paciente bem definido e os profissionais estão executando as etapas conforme estabelecido, podemos considerar que a Qualidade e Segurança do Paciente está intrínseca no nível tático e operacional. Podemos pensar da mesma forma em relação ao Protocolo para Quedas, Protocolo de Higienização das Mãos, Protocolo e Medidas de Prevenção de LPP (são todas medidas que estão ligadas a Dimensão “Segurança” dentro das Dimensões da Qualidade do Manual-ONA).

Para tanto, a partir do Diagnóstico Organizacional realizado e com base nas Auditorias específicas realizadas em cada uma das áreas, será necessário que as áreas desenvolvam os próprios protocolos a partir dos requisitos do Manual-ONA. Esses documentos (as evidências) devem ser desenvolvidos de forma ascendente, ou seja, deve haver a construção coletiva desses instrumentos, como etapa fundamental para desenvolver a cultura de segurança e qualidade na instituição. Importante que todos os gestores (Coordenadores e Gerentes) conheçam as políticas, essas evidências. Construção coletiva de evidências para construção de cultura.

A Acreditação-ONA irá verificar a implantação, disseminação e execução/adesão e monitoramento dos protocolos e processos no cotidiano da instituição, verificando as evidências dessas ações por meio dos registros realizados pela Instituição ao longo desse processo.

Como parte da Dimensão da Qualidade “Efetividade”, a Avaliação durante a Acreditação poderá verificar, por exemplo, se as solicitações de materiais e medicamentos (com Análise das Prescrições pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e pela Diretoria Administrativa) ou de exames (com Análise pela Diretoria Técnica) estão sendo feitas de forma adequada para cada paciente, seguindo, por exemplo, o critério de solicitar o exame/material/medicamento necessário e de acordo com a patologia. Ou então analisando se a prescrição de um antibiótico deve estar condicionada a uma coleta para exame de sangue, ou um Raio-X.

Em relação a Dimensão da Qualidade “Oportuna”, pode-se avaliar, por exemplo, se há critérios bem definidos para encaminhar um paciente elegível à UTI para a UTI.

A Qualidade está presente e intrínseca em todas as partes e todos os momentos dentro das Organizações de Saúde, mas é preciso tornar isso visível, consciente a todos os profissionais da instituição e aos usuários atendidos.

É preciso que a equipe trabalhe no sentido de alcançar a Satisfação do Paciente, de tal forma que seja perceptível ao usuário a preocupação da Instituição com a Qualidade e a Segurança.

Esse esforço deve ir ao encontro de medidas que visem a padronização do entendimento entre os gestores e os demais profissionais acerca dos propósitos da Organização e do caminho para a efetivação da estratégia organizacional.

Teste para avaliar se a Gestão da Qualidade e a Segurança do Paciente estão intrínsecos na Instituição: Diferença entre produzir evidências para mostrar e fazer sentido para a Organização, seus profissionais e usuários.

Uma questão fundamental para todos da Organização responderem, para que todos saibam responder à sua maneira, mas que tenha o mesmo pano de fundo, o mesmo propósito: Qual a estratégia da Organização e do seu setor? Qual o seu direcionamento nessa Organização, ou seja, onde quer chegar e quais as ações necessárias para que isso se concretize?

Para aplicar essa Proposta a todos os níveis e indivíduos da Organização (Usuários, gestores e trabalhadores), inclusive envolvendo os fornecedores e prestadores de serviço, é preciso que todos saibam que o Processo de Acreditação está ocorrendo na Instituição e se engajem em seu papel e suas responsabilidades nesse processo.

Cada profissional precisa refletir dentro da sua realidade sobre a situação atual da Instituição e do setor em que trabalha e o que preciso e possível fazer para melhorar esse cenário.

10) Capacitação das lideranças e demais profissionais da equipe de saúde para os processos de qualidade e segurança, visando a acreditação da ONA

Um aspecto fundamental para o Processo de Acreditação é promover a Capacitação das Lideranças (a partir do Grupo de Trabalho inicialmente formado), envolvendo também os profissionais de todas as Áreas. Esse processo de Capacitação se inicia desde o estudo dos materiais da ONA, indo até os aspectos relacionados à Qualidade e Segurança.

Deve ser construído e implementado um Programa para o Desenvolvimento das Lideranças para a Qualidade e Segurança do Paciente voltada para o Processo de Acreditação-ONA, por meio de Capacitações.

As Capacitações devem ser periódicas, abarcar o maior número de profissionais e se desenvolver de forma organizada e sistematizada, por meio de um planejamento mensal que priorize as temáticas e ações mais pertinentes ao perfil da Organização e as necessidades de treinamento por parte dos profissionais.

Essas Capacitações das Lideranças, que devem ser multiplicadas para os profissionais nas Áreas de trabalho, envolverão os seguintes temas:

- Processo de Acreditação-ONA (considerando a Metodologia, os desafios, as necessidades, tendo como suporte os materiais de apoio, tais como, o Manual de Acreditação-ONA, as Normas Operacionais, as Normas de Avaliação, dentre outros);
- Processos e procedimentos relacionados:
 - Às áreas específicas tais como UTI, Clínica Cirúrgica, Urgência e Emergência, de acordo com o perfil das Organizações de Saúde;
 - Aos processos de Qualidade e Segurança: Gerenciamento e Notificações de Incidentes e Eventos Adversos; Metas de Segurança do Paciente; Ferramentas de Gestão da Qualidade para resolução de problemas de forma estruturada e contínua; Gerenciamento de Processos; Gerenciamento de Metas e Indicadores, dentre outros temas relevantes.

11) Elaboração ou revisão das Políticas Institucionais da Unidade de Saúde

- Definir ou revisar as políticas e desenvolver as diretrizes institucionais a partir da estratégia (que são as normas ou as políticas);

As políticas institucionais da organização de saúde constituem a declaração das diretrizes, dos comprometimentos e dos limites (relacionados aos níveis de gestão de

documentos, níveis de comprometimento com o desenvolvimento de pessoas, a implantação de protocolos e ferramentas assistenciais) da instituição em relação a cada aspecto de seu trabalho organizacional.

Dentre as políticas institucionais de qualidade assistencial e segurança do paciente, estão:

- Política de Gestão da Qualidade;
- Política de Segurança do Paciente;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão Documental;
- Política de Termo de Consentimento;
- Política de Atendimento de pacientes com dignidade, respeitando suas diferenças, particularidades, limitações, crenças e escolhas;
- Política de Comunicação;
- Política de Gestão de Fornecedores de Serviços;
- Política de Gestão Ambiental;
- Política de Gestão de Informação;
- Política de Gestão Financeira.
- Dentre outras que a Organização julgar pertinentes em seu processo de trabalho.

12) Implantação e acompanhamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e dos Protocolos de Segurança do Paciente

Assim, o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e a Segurança do Paciente (SP) não devem ser restritos à Área de Qualidade ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), mas devem ser levados a toda a Organização (desde a alta liderança até todos os profissionais que compõem a organização). Deve haver a valorização da qualidade e da Segurança do Paciente e do ambiente hospitalar como um todo, de forma intrínseca desde a Estratégia da Organização. Sendo assim, o papel da liderança no Processo de Acreditação-ONA é mediar e conduzir as atividades visando ao atendimento dos requisitos da Metodologia, considerando e organizando a relação entre os profissionais, as áreas e os processos.

13) Elaboração de Plano e Programa da Qualidade e de Segurança do Paciente

Planos: os Planos são os desdobramentos das diretrizes das Políticas Institucionais da Organização e constituem as definições operacionais dos protocolos. As Políticas se desdobram em Planos que se desdobram em Programas.

Incluindo Plano de Gestão de Riscos.

Como parte do Programa em desenvolvimento, a instituição deve elaborar/revisar o Perfil Epidemiológico da Unidade de Saúde, de modo a identificar desde aspectos como a localização do hospital, sua área construída, programas assistenciais, perfil e linhas de cuidado, e apresentar o perfil dos pacientes atendidos por: localidade, sexo, faixa etária, clínica/especialidade e patologia.

O Perfil Epidemiológico constitui-se no levantamento de informações a partir dos prontuários dos pacientes (CIDs por exemplo), ainda que seja por amostragem, para organizar os processos internos da instituição.

Em cada Subseção do Manual-ONA responsabiliza-se o Gestor da Área pela identificação do Perfil Epidemiológico da Instituição, devido a centralidade de sua importância no processo de assistência à saúde e consequentemente na Acreditação-ONA.

A Avaliação da ONA irá verificar como é gerenciado a assistência hoje, como é monitorada a assistência e quais as estratégias utilizadas para gerenciar a assistência. Neste sentido, está a descrição do Perfil Epidemiológico, o conhecimento dos dados da realidade da população, dos pacientes atendidos, resultados monitorados em relação ao perfil.

Protocolos Clínicos (Assistenciais): a partir dos elementos identificados no Perfil Epidemiológico, a Organização deverá estruturar os principais Protocolos para atendimento de doenças de maior prevalência e/ou gravidade.

Outras ações de organização dos processos na instituição incluem, como instrumentos fundamentais:

- Realizar Mapeamento do Processo de cada área: Identificação dos processos (exemplo: Administração da Medicação no Paciente). Ferramenta: SIPOC;
- Realizar Mapeamento dos Riscos dos Processos (com identificação e análise dos riscos). Ferramenta: HFMEA.

14) Implantação e acompanhamento de Ferramentas de Gestão da Qualidade, envolvendo as lideranças e os profissionais dos setores

A busca pela melhoria contínua deve ser um objetivo permanente na instituição, no intuito de reconhecer continuamente a situação existente, de forma sistemática e planejada, visando identificar as fragilidades e trabalhar sobre os processos. Inclui realizar continuamente Análises Críticas dos problemas, visando identificar a causa raiz do problema e gerar ações de melhoria.

As creditações trabalham com a busca pela melhoria contínua implementada. Por isso, para a implantação de uma cultura de melhoria contínua, é necessário que a organização escolha

uma ferramenta, para desenvolver a cultura de melhoria contínua. Nesse âmbito o PDCA ou PDSA (cuja ênfase está na fase de Estudo) é muito útil para desenvolver esse processo.

Os processos de melhoria nas Áreas a partir da Ferramenta PDCA estão ancorados na ideia da mudança e mensuração da mudança, no processo de melhoria com medição antes, durante e após o processo, bem como na análise do andamento dos processos, com uso de indicadores, e definição dos principais processos ou questões/dificuldades a serem trabalhados. Nessa perspectiva, trabalha-se os indicadores a partir da especificidade e dos problemas apresentados em cada setor (por exemplo, se apresenta fragilidades em relação à taxa de infecção, ou de LPPs, ou de Quedas, e etc.).

Implantar as Ferramentas de Gestão da Qualidade junto as Lideranças e demais profissionais das Áreas: PDCA, 5 Porquês, Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe).

