



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Aplicadas



BRUNA SUELEN NEVES MIGLIORINI

**A ACREDITAÇÃO ONA COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA DO
DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

LIMEIRA
2021



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Aplicadas



BRUNA SUELEN NEVES MIGLIORINI

**A ACREDITAÇÃO ONA COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA
DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE INSTITUIÇÕES DE
SAÚDE**

**ONA ACCREDITATION AS AN INSTRUMENT TO IMPROVE THE
ORGANIZATIONAL PERFORMANCE OF HEALTH INSTITUTIONS**

*Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
Aplicadas da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos exigidos
para obtenção do título de Mestra em Engenharia
de Produção e de Manufatura na área de
Pesquisa operacional e Gestão de processos.*

Orientador Prof. Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA BRUNA SUELEN NEVES MIGLIORINI E
ORIENTADA PELO PROF. DR. PAULO SÉRGIO DE ARRUDA IGNÁCIO.

LIMEIRA
2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

M588a Miglioni, Bruna Suelen Neves, 1983-
A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde / Bruna Suelen Neves Miglioni. – Limeira, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Paulo Sérgio de Arruda Ignácio.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Administração de risco. 3. Equipe de enfermagem. I. Ignácio, Paulo Sérgio de Arruda, 1963-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: ONA Accreditation as an instrument for improving the organizational performance of health institutions

Palavras-chave em inglês:

Quality of health care

Risk management

Nursing, team

Área de concentração: Pesquisa Operacional e Gestão de Processos

Titulação: Mestra em Engenharia de Produção e de Manufatura

Banca examinadora:

Paulo Sérgio de Arruda Ignácio [Orientador]

Renata Cristina Gasparino

Alessandro Lucas da Silva

Data de defesa: 13-04-2021

Programa de Pós-Graduação: Engenharia de Produção e de Manufatura

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8233-3390>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0101450141700047>

Folha de Aprovação

Autora: Bruna Suelen Neves Migliorini

Título: A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

Natureza: Dissertação

Área de Concentração: Engenharia de Produção e de Manufatura na área de Pesquisa operacional e Gestão de processos

Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA/UNICAMP

Data da Defesa: Limeira-SP, 13 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio (orientador)
Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA/Unicamp

Prof. Dr. Alessandro Lucas da Silva (membro)
Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA/Unicamp

Profa. Dra. Renata Cristina Gasparino (membro externo)
Universidade Estadual de Campinas - Unicamp

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer o meu Orientador e Professor Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio pela paciência, persistência e tempo que dispôs em guiar esta dissertação e por me acompanhar ao longo deste Mestrado.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer o apoio dos meus familiares, em especial minha mãe Dina Neves, meu marido Fernando Migliorini e minha filha Manuela Migliorini, pela força e dedicação, se não fosse por eles não seria possível a conclusão deste trabalho.

Por fim, deixo aqui o meu muito obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente ajudando e aconselhando com a minha dissertação durante todo esse tempo.

“Promover um serviço de qualidade significa atingir as necessidades e as expectativas de um usuário de forma eficaz.” (Zeithaml V, Parassuraman A.1990).

RESUMO

Em uma definição mais moderna, a qualidade hospitalar é definida como um elo direto entre colaboradores e pacientes, em que o serviço prestado é único, porém totalmente flexível, não se restringindo apenas aos predicados do produto, mas sim, em todo o processo de uma organização. Em contrapartida. Atualmente, as organizações hospitalares são uma das formas de gestão mais complexas, não apenas pela sua missão, mas também, por oferecer uma equipe com elevado grau de autonomia, garantindo a assistência preventiva, curativa e reabilitadora dos pacientes internados. Algumas instituições colaboram com a prática de ensino-aprendizagem e produção científica. O problema de pesquisa atualmente identificado é a falta de integração entre as estratégias empresariais com os processos operacionais de serviços hospitalares, devido à falta de cultura organizacional e à rotatividade de pessoas. O problema de pesquisa se confirma por observações também por referência sobre a frágil integração entre o corpo clínico e os demais profissionais, contrariando assim a norma da Organização Nacional de Acreditação que recomenda o trabalho em equipe, e dificultando a identificação dos reais gargalos, que diferem a expectativa da real compreensão da Acreditação. Por este motivo, o trabalho aborda apenas os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros (a), técnicos e auxiliares de assistência), uma vez que estão ligados operacionalmente e assistencialmente 24 horas. Na busca de alinhamento organizacional, este trabalho tem como objetivo responder a seguinte questão norteadora: É possível confirmar que a Acreditação ONA proporciona aumento na melhoria da gestão organizacional e redução dos riscos em uma instituição hospitalar. Assim, o objetivo primário deste trabalho é analisar a Acreditação ONA na instituição hospitalar, baseando-se na percepção da equipe da enfermagem, constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares na assistência ao paciente. Os objetivos específicos são: Identificar a percepção dos profissionais da enfermagem sobre as melhorias proporcionadas pela Acreditação ONA; elaborar e validar um questionário específico para avaliar a certificação ONA. avaliar os principais benefícios proporcionados no gerenciamento organizacional com base nos 5 Pilares do Manual da Acreditação ONA e comparar com indicadores organizacionais. O método utilizado é de natureza quantitativa com abordagem de estudo de caso único, combinada com análise multivariada de dados. Para validação dos dados foi aplicado a análise fatorial, método esse usado para avaliar e transformar as variáveis em informações e resumir em fatores. O resultado demonstrou que há uma convergência em relação à acreditação hospitalar e à qualidade nos serviços prestados, ratificando por meio da análise fatorial que a acreditação é o principal meio pelo qual um hospital tende a difundir o processo de melhoria contínua e a disseminação de uma nova cultura organizacional elevando a qualidade nos serviços ofertados. A conclusão da pesquisa confirma que a acreditação impacta no processo de identificação e correção de ameaças relacionadas à segurança do paciente, conscientização e gerenciamento de riscos, além de permitir uma avaliação eficaz do serviço prestado.

Palavras-chave: Acreditação, ONA, Redução de Riscos, Melhorias, Manual da Acreditação.

ABSTRACT

In a more modern definition, hospital quality is defined as a direct link between hospital employees and patients, in which the service provided is unique, but totally flexible, not being restricted only to the product's attributes, but rather, in the entire process of an organization. Currently, hospital organizations are one of the most complex forms of management, not only for their mission, but also for offering a team with a high degree of autonomy, guaranteeing preventive, curative, and rehabilitative care for inpatients. Some institutions collaborate with the practice of teaching-learning and scientific production. The research problem currently identified is the lack of integration between business strategies and the operational processes of hospital services, due to the lack of organizational culture and the turnover of people. The research problem is due to observations also by reference to the fragile of integration between the clinical staff and other professionals, thus contradicting the ONA Accreditation standard that recommends teamwork, and making it difficult to identify the real bottlenecks, which differ from expectation of the real understanding of the Accreditation. For this reason, the work addresses only professionals in the nursing field (nurses, technicians, and assistants) since they are connected 24 hours a day to operate and assist. In search for organizational alignment, this work aims to answer the following guiding question: It is possible to confirm that ONA Accreditation provides an increase in the improvement of organizational management and reduction of risks in hospital institutions. Thus, the main purpose of this work is to analyze ONA Accreditation in hospital institutions, based on the perception of the nursing team, consisting of nurses, technicians, and assistants in patient care. The specific objectives are: To identify the perception of nursing professionals about the improvements provided by ONA Accreditation; develop and validate a specific questionnaire to assess ONA certification. evaluate the main benefits provided in organizational management based on the 5 Pillars of the ONA Accreditation Manual and compare with organizational indicators. The method used is of a quantitative nature with a single case study approach, combined with multivariate data analysis. To validate the data, factor analysis was applied, a method used to evaluate and transform variables into information and summarize into factors. The result demonstrated that there is a convergence in relation to the hospital accreditation and the quality of services provided, confirming through factor analysis that accreditation is the main means by which a hospital tends to spread the process of continuous improvement and the dissemination of a new one organizational culture raising the quality of the services offered. The conclusion of the research legitimizes that the accreditation impacts the process of identifying and correcting threats related to patient safety, awareness, and risk management, in addition to allowing an effective assessment of the service provided.

Keywords: *Accreditation, ONA, Risk Reduction, Improvements, Accreditation Manual.*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SEÇÕES E SUBSEÇÕES ONA	46
QUADRO 2 - PADRÕES DE ORIENTAÇÃO DO SBA	47
QUADRO 3 - VALOR CARGA FATORIAL.....	60
QUADRO 4 - PILARES E QUESTÕES	63
QUADRO 5 - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	64
QUADRO 6 - DEPARTAMENTOS E PARTICIPANTES	65
QUADRO 7 - SIGNIFICÂNCIA DAS CORRELAÇÕES.....	66
QUADRO 8 - ESCALA DA VARIÁVEL DOS PARTICIPANTES.....	67
QUADRO 9 - CONFIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO	69
QUADRO 10 - COMUNALIDADE POR EXTRAÇÃO.....	82
QUADRO 11 - CONFIABILIDADE QUESTÕES PILAR 1	84
QUADRO 12 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 2	85
QUADRO 13 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 3	87
QUADRO 14 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 4	88
QUADRO 15 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 5	89
QUADRO 16 - TAXA DE MORTALIDADE	91
QUADRO 17 - TAXA DE OCUPAÇÃO.....	92
QUADRO 18 – INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	93
QUADRO 19 – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA.....	94
QUADRO 20 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE	95
QUADRO 21 - PRODUTIVIDADE CLÍNICA	96

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CERTIFICAÇÕES NO BRASIL 2020.....	50
FIGURA 2 - PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	56
FIGURA 3 - TAXA DE MORTALIDADE	91
FIGURA 4 - TAXA DE OCUPAÇÃO	92
FIGURA 5 - INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	93
FIGURA 6 – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA.....	94
FIGURA 7 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE.....	95
FIGURA 8 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL.....	97
FIGURA 9 - ATENDIMENTO EMERGÊNCIA ADULTO	97
FIGURA 10 - NÚMERO DE CIRURGIAS	97