Implantar Análise de Causa Raíz como base para a proposição de Ações de Melhoria.

Acompanhar Análise de Causa Raíz como base para a proposição de Ações de Melhoria

Devem ser consideradas também a implantação de ferramentas de qualidade na assistência, neste âmbito destacamos: Plano Terapêutico, Saffety Huddle, Rounds Multidisciplinares, Auditorias Clínicas.

A auditoria clínica é uma estratégia importante dentro da governança clínica. Por exemplo seguindo o caminho realizado por um paciente após o atendimento. Ou acompanhamento do paciente em tempo real, verificando as etapas e os processos e a conformidade do atendimento e ajustando. Os Huddles também são formas de verificar o andamento da unidade no dia a dia e corrigir problemas pontuais, e acompanhar o desenvolvimento dos processos assistenciais.

15) Implantação do gerenciamento e tratamento de incidentes e eventos adversos, junto as lideranças do Setor da Qualidade e dos demais setores

Implantar o gerenciamento e tratamento de incidentes e eventos adversos, em interface com a Área da Qualidade e as lideranças das áreas, atuando no gerenciamento e tratativas dos eventos.

16) Implantação e acompanhamento de Metas de Produção e de Indicadores de Qualidade e Desempenho na Unidade de Saúde

Gestão de Metas e Indicadores: medição sistemática dos dados e resultados, com acompanhamento, monitoramento e análise dos resultados dos indicadores do planejamento estratégico para tomada de decisão. Promove a gestão de mudanças e o aprendizado contínuo. O acompanhamento das metas e indicadores no período permite a avaliação contínua da operacionalização da gestão. Esse acompanhamento deve ocorrer por meio de relatórios

periódicos, que deverão monitorar e analisar os resultados das políticas institucionais, tais como: indicadores, auditorias, pesquisas de satisfação, registro de não conformidades, eventos adversos, etc.

17) Implantação e acompanhamento das Comissões Técnicas Hospitalares

18) Realização de novas avaliações periódicas de auditorias nos setores em relação ao andamento do Diagnóstico Organizacional inicialmente realizado, verificando o grau de atendimento aos requisitos do manual da ONA

19) Revisão, estruturação e adequação coletiva e periódica dos processos em relação aos padrões e requisitos do manual da ONA

Os passos estratégicos apresentados visaram consolidar uma proposta de programa para a preparação de instituições públicas de saúde para a acreditação da ONA. Esses passos foram estabelecidos e organizados a partir dos estudos teóricos realizados, mas principalmente por meio das reflexões através da experiência prática do processo de preparação para a acreditação com base nas entrevistas realizadas. Todos os aspectos abordados no plano de ação resultante dessa pesquisa encontram suporte e detalhamento no Manual de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), referência central em todo esse processo.

Como lição fundamental do processo de preparação para acreditação analisado nessa pesquisa reside o fato de que as referências, as recomendações e as trocas de experiência são válidas para ampliar as reflexões e discussões sobre a acreditação nas instituições de saúde. Mas, sobretudo, indicam a necessidade de que esse arcabouço de conhecimentos, técnicas e formas de aplicação da metodologia de acreditação da ONA sejam adaptadas e até reformuladas com base na realidade de cada instituição que se propuser a enfrentar o desafio da acreditação. Entretanto, os princípios abordados e as aplicações sugeridas certamente fornecem instrumentos e caminhos seguros e efetivos, consolidados a partir de fundamentos teóricos e validados através da experiência.

4.4 RESUMO DE RESULTADOS DA PESQUISA

Muitas foram as dificuldades, os avanços e desafios enfrentados no decorrer desse processo de preparação da Unidade de Saúde para a acreditação da ONA, que foram fundamentais para que se pudesse traçar estratégias que tornassem possível direcionar e

redirecionar as rotas, os objetivos e as ações desenvolvidas ao longo desse percurso de organização dos processos visando a acreditação.

Cabe reiterar, conforme já referido, que embora a Unidade não tenha efetivamente realizado o processo de acreditação junto a ONA, ou seja, ainda que não tenha passado pela avaliação externa que é a ONA, todos os passos e processos fundamentais foram construídos e percorridos por toda a equipe ao longo de dois anos de trabalho intenso, entre 2022 e 2023.

Outro ponto que deve ser considerado, já abordado, é que o processo de acreditação de uma Unidade de Saúde é constituído de um conjunto de etapas de organização, do qual a realização do contato com as Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC) é uma das etapas desse processo. Antes que isso ocorra, é necessário que a própria instituição de saúde desenvolva a organização e/ou reestruturação de seus processos visando o alcance da acreditação. E a avaliação em si é, ainda, uma outra etapa, conclusão desse processo de avaliação da organização, que, no entanto, não se encerra com a avaliação em si, visto que a melhoria deve ser uma busca contínua da instituição, assim como a manutenção dos padrões e requisitos da acreditação.

Por questões alheias ao processo de preparação para a acreditação, por decisão do Estado do Amapá por outro modelo de gestão, que culminou com o encerramento do contrato de gerenciamento da Unidade de Saúde pela Organização Social, o processo de preparação da Unidade foi interrompido. No entanto, deixou inúmeros aprendizados, que sendo descritos e analisados nessa pesquisa gerou um conjunto significativo de resultados. Esses resultados foram ao encontro do cumprimento dos objetivos específicos dessa pesquisa.

Um primeiro resultado que deve ser destacado é a percepção dos entrevistados sobre a resistência dos trabalhadores ao processo de acreditação e à necessidade da equipe de promover mudanças nos processos de trabalho. Visto pelos entrevistados em maior ou menor grau, a questão da resistência esteve presente entre os profissionais da equipe de saúde da Unidade, seja devido a uma incompreensão da importância do processo da acreditação, seja pela dificuldade em conciliar o tempo do trabalho, a rotina do dia a dia e os momentos de reflexão sobre os próprios processos e a acreditação. Esse aspecto do contexto dos profissionais frente a proposta da acreditação, conecta-se com o objetivo específico dessa pesquisa, de abordar aspectos e particularidades do cenário nacional e local da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil, trazendo uma visão objetiva e detalhada desse cenário na Unidade abordada.

Um segundo resultado identificado se refere à necessidade de fazer com que a equipe de trabalho compreendesse a importância do processo da acreditação, seja para a melhoria da assistência à saúde prestada aos pacientes, seja para a melhoria do próprio ambiente de trabalho

e para os profissionais da instituição de saúde, pela melhor organização, eficiência e desempenho das ações ali realizadas. Essa importância ia ao encontro do entendimento de que a preparação para a acreditação depende mais da organização dos processos por meio, primeiramente, da decisão e do comprometimento da gestão em desenvolver esse processo dentro da instituição e, em segundo, e tão importante quanto o primeiro, do empenho coletivo de toda a equipe, mais do que de altos investimentos financeiros. Esse segundo resultado relaciona-se com outros objetivos específicos dessa pesquisa, sendo: identificar as motivações, as dificuldades, os desafios, impactos e benefícios enfrentados no início e ao longo do processo de preparação para a acreditação da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa e; evidenciar a necessidade do envolvimento de toda equipe de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, além de pacientes e da comunidade como um todo, para o alcance da acreditação da ONA.

Um terceiro resultado é organização para catalogar a gestão de processos. Essa organização diz respeito ao empenho da equipe de saúde, a partir da condução do Grupo de Trabalho que foi formado para a preparação para o processo de acreditação, para levantar, identificar e trabalhar os processos da Unidade. Essas atividades estavam relacionadas a catalogar a gestão de processos de toda a Unidade, utilizando o Manual da ONA como um guia metodológico e desenvolvendo um plano de ação para desdobrar, implantar e acompanhar todos os padrões e requisitos que estavam sendo trabalhados e adaptados visando o alcance das exigências da metodologia da ONA. Esse resultado representou uma síntese desse estudo, pois teve o propósito de consolidar em um Plano de Ação os principais aspectos, passos e processos estratégicos de um processo de preparação de uma Unidade de Saúde para a acreditação da ONA. Atendeu ao objetivo específico dessa pesquisa, de apresentar uma descrição dos aspectos gerais e críticos de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1 e propor, a partir da própria metodologia da ONA, os passos estratégicos na elaboração de um projeto para acreditação.

Esses resultados foram organizados e serão apresentados no Quadro a seguir:

Quadro 5. Resultados da pesquisa e objetivos específicos

Questão/Resultado da pesquisa	Objetivos específicos
Resistência dos colaboradores ao processo preparação da Unidade para a acreditação ONA e necessidade de conscientização dos colaboradores sobre a ONA	Abordar aspectos e particularidades do cenário nacional e local da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil.
Necessidade de compreensão da equipe de trabalho de que a preparação para a acreditação depende mais da organização dos processos por meio do empenho coletivo do que de altos investimentos financeiros.	Identificar as motivações, as dificuldades, os desafios, impactos e benefícios enfrentados no início e ao longo do processo de preparação para a acreditação da Unidade de Saúde objeto dessa pesquisa.

	Evidenciar a necessidade do envolvimento de toda equipe de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, além de pacientes e da comunidade como um todo, para o alcance da acreditação da ONA.
Organização para catalogar a gestão de processos.	Apresentar uma descrição dos aspectos gerais e críticos de uma proposta/programa para o alcance da Acreditação ONA – nível 1 e propor, a partir da própria metodologia da ONA, os passos estratégicos na elaboração de um projeto para acreditação.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho abordou a questão da implantação de um plano de preparação para a acreditação ONA Nível 1, a partir de um estudo de caso em uma Unidade Hospitalar no município de Macapá, estado do Amapá.

O capítulo 1 apresentou a introdução, a justificativa e os objetivos geral e específicos desta pesquisa.

O capítulo 2 apresentou aspectos conceituais e teóricos do trabalho, buscando contextualizar o desenvolvimento histórico, os conceitos do processo de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e as relações com os estudos da Qualidade e Segurança em Saúde. Abordou as dimensões da qualidade e os fundamentos da gestão em saúde conforme as perspectivas da metodologia da ONA e apresentou e detalhou o cenário e as particularidades da acreditação de instituições públicas de saúde no Brasil.

O capítulo 3 expôs a metodologia do trabalho, que consistiu em uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. Foram apresentados os métodos de pesquisa bibliográfica, estudo de caso, e entrevistas semiestruturadas. O estudo de caso possibilitou a abordagem do processo de acreditação na Unidade Hospitalar selecionada por essa pesquisa. Para aprofundar esse estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que participaram do processo de preparação para a acreditação da ONA na Unidade de Saúde objeto de estudo dessa pesquisa, com o objetivo de compreender a realidade da instituição de a e do entrevistado em relação ao desafio de passar por uma preparação para o processo de acreditação da ONA. Este capítulo metodológico apresentou também uma análise qualitativa das entrevistas realizadas, a partir das respostas obtidas nas entrevistas.

O capítulo 4 trouxe os resultados da pesquisa, sendo que dentre os principais foram destacados:

- A percepção dos entrevistados sobre a resistência dos trabalhadores ao processo de acreditação e à necessidade da equipe de promover mudanças nos processos de trabalho, como um importante obstáculo a ser trabalhado durante o processo de preparação da Unidade para a acreditação;

- A necessidade de fazer com que a equipe de trabalho compreenda a importância do processo da acreditação, seja para a melhoria da assistência à saúde prestada aos pacientes, seja para a melhoria do próprio ambiente de trabalho e para os profissionais da instituição de saúde, pela melhor organização, eficiência e desempenho das ações ali realizadas;

- A organização necessária para catalogar a gestão de processos, que foi resultado de um esforço coletivo de toda a equipe, contando com a condução das lideranças da Unidade de Saúde e com o empenho de todos os profissionais da equipe de saúde, e que resultou na construção de um Plano de Ação, que constituiu um projeto e um programa para a preparação da Unidade de Saúde na organização dos processos de trabalho, rumo a conquista da certificação que é a acreditação da ONA, como uma meta a ser alcançada pela instituição como um todo.

O estudo reforçou a importância e a necessidade da acreditação em saúde como uma importante ferramenta de organização e melhoria dos processos, visando à prestação da assistência à saúde com padrões de qualidade e segurança, como o objetivo central de uma Unidade de Saúde.

Também, a pesquisa destacou os desafios enfrentados a partir do momento em que se decide passar por um processo de acreditação, considerando o conjunto de fatores envolvidos nesse processo, com seus obstáculos e dificuldades, mas, sobretudo, com as lições aprendidas e com o repertório de conhecimentos e de experiências que esse processo possibilitou construir por parte da equipe da Unidade de Saúde que o realizou.

Em suma, o trabalho trouxe um panorama complexo do cenário e das dinâmicas que são inerentes aos processos de mudança em uma instituição, e que principalmente estiveram presentes e foram determinantes durante a implementação de um processo de preparação para a acreditação ONA na Unidade Hospitalar abordada. Relatou-se um processo amplo de mudanças e desenvolvimento institucional, que esperamos que possa ser utilizado como referência para outros estudos e processos, que possam aprofundar esse que é um tema tão importante e que ainda carece de desdobramentos e detalhamentos, para a busca da melhoria dos padrões de qualidade e segurança nas instituições de saúde, sobretudo no Brasil, que é um país com tantas possibilidades e, ainda, tantas iniquidades, com uma história própria e marcada por inúmeros desafios, lutas e conquistas, do qual a acreditação da ONA é, sem dúvida, um pilar estruturante e necessário.

REFERÊNCIAS

AMAPÁ. **O Amapá** – disponível em <https://www.portal.ap.gov.br/#conheca>. Acesso em: 20/11/24. Amapá, 2024;

ANTUNES, Felipe Lacerda; RIBEIRO, José Luis Duarte. **Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC – Brasil. ISSN 1676 - 1901 / Vol. 5/ Num. 1/ Março de 2005. Florianópolis: 2005.

ANTUNES, F. **Implantação do processo de Acreditação baseado no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares da ONA: um estudo de caso em um hospital de grande porte**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BBC News. **Pandemia evidencia que Brasil gasta pouco e mal em saúde pública, diz diretor da OCDE**. Disponível em: <https://tinyurl.com/rd2rwzrv>. Acessado em: 28/10/2022.

BEHRING, E .R. **Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social**. In: et al. Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez, 2012. BRASIL.

BERTO, Andreia Maria. **Uma teoria substantiva acerca da acreditação hospitalar em um hospital público**. Andreia Maria Berto; orientador Rolf Hermann Erdmann, 2018 518p. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Consulta Tipos de Estabelecimentos. Brasília: MS/CNES, 2024. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1600302020653&VListar=1&VEstado=16&VMun=1600302. Acesso em: 20 nov. 2024;

_____. **Conferência Nacional de Saúde**. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986;

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado federal: Centro Gráfico, 1988;

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: 1998;

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília: 1990;

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Rev. Saúde Pública. v. 38, n.2, p.335. 2004;

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado**. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). 2829 Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001103;

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA**. Dissertação Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG. 2008;

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acessado em: 28/10/2022;

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Painel CONASS Covid-19**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acessado em: 28/10/2022;

_____. **Covid-19 expõe competências e fragilidades das parcerias entre setor público e sociedade civil**. Publicado em 07 de maio de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/covid-19-expoe-competencias-e-fragilidades-das-parcerias-entre-setor-publico-e-sociedade-civil/>. Acesso em: 05 de julho de 2024;

CORREIA, M.V.C., SANTOS, V.M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais em questão. In: Bravo MIS, et al. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2015;

CRUZ, Péricles Góes da. (Coord.) **Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde – OPSS: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação ONA 2022** / Coordenação Científica: Péricles Góes da Cruz; Gilvane Lolato. Edição especial. – Brasília: ONA, 2021;

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paul Enferm, v. 18, n. 2, 2005, p.213-219;

FRANCISCATTO, Luisa; BESSOW, Camila Karsburg; RUZCZYK, Juliana Vasconcelos de Abreu; OLIVEIRA, Marina Amaral de; KLUCK, Mariza Machado. **Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário**. Rev HCPA/UFRGS. 2011;31(4). 2011.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. Quarta edição. São Paulo: Atlas, 1994; GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, A. M. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004. 199p.;

GONÇALVES, Márcio Augusto; INDELICATO ZAC, Jaime; APARECIDA DE AMORIM, Cyntia **Gestão Estratégica Hospitalar: Aplicação de Custos na Saúde**. Revista de Administração FACES Journal, vol. 8, núm. 4, outubro-diciembre, 2009, pp. 161-179;

IBGH, Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar. **Plano de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Unidade Assistencial-Anexo/HE – Contrato de Gestão nº002/2022/SESA/AP**. Goiânia, 2022.

SESA/AP, Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. **Contrato de Gestão nº002/2022/SESA/AP**, firmado com Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH), para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Unidade Assistencial-Anexo/HE. Amapá, 2022;

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century**. 2001;

INSTITUTO DE ENERGIA E AMBIENTE – Universidade de São Paulo. **Entenda a diferença entre acreditação e certificação**. Disponível em: <https://www.iee.usp.br/noticia/inmetro-entenda-a-diferenca-entre-acreditacao-e-certificacao/#acreditacao>. Acesso em: 08 de julho de 2024;

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009;

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. D. R. **Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde**. Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 2, p. 388-94, 2012;

MANZO, Bruna F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, Marília. **Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar**. Rev. Bras. Enferm. 66 (1). Fev 2013. 2013;

MARQUES, Liane Freitas e SILVA, Mônica de Aguiar Mac-Allister. **A Gestão de Pessoas na Acreditação Hospitalar. I Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**. 13 a 15 de junho de 2007. Natal/RN: 2007.

NOVAES, Humberto Moraes de. **História da acreditação hospitalar na América Latina – O caso Brasil**. V.12 n.14. 2015. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693>>. Acesso em: 15 de junho de 2024;

OLIVEIRA, Martha *et al*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar**. Martha Oliveira ... [et al.]. – Rio de Janeiro: ANS, 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **O que é a Acreditação**. 2024. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>. Acesso em: 15 de março de 2024;

_____. 6. Legado. 2019. Disponível em: <https://www.ona.org.br/20anos/legado/>. Acesso em: 15 de março de 2024;

_____. 4. Evolução em níveis. 2019. Disponível em: <https://www.ona.org.br/20anos/evolucao-em-niveis/>. Acesso em: 15 de junho de 2024;

_____. Notícias - ONA celebra 25 anos e premia 74 instituições de saúde no Brasil por Acreditação. 2024. Disponível em: <https://www.ona.org.br/noticias/ona-celebra-25-anos-e-premia-74-instituicoes-de-saude-no-brasil-por-acreditacao>. Acesso em: 15 de março de 2025;

_____. **ANS aprova primeiro Manual de Acreditação de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.** 2010. Disponível em <<https://www.ona.org.br/Noticia/66/ANS-aprova-primeiro-Manual-de-Acreditacao-de-Programas-de-Promocao-da-Saude-e-Prevencao-de-Riscos-e-Doencas>>. Acesso em: 17 de junho de 2024;

_____. **Manual Brasileiro de Acreditação.** Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS – versão 202-2026. -- São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2021. PEDROSO, Marcelo Caldeira. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde** [tese]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 423p.

PEIXOTO, T.C.; BRITO, M.J.M.; SANTANA, L.C. **Gestão de Pessoas em uma Unidade Pediátrica na Perspectiva do Diagnóstico ONA e de Profissionais.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [on-line], v. 14, n. 4, p. 893-902, dez. 2012.

PELOSO, Renan Moraes et al. O uso generalizado de máscaras faciais durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e6089108576-e6089108576, 2020.

QUINTO, N.A.; BITTAR, O.J.N.V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Dacasa; 2004;

QUINTO, N. A.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde.** Porto Alegre: Da casa; 1997;
ROQUETE, Fátima Ferreira; SANTOS, Gláucia Maria Miranda Quaresma dos; VIANA, Sônia Maria Nunes. **Benefícios e desafios da acreditação hospitalar no brasil: uma revisão integrativa de literatura.** XII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Tema 2015: Otimização de Recursos e Desenvolvimento. Resende/RJ: 2015;

RUGGIERO, André Minervino. **A jornada da acreditação: série 20 anos.** / Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. São Paulo: ONA, 2021;

SALCI, Maria Aparecida; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. **Avaliação no Sistema de Saúde Brasileiro.** Revista Cienc Cuid Saude, 2018 Abr-Jun 17(2): 2018;

SANTOS, Saulo e FRANÇA, Sérgio. **Modelo de autoavaliação com enfoque em gestão de pessoas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.** Universidade Federal Fluminense. 2016;

SEABRA, Sandra Abrantes Krug. **Acreditação em organizações hospitalares.** / Sandra Abrantes Krug Seabra. – Porto Alegre, 2007;

SIMAN, Andréia Guerra, CUNHA, Simone Grazielle Silva, MARTINS, Erick Siman e BRITO, Maria José Menezes. REME Rev Min Enferm. **Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar.** 2015.

VALOR. **Processos por erro médico crescem 506% em um ano no Brasil.** 17/02/2025. Disponível em: <https://valor.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2025/02/17/processos-por-erro-medico-crescem-506-em-um-ano-no-brasil.ghhtml>. Acesso em: 15/03/2025.