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR PARTICIPANTE.....	67
TABELA 2A - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS PARTICIPANTES.....	68
TABELA 3A - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES	70
TABELA 4 - COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE QUESTÕES.....	73
TABELA 5A - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES	74
TABELA 6B - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES	75
TABELA 7C - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES	76
TABELA 8A - MATRIZ ROTACIONADA FATORES	76
TABELA 9B - MATRIZ ROTACIONADA FATORES.....	77
TABELA 10C - MATRIZ ROTACIONADA FATORES.....	78
TABELA 11D - MATRIZ ROTACIONADA FATORES.....	79
TABELA 12 - FATORES RELEVANTES ONA	79
TABELA 13A - COMUNALIDADES EXTRAÇÃO QUESTÕES.....	80
TABELA 14B - COMUNALIDADES EXTRAÇÃO QUESTÕES	81
TABELA 15 - FATORES ONA.....	83
TABELA 16A - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 1.....	84
TABELA 17B - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 1.....	85
TABELA 18 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 1	85
TABELA 19 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 2	86
TABELA 20 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 2	86
TABELA 21 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 3	87
TABELA 22 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 3	88
TABELA 23 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 4	88
TABELA 24 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 4.....	89
TABELA 25 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 5	90
TABELA 26 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 5.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	<i>Accreditation Canada</i>
ACS	<i>American College Surgeons</i>
AF	Análise Fatorial
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APSF	<i>Australian Patient Safety Foundation</i>
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AWA	<i>Health Insurance Association</i>
CAAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid</i>
COP	Condições de Participação para Hospitais
DSPS	<i>Danish Society for Patient Safety</i>
EAS	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos
FCA	Faculdade de Ciências Aplicadas
GM	Gabinete do Ministro
HES	Hospital Estadual de Sumaré
IBM SPSP	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IQG	<i>Health Service Accreditation</i>
IQS	<i>Health Service Accreditation</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission on Accreditation International</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
MS	Ministério da Saúde
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPSS	Manual para Organizações Prestadoras de Saúde
PBAH	Programa Brasileiro de Acreditação
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
QIA	<i>Quality Institute of América</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ROP	<i>Required Organizational Practices</i>
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SO	Serviço Odontológico
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	16
1.2.	PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.3.	OBJETIVOS	20
1.4.	JUSTIFICATIVA	21
1.5.	ESTRUTURA DO TRABALHO	22
1.6.	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	23
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1.	GERENCIAMENTO DO RISCO DO SERVIÇO HOSPITALAR	29
2.2.	GESTÃO DO DESEMPENHO HOSPITALAR.....	34
2.3	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	39
2.3.1	JCI - <i>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</i>	41
2.3.2	CCHSA – <i>CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION</i>	42
2.3.3	NIAHO – <i>NATIONAL INTEGRATED ACCREDITATION FOR HEALTHCARE ORGANIZATIONS</i>	43
2.3.4.	ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO.....	44
2.4	DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO ONA.....	51
3.	MÉTODO	55
3.1.	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	56
3.2.	ANÁLISE DE DADOS	58
3.3	INSTRUMENTO DE PESQUISA	62
4.	DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS.....	65
4.1.	DESENVOLVIMENTO	65
4.2.	RESULTADOS OBTIDOS	66
4.2.1	ANÁLISE FATORIAL	66
4.2.2	ORGANIZAÇÃO POR PILARES.....	83
4.2.3	RESULTADOS OBTIDOS NO HOSPITAL OBJETO DE ESTUDO.....	91
4.3.	DISCUSSÃO	98
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
5.1	OPORTUNIDADES FUTURAS	104
6.	REFERÊNCIAS.....	106
7.	ANEXOS.....	116

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NO HES.....	116
ANEXO B – PARECER CEP	117
ANEXO C – TCLE E QUESTIONÁRIO APLICADO NO HES.....	126
ANEXO D - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	133

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

As instituições hospitalares, ao buscar métodos de atendimento e de avaliação da qualidade, passaram a introduzir de maneira sistematizada a qualidade voltada à área da saúde baseada no princípio da ética. Dada a criticidade do setor e a dificuldade em administrar os recursos, a implantação de tais conceitos e métodos foram de grande valia para maximizar os padrões de excelência na prestação desses serviços. A busca pela qualidade tem se apresentado, portanto, como uma das alternativas de sobrevivência e sucesso das organizações hospitalares (BETTIO, 2007).

Segundo Donabedian (2003), precursor da qualidade na área da saúde, é proveniente da capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema em si e da sociedade de configurar um conjunto harmônico:

[...] capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais bem treinados e justamente pagos, que os usuários possam utilizá-lo sempre e na medida de suas necessidades, sendo todo este conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania (DONABEDIAN, pág. 122-137, 2003).

Com base nesses conceitos, a movimentação em direção à qualidade despertou a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações hospitalares, uma vez que a valorização dos pacientes e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência. O grande diferencial destas organizações está no âmbito da qualidade de pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos (MANZO et. al; 2011).

Em uma definição mais moderna, Mendes (2012) define qualidade hospitalar como um elo direto entre colaboradores e pacientes, em que o serviço prestado é único, porém totalmente flexível, não se restringindo apenas aos predicados do produto, mas sim, em todo o processo de uma organização. Em contrapartida, até o século 18, em consonância com Foucault (1981), os hospitais eram considerados apenas locais que atendiam os enfermos ou apenas locais de leitos de morte, não apresentando intervenção em relação à doença ou ao doente.

Atualmente, as organizações hospitalares são uma das formas de gestão mais complexas, não apenas pela sua missão, mas também, por oferecer uma equipe com elevado grau de autonomia, garantindo a assistência preventiva, curativa e reabilitadora dos pacientes internados (GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2001). Ademais, Azevedo (1995) diz que algumas instituições colaboram com a prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Dessa forma, as instituições de saúde estão em crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares, deixando de tratar a medicina como uma prática assistencial e passando a ser parte integrante da economia global (BERNARDES et. al; 2007).

Diante desse novo cenário, a qualidade passa a trabalhar com o conceito de uma gestão participativa e descentralizada, tendo como principais pontos de foco: o trabalho em equipe, a gestão integrada, a melhoria contínua dos colaboradores e dos processos. Propondo mudanças na cultura da organização que acarretam a minimização de custos voltados à correção de eventuais falhas nos processos (MENDES, 2012).

Assim, a qualidade passa a ser encarada como ferramenta mínima nas instituições de saúde, dada a competitividade entre estas organizações por conta do novo perfil assistencial no cenário da saúde. Hospitais deixam de ser vistos apenas como um ambiente assistencial e passam a serem considerados grandes empresas, distanciando-se do modelo arcaico de gestão, e investindo de forma categórica em excelência, gestão e na segurança do paciente (QUINTO NETO, 2016).

A Acreditação surge como uma nova proposta de mudança no cenário atual das organizações hospitalares, estabelecendo-se como uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais, cuja finalidade é garantir padrões mínimos pré-estabelecidos por meio de um manual que reforça a necessidade da qualidade assistencial. A Acreditação é uma ferramenta de avaliação, que certifica a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde, com característica educativa, focada na melhoria contínua e na segurança do paciente (ONA, 2013).

Com isso, a Acreditação Hospitalar busca mensurar o desempenho dos processos, através da qualidade e da assistência oferecida nos serviços prestados (MARTINS, 2011). Essa mensuração de desempenho se dá pela consideração da qualidade dos serviços assistenciais diante de padrões de referência estabelecidos por profissionais da área da saúde que, posteriormente, são avaliados por um auditor através da análise dos processos (BRASIL, 2004).

Com início nos Estados Unidos, a Acreditação Hospitalar teve sua origem relacionada a uma iniciativa do Colégio Americano de Cirurgiões, que em 1924 deu origem ao Programa de Padronização Hospitalar, o *Joint Commission*. A ideia era estabelecer padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Em 1950, o número de avaliações superava três mil hospitais (FELDMAN, 2005).

Na década seguinte, muitos dos hospitais americanos já haviam adotado os padrões mínimos requeridos pelo Programa de Padronização Hospitalar, o que pressionou que a *Joint Commission* elevasse o grau de exigência passando a ser chamada de *Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO). Em 1970, o *Accreditation Manual for*

Hospital foi publicado. Nele é possível encontrar padrões considerados ótimos pela qualidade, levando em conta os processos e os resultados da assistência nas avaliações (FELDMAN, 2005).

A partir dos anos oitenta, os programas de acreditação se expandiram para outros países. Inicialmente, nos países de língua inglesa como Canadá, Austrália e Inglaterra. Na década seguinte, para países da América Latina e Ásia. No caso brasileiro, a acreditação começou efetivamente no final dos anos oitenta, sob forte influência da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que designou uma série de padrões para os serviços voltados a saúde na América Latina (SHIESARI e KISIL, 2003). No Brasil, o Hospital Albert Einstein foi o pioneiro em 1999 a receber a Acreditação da *Joint Commission International* (JCI), (FELDMAN, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil publicou o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1997, que estipulava padrões de qualidade e segurança para os hospitais que na época procuravam pela certificação.

Em maio de 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos com a atribuição de coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da implantação de padrões e normas técnicas, do credenciamento de instituições acreditadoras e da capacitação de avaliadores (SHIESARI e KISIL, 2003). O objetivo da ONA é de possibilitar meios das instituições de saúde alcançarem níveis de qualidade pré-estabelecidos por padrões internacionais já acordados.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) publica o Manual Brasileiro de Acreditação que estabelece três níveis de certificação e os seus critérios, que serão explicados mais adiante no capítulo ONA 2.3.3. Os três níveis possíveis são: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência. Além disso, as instituições de saúde nacionais também podem requerer a certificação internacional, por meio, principalmente, da *Joint Commission International* (JCI) e da *Canadian Council on Health Services Accreditation* (ALVES, 2012).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS), através da lei GM/MS n°538 no artigo 1º, autoriza a Organização Nacional de Acreditação a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no país (BRASIL, 2006). Ainda neste ano, na cidade de São Paulo, a ONA teve sua primeira instituição acreditada, o Hospital Santa Paula (ONA, 2017).

A Acreditação ONA busca garantir a segurança e cuidados ao paciente desde a internação até a sua alta, por meio de avaliações de processos hospitalares, instaurando uma nova cultura de protocolos assistenciais por meio da melhoria contínua através do certificado de qualidade dos serviços de saúde em diferentes categorias de organizações de saúde, que voluntariamente optam por aderir à acreditação (ONA, 2013).

O Programa de Acreditação Hospitalar leva em conta a necessidade do desenvolvimento de estratégia de incremento da qualidade nos serviços de saúde e é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, trabalhando de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e, principalmente, educando permanentemente os profissionais, focando na garantia da qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (SCHIESARI, 2003).

Preza-se que 80% das instituições brasileiras são acreditadas e adotam os padrões ONA, um crescimento médio de 15% de instituições certificadas ao ano (ONA, 2019). O esforço pela melhoria em uma organização se dá por meio do enfoque dos profissionais, no que tange à educação, desenvolvimento de competências, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e desenvolvimento da concepção ética do trabalho (MEZOMO, 2001).

A grande dificuldade que a Acreditação Hospitalar encontra em sua implementação, é a equipe médica, equipe essa de fundamental importância, uma vez que parte desses profissionais a responsabilidade pelas principais tomadas de decisões referentes às terapias a serem introduzidas aos pacientes (OPAS, 2010). Outra equipe não menos importante é a da enfermagem, na qual esse profissional tem impacto direto nos processos assistenciais e operacionais, também participando ativamente dos processos gerenciais e estratégicos das instituições (QUINTO NETO, 2016).

Entende-se que este trabalho contribui para melhor compreender a Acreditação ONA, a melhoria promovida na gestão hospitalar e redução de riscos pelo método implementado nas instituições de saúde sob o olhar da equipe de enfermagem. Ressaltando os principais modelos de acreditação: Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International* (JCI) e *Accreditation Canada*.

Para a abordagem do tema, a pesquisa explanou a Acreditação Hospitalar, discutida através dos temas: Acreditação Hospitalar, Gerenciamento dos Riscos Hospitalares, Gestão do Desempenho Hospitalar, principais Certificações Hospitalares Internacionais, Acreditação ONA e Dificuldades na implementação da ONA, considerado referencial base para a certificação como instrumento de melhoria nas instituições.

1.2. PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa atualmente identificado é a fraca integração entre as estratégias empresariais e os processos operacionais de serviços hospitalares, devido à falta de cultura organizacional e a rotatividade de pessoas (OLIVEIRA, 2016).

Segundo análise do ambiente, o problema de pesquisa se dá por observações também por referência sobre a frágil integração entre o corpo clínico e os demais profissionais, contrariando assim a norma da Acreditação ONA que recomenda o trabalho em equipe, e dificultando a identificação dos reais gargalos, que diferem a expectativa da real compreensão da acreditação. Por este motivo, o trabalho aborda apenas os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros (a), técnicos e auxiliares de assistência), uma vez que estão ligados operacionalmente e assistencialmente 24 horas. Sabe-se que a equipe de enfermagem é responsável por coordenar e gerenciar todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente, e tudo o que o envolve o contexto da instituição hospitalar. Atender o paciente conforme as suas especificidades e necessidades, assim como proporcionar medidas que resultem em sua recuperação e consequente alta, são objetivos principais do processo de cuidado dos serviços de enfermagem (BARBOSA, 2008).