VINCENT, Charles; AMALBERTI, Rene. **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado** / Charles Vincent e Rene Almaberti. Rio de Janeiro, 2016;

VLIET, Ellen Joan van; STEWART, Jacqui; ENGEL, Carsten. **Clarifying the concept of external evaluation**. International Society for Quality in Health Care (ISQua). Dublin 2. ISBN: 978-0-9955479-1-9. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa O PROCESSO DE PREPARAÇÃO NA BUSCA PELA ACREDITAÇÃO ONA EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MACAPÁ/AP sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) GERALDO ADÃO LAMOUNIER JÚNIOR, sob a orientação do professor Dr. Rafael Henrique Dias Manzi.

Nesta pesquisa propomos a análise dos desafios, das ações e ferramentas utilizadas para o desenvolvimento de uma visão e implementação de um plano que visou a preparação para alcançar a Acreditação da ONA (nível 1) em uma unidade de saúde pública, Unidade Assistencial-Anexo/HE, durante o gerenciamento realizado por Organização Social na cidade de Macapá (Amapá) durante o período 2022-2023.

Na sua participação você responderá a uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e analisada sem a identificação do respondente. Os resultados da pesquisa serão publicados para fins exclusivamente acadêmicos e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Além disso, você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: GERALDO ADÃO LAMOUNIER JÚNIOR, mestrando em Administração na UNIALFA, pelo telefone (062) 9682-6369.

Goiânia, 19 de fevereiro de 2025.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome:

RG:

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Nome Completo do Entrevistado:

Função na Unidade de Saúde:

Data e Horário da Entrevista:

Descrição: Esse roteiro é composto de perguntas abertas que foram elaboradas para abordar as percepções, experiências e os desafios dos profissionais de saúde envolvidos no processo de preparação para a acreditação ONA em uma instituição pública de saúde, gerenciada por Organização Social de Saúde, visando levantar obter informações qualitativas que possam auxiliar na compreensão da complexidade desse processo e na identificação de passos estratégicos fundamentais ao processo de acreditação.

1. Motivações e desafios iniciais:

- Quais motivos levaram o hospital a buscar a acreditação ONA – Nível 1?
- Quais foram as dificuldades e os desafios enfrentados no processo de preparação para a acreditação?

2. Papel da Qualidade e Segurança na metodologia de acreditação da ONA:

- Como os profissionais, incluindo você entrevistado, se aproximaram e se apropriaram do processo de acreditação da ONA?
- Como você entende as relações entre a Acreditação ONA e os estudos e as práticas de Qualidade e Segurança em Saúde?

3. Contexto das instituições de saúde públicas na adequação aos padrões e requisitos da ONA:

- Quais os fatores e as particularidades percebidas na realidade da Unidade de Saúde enquanto instituição pública que foram diagnosticadas no processo de preparação para a acreditação?
- Quais foram os principais ajustes necessários para adequar os processos da instituição aos padrões exigidos pela ONA? Houve alguma resistência por parte dos profissionais?

4. Papel da Gestão, da Liderança e das Equipes nas ações de preparação da Unidade de Saúde:

- Quais foram as principais ações estruturais por parte do hospital no processo de preparação para a acreditação?
- Como foi organizada a equipe de trabalho e quais as parceiras desenvolvidas para o processo de preparação da ONA?
- Qual o papel, a importância e as contribuições da liderança da Organização para o sucesso da iniciativa?
- Como foi o processo de revisão e atualização da documentação da instituição (processos, políticas, protocolos, normas e rotinas) para atender aos requisitos da acreditação ONA? Quais foram os principais desafios encontrados nesse processo e como foram superados?
- Como foi o processo de envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional na preparação para a acreditação? Quais estratégias de mobilização e capacitação utilizadas?
- Quais foram os principais aprendizados obtidos ao longo do processo de preparação? Quais os principais desafios que persistiram no processo e como se pretendeu superá-los?

5. Impactos na assistência ao paciente e na cultura organizacional e aprendizados e desafios contínuos:

- Quais foram os principais impactos, benefícios e melhorias diretas na qualidade da assistência ao paciente do processo de preparação para a acreditação?
- Como a busca pela acreditação contribuiu para a mudança da cultura organizacional da instituição? Quais valores e comportamentos foram reforçados?

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

ENTREVISTADO 1

Função na Unidade de Saúde: Gerente de Monitoramento de Metas

Data e Horário da Entrevista: 17/02/2025 – 16h40

Duração da Entrevista: 15min.56seg.

Entrevistador/Pergunta 1: Quais motivos levaram o hospital a buscar a acreditação ONA nível 1?

Entrevistado/Resposta: Bom é em primeiro lugar há de se considerar que a acreditação no nível um para o hospital era uma obrigação contratual, mas independente dessa obrigação contratual a gestão do hospital é que queria a organização dos processos técnicos administrativos gerenciais e a acreditação é um instrumento e uma estratégia eficaz na organização desses processos.

Entrevistador/Pergunta 2: Quais foram as dificuldades e os desafios enfrentados no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Bom eu acho que os grandes desafios são relacionados aos recursos humanos né do hospital da dificuldade que eles tinham de estar absorvendo essas questões, verificando o quanto era importante, e a própria questão de acreditar, ou seja, de partir para uma gestão com qualidade. As pessoas tinham dificuldade nesse sentido, ou seja, aí tinha os trabalhos pontuais ou apagar fogueiras e não se pensava naquele momento eles não conseguiam entender a importância que teria para se organizar os processos e, também, além dos processos, dentro do próprio hospital tinha se trabalhar também com a questão dos fornecedores, dos terceirizados, toda essa organização.

Entrevistador/Pergunta 3: Como os profissionais incluindo você entrevistado se aproximaram e se apropriaram do processo de acreditação da ONA?

Entrevistado/Resposta: Bom a gente se aproximou porque foi criado um grupo, não é, um grupo dentro da gestão, pra tá trabalhando através do manual da própria ONA. A gente se aproximou, criou um grupo, trabalhava as diretrizes, os princípios, trabalhamos muito com o diretor assistencial na época a diretoria assistencial. Nesse sentido que a gente se aproximou, para poder mesmo estar organizando os processos.

Entrevistador: Você já conhecia o processo da ONA?

Entrevistado/Resposta: Já trabalhei com ele em hospitais de Goiânia.

Entrevistador: Outros profissionais desse grupo que você referiu já conheciam o trabalho da ONA?

Entrevistado/Resposta: Conhecia, principalmente o diretor técnico e a diretoria assistencial.

Entrevistador/Pergunta 4: Como você entende as relações entre a acreditação da ONA e os estudos e as práticas de qualidade e segurança em saúde, você vê que tem alguma relação entre a acreditação e a qualidade e segurança em saúde?

Entrevistado/Resposta: Tem toda a relação, porque quando você organiza os processos, sejam os processos relacionados à farmácia, você vai trabalhar a segurança, né, a segurança a padronização dos medicamentos, como que você vai estar trabalhando a articulação da farmácia com a área de enfermagem. Se você está trabalhando também a segurança do paciente, você vai estar trabalhando esses princípios. Se você está trabalhando a higiene limpeza, como é que você trabalha higiene e limpeza? quais são os insumos padronizados? Como que é realizada a higiene limpeza? por exemplo, isso tudo tem ligação com a ONA.

Entrevistador/Pergunta 5: Quais os fatores e as particularidades percebidas na realidade da unidade de saúde enquanto uma instituição pública que foram diagnosticadas no processo de preparação para acreditação da ONA, que fatores que eram específicos dessa instituição por ser uma instituição pública?

Entrevistado/Resposta: É como eu já referi, acho que os fatores são importantes e prioritários eram trabalhar a gestão de pessoas voltadas para a importância que tinha a acreditação hospitalar, os processos administrativos, técnicos, gerenciais, voltados para ONA. Como ele já estava numa gestão com um modelo de parceria no modelo de organização social, ele já estava mais voltado pra esses processos da qualidade, e indiretamente os processos exigidos para acreditação hospitalar. Eu acho que isso aí favoreceu muito, uma instituição pública, porém com gerenciamento por organização social.

Entrevistador/Pergunta 6: Quais foram os principais ajustes necessários para adequar os processos da instituição aos padrões exigidos pela ONA e também se houve alguma resistência por parte dos profissionais para a realização desses ajustes?

Entrevistado/Resposta: Bom, eu acho que os principais ajustes foram das questões administrativas em geral, né, nas questões técnicas e prioritariamente, eu acho, que ajustes na questão dos recursos humanos mesmo, porque não é que existe a resistência, mas como eu já coloquei, eles têm o dia a dia do hospital, né, você não vai parar: 'a nós vamos fazer acreditação, agora a gente para qualquer outro processo', então eles querem apagar o fogo do dia a dia, a rotina do dia a dia, é neste sentido, mas eu acho que, não é que existiu resistência como eu já coloquei, eu acho que as dificuldades mesmo do dia a dia e tem aquele momento de reflexão para trabalhar a organização dos processos.

Entrevistador/Pergunta 7: Quais foram as principais ações estruturais por parte do hospital no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Bom, eu acho que é formar esse grupo, né, que existiu, acho que o principal processo foi formar o grupo. Dentro do grupo, trabalhar com a área da diretoria geral, da diretoria técnica, diretoria assistencial, o grupo de monitoramento do próprio contrato de gestão da organização social. As reuniões, que eram semanais,

para estar organizando, verificando em que ponto que tinha avançado, a organização que precisava, a reorganização que precisava ser efetuada.

Entrevistador: Tinha alguma questão ligada a infraestrutura que fosse importante? Algum ajuste que fosse necessário fazer em relação à infraestrutura?

Entrevistado/Resposta: Acho que era muito importante a questão dos alvarás necessários, das licenças da vigilância sanitária, inclusive algumas questões estruturais do próprio hospital que precisavam ser adequadas, a questão de almoxarifado mesmo, eu me lembro que teve que trabalhar uma adequação para isso.

Entrevistador/Pergunta 8: Como foi organizada a equipe de trabalho e quais as parcerias desenvolvidas por processo de acreditação da ONA, você referiu o grupo né, eu acho que esse foi uma das estratégias da organização da equipe, mas houveram outras e quais as parcerias que foram estabelecidas nesse grupo, teve consultoria de algum outro profissional ou vocês uniram com outras áreas da instituição?

Entrevistado/Resposta: Bom, eu acho que a gente teve a parceria fundamental, foi o grupo de qualidade da organização social, que ele trabalhou mesmo como prioridade para ele a questão da ONA e a criação do próprio grupo que foi sendo trabalhado. E foi feito uma parceria com o grupo da educação da organização social, educação e em saúde inclusive.

Entrevistador/Pergunta 9: Qual o papel, a importância e as contribuições da liderança da organização para o sucesso da iniciativa?

Entrevistado/Resposta: Bom, isso foi fundamental porque se não existisse aquela questão da governança, aquela questão da decisão política da instituição, o trabalho não fluía. Então a organização social definiu que a acreditação ONA, além de ser uma obrigação contratual, era uma questão fundamental para a reorganização da assistência no hospital. Então, foi uma questão de definição da liderança mesmo da organização social.

Entrevistador/Pergunta 10: Como foi o processo de revisão e atualização da documentação da instituição processos políticas protocolos normas rotinas para atender aos requisitos da acreditação da ONA? quais foram os principais desafios encontrados nesse processo e como eles foram superados?

Entrevistado/Resposta: Bom, como eu já coloquei, foi colocado, foi referido, foi criado um grupo, esse grupo trabalhou com o próprio manual da acreditação, listando por áreas, por componentes de ação, trabalhando com as áreas área da assistência, área da enfermagem, área da farmácia, foram chamados os prestadores terceirizados, principalmente lavanderia, limpeza e higiene, para também ver se eles estavam adequados ao que os manuais da própria ONA referiam como necessidade. E os desafios, eu acho que é bem o que a gente já colocou, as dificuldades que a gente tinha às vezes na entrega do trabalho, mas foi bem é proveitoso os recursos humanos a gestão foi se engajando no processo e foi resolvendo.

Entrevistador: Está se encaminhando já para a parte final, são mais algumas questões.

Entrevistador/Pergunta 11: Como foi o processo de envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional na preparação para acreditação quais as estratégias de mobilização e capacitação utilizadas?

Entrevistado/Resposta: Bom, a estratégia, bem definida foi a diretoria assistencial que assumiu, né, digo, multiassistencial, que assumiu esse processo junto com a diretoria técnica, e os profissionais se envolveram, fisioterapia Assistente Social, Fonoaudiologia, eles foram desenvolvendo dentro do processo com engajamento da diretoria assistencial.

Entrevistador/Pergunta 12: Quais foram os principais aprendizados obtidos ao longo do processo de preparação e quais foram os principais desafios, a gente já falou bastante sobre isso, que persistiram no processo e como se pretendeu superá-los, eu acho que é uma questão dos aprendizados mesmo nessa questão?

Entrevistado/Resposta: Eu acho que os principais aprendizados e benefícios mesmo é organização com acreditação, na verdade ela é uma estratégia de organização, era uma estratégia de organização da unidade, então o aprendizado é esse, como se organizar, como trabalhar em equipe, como melhorar os processos?

Entrevistador/Pergunta 13: Quais foram os principais impactos benefícios melhorias diretas na qualidade da assistência ao paciente? Vocês conseguiram pensar sobre essa questão como que estava chegando diretamente na assistência?

Entrevistado/Resposta: Bom, eu acho que nos processos que foram reestruturados e isso aí impactou diretamente na assistência. Quando você reestrutura o processo, por exemplo, do serviço de farmácia ou de um outro serviço, isso reflete na assistência ao paciente. A própria questão da gestão da clínica, a gestão de leitos que eram realizados com a diretoria técnica, com a diretoria assistencial, com áreas de enfermagem. A própria sistematização da assistência de enfermagem, que foi reorganizada, tudo isso impacta na assistência direta ao paciente.

Entrevistador/Pergunta 14: Só para a gente finalizar, então, a última questão. Como a busca para acreditar pela acreditação contribuiu para a mudança da cultura organizacional da instituição? Quais valores e comportamentos foram reforçados em relação à cultura organizacional?

Entrevistado/Resposta: Bom, em relação à cultura... Que é muito importante, é claro, você estar resolvendo os problemas da assistência propriamente dita, do dia a dia. Mas eu acho, que o que ficou mais importante foi: o quanto é importante o planejamento, não é?! Então, você tem que ter momentos, porque eu sei que a assistência, às vezes chama para a questão da rotina do dia a dia, mas mostrou para nós o quanto era importante o planejamento em saúde.

Entrevistador: Tem alguma coisa que você queira acrescentar que não foi perguntado ou você acha que a gente passou pelos temas principais tem alguma coisa que ficou pendente que você gostaria de falar?

Entrevistado: Eu acho que é, a cooperação mesmo de equipe, né, porque quando você vai trabalhar ONA, é toda a equipe se envolvendo, e a área de gestão de pessoas, que é muito importante, é a diretoria, a própria liderança da organização social que se envolve porque ela que tem governança nesse processo.

Entrevistador: Tá certo, então agradeço a sua participação e a gente encerra então a Entrevista por aqui. Boa tarde.

ENTREVISTA 2

ENTREVISTADO 2

Função na Unidade de Saúde: Coordenador de Monitoramento de Metas

Data e Horário da Entrevista: 17/02/2025 – 20h

Duração da Entrevista: 23min.48seg.

Entrevistador/Pergunta 1: Quais motivos levaram o hospital a buscar a acreditação ONA?

Entrevistado/Resposta: A acreditação da ONA já era uma questão prevista no contrato de gerenciamento da unidade de saúde, daquela unidade de saúde, então esse foi o primeiro motivo. Um outro motivo é que a direção da instituição que estava fazendo esse gerenciamento tinha também esse propósito de realizar acreditação da ONA nessa unidade de saúde que estava sendo gerenciada.

Entrevistador/Pergunta 2: Quais foram as dificuldades e os desafios enfrentados no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Bom eu acho que as dificuldades, uma primeira dificuldade é que o processo da ONA é um processo complexo, não é? O processo de acreditação é um processo complexo que envolve a instituição como um todo, envolve todos os processos que são desenvolvidos na unidade de saúde então é um processo amplo, não é, que vai é envolver também todos os profissionais, vai envolver a todas as relações que essa unidade de saúde traça com outros atores né, como fornecedores, prestadores de serviço, então é um processo amplo eu acho que essa é a primeira grande dificuldade é uma outra dificuldade é justamente traçar estratégias para desenvolver esse processo de preparação, não é? Então, envolver a equipe como um todo e também a demanda de trabalho, conciliar na verdade a demanda de trabalho, o trabalho cotidiano na unidade com o trabalho de preparação para ONA que é um trabalho que ele é de certa forma adicional ao trabalho que já é realizado na unidade e que vai demandar um esforço um compromisso de todos os profissionais. Então eu acho que é isso e o desafio principal eu vejo que é a ONA é vista como um desafio, passar pela acreditação é um desafio para a instituição justamente porque vai envolver uma revisão de todos os processos e a compreensão da realidade onde a unidade está inserida, do perfil de atendimento daquela unidade, enfim uma série de aspectos que vai demandar dos profissionais, e por isso também acho que a acreditação é vista como um desafio, não é, para as instituições de saúde.

Entrevistador/Pergunta 3: Como os profissionais, incluindo você, se apropriaram do processo de acreditação da ONA?

Entrevistado/Resposta: Bom, um instrumento fundamental para conhecer o entender o processo de acreditação da ONA é o manual de acreditação da própria Organização Nacional de Acreditação da ONA. Ali ele tem todos os requisitos todos os padrões, formas de sugestão e forma de evidência de cada processo que é pedido ali. Então

eu acho que esse é um material fundamental e também as próprias normas operacionais e a norma de avaliação da ONA que é disponibilizada no site próprio, site que é um portal que contém também diversas informações sobre o processo da ONA, além de trabalhos acadêmicos relacionados ao tema, não é, eu acho que são boas fontes de pesquisa e a equipe se apropriou desses materiais, através da leitura, da análise e da discussão coletiva também desses materiais, achei dessa forma.

Entrevistador/Pergunta 4: Como você entende as relações entre a acreditação ONA e os estudos e as práticas de qualidade e segurança em saúde?

Entrevistado/Resposta: É, o primeiro nível da ONA, que é o nível 1, é justamente um nível que vai avaliar aspectos ligados à qualidade e segurança do paciente e da instituição de saúde, é... e também os estudos da qualidade e os estudos da acreditação, eles estão muito ligados. A acreditação foi desenvolvida em grande parte a partir dos estudos da qualidade, não é, que pretendiam investigar as relações entre o desempenho das unidades de saúde e a forma como os processos são desenvolvidos. Então, é isso, então esse é um nível inicial do processo de acreditação, de qualidade de segurança justamente, vai verificar como que esses atributos da qualidade da segurança vão estar presentes nos diferentes processos da unidade.

Entrevistador/Pergunta 5: Quais os fatores e as particularidades percebidas na realidade da unidade de saúde enquanto instituição pública que foram diagnosticadas no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Bom, apesar de ser uma instituição pública de saúde ela era gerenciada por uma organização social, então essas questões da qualidade segurança e também a estruturação dos processos, essa organização dos processos já era um objetivo e já era na verdade uma realidade do trabalho desenvolvido pela instituição, não é. Questões presentes mesmo no trabalho institucional, então isso já estava bem avançado no trabalho. Por exemplo, aspectos como as políticas, o desenvolvimento das políticas institucionais isso já era bem avançado na organização, a questão de regimentos, tanto dos serviços quanto da própria unidade de saúde, manuais, protocolos, todo esse arcabouço técnico já era bem avançado, não é, assim como processos de monitoramento e de avaliação de indicadores. Tudo isso já fazia parte do processo de trabalho da instituição.

Entrevistador/Pergunta 6: Quais foram os principais ajustes necessários para adequar os processos da instituição aos padrões exigidos pela ONA e houve alguma resistência por parte dos profissionais?

Entrevistado/Resposta: Bom, uma primeira ação fundamental foi a formação de um grupo de trabalho voltado justamente para desenvolver o processo de preparação da unidade para acreditação. Esse grupo se reunia periodicamente, discutia todos os processos, tudo o que ia ser feito para desenvolver, para chegar nessa meta, nesse objetivo de realizar a acreditação. Foi feito também uma revisão do planejamento estratégico da instituição, pensando justamente na questão da qualidade de segurança do paciente, pensando na acreditação como uma meta para ser desenvolvida e desdobrada dentro da instituição e foram feitas ações de revisão também dos documentos, dos protocolos, dos manuais, dos regimentos, todo o

arcabouço técnico foi revisado pensando em contemplar e em atender os requisitos e os padrões da ONA. Acho que foram essas as principais ações de ajuste.

Entrevistador/Pergunta 7: Quais foram as principais ações estruturais por parte do hospital no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Hã, tá, eu estava falando na verdade então também dos ajustes né, na questão anterior era em relação aos ajustes, eu estava falando das ações não é?!

Entrevistador/Pergunta: E se houve alguma resistência dos profissionais das diferentes áreas, qual foi a preparação multiprofissional, interdisciplinar, dentro das áreas, para que fosse adequado esse trabalho ao trabalho da implantação da ONA no hospital?

Entrevistado/Resposta: Tá bom, na questão anterior então é a questão dos ajustes e se teve alguma resistência, bom, como eu falei, eu acho que as ações foram visando os ajustes, não é, promover ajustes nos fluxos, nos processos, nos documentos, então esses ajustes aconteceram nas adequações em relação à estrutura física também que fossem necessárias, que foram levantadas, e se houve alguma resistência por parte dos profissionais, não, não houve resistência, os profissionais na verdade eles estavam bem engajados, né, acho que o principal desafio é realmente conseguir organizar o processo, organizar o tempo de trabalho e compreender a importância que tem o tempo de estudo do material, de estudo do manual, o tempo que vai se gastar também para repensar os processos, não é, fazer oficinas para desenvolver os materiais coletivamente, então acho que essas são questões importantes, mas não resistência, são desafios mesmo de trabalhar a acreditação dentro da unidade de saúde.