O profissional de enfermagem em busca de aprimorar a prática do cuidar com qualidade, tem se ocupado da implantação e implementação da qualidade no gerenciamento do cuidado prestado ao paciente, uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o beneficiário e se aproximar do seu referencial para compreender melhor seus anseios e expectativas. Com base em tais informações, ele pode planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender tais expectativas (BARBOSA, 2009). A equipe de enfermagem é responsável pela interação com as mais diversas áreas da instituição, por meio dos instrumentos organizacionais, como regulamentos internos, rotinas, comunicação e sistemas de controle.

Na busca de alinhamento organizacional, este trabalho identifica a seguinte questão norteadora:

É possível confirmar que a Acreditação ONA proporciona aumento na melhoria da gestão organizacional e redução dos riscos em instituições hospitalares?

1.3. OBJETIVOS

O objetivo primário deste trabalho é analisar a Acreditação ONA nas instituições hospitalares, baseando-se na percepção da equipe da enfermagem, constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares na assistência ao paciente.

Os objetivos específicos são:

- Identificar a percepção dos profissionais da enfermagem sobre as melhorias proporcionadas pela Acreditação ONA;
- Elaborar e validar um questionário específico para avaliar a certificação ONA.

- Avaliar os principais benefícios proporcionados no gerenciamento organizacional com base nos 5 Pilares do Manual da Acreditação ONA e comparar aos indicadores organizacionais.

1.4. JUSTIFICATIVA

Garantida pela Constituição Federal de 1988 pelo art.196, a população brasileira tem o direito à saúde de forma integral e gratuita, desde então, as instituições hospitalares buscam garantir um atendimento adequado e com equilíbrio financeiro (BRASIL, 1988).

Considerando a complexidade da gestão hospitalar, os pacientes estão cada vez mais exigentes e esclarecidos sobre os seus direitos, e a cobrança com a responsabilidade social também se mostra presente, para isso, é fundamental que as atividades administrativas hospitalares estejam alinhadas e estruturadas, para que estas organizações se mantenham atentas às constantes mudanças no cenário (ANTUNES, TREVIZAN, 2000).

Mediante o contexto apresentado, as políticas da qualidade na área da saúde estão voltadas a desenvolver estratégias com o intuito de fomentar a competitividade no mercado, garantindo a segurança assistencial (VIANA, 2011). Considerando também a complexidade dos processos operacionais e assistenciais desenvolvidos nos hospitais e aliado ao interesse do Ministério da Saúde no que tange à qualificação destes serviços, diversas instituições têm buscado pela acreditação hospitalar.

A certificação oferta como benefícios, até então descrentes para essas organizações, a redução dos riscos, maximização na qualidade dos serviços prestados, queda no número de retrabalho e variabilidade nos processos, através da análise e avaliação de processos (ONA, 2017).

O processo de avaliação é diretamente ligado à qualidade, e concede a ideia de projeção de juízo de valores peculiares que parte de cada indivíduo (MALIK, 1996). No Brasil, a partir dos anos 90, as instituições hospitalares começaram a buscar meios a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados (MALIK, 2001).

Os programas de avaliação da qualidade em serviços hospitalares são facultativos, mas órgãos governamentais já consideram a questão, que discutem pela implementação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 (BRASIL,1990).

Essa lei obriga a avaliação periódica dos serviços na área da saúde. “A organização verifica a conformidade desse sistema de saúde com um conjunto de padrões previamente

estabelecidos e divulgados, concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente” (BRASIL, pág,166, 1990)¹.

Para Cagliano, Grimaldi e Rafele (2011), muitos dos problemas enfrentados nos hospitais são decorrentes de erros que poderiam ser evitados, em média 50%, conforme pesquisas realizadas na Austrália, Estados Unidos e Nova Zelândia.

Isso posto, em relação à contribuição acadêmica deste trabalho, o objetivo é assegurar a colaboração da acreditação hospitalar no auxílio da melhoria dos processos e na redução de riscos, através de análise dos indicadores estabelecidos pela instituição e acreditadora, que agregam valor informacional entre a alta direção e a equipe operacional e assistencial como é a de enfermagem.

A contribuição do trabalho para a gestão hospitalar é agregar nas análises de dados a visão dos profissionais de enfermagem em relação à acreditação hospitalar, comprovando melhoria nos processos, incentivando a tomada de decisão e elevando a qualidade de assistência à saúde prestada, além de minimizar os riscos. Notou-se, por meio de 26 estudos, as melhorias alcançadas com o processo de acreditação na área da saúde, onde foi evidenciado que os programas de acreditação melhoraram de maneira significativa os resultados dos cuidados de saúde, elevando a satisfação do paciente com o serviço prestado.

Chegando assim à conclusão de que programas de acreditação devem ser incentivados como ferramenta de melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde (ALKHENIZAN A, SHAW C, 2011).

Um estudo realizado pelo “*The Council for Healthcare Services Accreditation of Southern Africa*”, onde dez hospitais foram randomizados para acreditação e outros dez ficaram como controle de desempenho, notou-se que houve um aumento significativo de 38% para 76% dos registros baseados nos padrões pré-estabelecidos (SALMON J, HEAVENS J, LOMBARD C, TAVROW P, 2003). Evidenciado assim, um índice de satisfação global significativamente maior para 30 serviços acreditados em comparação com outros 30 serviços sem programa de acreditação nos hospitais de controle (AL TEHEWY M, BSSIOUNI S, HABIL I, 2009).

1.5. ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está estruturado em 5 capítulos, além de referências e anexos, na sequência:

O capítulo 1 foi designado à introdução, contextualização, problema de pesquisa, objetivos e justificativa.

¹ A obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos serviços hospitalares.

Já no capítulo 2, é apresentado a revisão bibliográfica, abordando os temas Gerenciamento de Riscos, Gestão de Desempenho, Certificação Nacional e Internacional, além das Dificuldades na Implementação.

O capítulo 3 aborda a metodologia utilizada, coleta de dados, sua análise e estrutura da pesquisa aplicada.

Em seguida, pode-se encontrar no capítulo 4 os resultados e discussões, além do perfil da instituição analisada. Por fim, no capítulo 5, as Considerações Finais e Conclusão do estudo.

1.6. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa desenvolveu uma análise da Acreditação Hospitalar ONA em uma instituição acreditada na região de Campinas, apresentando assim, algumas limitações.

A principal limitação está na restrição de investigação do presente trabalho que focou em apenas 1 instituição de saúde e evidenciou somente a satisfação significativa dos profissionais da área de enfermagem, não abrangendo o estudo para outros profissionais da área e instituições.

A segunda e última restrição está no levantamento de dados do ano de 2019, por conta da pandemia (COVID), tanto no site da ONA como na instituição estudada, os dados não foram atualizados e disponibilizados no ano seguinte, no caso 2020.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

No século atual, os sistemas de saúde em todo o mundo estão concentrando esforços políticos na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à sua população. Em contraste, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em períodos anteriores surgiu de uma série de incidentes e acontecimentos aparentemente não relacionados (SHEINGOLD, HAHN, 2014).

Nos últimos anos, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem estado cada vez mais em evidência, à medida que provedores e administradores hospitalares respondem às demandas públicas e governamentais para minimizar os erros e melhorar o atendimento ao paciente. O conceito de melhoria da qualidade baseada em evidências iniciou em 1850, quando Florence Nightingale confirmou que os padrões de saneamento básico e higiene levaram à diminuição da mortalidade ao cuidar dos soldados feridos na Guerra da Criméia (CHUN, 2014).

Ela ainda documentou que, se as melhorias tivessem sido colocadas em prática, antes de admitir soldados no hospital, milhares de mortes teriam sido evitadas. Seus registros meticulosos são usados como chave para a medição da qualidade estatística atual e ela é considerada inovadora na coleta, tabulação, interpretação e exibição gráfica de estatísticas descritivas. Florence nomeou sua exibição de dados gráficos como "*Coxcomb*", que é conhecida hoje como gráfico de pizza (JOINT COMMISSION RESOURCES, 1999).

Já o médico cirurgião Ernest Armory Codman apresentou em 1913 para a Sociedade Médica de Filadélfia o trabalho denominado "O produto dos hospitais" onde ressaltava a necessidade de entender o porquê dos tratamentos, e isso seria a base para aprimorar o atendimento de futuros pacientes (KLUCK e PROMPT, 2004). Ainda em 1913, Codman e o ginecologista Edward Martin co-fundaram o *American College of Surgeons* (ACS). Juntos, formaram vários comitês do ACS, incluindo o Comitê para Padronização Hospitalar, do qual o Dr. Codman era presidente e relata:

[...] Acreditamos que é dever de todo hospital estabelecer um sistema de acompanhamento, para que, na medida do possível, o resultado de cada caso esteja sempre disponível para investigação da equipe ou por outros pesquisadores autorizados ou estatísticos" (MALLON, pág. 303, 1999).

Em 1917, a ACS adotou o "Sistema de Resultados Finais" para o Programa de Padronização de Hospitalização. Este programa estabelece "padrões mínimos" para hospitais, incluindo os seguintes pontos:

- Organizar as equipes médicas hospitalares;
- Designar que médicos e cirurgiões, com as devidas competências e licenças, participassem do processo de acreditação;
- Enquadrar regras e regulamentos para assegurar reuniões regulares de pessoal e análises clínicas;
- Criar a necessidade de manter os registros médicos que incluíssem a história, laboratório, exame físico; e
- Estabelecer instalações de diagnóstico e tratamento supervisionadas, tais como laboratórios clínicos e departamentos de radiologia.

Entendendo-se assim, que para a padronização acontecer, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde deve ser o principal critério para garantir a eficácia da prestação de cuidados de saúde numa escala global (KLEINMAN, DOUGHERTY, 2013).

Logo no ano de 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. Dos seiscentos e noventa e dois (692) hospitais com cem leitos (100) avaliados, apenas oitenta e nove (89) cumpriram os padrões preconizados pelo Programa de Padronização Hospitalar, o que corresponde a apenas 12,86% dos hospitais. Em contrapartida, em 1950 o número de hospitais que aderiram ao Programa de Padronização Hospitalar atingiu a marca de três mil duzentos e noventa (3.290) (FELDMAN, 2005).

Historicamente, os hospitais vêm atravessando mudanças sociológicas, legais, tecnológicas e econômicas. Estas organizações deixaram de ser um local de cunho apenas assistencial e passaram a ser vistos como um local de avanços tecnológicos, pesquisas científicas e que projetam a melhoria de vida em relação ao tempo e à qualidade do atendimento ao paciente. Já em termos econômicos, a instituição de saúde deixa de responder pelos seus gastos quando eficiente, como quando internações prolongadas desnecessárias são evitadas através dos serviços ambulatoriais, pelo compromisso com os resultados e com a qualidade de atendimento direcionada ao paciente (CYPRIANO, 2004).

Sendo considerada o último segmento a seguir os modelos da qualidade, a área da saúde deu início ao setor administrativo. Induzindo assim as instituições a recorrerem às ferramentas da qualidade como forma de garantir a sobrevivência no mercado (FELDMAN, 2005).

Com base nessa perspectiva, as instituições de saúde, não admitindo mais suportar gastos elevado com a má-qualidade, gastos abusivos com comorbidade e mortalidade, retrabalho e processos não conformes, assumem um comprometimento com a sociedade cuidando da imagem institucional (MAXIMIANO, 2000).