Entrevistador/Pergunta 8: Como foi organizada a equipe de trabalho e quais as parcerias desenvolvidas para o processo de preparação da ONA?

Entrevistado/Resposta: Como eu falei, foi formado um grupo de trabalho voltado especificamente para desenvolver os processos de preparação da unidade para acreditação e esse grupo era composto por profissionais prioritariamente da área da qualidade, porque justamente é uma área fundamental para o processo de acreditação, não é, a área central, é a área que vai de alguma forma conduzir e amarrar os processos, mas também era composto por profissionais da área de monitoramento de metas, que é a área voltada para trabalhar com os indicadores e com as metas da unidade de saúde, metas essas que eram previstas em contrato, mas também outros indicadores e outras metas, traçadas do ponto de vista da instituição, e inclusive a acreditação como uma meta e também indicadores dos setores, indicadores de monitoramento dos processos de trabalho e, também, composto por profissionais da área de educação, que era um braço muito importante, esse braço educacional justamente para desenvolver os profissionais, capacitar e qualificar os profissionais e, com isso também, desenvolver os processos né, os documentos, os manuais e os próprios processos de trabalho em si.

Entrevistador/Pergunta 9: Qual o papel, a importância e as contribuições da liderança da organização para o sucesso da iniciativa?

Entrevistado/Resposta: A liderança é fundamental, a importância da liderança primeiro para entender a importância da acreditação, é importante que a liderança compreenda porque todo o trabalho vai partir da liderança, nesse sentido, de conduzir o trabalho de difundir mesmo a importância do trabalho dentro da instituição e para a instituição e, também, as contribuições, é, bom, são as lideranças que vão também conduzir esses processos nas diferentes áreas, é por meio da liderança que esse processo vai sendo desdobrado em cada profissional da instituição, em cada área da instituição. Então, a liderança é fundamental tanto para conduzir quanto para desdobrar esse trabalho.

Entrevistador/Pergunta 10: Como foi o processo de revisão e atualização da documentação da instituição (processos, políticas, protocolos, normas e rotinas) para atender os requisitos da acreditação ONA? Quais foram os principais desafios encontrados neste processo e como foram superados?

Entrevistado/Resposta: Foi criado um grupo de trabalho, não é, repetindo isso mais uma vez, e esse grupo de trabalho estruturou um plano de ação, um plano de ação a partir do manual da ONA e um plano de ação dividido em diferentes áreas que contemplava todo o trabalho da instituição. Então, tinha desde as áreas assistenciais até as áreas logísticas, a área médica, as áreas de apoio, desdobrado em diferentes áreas esse plano de ação. E cada área tinha que desdobrar, era desdobrado também diferentes requisitos dentro desse plano de ação. Então, esse era um grande norte do processo e a partir desse plano de ação também se tinha, os manuais, os documentos, os processos e tudo o que precisava ser revisado ou também construído quando era o caso, quando a instituição não tinha algum processo ou não tinha algum processo definido da maneira como estava sendo proposto no manual. Então, esse trabalho era contido dentro desse plano de ação e isso era desenvolvido por alguns dos profissionais do grupo. Os desafios, os desafios enfrentados nesse processo, é que são muitos materiais, são muitas áreas, são muitos processos para serem trabalhados, esse é o principal desafio, não é, organizar esse trabalho dentro de cada área, organizar as auditorias, o levantamento dessa documentação, depois, a análise, o processo de revisão, a verificação se atende aos requisitos que estão sendo pedidos dentro do manual. Então, todo esse trabalho é um desafio importante.

Entrevistador/Pergunta 11: Como foi o processo de envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional na preparação para acreditação? Quais as estratégias de mobilização e capacitação utilizadas?

Entrevistado/Resposta: O trabalho da equipe multiprofissional foi fundamental porque a equipe multiprofissional são os profissionais de todas as áreas que estão atuando nas diferentes áreas diretamente no contato com os pacientes, com os usuários, os visitantes, acompanhantes, são eles que estão diretamente ali, no dia a dia, no processo do cuidado. Então, o envolvimento da equipe multiprofissional é fundamental e as estratégias de mobilização e capacitação foram justamente, a partir desse desdobramento que eu citei, que as lideranças faziam, né, o trabalho das lideranças

sendo atuantes no desdobramento do que era definido pelo grupo de trabalho. Então, os processos que precisavam ser mapeados, até as capacitações que precisavam ser feitas em relação aos diferentes temas relacionados à acreditação. Então, tudo isso era definido no grupo de trabalho e depois desdobrado pelas lideranças com o apoio do grupo de educação que eu falei, que era um braço importante que estava também diretamente atuante no grupo de trabalho da acreditação.

Entrevistador/Pergunta 12: Quais foram os principais aprendizados obtidos ao longo do processo de preparação? Quais os principais desafios que persistiram no processo e como se pretendeu superá-los?

Entrevistado/Resposta: Eu acho que os principais aprendizados foi justamente conseguir pensar e sistematizar uma proposta, um programa, um plano de ação para o processo de preparação para ONA, não é? Então organizar o grupo de trabalho, fazer as reuniões periódicas desse grupo, o estudo do manual e de outras referências técnicas para o processo, a revisão das documentações, dos fluxos, dos processos de trabalho, a construção coletiva, a discussão com os profissionais, esse trabalho das lideranças de capacitação e depois desdobramento desses processos na unidade, eu acho que tudo isso foi um grande aprendizado essa construção desse plano mesmo e desse acompanhamento desse plano, de um ponto de partida do início utilizando o manual e os requisitos tentando é contemplar os requisitos e os padrões da ONA e disso sendo desdobrado na prática, eu acho que esse foi o maior aprendizado para todos que participaram do grupo (...) não só do grupo, mas de todos que participaram do grupo e do processo como um todo na unidade de saúde.

Entrevistador/Pergunta 13: Quais foram os principais impactos benefícios e melhorias diretas na qualidade da assistência ao paciente do processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Eu acredito que o principal impacto para os pacientes, os benefícios, não é, diretamente na assistência, estão relacionados com a organização dos processos e com a implantação de novos procedimentos, novos processos de trabalho. Por exemplo, relacionado ao *Huddle*, que é uma reunião feita diariamente no início dos plantões e no final dos plantões, uma reunião diária da equipe para levantar todos os problemas da unidade de saúde. Isso foi implantado durante o processo de preparação para ONA. De outro modo, também, o treinamento e a revisão das políticas institucionais, do plano de segurança do paciente, dos protocolos de segurança do paciente, tudo isso impactando diretamente na melhoria da assistência e, também, outras ações da área de qualidade, como o gerenciamento e tratamento de eventos e incidentes dentro da instituição, o desenvolvimento de planos de ação setoriais para resolver questões e problemas dentro dos processos de trabalho, as visitas multidisciplinares à beira leito para analisar o caso dos pacientes, tudo isso como ações implantadas ou revisadas e aperfeiçoadas durante o processo de preparação para acreditação.

Entrevistador/Pergunta 14: Como a busca pela acreditação contribuiu para a mudança da cultura organização organizacional da instituição e quais os valores e comportamentos foram reforçados?

Entrevistado/Resposta: Contribuiu para compreensão do que seja a o processo de acreditação dentro da unidade de saúde, a compreensão por parte dos profissionais contribuiu no sentido desses processos que eu referi, que foram implantados ou revisados, então tudo isso trouxe uma mudança na cultura da organização, ainda que muito inicial ainda que muito durante o processo de preparação, então junto com o trabalho desenvolvido diariamente na unidade, mas ainda assim, com certeza provocou mudanças na cultura. E os valores dos comportamentos reforçados, eu acho que essa busca pela melhoria constante, a reflexão sobre os próprios processos de trabalho, a importância de buscar a melhoria continuamente, eu acho que é isso, são os principais benefícios e aprendizados também do processo.

ENTREVISTA 3

ENTREVISTADO 3

Função na Unidade de Saúde: Gerente de Qualidade

Data e Horário da Entrevista: 19/02/2025 – 17h10

Duração da Entrevista: 36min.35seg.

Entrevistador/Pergunta 1: Quais motivos levaram o hospital a buscar a acreditação ONA nível um?

Entrevistado/Resposta: Por se tratar de um hospital público e na rede pública do estado do Amapá não existe nenhum hospital acreditado. Então, o principal motivo primeiramente foi porque era uma exigência do contrato, segundo por elevar esse nível de qualidade na assistência no hospital público. Seria o primeiro hospital público credenciado na ONA nível 1 no estado do Amapá.

Entrevistador/Pergunta 2: Quais foram as dificuldades e os desafios encontrados enfrentados no processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Primeiramente a dificuldade de encontrar profissionais qualificados para a gente iniciar esse processo da acreditação. Nós tivemos dificuldade de encontrar aqui no estado mesmo, tendo que procurar fora do estado esses profissionais para nos ajudar. A nossa cultura também dentro da unidade, fortalecer essa cultura dentro da unidade ou do hospital para a segurança do paciente não é infelizmente... Muitos dos colaboradores ali eles tinham muito aquela percepção que é assistência era só fazer o básico e acabava que se deixava de lado algumas situações que eram importantes, alguns detalhes importantes que visavam a segurança do paciente. Um deles, nesse processo, que era o uso da pulseira de identificação do paciente, a gente teve aí uma dificuldade de fazer a equipe entender a importância para o preenchimento correto da pulseira do paciente. É a primeira coisa que se faz com o paciente entra na unidade. Fazer e entender a importância daquele processo, então a gente desmistificar algumas situações e fazer com que essa cultura de segurança do paciente ficasse cada vez mais fortalecida na nossa equipe da assistência e quando falo assistência, não só a parte da enfermagem, mas enfermagem, equipe multi, até a equipe médica, e isso nesse processo se fortaleceu a tal maneira que até os próprios pacientes e acompanhantes já se policiavam: “olha a minha pulseirinha que está com meu nome ele sumiu, e está faltando aqui”, e mais um: “a minha data de nascimento...”. Então, a própria equipe e os próprios pacientes e acompanhantes conseguiam enxergar a importância disso. Daí foi uma das dificuldades, não é, e tem várias outras. É que a gente também teve dificuldade na identificação de queda do paciente, o uso da pulseira e da identificação de queda, e risco de lesão por pressão, fazer a equipe entender, os nossos registros de ocorrência, o registro de evento, a importância de fazer os registros de ocorrência, baseado em algumas situações que fugiam do nosso processo. Ali, também, a gente teve algumas etapas de resistência da equipe, e quando a gente começou com esse processo a

equipe entendia como uma fiscalização, eles não entendiam aquilo como algo educativo, e sim como se fosse para fiscalizar. E não era esse o objetivo. Então, demorou ainda aí um curto período de tempo pra equipe entender que era um processo educativo e não de fiscalização.