Porém, os relatos da história da qualidade na área da saúde anterior a 1960 são fragmentados. E para avaliar a evolução da qualidade, tendo como base a melhoria relacionada aos cuidados da saúde e inovações já frequentes na Europa, Ásia e Estados Unidos (EUA), onde grande parte da história está incorporada à prática médica cirúrgica cotidiana e nas Atividades de Melhoria da Qualidade (QIA). Relacionando assim, à similaridade de alguns eventos (KLEINMAN, DOUGHERTY, 2013).

Em 1952, o *American College of Physicians*, a *American Hospital Association*, a *American Medical Association* e a *Canadian Medical Association* uniram forças com a ACS para formar a *Joint Commission on Credenciation* (JCAHO, 2017).

No final dos anos 80, a JCAHO implementou um rigoroso conjunto de padrões de acreditação, refletindo conceitos apresentados por Avedis Donabedian (1966) em seu artigo intitulado “Avaliando a qualidade da assistência médica”. Para ele, existem três facetas de medição da qualidade: estrutura ou as características dos sistemas de prestação de cuidados de saúde; processo, como os cuidados são prestados; e os resultados ou as consequências do cuidado.

Já em 1998, o Instituto de Medicina (IOM) iniciou o projeto Qualidade da Saúde na América, onde estava encarregado de alcançar uma liminar de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde ao longo de um período de 10 anos.

Helms (pág. 71, 2006) definiu qualidade como “gerenciamento de todo o processo de produção (total) para desenvolver um produto ou serviço com excelência”. Uma das ideias fundamentais da qualidade é que todos em uma organização participem para obter sucesso em longo prazo através da satisfação do cliente, usando elementos de gerenciamento como padronização de processos, gerenciamento de rotina e melhoria contínua da qualidade. Estes resultados positivos não afetam apenas os membros de uma organização, mas refletem na própria sociedade (WHO, 2013).

Para muitos autores, o conceito da qualidade é uma ferramenta que conta com um conjunto de procedimentos sistêmicos que atribuem excelência à gestão estratégica estabelecendo metas para a organização (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002).

No período de amadurecimento do conceito da qualidade, alguns autores discutiram sua abordagem com múltiplas interpretações em que as organizações procuravam se adaptar (MENDES, 2012).

A busca pela qualidade total de serviços e produtos tornou-se ao longo do tempo, uma ferramenta e estratégia cultural das organizações com o principal objetivo de satisfazer seus clientes sejam eles internos ou externos através de procedimentos sistematizados e integrados,

além de treinamentos que visam a melhoria contínua que tem por resultado a qualidade de produtos e serviços. Mas para isso se tornar acessível é necessário o comprometimento de todos os envolvidos de uma organização (COSTA JUNIOR, TURRIONI, 2003).

Já para o setor da saúde, a qualidade possui característica distinta que a diferencia dos demais setores como produtivo e de serviço (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2010).

Atualmente, o conceito mais aceito quando se trata da área da saúde é baseada “no nível em que o serviço está sendo prestado para o indivíduo (paciente), aumentando a probabilidade de se obter o resultado desejado de acordo com a expertise profissional” (INSTITUTE OF MEDICINE, pág. 89, 2000).

Disseminar o conceito da qualidade e elevar a qualidade destes serviços no sistema público ou privado é ainda um grande desafio na atualidade, uma vez que envolve estrutura, planejamento e recursos humanos. Com uma estrutura frágil, nos deparamos com críticas que demonstram a dimensão dos problemas enfrentados pela gestão da saúde no Brasil (LORENZETTI et. al; 2014).

O Ministério da Saúde lançou em 2003 o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade aplicável às organizações públicas e privadas com a meta de elevar os serviços prestados e sua competitividade. Este programa propõe ações direcionadas à satisfação dos pacientes que procuram as organizações públicas de saúde, por meio da capacitação dos profissionais e pela sensibilização fazendo uso de ferramentas de desenvolvimento de processos, gestão de processo e concentrando-se no cliente externo, propiciando assim qualidade dos seus serviços (CARVALHO, 2011).

Ainda para o Ministério da Saúde, o processo de avaliação dos cuidados em saúde identifica de modo qualitativo o impacto em relação às metas estabelecidas em seus programas de saúde de modo a ser possível sua adequação aos parâmetros de qualidade, eficiência e eficácia. Estabelecendo assim uma análise estrutural do Sistema único de Saúde (SUS), processos, ações e serviços (BRASIL, 2011, BRASIL, 1998).

A política de humanização é uma ferramenta de gestão que veio com uma proposta de descentralização da atenção da saúde ratificando os princípios de equidade, universalidade e integralidade, com o objetivo primário de prover à qualidade as responsabilidades dos integrantes desta rede, bem como, promover mudanças culturais (CARVALHO, 2011).

É em comum acordo, no entanto, que a qualidade dos cuidados da saúde e a promoção de melhoria contínua estão atreladas a uma boa prática clínica e à organização dos serviços prestados.

A reorganização da gestão no âmbito privado e público é primordial, pois a qualidade é tendência nos modelos de gestão atual tornando-se uma ferramenta na busca pela sobrevivência no mercado (DUARTE, SILVINO, 2010).

Para Pereira (2015), a gestão focada na qualidade propicia uma cultura voltada ao aprendizado contínuo e estabelece uma liderança com a colaboração de todos os envolvidos, o que permite estabelecer estratégias que preconizam a segurança do paciente, redução de possíveis riscos e satisfação destes pacientes.

Baseada na filosofia japonesa, a melhoria contínua é uma ferramenta chave da qualidade e que pode ser encontrada no método *Kaizen*, ou seja, um esforço permanente para identificar e abolir as causas de futuros erros e problemas, a fim de elevar a qualidade e a eficiência de uma organização. Outra ferramenta muito adotada do sistema *Lean*, é o 5s, que tem como objetivo implementar melhorias na eficiência e qualidade dos serviços prestados na instituição.

A metodologia *Lean* é voltada à melhoria contínua de processos, em que é possível alcançar benefícios como: redução do tempo de permanência dos pacientes no pronto atendimento, aumentar a rotatividade de salas no centro cirúrgico, além do controle de materiais (DOMINITTER et.al; 2013). Porém, o uso desta metodologia na área da saúde ainda é novo e esta pesquisa não aborda o assunto.

Para avaliar o sistema da qualidade, é lançado mão de ferramentas que identificam possíveis falhas e estabelecem estratégias para a melhoria contínua de seus processos, focando na satisfação do cliente interno e externo. Uma vez atingido, teremos a lucratividade e a produtividade.

Para Deming (1986), a amostragem estatística é a melhor ferramenta para melhoria da qualidade. Já Juran (1998) expandiu o conjunto de ferramentas disponíveis para produzir produtos de qualidade e gerenciar a excelência de toda a organização, introduzindo o princípio de Pareto como uma das principais aplicações estatísticas que priorizam a melhoria contínua do processo.

Philip Crosby (1979) popularizou o conceito de custo da qualidade, argumentando que a qualidade exige alto investimento, porém o custo se torna maior quando a qualidade não é alcançada. Quando uma organização projeta e cria um produto corretamente na primeira vez (ou fornece um serviço sem erros), a qualidade é gratuita, não custando nada acima do planejado. Já quando uma organização precisa refazer o trabalho ou item devido à má qualidade, o custo maximiza. Ainda para Crosby, há 2 diferentes tipos de custos, como: Custo da Qualidade e Custo de Não Conformidade ou Custo de Não-Qualidade, para que esses custos não sejam acionados, é necessário investir na prevenção de defeitos e não na inspeção e retrabalhos.

Já Donabedian (pág. 135, 1978) disse que "o objetivo da avaliação da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos." A avaliação qualitativa do cuidado pode se dar em três dimensões:

- Estrutura: O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos (materiais, tecnológicos e humanos) que se empregam na atenção médica.
- Processo: A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Elas podem ser divididas de duas maneiras: observação da prática e estudos baseados nos registros médicos.
- Resultado: Os resultados são mensurados através de indicadores que avaliam as condições socioculturais, sistema de saúde, fatores relacionados aos pacientes, doença, organização e tratamento (DONABEDIAN, 1978).

2.1. GERENCIAMENTO DO RISCO DO SERVIÇO HOSPITALAR

Nos últimos anos, há uma grande preocupação das instituições de saúde com a segurança do paciente em todas as fases do cuidado assistencial, especialmente pelos avanços tecnológicos e os seus possíveis riscos (LIMA et. al; 2008).

A questão da segurança da assistência aos pacientes nas instituições de saúde parece um assunto tão óbvio e incorporado ao cotidiano que, quando noticiada pela mídia a ocorrência de erros na prestação de assistência à saúde, como cirurgias em locais ou pacientes errados, superdosagens de medicações, entre outros, a reação é de perplexidade.

Entretanto, apesar do cuidado em saúde trazer enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências, até mesmo o óbito (CARVALHO, 2011).

Pensando em diminuir e até eliminar estes eventos adversos, se deu início ao processo de gerenciamento de riscos e ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) qual trouxe a obrigatoriedade da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde. O objetivo é apoiar a instituição na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente (BRASIL, 2013). O gerenciamento de riscos deve contar com um grupo formado por profissionais multidisciplinares focados em alternativas que consistem em minimizar tais problemas (erros) (FELDMAN, 2011).

Especificamente na área da saúde, a gestão de riscos tem como finalidade implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e

assistencial, além de oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente. Influenciando, consequentemente, no lucro e na sustentabilidade do negócio (SANTOS, 2018).

O gerenciamento de risco é um assunto abordado e está inserido na acreditação ONA – Organização Nacional de Acreditação, como medida de prevenção de ocorrências em todos os âmbitos que envolvem a assistência na saúde. Sua aplicação ocorre pelas equipes assistenciais e administrativas de hospitais, clínicas, laboratórios, entre outras, que reflete diretamente na qualidade do atendimento, evitando e prevenindo danos ao paciente, bem como à própria imagem da instituição de saúde (ONA, 2018).

Inicialmente, a preocupação das instituições de saúde estava voltada para as consequências de erros e não na sua prevenção. Atualmente, a gestão de riscos tem atuado nesta área principalmente, dando ênfase na identificação, mapeamento e acompanhamento das atividades, baseada em uma política preventiva, corretiva e de contingência, com foco na redução desses danos (ONA, 2018).

Nesse sentido, foi necessário a inserção de estratégias que visam à mudança na cultura de detecção das falhas, a fim de auxiliar os profissionais na prevenção de erros através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados e não na punição dos envolvidos (OLIVEIRA, et, al; 2011).

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, legislação de suma importância para as instituições de saúde, tem como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

No que se refere ao gerenciamento de risco, esse documento normativo adota a seguinte definição:

[...] Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação 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, RDC Nº 36, 2013).

Ainda visando o cuidado com a saúde, deve-se realizar atendimento sem riscos ou falhas, aliado à responsabilidade com a eficiência dos serviços e com a segurança do paciente, fornecendo uma assistência de qualidade (CAMPOS, L.I, 2008).

Ao identificar os riscos, é possível identificar e analisar a origem, propondo assim ações preventivas e corretivas. A análise dos riscos tem como principal objetivo estimar os fatores que interferem na segurança e nos potenciais danos que eles acometeram ao indivíduo; tais avaliações servem de subsídios para controle e prevenção dessa exposição.