Entrevistador/Pergunta 3: Como os profissionais incluindo você entrevistada se aproximaram e se apropriaram do processo de acreditação da ONA?

Entrevistado/Resposta: Primeiramente, a gente foi realmente buscar o que era essa acreditação, a importância dela, todo esse processo. Estudamos muito o manual, até fizemos visita em um hospital particular aqui do estado, do qual é acreditado nível 3, selo de excelência e diamante. Então, a gente teve que ir em busca de várias, várias e várias ferramentas, ver aonde, o que deu certo, o que não deu certo, como que foi feito esse processo em outras instituições, buscando literatura para isso, seguindo rigorosamente o que o manual da acreditação solicitava, para a gente poder realmente se apropriar de todas essas ferramentas e fazer a equipe entender todo esse processo, a importância de todo esse processo da acreditação.

Entrevistador/Pergunta 4: Como você entende as relações entre a acreditação da ONA e os estudos e as práticas da qualidade e segurança em saúde?

Entrevistado/Resposta: Extremamente importante essas relações, o ONA veio para nos dizer, e a saúde, ela tem essa necessidade de ter de exigência de qualidade na assistência. Então, a gente buscar, só o fato da instituição querer participar para um processo de acreditação, isso já eleva a instituição à um nível muito bom de qualidade. Então, quando se fala em acreditação, quando vem na cabeça, quando o hospital é acreditado, eu já penso no processo organizacional tremendo de excelência, desde a entrada do paciente na internação e toda a sua jornada dentro do hospital, e levando em consideração não só a qualidade da assistência e segurança desse paciente em todas as etapas do processo dele ainda internado, mas também pensando na satisfação desse cliente dentro da unidade de internação, não só a qualidade da assistência, mas saber também se ele se sentiu bem atendido nesse período que ficou internado.

Entrevistador/Pergunta 5: Quais os fatores e as particularidades percebidas na realidade da unidade assistente da unidade de saúde enquanto instituição pública que foram diagnosticadas no processo de preparação para acreditação? O que você o que você percebeu de específico, de fatores, de particularidades daquela instituição enquanto uma instituição pública que foram diagnosticados nesse processo?

Entrevistado/Resposta: Assim, primeiro quando a gente chega numa instituição pública e fala de acreditação, infelizmente a própria equipe que está aí ela desacredita que uma unidade pública pode chegar no nível de organização tão alto para chegar a ter um selo de certificação. Primeira coisa foi a própria resistência dos profissionais, por conta dessa cultura. E tem outra situação, que para a gente fazer o processo acontecer, a gente precisa investir, apesar de não ser um custo alto, mas investir em algumas situações ali. Então, outra dificuldade é que a gente sabia que a gente tinha um recurso, digamos, mínimo, para estar fazendo esse investimento, para a gente conseguir chegar nesse nível de acreditação. Então, nosso processo organizacional,

tinha que ser melhor, o fato de ter o valor ali, um dinheiro ali, para investir. Então, eu tendo meus processos bem-organizados, o meu investimento ali ele seria mínimo. Então, acho que a maior dificuldade ali foi fazer a equipe realmente entender que a gente tinha capacidade total, capacidade de fazer aquela unidade pública se tornar uma unidade acreditada. Acho que o maior desafio foi tentar mudar mesmo a cultura ali, a cabeça da equipe que trabalhava com a gente no hospital.

Entrevistador/Pergunta 6: Quais foram os principais ajustes necessários para adequar os processos da instituição aos padrões exigidos pela ONA? Houve alguma resistência por parte dos profissionais? Você até começou a abordar essa questão, dos ajustes necessários.

Entrevistado/Resposta: Quando a gente fala acreditação, das primeiras coisas, a gente tem que ter a documentação do hospital pronto. Pois é que a gente não tinha, a gente não tinha o alvará do bombeiro, e a gente precisaria ter todos esses alvarás para poder submeter a acreditação. E infelizmente o Anexo do HE era um anexo do Hospital de Emergência, e por ter ligação direta ao Hospital Matriz, isso nos impedia de tirar o alvará dos bombeiros. Então, a gente teve que fazer, a gente sabia ia ter que fazer um ajuste ali para tentar desmembrar, daí, seria uma das principais coisas que teria que ser feito. Para lembrar, o hospital era o Anexo do Hospital Matriz, para a gente conseguir tirar esse alvará do bombeiro, porque se a gente não conseguisse desmembrar o hospital (...). Além disso, nosso espaço era muito reduzido, então, a gente também ia ter que fazer um ajuste na parte da nutrição (...) que era terceirizada. As estufas, que ficavam as marmitas dos pacientes, dos colaboradores, que ficava no corredor próximo, também era algo que a gente teria que tirar dali. Então, era um ajuste também que a gente ia fazer, e ia precisar de um investimento para estender ali aquela parte, organizar a parte da nutrição para distribuir a alimentação dos profissionais e dos pacientes, porque realmente ficava num corredor. Então, de ajuste a gente ia fazer muito ajuste estrutural, isso daí com certeza. Com relação a parte do processo dentro da unidade, a gente teve que implantar, logo no início, a gente teve resistência, muito mesmo, da equipe médica. Quando a gente foi implantar o plano terapêutico, a gente tem uma certa resistência da equipe médica, porque tinha que ter um plano de alta junto com o plano terapêutico. Mas, graças a Deus, foi uma situação que depois a gente conseguiu normalizar. Além disso, a equipe multi também tinha que fazer toda a anamnese do paciente (...). Isso daí foi algo que também foi trabalhado, trabalhar com a equipe multi, a gente trabalhava bastante as fases, as metas de segurança do paciente, só que a equipe médica não, e aí quando a gente foi colocar um questionário para toda a equipe do hospital, a gente percebeu que a gente estava pagando pela equipe médica, então a gente mudou a abordagem pra poder pegar a equipe médica também nesse processo e conseguir inserir. Então, assim acho que os nossos maiores desafios, principais, que a gente tinha era da parte estrutural mesmo, pra gente conseguir as os alvarás e a questão da resistência dos profissionais, e alguns processos, mas eu entendi que era mais por falta de conhecimento mesmo da importância que era aquele processo.

Entrevistador/Pergunta 7: Essa próxima pergunta, na realidade, e eu considero que você já respondeu na 6, mas tem um outro aspecto que a gente poderia abordar. Que a questão 7 seria quais foram as principais ações estruturais por parte do hospital no processo de preparação para acreditação? Mas, sem ser só ações estruturais, se você puder falar um pouco quais foram as principais ações de organização do processo de preparação da ONA, as grandes ações que vocês desenvolveram para esse processo, acho que é mais nesse sentido, mais do que as ações estruturais, agora, que as ações estruturais você abordou bastante.

Entrevistado/Resposta: As ações do processo que a gente fez, uma das maiores, foi quando a gente teve que implantar os indicadores assistenciais. A gente começou nessa implantação dos indicadores assistenciais, a gente fez o curso com toda a equipe, pra equipe entender a importância do mapeamento de todos os processos. Então, eu acho que isso daí fez um diferencial tremendo na nossa equipe. Então, a implantação dos indicadores setoriais que a gente iria trabalhar, que foi abordado no curso que nós fizemos de indicadores, isso daí eu acho que foi uma das etapas mais importantes de nosso processo.

Entrevistador/Pergunta 8: Como foi organizada a equipe de trabalho e quais as parcerias desenvolvidas para o processo de preparação da ONA?

Entrevistado/Resposta: Com relação às parcerias de trabalho, a gente teve que montar equipes para poder ficar como se fosse pessoas de *focalpoint* de cada equipe, da equipe de enfermagem tinha uma pessoa que nos ajudava, da equipe de fisioterapeuta, da equipe médica. Então, a gente teve que reorganizar, a Diretoria se reorganizar para poder a gente conseguir dar conta de todas as etapas do processo, porque é um processo longo e tem que ser muito destrinchado. São vários tópicos para serem trabalhados, então foi dividido em cada setor, quem ia ficar responsável. Foi montada uma planilha com todos os itens do manual da ONA, foi colocado pessoas à frente de cada item daquilo, com prazo para poder concluir. Então, essa forma de organização nos ajudou muito a dar andamento em várias etapas do processo. E quando estava só com poucas pessoas ali, estava muito difícil, que era muita coisa, e acabava que entra no hospital inteiro, então o setor da qualidade ele é o hospital inteiro. Então, quando se organizou na planilha, colocou as pessoas responsáveis ali, o prazo que cada uma tinha que desenvolver aquela atividade, hoje o que realmente a gente vê, o que deu andamento nesse processo.

Entrevistador/Pergunta 9: Qual o papel, a importância e as contribuições da liderança da organização para o sucesso da iniciativa?

Entrevistado/Resposta: Eu sempre falo que quando você faz um projeto, o qual vai mudar o processo de dentro de uma instituição, a diretoria, a alta gestão da instituição, ela é primordial pra que esse sucesso ocorra. Se a alta gestão da unidade não entender a importância disso, pode ter certeza que o resto não dá certo. Então, a gente tinha uma liderança forte, a nossa alta gestão da unidade ela entendia a importância de todo esse processo, (...) acompanhava a cada etapa desse processo, o que dava mais celeridade e andamento. A gente conseguia sentir mais segurança no andamento dessas questões dentro da unidade, isso daí faz um diferencial imenso

se você quer ter sucesso na implantação de algum processo. A alta gestão, as lideranças engajadas, tomando a frente, isso daí tem um papel importantíssimo para que o programa tenha sucesso mesmo.

Entrevistador/Pergunta 10: Como foi o processo de revisão e a atualização da documentação da instituição (processos, políticas, protocolos, normas e rotinas) para atender aos requisitos da acreditação ONA? Esses documentos já existiam? Eles foram revisitados? E quais foram os principais desafios encontrados nesse processo e como foi para superar esses desafios?