Para Dias (2007), gestão de risco é todo processo de identificação, análise e controle. O impulso em relação à segurança do paciente, por meio de ações de gerenciamento de riscos e incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas, é substancial para a efetividade dos cuidados seguros de enfermagem, prevenção de incidentes e de danos decorrentes de falhas na assistência à saúde, sendo necessária a adoção de técnicas e ferramentas coerentes com a dinâmica de cada local (OLIVEIRA et. al; 2014).

No contexto hospitalar, são comuns os riscos envolvidos nos episódios de eventos adversos relacionados a medicamentos (dispensação, preparo e administração inadequados), a lesões de pele (úlceras por pressão, flebites, hematomas, extravasamento de drogas), a comunicação inadequada (erros na transferência de pacientes, identificação incorreta, troca de exames, cirurgia no local e/ou no paciente errado), quedas, dentre outros (ANSELM, PEDUZZ, 2009).

Para alcançar os referidos objetivos e manter as instituições inseridas nos elevados padrões da qualidade pré-determinados, o gestor pode lançar mão de ferramentas que visam cercar os diversos pormenores relacionados a ameaças reais e potenciais por meio da notificação (LIMA et. al; 1982).

Estudos sobre a segurança do paciente relatam os incidentes ocorridos durante a assistência, no sentido de que a partir destes casos descritos sejam elaboradas estratégias e ações que possam ser tomadas a fim de evitar a ocorrência de novos casos. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de sistemas efetivos de notificações sobre estes acontecimentos na saúde (CAPUCHO, 2012).

A gestão focada na qualidade e na segurança do paciente abrange o início de diretrizes como a criação de uma nova cultura relacionada a evitar eventuais erros, à execução dos processos ligados a esta gestão, como a inclusão dos processos de cuidado e processos organizacionais, à legitimação de evidências, à nitidez, responsabilidade, impacto e à capacidade de resistir a esta transformação (BRASIL, 2013).

Não existe estatística em nível nacional que possa comparar os números referentes à qualidade dos serviços de saúde, mas a estimativa é de que são feitas 4 milhões de internações anualmente nos hospitais privados e 11 milhões no SUS – Sistema Único de Saúde. Desses pacientes, 48% sofrem de complicações que poderiam ser evitadas se fossem observadas nos protocolos de segurança do paciente, um dos princípios adotados nos manuais de acreditação. Em um hospital privado acreditado pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, o índice de infecção hospitalar detectado na UTI – Unidade de Terapia Intensiva – passou de 7% para 1%

no espaço de dois anos. Na mesma instituição, a pneumonia associada à ventilação mecânica caiu de 9% para 2% no mesmo período (ONA, 2013).

A redução destes problemas causados por erros médicos parte do princípio de resultados obtidos com a acreditação – que nada mais é que um mecanismo que estimula o aprimoramento constante dos processos, cujo objetivo é garantir a qualidade na assistência à saúde, pois os Manuais do Sistema Brasileiro de Acreditação focam principalmente na segurança do paciente. Dessa forma, o processo de acreditação de um serviço de saúde promove um controle maior dos riscos clínicos e não clínicos, e uma maior qualidade dos serviços prestados (ONA, 2018).

Em um estudo recente, é possível compreender que o gerenciamento de risco está relacionado à identificação dos eventos adversos no campo da segurança do paciente, propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada. Assim, pode-se considerar que as ações consideradas como melhores práticas, fortalecem a assistência de enfermagem (COSTA, MEIRELLES, ERDMANN, 2013).

No Brasil, uma pesquisa realizada na UTI pediátrica de um hospital escola no estado de São Paulo, apresentou o percentual de ocorrências adversas por crianças como resultado da prática de cuidados de enfermagem. A pesquisa identificou 32,7% eventos relacionados à medicação errada, 29,2% pela ventilação mecânica/vias aéreas, 16,8% procedimentos, 14,3% ligados a cateteres, sondas e drenos, 4,4% eventos adversos com equipamentos/materiais e outros em 2,6% (FELDMAN, 2011).

Costa (2017) recomenda que a equipe de enfermagem avalie cada caso, através da:

- Triagem do paciente na emergência;
- Identificar os possíveis riscos clínicos do paciente internado, como queda, flebite, risco de lesão por pressão;
- Registrar eventos adversos e *near-miss* (quase-erros), informando também os possíveis riscos detectados durante o atendimento.

Contudo, para a análise e mensuração de riscos acontecer, é necessária a constituição na quantificação e qualificação dos mesmos, priorizando a gravidade e probabilidade de ocorrência, assim como sua identificação, determinando ações corretivas e preventivas (COSTA, 2017).

As infecções hospitalares, por sua vez, estão entre os eventos adversos mais comuns em pacientes internados, estando intimamente ligados ao aumento da taxa de mortalidade, re-internação e custos extras para as instituições de saúde. Assim como flebite, erros na administração de medicações chegam a totalizar 90,9 %, evidenciando falhas neste gerenciamento (WACHTER, 2013).

A equipe de enfermagem acredita que o problema destes eventos não serem notificados é a falta de informação 81,81 %; receio de penalização 54,54 %; correria do dia a dia 27,27 %; falta do documento próprio para este tipo de registro 9,09 %, descartam a importância do relato 9,09 %, dificultando assim o gerenciamento da assistência prestada (MACEDO, SALGADO, GUIMARÃES, AZEVEDO, 2014).

Já para os gestores da qualidade hospitalar, a maior dificuldade relacionada à falta de notificação está conectada com a cultura organizacional e o receio de documentar eventos com medo da penalização. Infelizmente, esta atitude ainda está instaurada nas instituições, a cultura organizacional é elemento chave para o gerenciamento de riscos (OLIVEIRA, 2016).

Com uma visão sistemática, Mendes et. al; (2009) avalia as ocorrências de eventos desconformes em hospitais de sete países, demonstrando a incidência de EAS – Eventos Adversos, variando de 2,9% a 16,6% para cada 100 pacientes, eventos desconformes, 38% estavam relacionados a procedimentos cirúrgicos e 19%, a medicamentos. Já em um estudo realizado em três hospitais brasileiros, a incidência de pacientes com EAS foi de 7,6%, sendo que 35,2% destes eventos estavam relacionados a procedimentos cirúrgicos e 5,6% a medicamentos. Embora a taxa de incidência tenha sido considerada similar à encontrada em outros estudos, a proporção de EAS evitáveis (66,7%) sobressai no estudo brasileiro (MENDES et. al., 2009).

Para Bergkvist et. al; (2009), é necessário verificar as alterações realizadas no resumo de alta, visando melhorar a qualidade do documento, reduzindo em 45% os erros de medicação de pacientes após alta hospitalar. Um estudo realizado por Van Walraven et. al; (2002), demonstrou a redução do risco de readmissão hospitalar para pacientes idosos cujos médicos tiveram acesso ao resumo de alta na consulta de seguimento após alta hospitalar.

Para Mendes et. al; (2013), é importante salientar que os gestores, profissionais de saúde e pesquisadores conheçam as características dos EAS evitáveis e moderados para adoção de intervenções que minimizem o risco. E, ainda, que métodos simples possam ser elaborados e testados, buscando monitorar e evitar em tempo real, os incidentes, os quais têm possibilidade de resultar em prejuízos físicos, emocionais e financeiros para o paciente e para os profissionais envolvidos em seu cuidado.

Ações para melhoria e segurança do paciente vêm sendo desenvolvidas por diversos governos através de iniciativas independentes. Em alguns países, foram criadas agências especializadas com a proposta de estudar e sugerir medidas de melhorias, são elas: *National Patient Safety Agency* no Reino Unido (NPSA, 2015); *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca (DSPA, 2015); *Australian Patient Safety Foundation*, na Austrália (APSF, 2015).

Já nos EUA, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde dos cidadãos americanos (AHRQ, 2015).

2.2. GESTÃO DO DESEMPENHO HOSPITALAR

A avaliação de desempenho é uma ferramenta gerencial que permite ao gestor avaliar os resultados obtidos pelos colaboradores, decorrentes de metas pré-estabelecidas.

Com base no cenário atual, os gestores da qualidade hospitalar têm encontrado desafios quando se trata da eficiência e eficácia da disponibilização e tratamento de informações para a melhoria da gestão hospitalar, seja no setor público ou privado (CHERCHIGLIA, DALLAN, 2006).

O esforço pela busca da melhoria se inicia por meio do enfoque dos profissionais no que se refere à educação, desenvolvimento de competências, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e desenvolvimento da concepção ética do trabalho (MEZOMO, 2001).

A implantação de um processo de avaliação e certificação da qualidade nos serviços de saúde tende a promover a melhoria dos serviços, assegurando assim a qualidade contínua na atenção destinada aos pacientes (ALONSO, 2014).

Nesse sentido, é necessário o controle da qualidade e da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas no cuidado à saúde, por meio de indicadores que demonstrem sua evolução ao longo do tempo, permitindo a comparação com referenciais internos e externos (GABRIEL et. al., 2011).

As práticas de avaliação de desempenho em hospitais por meio de indicadores estão associadas a diversas abordagens: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (FORGIA, COUTTOLENC, 2009).

O monitoramento por estes indicadores pode também contribuir para a melhoria da qualidade, produtividade e redução nos custos dos serviços de saúde, quando combinado com outras ferramentas de gestão e alinhado à estratégia organizacional (SCHOUT, NOVAES, 2007).

Para Forgia e Couttolennic (2009), o desempenho hospitalar brasileiro tem o controle dos recursos quando adquire habilidades, gerenciando o conhecimento, aprendizagem e *know-how*. É através da administração destes recursos que os serviços poderão ser transformados, equilibrando a forte influência do ambiente na estrutura organizacional.

Já Couto e Pedrosa (2003) acreditam que os indicadores se iniciam, de acordo com os cálculos estatísticos abaixo:

- Média – é a soma das variáveis *n* observando a variável dividida pelo número de observações avaliadas;
- Taxa – é a relação entre a capacidade operacional e a produção efetiva percentualmente;
- Desvio-padrão – é a medida do grau de dispersão dos resultados em torno da média.

Com isso, para alcançar as metas estabelecidas, elas devem ser pontuadas ou posicionadas. Ainda para Couto e Pedrosa (2003), as metas devem possuir três componentes:

- Objetivo;
- Valor;
- Prazo.

Em uma definição mais moderna, Takashina (2004) recomenda os principais indicadores na área da saúde:

- Estratégicos – capaz de avaliar o desempenho dos fatores críticos;
- Produtividade (eficiência) – busca avaliar a proporção dos recursos consumidos com relação às saídas do processo;
- Qualidade (eficácia) – identifica medidas de satisfação dos clientes;
- Efetividade (impacto) - estima as consequências nos serviços;
- Capacidade – analisa a capacidade de resposta dos processos.

No entanto, o Ministério da Saúde (Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002), estabeleceu o Censo Hospitalar, onde aponta como principais indicadores:

- Média de pacientes-dia - relaciona o número de pacientes-dia e o número de dias, em um determinado período;
- Tempo média de permanência – analisa o tempo médio de internação, incluindo óbitos;
- Taxa de ocupação hospitalar – mensura a porcentagem de pacientes-dia e relação ao número de leitos-dia por período;
- Taxa de mortalidade hospitalar – prevê a porcentagem de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de altas obtidas;

- Taxa de mortalidade institucional – calcula a porcentagem de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação.

Os indicadores de desempenho têm como função mostrar se as mudanças implementadas para aprimorar uma parte de um processo estão ocasionando problemas em outras partes do mesmo (IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2013). Para o IHI – *Institute for Healthcare Improvement* (2013), os indicadores devem conter algumas características:

- Ser específico, claro, válido, confiável e útil.
- Ter exatidão, mínima possibilidade de erro.
- Permitir comparações.
- Os registros e as medidas precisam ser simples.
- Sensível às variações no comportamento do que é medido.
- Ser economicamente viável.
- Garantir a confidencialidade do paciente.
- Deve estar disponível ao público.
- Deve ser utilizado.

Para Bittar e Dos (1996), há homogeneidade entre os indicadores de desempenho hospitalar, apresentando os dados adquiridos por produção, recursos humanos, taxa de ocupação por leito, taxa de infecção hospitalar, corpo clínico, rotatividade e relação de funcionário/leito.

Já Lara, Lasmar e Xavier (2010) acreditam que os indicadores fundamentais na área da saúde são os relacionados à composição dos gastos e dos investimentos, enquanto Vieira et.al; (2015) apresenta os erros em processos administrativos, comunicação, sistema operacional e serviços terceirizados.

A Acreditação Hospitalar ONA recomenda 9 indicadores capazes de avaliar o serviço prestado pela instituição de saúde, são eles:

- Taxa de ocupação - traça o percentual do total de atendimentos realizados pela quantidade de leitos disponíveis por dia.
- Intervalo de substituição - tempo médio que o centro cirúrgico permanece ocioso (multiplicar a média de permanência pelo percentual de desocupação e dividir o resultado alcançado pela porcentagem de ocupação).

- Tempo médio de permanência - total de atendimentos realizados no dia (Contabilizar o número total de internações).
- Indicadores de rentabilidade - trata-se do retorno financeiro.
- Faturamento - Seria as contas a pagar e receber e percentual de glosas.
- Satisfação do paciente - mede a satisfação do paciente em relação ao serviço prestado.
- Avaliação da produtividade clínica - trata-se dos indicadores que avaliam os serviços de maior retorno financeiro, como: procedimentos complexos, cirurgias e consultas especializadas.
- Avaliação da produtividade da equipe - avaliação dos serviços prestados e seu retorno financeiro,
- Taxa de mortalidade - número de óbitos em um período determinado.

Baseando-se nos princípios de Couto e Pedrosa (2003), os indicadores são números de eventos ocorridos em uma população exposta ao evento. O resultado desta divisão denomina-se taxa, e os valores obtidos são tratados em percentagem ou por 1.000, variando de acordo com cada situação (VIEIRA, DETONI, BRAUM, 2015).

Apesar do desenvolvimento e da utilização desses indicadores nos últimos anos, ainda não foram produzidos modelos capazes de padronizar a gestão de informação nas instituições de saúde, devendo cada instituição desenvolver suas próprias competências na utilização de indicadores (OLIVEIRA, 2006).

Os indicadores com maior impacto têm sido os relacionados às atividades básicas da enfermagem. Estes indicadores são capazes de visualizar o elo que transpassa os processos relacionados com a área de forma mais complexa incluindo os processos interdisciplinares.

Foi observado também como os indicadores impactam de diferentes formas o setor assistencial, dando enfoque para o acréscimo da produtividade; maior conformidade de higiene das mãos; avaliação da dor com melhor qualidade; melhoria na gestão dos riscos; aumento das ações de enfermagem voltadas para a prevenção dos riscos; melhoria da qualidade de informação clínica e de medicação dos pacientes (AWA, 2011)

Os indicadores de desempenho devem avaliar a qualidade no cuidado, e são fundamentais para subsidiar novas práticas. No âmbito específico da gestão hospitalar, é necessário mudar o foco do “fazer” e do “como fazer”, para o “porque fazer” e “o que fazer”. Essa mudança somente será possível se a equipe de enfermagem alcançar uma visão mais abrangente do seu contexto de

trabalho, e utilizar ferramentas baseadas nos indicadores para acompanhar o desempenho do seu processo de trabalho e mensurar a qualidade da assistência prestada (CALDANA et. al., 2013).

Ainda que alguns gestores compreendam de distintas formas a conceitualização da qualidade e dos programas de avaliação, a busca pela melhoria está presente e modificando o cenário cultural destas instituições, em prol da otimização de processos e resultados como estratégia de competitividade, satisfação do cliente e desenvolvimento profissional (CYPRIANO, 2004).

Os indicadores da qualidade e desempenho vêm tornaram-se cruciais para o planejamento e tomada de decisões dos gestores no aperfeiçoamento dos processos e melhoria contínua dos resultados (BONACIN, ARAÚJO, 2011).

Neste contexto, o programa de acreditação hospitalar concerne à possibilidade de promover mudanças no cenário atual, desgastado pelo modelo tecnicista de atendimento. Oferecendo mudanças nos hábitos, valores e comportamentos, proporcionando melhorias em relação à gestão de processos, segurança do paciente e desenvolvimento dos profissionais. O manual ONA oferece três diferentes níveis de padrões de avaliação, que parte do mais simples para o mais complexo, incluindo a descrição de critérios que devem ser cumpridos integralmente. O nível da qualidade e o nível de satisfação são influenciados pela qualidade técnico científica dos profissionais (TELES, 2003).

Ratificando o conceito da qualidade que se baseia no equilíbrio da tríade estrutura, processo e resultado de um sistema como proposto por Donabedian (1978), (BARBOSA, 2008).

Assim sendo, os gestores dos serviços de saúde e enfermagem devem elaborar e instituir indicadores que possibilitem a reflexão sobre a assistência e seus processos de forma dinâmica, de modo que os resultados sejam utilizados como fonte de melhoria contínua da assistência, sendo adaptada de acordo com cada instituição. Ainda para garantir a qualidade é, basicamente, um esforço de toda a equipe para pontuar e superar problemas. Ou seja, o desempenho e o comportamento dos profissionais são modificados perante as instituições e sistemas em direção às práticas mais apropriadas e aceitáveis em termos de resultados e custos para a saúde (DONABEDIAN, 2007).

Sob o aspecto da avaliação dos serviços de enfermagem pontuados pelos manuais dos programas de acreditação, habitualmente partem de dados sobre satisfação do cliente, dados de mortalidade, restauração da saúde, informações dadas antes da alta, cuidados no retorno aos hábitos diários, avaliação da estrutura, processos e os resultados da assistência prestada por toda a equipe. Como se esses critérios de resultados fossem suficientes para a avaliação da qualidade assistencial num todo (FELDMAN, 2006).

Com base em estudos, pode-se afirmar que há um impacto significativo da acreditação na estrutura organizacional, elevando os padrões e procedimentos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem (EL-JARDALI F et. al., 2011).

A qualidade da assistência prestada ao paciente está diretamente ligada ao desempenho dessa equipe. Nota-se a importância entre a qualidade dos serviços de saúde e o desempenho da equipe de enfermagem, assim sendo, a avaliação desses profissionais deve ser uma meta constante das instituições hospitalares com o desenvolvimento de suas competências, assegurando deste modo a qualidade da assistência à saúde. As exigências atuais requerem a implantação de uma política de qualidade nos serviços de saúde, com o envolvimento de todos os atores do processo.

Neste sentido, se faz necessário identificar os fatores intervenientes no processo e isso requer lançar mão de ferramentas que possibilitem avaliar sistematicamente e periodicamente a assistência prestada. Um dos Pilares para a implantação da gestão por meio de indicadores tem como foco a gestão de pessoas. Abordando a qualidade e a gestão de pessoas como um diferencial entre as organizações, considerando que os trabalhadores representam capital intelectual e criativo, assegurando assim, a eficácia e competitividade organizacional (PEIXOTO et. al., 2012).

Enfatizando o modelo de gestão da qualidade e a gestão de pessoas, compreendendo-as de forma sistêmica como um conjunto de políticas e práticas para orientar as relações interpessoais na assistência prestada na área da saúde (BEZERRA, 2012).]

2.3 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A saúde é um dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas. Atualmente, a exigência em qualidade de atendimento, tanto do ponto de vista do paciente quanto do ponto de vista da instituição, requer uma atenção especial por parte das organizações e profissionais que prestam este serviço.

Do ponto de vista da instituição, devem-se observar as formas que podem melhorar o atendimento, no que concerne à prestação de serviços em si e à redução dos custos envolvidos, preservando a qualidade de serviços através da eliminação ou redução das eventuais perdas ocorridas durante o processo, melhoria no tempo de atendimento, eliminando as falhas e o retrabalho. Do ponto de vista do paciente, há necessidade de que ele receba o serviço com a qualidade esperada (OLIVEIRA, LEGRAMANTI, HORITA, 2011).

Para isso, é sugerido a acreditação hospitalar, que conduzida por um órgão não governamental, ela avalia e reconhece se a instituição está em conformidade com padrões aplicáveis, pré-estabelecidos e publicados (ONA, 2018).

Além do que, o sistema de avaliação externo foi desenvolvido para verificar a adesão dos serviços de saúde a um conjunto de padrões pré-estabelecidos que se refere à excelência da assistência prestada, uma vez que parte do princípio de que o hospital deve ser um ambiente seguro para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes (SCRIVENS, 1995).

A acreditação é um processo voluntário no qual instituições decidem participar ou não, e não decorre de imposição legal ou regulamentar da área ou órgão (ROONEY, VAN OSTENBERG, 1999).

No Brasil, a acreditação ainda é recente, tendo suas primeiras iniciativas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde iniciadas na década de setenta, a partir da criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), mas somente na década de noventa que a acreditação ganhou projeção (SHIESARI, KISIL, 2003).

A acreditação tem como objetivo ofertar ferramentas associadas a uma dimensão de mercado apropriada para os ambientes de saúde. Seu desenvolvimento começou no início da década de 1990, por um interesse de melhorar a condição dos hospitais da época (FORTES, 2013).

O Programa Brasileiro de Acreditação surge no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995, onde considera a necessidade de se estabelecer medidas que contribuam para a melhoria das condições de saúde da população e dos serviços a ela prestados, garantindo a qualidade e contemplando a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo a permitir a qualidade do atendimento aos cidadãos (FORTES, 2013).

Com base na política de incentivo à melhoria da qualidade da gestão e da assistência, em 1997, surgem várias iniciativas tais como: a realização de palestras de sensibilização dirigidas aos gestores das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e aos dirigentes e administradores hospitalares; a discussão de padrões e níveis da qualidade; e a sistematização de mecanismos para garantir maior credibilidade ao processo de acreditação hospitalar (FORTES, 2013),

O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado no mês de novembro de 1998, bem como o instrumento nacional desenvolvido na iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes. Em agosto de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão esse credenciador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente e seus superintendentes foram indicados pelo conselho.

A ONA tem como responsabilidade focar nos padrões estabelecidos e no monitoramento dos processos de acreditação realizados pelas instituições acreditadoras. Sendo assim, no ano 2000, as instituições passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional, trata-se de uma certificação excepcionalmente voltada a atender a demanda nacional (QUINTO NETO, GASTAL, 1997).

2.3.1 JCI - *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL*

A *Joint Commission* é atualmente a maior credenciadora de instituições de saúde nos Estados Unidos (EUA). Ela oferece certificações e programas de cuidados a doenças ou para condições específicas, como: vítimas de AVE (acidente vascular encefálico) ou cardiopatias (JCI, 2008).

Com base nos padrões da *Joint Commission International*, o programa é composto por padrões de consenso internacional e de metas internacionais de segurança do paciente, além da assistência ao monitoramento fundamentados nos indicadores (JCI, 2008).