Entrevistado/Resposta: Existiam alguns apenas, prontos. Então, é uma tarefa que tinha que ser feito mesmo. Um dos maiores desafios que nós encontramos logo no início é a falta de experiência da equipe em estar produzindo esses documentos. Foi muito difícil para a gente, nesse primeiro momento, porque o que diz respeito à equipe médica tinha que partir da diretoria técnica médica, o que diz respeito à enfermagem, da gerência de enfermagem. Então, a gente teve algumas dificuldades é da equipe realmente estar produzindo esses documentos pra gente, e a gente percebia que não é porque não queria fazer, é por falta mesmo de experiência em estar escrevendo mesmo. Então, a gente teve essa dificuldade com a equipe, cumprir prazos, (...) que não é só escrever, a gente tinha que fazer revisão, colocar dentro das normas da qualidade e fazer o treinamento. Então, quando ia para o treinamento, além de demorar para produzir o documento, quando ia fazer o treinamento, já era uma outra dificuldade, porque a pessoa já não queria, tinha vergonha de fazer o treinamento com os profissionais, com a equipe. É outra situação, se fazia o treinamento, mas não se cobrava, aí: “eu fiz o treinamento hoje no protocolo de AVC”, e quando ia cobrar o preenchimento todas as etapas do checklist, se preenchia de qualquer jeito, não se tinha a celeridade nesse processo. A implantação era muito difícil por falta de engajamento da equipe, e a depender da liderança que estava ali também não conseguia levar a equipe a estar realizando o trabalho de forma correta como está no protocolo. A gente via uma fragilidade em algumas lideranças, a gente ouvia que a liderança tinha era boa para outras questões, mas quando era para cobrar para fazer os processos caminharem mesmo, isso era uma dificuldade. Sempre foi uma dificuldade fazer a equipe cumprir o que estava no papel certo.

Entrevistador/Pergunta 11: E como foi o processo de envolvimento e comprometimento da equipe multiprofissional na preparação para acreditação? Quais estratégias de mobilização e capacitação utilizadas?

Entrevistado/Resposta: A equipe multi foi muito. Teve bastante resistência em todas as equipes, teve bastante resistência. Como foi que a gente fez a abordagem? A partir do momento que a gente pegou as lideranças de cada uma das classes, enfermagem, fisioterapia, nutrição, a gente trabalhou primeiro a liderança, trazendo a liderança com a gente, formando a importância da acreditação, explicando isso. Depois que a liderança entendeu a importância, aí começou a disseminar para as equipes. Então, a gente formou muitos por classe, para explicar esse processo, a importância desse processo. Foi um processo trabalhoso, demorou, não no sentido demorou porque foi moroso, não, demorou porque a equipe era muito grande. Então, foram vários dias

conversando por classes, por turno, turno do dia, turno da noite, plantão par e plantão ímpar, para conversar a importância desse processo. Depois que eles entenderem a importância do processo, nós começamos a implantar alguns processos. A gente trabalhou mais a fundo os nossos programas, (...) num processo de organização (...) na unidade, programa 5s, também treinou toda a equipe porque a primeira coisa era organização. (...) Uma dificuldade tremenda da equipe manter os setores organizados, então a gente implementou o programa 5s da organização. Depois que a gente viu que estava implementado, a gente começou a fazer auditorias a cada 30 dias, 60 dias, era feito uma auditoria dos setores, para ver se estava sendo seguido aquilo. Depois que a equipe entendeu que o processo de organização não iria parar, então a equipe mesmo começou a contribuir para isso, aí foi legal, porque tem situações que a própria equipe vinha e falava assim: “olha, o enfermeiro, eu acho que tem tal situação que não está legal, (...) a gente não podia fazer tal coisa?”, começava a dar ideia. E com isso, houve a necessidade de colocar, de escrever mais protocolos, houve necessidade de implementar outras ferramentas, outros programas para a equipe começar a sentir mais acolhida. Fizemos vários treinamentos voltados para a segurança do paciente, treinamentos no setor de infecção hospitalar, (...) vários, mesmo. Além também, de reuniões, a gente costumava fazer reuniões com a equipe, para dizer para a equipe como que estava o andamento do processo, porque eles tinham curiosidade. Muitas vezes, alguns técnicos de enfermagem ou fisioterapeutas paravam a gente no corredor para perguntar como é que estava a organização, se estava indo bem, como é que precisava melhorar alguma coisa. Então, isso era importante, isso foi bacana, porque a equipe se sentiu parte do processo. Você queria saber se estava dando certo e que poderia ajudar com isso, foi bem bacana.

Entrevistador/Pergunta 12: Quais foram os principais aprendizados obtidos ao longo do processo de preparação? Quais os principais desafios que persistiram no processo e como se pretendeu superá-los? Você falou também dos ajustes estruturais, do processo de preparação para acreditação, mas ele chegou a ser finalizado? Chegou a haver o contato com ONA? Em que momento esse processo estava até a sua finalização?

Entrevistado/Resposta: Então, o processo, a gente não chegou a realmente fazer contato com a ONA. O que a gente fez foi contato com algumas IAC's e consultorias. Porque a gente precisava fazer uma primeira auditoria antes de submeter de fato à ONA, para saber se o que a gente estava fazendo estava realmente correto. Porque a gente só submete a acreditação a partir do momento que a gente tem certeza. Por esse motivo, que tinha essa consultoria. Até o momento que eu fiquei ia se fechar com uma consultora, que foi a mesma consultora que instruiu a equipe do hospital particular aqui de Macapá a chegar na acreditação em nível 3 da ONA. Então, durante todo esse processo, a gente aprendeu muito, (...) em cada etapa desse processo, como proceder, eu acho que o maior desafio mesmo foi trabalhar em equipe, que não foi fácil. A parte estrutural era um desafio também, mas naquele momento a gente precisaria principalmente da equipe, porque estava ligado diretamente em segurança do paciente. Se tivesse algum erro ali, que acontece por uma negligência, imprudência

ou imperícia da equipe, está ligado diretamente às metas de segurança do paciente. Então, isso daí com certeza iria invalidar qualquer processo de acreditação. Então, se a gente não der segurança em cada etapa da internação do paciente dentro do hospital, a gente não iria conseguir. Até onde eu fiquei, estava se conversando com essa consultora, para se fazer essa avaliação de auditoria.

Entrevistador/Pergunta 13: A gente já tá agora na parte final da entrevista. A pergunta 13, quais foram os principais impactos, benefícios e melhorias diretas na qualidade da assistência ao paciente desse processo de preparação para acreditação?

Entrevistado/Resposta: Eu acho que um dos principais impactos que nós tivemos ali, além da organização setorial, foi relacionado à segurança do paciente na administração das medicações. A gente acabou conseguindo pegar algumas situações ali que poderiam gerar impactos negativos ao nosso paciente e a gente conseguiu fazer essa correção antes. A gente viu que a nossa equipe da assistência tinha algumas falhas com relação à medicação e a gente conseguiu corrigir junto com a equipe da farmácia. A equipe da farmácia se dispôs a nos ajudar e fazer os treinamentos com a equipe, nos ajudar até no acompanhamento, monitorização das distribuições dessas medicações. Diretamente, a gente teve outro impacto que foi uma redução de reclamações a nível de qualidade mesmo, da assistência, tratamento do paciente. E como se trata de segurança o paciente, então a gente treinou a equipe na hora de fazer assistência do paciente, se comunicar com o paciente, confirmando o nome, confirmando data de nascimento, falando da medicação. Isso daí foi muito bom, porque em vários momentos se via que a gente tinha paciente com o mesmo nome, né, paciente que estava distribuindo, que o médico se confundiu na hora de fazer uma medicação, o paciente era alérgico, a dipirona acabou, que só foi descoberto na hora que ia fazer, que apresentou a medicação do paciente, 'olha vou fazer, é medicação, é dipirona', não, mas eu sou alérgico, então já colocava ali que o paciente era alérgico. Então melhorou a anamnese, melhorou-se a assistência em todos os aspectos mesmo. A própria equipe médica começou também a se policiar. Melhorou a comunicação profissional-paciente e entre profissionais também, porque não tem assistência de qualidade se a equipe não se conversa. Isso daí foi muito bom, então, dentro desses processos, é a parte de segurança do paciente, é o ONA, ele preza segurança do paciente. Eles nem cobram tanto a questão dos indicadores, mas assim, você mostrar que todos os seus processos são seguros ali. O paciente é o que interessa para o para o nível 1, e a gente estava com isso muito organizado com a nossa equipe.

Entrevistador/Pergunta 14: Acho que você já entrou até bastante nessa questão, mas se você quiser aproveitar para complementar. A pergunta 14: Como a busca pela acreditação contribuiu para a mudança da cultura organizacional da instituição? Quais valores e comportamentos foram reforçados? Se você quiser falar um pouco mais sobre essa questão.

Entrevistado/Resposta: Posso sim. Eu falo sempre que para você ter uma instituição realmente seguindo ali a sua missão, visão e valores, isso tem que estar muito bem, muito bem definido para a equipe. Essa equipe sabe o que o gestor quer, pode ter

certeza que a equipe vai fazer. (...) O gestor também tem que saber o que é que tu espera dele, isso é um ciclo de confiança entre o gestor e a sua equipe, para eu saber aonde eu devo trabalhar, onde eu devo investir mais em energias, tem que ter um pouquinho mais de atenção. Então, missão, visão e valores é primordial, ter metas, etapas, a equipe saber aonde você quer chegar, como você vai chegar, ter orientação correta, isso daí é fundamental. Isso, a equipe do Anexo do HE conseguiu enxergar na gestão. Que estava com relação a própria abordagem ali, comportamentos inadequados que antes tinha da nossa equipe, em algumas pessoas, falar a verdade, da equipe, mudou-se nesse processo. É porque eles viram que tinha aquela importância de ser ético, até onde você pode conversar, até onde você pode falar, o que você deve falar, como você deve falar, saber o seu limite. Aqui, por ser uma cidade pequena, Macapá, que todo mundo se conhece, então, às vezes, as pessoas fazem um comentário aqui, cultural aqui da cidade, é de uma forma muito íntima, utilizando mais gírias, ali da intimidade, e algumas pessoas não entendiam e acabava se ofendendo. Então, a gente teve alguns problemas nesse sentido com algumas pessoas da nossa equipe, mas isso foi mudando com conversa ao longo desse processo, essas questões de comportamento. Então até o período que eu fiquei na instituição, o que observo, que deu para observar, a equipe muito bem engajada, organizada, nas metas de segurança do paciente, desde a interação dele, da entrada na internação, a abordagem com a equipe, abordagem com a equipe de assistente social, psicologia, a visita do nosso farmacêutico na admissão, a equipe médica, a fisioterapia, (...) todas as etapas, muito bem organizado, a distribuição da medicação, a aplicação da medicação, trabalhamos muito bem essa parte de segurança medicamentosa. A equipe, os relatórios, melhorou-se muito a qualidade dos relatórios dos pacientes. (...) felizmente a equipe ganhou, (...) os pacientes, e a equipe ganhou porque foi uma experiência muito grande isso, um hospital público com um nível de qualidade, de assistência, de excelência.

Entrevistador/Finalização: Bom, tá certo. Então, gostaria de agradecer mais uma vez a sua participação na entrevista, acho que você trouxe muitos pontos importantes que vão complementar e vão até aprofundar bastante as questões abordadas no trabalho. Então é isso, gostaria de agradecer mais uma vez e desejar uma boa tarde.