O processo de avaliação da JCI é baseado em padrões e elementos de mensuração. Estes padrões são organizados conforme a importância das funções relacionadas à prestação de cuidados ao paciente e à criação de uma instituição segura, eficaz e bem administrada, estando diretamente conectadas à redução dos riscos. Os principais elementos de mensuração são as pontuações dadas aos requisitos do padrão e do seu propósito que especificam o que é necessário para a completa conformidade (JCI, 2008). Onde a pontuação obtida em cada padrão e em cada função indica o nível global de conformidade, podendo a instituição ser acreditada ou não (JCI, 2008).

O foco no paciente está diretamente ligado ao acesso ao cuidado e continuidade a este cuidado; direito dos pacientes e familiares; avaliação e segurança dos pacientes; anestesia e cirurgia; gerenciamento do uso de medicamentos e educação dos pacientes e seus familiares (JCI, 2008).

Já o principal objetivo administrativo é a melhoria da qualidade e segurança do paciente; prevenção, vigilância e controle de infecções hospitalares; governo, liderança e direção; gerenciamento e segurança das instalações; educação e qualificação de profissionais e gerenciamento da comunicação e informação (JCI, 2008).

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) direcionou sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho

institucional e, finalmente, assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (NOVAES, 2007).

2.3.2 CCHSA – *CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION*

A CCHSA *Canadian Council on Health Services Accreditation* tem como base o *Required Organizational Practices* (ROPS), que tem como foco a política de segurança do paciente. Para isso, trabalha com o conceito de tempo e processo com o objetivo nos “negócios”. Possuindo critérios de avaliação adaptados às diversidades culturais de cada país, além de preconizar critérios de excelência mundialmente reconhecidos (melhores práticas internacionais) (IQG - *HEALTH SERVICE ACCREDITATION*, 2008).

No qual se baseia um sistema de atendimento seguro e identificado como 4P's:

- Pacientes: gestão de riscos/satisfação do cliente;
- Profissionais: envolvimento de todos e atuação multiprofissional;
- Processo: registros, documentos, indicadores, protocolos;
- Padrões de Excelência: atuação de acordo com as boas práticas.

Embora, os principais pontos para a implementação de uma Acreditação Hospitalar sejam:

- Selecionar o modelo de acreditação e a instituição acreditadora;
- Relatar a instituição através de processos e registrar em relatórios de órgãos regulatórios, demonstrando conformidade com o manual de padrões pré-estabelecidos;
- Assumir as taxas de inscrição (os custos dependem do perfil, porte e características de cada organização de saúde);
- Levantar por meio de indicadores de avaliação as reais necessidades;
- Planejar a implementação com as equipes de educação do staff e disseminação para toda a instituição;
- Acompanhar os planos e políticas institucionais (IQG - *HEALTH SERVICE ACCREDITATION*, 2008).

2.3.3 NIAHO – *NATIONAL INTEGRATED ACCREDITATION FOR HEALTHCARE ORGANIZATIONS*

A *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO) é uma certificação norte-americana com foco na segurança do paciente e gestão de riscos. Sua avaliação no Brasil é realizada por auditores americanos que analisam as conformidades baseadas na norma Condições de Participação para Hospitais - COP. Esta certificação coloca a organização em um ranking mundial de hospitais (NIAHO, 2018).

Com suas normatizações baseadas no COP (Condições de Participação para Hospitais) e validado pela CMS (*Centers for Medicare and Medicaid*), garante a segurança assistencial, patrimonial e gestão do corpo clínico, e é centralizada na obtenção de resultados assistenciais eficazes e eficientes, seja ele do paciente, planejamento ou da avaliação do corpo clínico (NIAHO, 2018).

Entre os seus diferenciais, podemos citar a abordagem voltada à gestão de riscos, ênfase na segurança predial ligada à proteção da vida e da saúde, além de contribuir para o fortalecimento das medidas com a segurança do paciente e equipe (NIAHO, 2018).

A NIAHOS contempla os requisitos da COP que inclui a ISO 9001:2000 que parte do princípio da melhoria contínua, além de:

- Não exige pessoal adicional para implementação;
- Inclui visitas anuais para validação do certificado;
- Foca na sequência e interação dos processos do hospital;
- Conduz à melhoria da segurança dos pacientes;
- Reduz custo com acreditação.

Comparado com a Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação), estaria de acordo com o nível 3 (Acreditado com Excelência) e em concordância com a legislação brasileira, a certificação ressalta a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Conselho Federal de Medicina (NIAHO, 2018).

2.3.4. ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Em 1997, o Ministério da Saúde criou uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação, até então, o único modelo de acreditação voltado à área da saúde 100% nacional, o que resultou na escolha do tema de pesquisa.

Este modelo de acreditação consiste em um Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, onde estabelece padrões da qualidade e segurança para os hospitais que buscam a acreditação. Em maio de 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos com o intuito de coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da implantação de padrões e normas técnicas, credenciamento de instituições acreditadoras e capacitação de avaliadores (SHIESARI, KISIL, 2003).

A ONA tem o objetivo de promover a implantação da certificação da qualidade dos serviços da área da saúde em diferentes categorias de organizações de saúde, que voluntariamente optam por aderir à acreditação (ONA, 2018).

Ela consiste num processo de avaliação voluntária, periódica e reservada, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Tais padrões são estabelecidos em grau de complexidade crescente e servem de guia para que uma instituição avaliadora no qual possa examinar a infraestrutura, processos e os resultados de um hospital, dependendo do nível de acreditação a ser implantado (ONA, 2018).

Decorrente da gestão da qualidade, a acreditação hospitalar é a metodologia com maior reconhecimento internacional, e requer uma estrutura de segurança, organização dos processos e gestão de resultados (CAMPOS, 2008).

Entende-se que a qualidade deva ser dinâmica, levando em conta as interferências culturais e de valores. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição em relação à qualidade na área da saúde não é precisa. Com isso, a ONA estabeleceu 8 dimensões da qualidade a serem abordadas no momento da avaliação, como: Aceitabilidade (adaptação com o cuidado com as expectativas e valores do paciente e familiares); Adequação (relação entre resultado e o custo); Efetividade (relação entre benefício real e o esperado); Eficácia (realizar o melhor atendimento dentro das condições reais); Eficiência (relação entre benefício oferecido e custo); Equidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades percebidas, impactos na sociedade); Integralidade (conjunto de conhecimento nos processos, trabalhando as ações preventivas e corretivas individualmente, segurança do profissional, paciente e saúde ocupacional); Legitimidade (adaptação do serviço com as partes interessadas (pacientes) (ONA, 2013).

A acreditação no Brasil ainda é facultativa ou voluntária, podendo se tornar compulsória, porém ainda não houve promulgação.

A ONA é um método de consenso, organização, estruturação e educação das instituições de saúde. Para o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), os hospitais são um sistema complexo, com processos interligados, onde o andamento de um interfere no resultado. Seguindo essa lógica a avaliação do processo não deve ser feita isoladamente (ONA, 2018). O Manual ONA 2014 conta com 5 seções (abordadas neste trabalho como Pilares e fatores) e 38 subseções conforme ilustrado no quadro 1, sendo elas:

- **GESTÃO E LIDERANÇA** (6 subseções) - Esta seção reconhece o modelo de gestão e como é conduzido pelos gestores e instituição.
- **ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE** (14 subseções) - Esta seção agrupa todos os elementos e processos que envolvem a atenção e cuidados aos pacientes/clientes estabelecendo as fases mandatórias entre a teoria e a prática.
- **DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA** (9 subseções) – Esta seção agrupa componentes, atividades e serviços que envolvem os processos de diagnóstico realizados pela instituição.
- **APOIO TÉCNICO** (5 subseções) – Esta seção agrupa todos os componentes relacionados ao funcionamento da instituição.
- **ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO** (4 subseções) – Cabe a esta seção agrupar todos os componentes, atividades e serviços relacionados aos processos de abastecimento e apoio logístico da organização.

QUADRO 1 - SEÇÕES E SUBSEÇÕES ONA

N. Seções	Seções	Subseções
1	Gestão e Liderança	Liderança Gestão de Pessoas Gestão Administrativa Gestão de Suprimentos Gestão da Segurança Patrimonial Gestão da Estrutura Físico Funcional
2	Atenção ao Paciente/Cliente	Gestão do Acesso Internação Atendimento Ambulatorial Atendimento em Emergência Atendimento Cirúrgico Atendimento Obstétrico Atendimento Neonatal Tratamento Intensivo Mobilização de Doadores Assistência Hemoterápica Terapia Dialítica Terapia Antineoplásica Assistência Farmacêutica Assistência Nutricional
3	Diagnóstico e Terapêutica	Processos Pré Analíticos Processos Analíticos Processos Pós Analíticos Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Diagnóstico por Imagem Medicina Nuclear Radioterapia Radiologia Intervencionista Métodos Endoscópicos e Videoscópicos
4	Apoio Técnico	Sistema de Informação Paciente/Cliente Gestão de Equipamentos e Tecnologias Médico Hospitalar Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Sentinela Processamento e Liberação
5	Abastecimento e Apoio Logístico	Processamento de Roupas Processamento de Materiais e Esterilização Armazenamento e Transporte de Materiais Biológicos Higienização

Fonte: Adaptado de ONA, 2014.

A acreditação consiste em instrumentos de avaliação que são compostos de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões que devem ser atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade com princípios pré-estabelecidos. Os níveis de complexidade se dão através da certificação, Nível 1 (segurança), Nível 2 (segurança e organização) e Nível 3 (segurança, organização e práticas de gestão e qualidade) conforme explicado no Quadro 2.

QUADRO 2 - PADRÕES DE ORIENTAÇÃO DO SBA

Nível	Padrão	Orientação
Nível 1: Acreditado Segurança	Atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para atividade conforme legislação, identificar riscos específicos e gerenciar com foco na segurança.	• Responsabilidade técnica seguindo requisitos legais; • Fornecer condições operacionais e a garantia da segurança do paciente; • Identificação, gerenciamento e controle dos riscos.
Nível 2: Acreditado pleno Segurança e Organização	Gerenciamento de processos, sistemática de medição e avaliação da efetividade, promove ações de melhoria e aprendizado.	• Identificação, definição e padronização dos processos. • Identificação de fornecedores e clientes; • Estabelecimento dos procedimentos; • Documentação (procedimentos e registros); • Definição de indicadores; • Medição e avaliação dos resultados de processos; • Programa de educação e treinamento continuado;
Nível 3: Excelência Segurança, Organização e Práticas de Gestão da Qualidade	Processos alinhados e relacionados ao plano estratégico da instituição, foco nos resultados com evolução de desempenho, evidência de melhorias e inovações.	• Definir perspectivas básicas de sustentação da instituição; • Sistema de indicadores de desempenho; • Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores; • Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; • Identificação de oportunidades de melhoria; • Sistemas de planejamento e melhoria contínua.

Fonte: Adaptado de ONA, 2018.

A ONA preconiza que o processo de avaliação deva ser seguido pelo Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, considerando todas as especificidades das seções e subseções. Para a acreditação hospitalar, foram definidos seções, subseções, padrões, itens de orientação e níveis (ONA, 2018).

Acreditada, Nível 1 – segurança com base na estrutura. Segundo Gastal e Roessler (2006), nesse nível é exigido observar o atendimento ao preceito da qualidade, oferecendo recursos humanos conforme a complexidade, qualificação dos profissionais e da equipe técnica de acordo com sua área dentro da instituição.

Acreditado Pleno, Nível 2 - trata da segurança da organização, ou processos executados na assistência ao paciente. Aqui é exigido evidências do processo de planejamento na organização, referentes à documentação legal e requisitos a seguir, treinamento, controle, estatísticos utilizados na tomada de decisão clínica (ONA, 2018).

Excelência, Nível 3 - segurança, organização e práticas de gestão da qualidade, para obter esse título a organização necessita ter um processo de educação continuada, bem como manter evidências destas atualizações e dos processos de melhoria contínua, levando em conta as taxas e indicadores, permitindo análises comparativas, a medição da satisfação dos clientes sejam eles internos ou externos, além do programa de gestão da qualidade devidamente implantado. Quanto

à instituição acreditada com excelência, além do cumprimento dos requisitos estabelecidos nos níveis anteriores, nesta modalidade, a instituição necessita comprovar que os seus resultados são baseados em indicadores alinhados com o seu planejamento, e é a partir da análise crítica destes resultados que se estabelecem ações de melhoria contínua (ONA, 2018).

Para que o processo de avaliação ocorra é necessário a comparação dos serviços hospitalares prestados já com os padrões pré-estabelecidos, correlacionando a segurança (estrutura), organização (processos) e as práticas de qualidade (resultados) (ONA, 2018).

A acreditação é um instrumento que mede a qualidade prestada pelo médico-hospitalar, para Scrivens (1997), houve um real esforço para edificar um instrumento adaptado à realidade brasileira, considerando o impacto dos programas de qualidade nas instituições não creditadas, a falta de indicadores; a dificuldade encontrada pelos gestores na tomada de decisão baseando-se nos procedimentos realizados pela equipe técnica; a falta de informações relevantes sobre a eficiência e eficácia dos serviços de saúde; e por fim, a pressão externa para melhoria nos serviços hospitalares.

Para a ONA (2017), a organização que presta serviços na área da saúde que passa pelo processo de acreditação se compromete com a segurança e bem-estar do profissional, procedimentos e paciente, oferecendo um serviço de qualidade.

A avaliação permite a distinção das organizações de saúde, por isso, esse modelo de acreditação tem se destacado com uma ferramenta de grande relevância na gestão hospitalar, à medida que parte dos requisitos e padrões estabelecidos, facilitando no diagnóstico organizacional, fazendo com que a instituição entenda o desempenho dos seus processos e trabalhe com a melhoria deles, a medição e identificação dos gargalos, o entendimento de forma sistemática, levando em conta seus pontos fortes, fracos e oportunidades para melhoria, tornando-se um facilitador entre setores, processos e equipes.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar acaba sendo um instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções. As seções representam os serviços, setores ou unidades com características semelhantes para que a instituição seja avaliada segundo uma consistência sistêmica; as subseções tratam do escopo de cada serviço, setor ou unidade, segundo três níveis, partindo do mais simples ao mais complexo, sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade (BRASIL, 2006).

Os padrões apontam os itens os quais os avaliadores irão analisar através de evidências como se a organização de saúde cumprisse os requisitos de um determinado padrão. Os itens auxiliam no processo de preparação da organização prestadora de serviços hospitalares para a acreditação (ONA, 2017).

No contexto contemporâneo da avaliação da qualidade em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, tem-se dado destaque para o sistema de acreditação, que é definido como estratégia sistemática, periódica, reservada e, por vezes, voluntária, na qual seus métodos propiciam avaliar a qualidade dos seus serviços, mediante padrões previamente definidos (ALVES 2012, ONA 2017).

Através de tal avaliação, a acreditação pode ou não resultar em uma certificação. Entretanto, o objetivo primordial dessa estratégia de qualidade é viabilizar a educação permanente em toda a organização de saúde e, isso quer dizer que não almeja a atuação fiscalizadora (ONA, 2017).

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação (ANTUNES, 2005).

A avaliação para acreditação é realizada por uma equipe multidisciplinar formada por médico, administrador e enfermeiro que verificam se o hospital está em conformidade com os padrões estabelecidos no manual utilizado. A duração da visita varia de acordo com o tamanho e a complexidade do hospital, uma vez que todos os setores e unidades serão observados e obedecerão a uma programação pactuada entre os representantes do hospital e os avaliadores da instituição acreditadora (FORTES, 2013).

De acordo com a ONA (2013), as normas para o processo de avaliação sistematizam a metodologia de avaliação para cada tipo de organização de saúde. Tais normas envolvem desde as diretrizes para inscrição no processo de avaliação até o término do processo.

Para isso, são utilizados instrumentos como referencial nacional para avaliação pelas instituições acreditadoras, este instrumento é composto de sete seções, com seus fundamentos e subseções. O foco principal é de que as seções e subseções estejam interagindo entre si e proporcionem que a organização de saúde seja avaliada de forma sistêmica. Os instrumentos das seções são norteados por fundamentos de liderança e administração, serviços profissionais e organização de assistência, de atenção ao paciente/cliente, de apoio ao diagnóstico, de apoio técnico e abastecimento, de apoio administrativo e infraestrutura, ensino e pesquisa (JÚNIOR et. al., 2016).

Atualmente, aderem a um sistema complexo de atendimento, sendo ambiente de multiprofissionais intrinsecamente ligados, tanto pela estrutura física quanto pelos processos utilizados nos serviços de atendimento (FELDMAN, 2005).

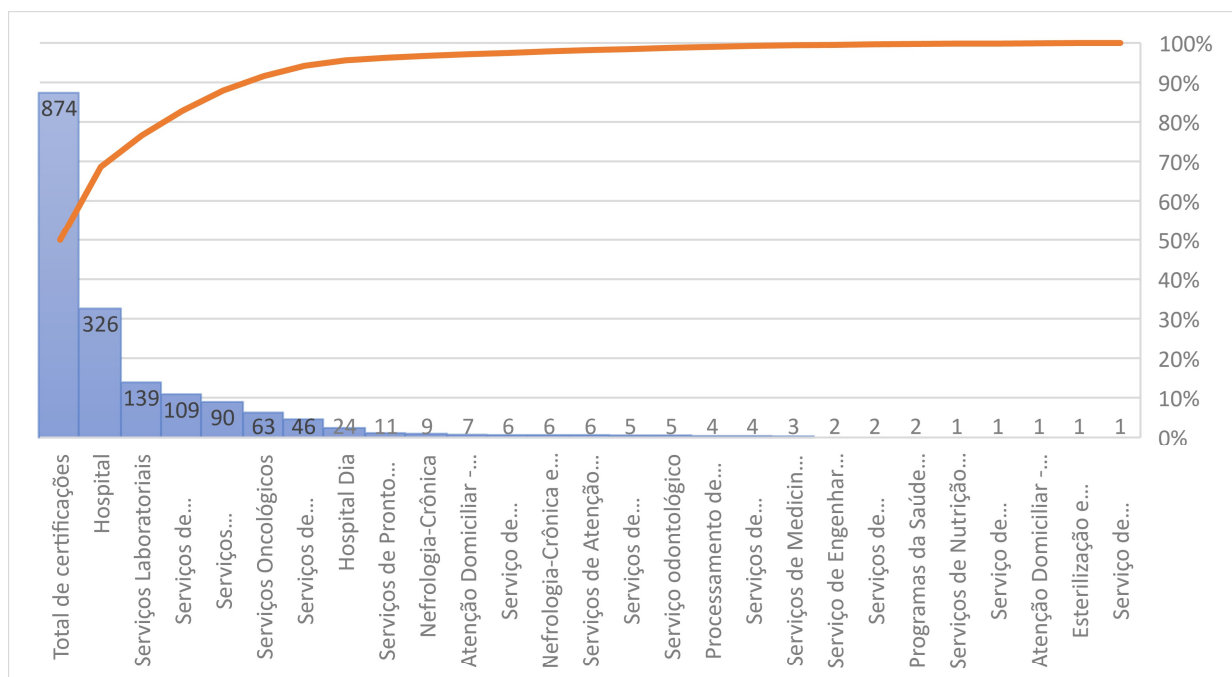
Tem sido motivo de constante preocupação nas instituições hospitalares no país a questão da segurança do paciente. As instituições nacionais têm procurado além da ONA, a comissão

conjunta de acreditação (JCAHO - *Joint Commission on Healthcare Accreditation Organization*), onde concentram esforços desde 2003 para implementar nos hospitais programas que evitam falhas ou danos no atendimento de pacientes, ampliando assim o espectro da acreditação (FELDMAN, 2005).

No século XXI, chegou no mercado brasileiro uma série de modelos internacionais. Primeiro, a metodologia americana inicialmente por meio da *Joint Commission for Accreditation for Health Care Organizations* (JCAHO) (MALIK, 2015).

Em seguida, o modelo canadense, a *Accreditation Canada* (ou *Agrément Canada*) - ACI, que é representada no país pela IQG (*Health Services Accreditation*) desde 2006. Conforme ilustrado na figura 1, pode-se observar a evolução da Acreditação ONA no país dentro dos modelos de instituições de saúde que a certificação preconiza. Atualmente, a ONA conta com 836 certificações válidas, concentrando a maioria na região Sudeste, São Paulo 325, Minas Gerais 116 e Rio de Janeiro 58.

FIGURA 1 - CERTIFICAÇÕES NO BRASIL 2020



Fonte: Adaptado ONA, 2020.

Modelos esses:

1. Organizações prestadoras de serviços da saúde (OPSS), como hospitais, laboratórios,
2. *Home Care*, ambulatorios, nefrologia, hemoterapia, entre outros;
3. Serviços odontológicos (SO);

4. Programas de saúde prevenção de riscos, onde o foco são pacientes saudáveis com fator de risco e pacientes com doenças crônicas;
5. Serviços para a saúde (SS), trata-se de serviços de processamento de roupas, dietoterapia, manipulação, esterilização e processamento de materiais).

As instituições devem praticar a elegibilidade dos requisitos pré-estabelecidos pelo manual ONA.

A escolha do tema parte das melhorias que a Acreditação ONA oferece às instituições de saúde, aos profissionais da área e pacientes, por meio da promoção a cultura da qualidade e segurança do serviço prestado, onde abrandar erros e riscos de eventos adversos ao paciente, melhorando a comunicação interna e externa, reduzindo custos e promovendo o desenvolvimento profissional dos colaboradores (*THE VALUE AND IMPACT OF HEALTHCARE ACCREDITATION, 2013*).

2.4 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO ONA

O processo de acreditação possui uma grande simplicidade e facilidade de aplicação. Compõe-se de seis fases: apresentação dos padrões, auto avaliação, preparação do serviço, revisão por pares (avaliação para acreditação), relatório final e certificado de acreditação (FORTES, 2013).

Em 2002, de um universo de 6.528 instituições de saúde no Brasil (Hospitais, Clínicas, Consultórios, Laboratórios e Necrotérios), 36 foram creditadas, sendo um total de 195 avaliadas. Destas, apenas 27 instituições conseguiram manter o nível de conformidade e consequentemente o certificado de hospital acreditado. Em processo de acreditação, estavam 79 instituições neste mesmo período. (FELDMAN, 2005).

As instituições de saúde buscam otimizar processos, reduzir custos, mas sem perder a eficiência assistencial, ética profissional e o respeito com os pacientes. São pessoas cuidando de pessoas, em um ambiente saudável, com colaboradores valorizados, o que faz com que os profissionais forneçam um atendimento eficaz e humanizado, focando no serviço com excelência.

As instituições de saúde no Brasil são classificadas pela Ministério da Saúde portaria n. 717 de 2006/DATASUS, como organizações independentes e são definidas como:

- Centro de Saúde: unidade para realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas;
- Hospital Geral: hospital destinado à prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas;
- Hospital Especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade ou área;
- Pronto Socorro Geral: unidade destinada à prestação de assistência ao paciente com ou sem risco de vida, cuja gravidade necessita de atendimento imediato;
- Cooperativa: unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestar atendimento em estabelecimento de saúde.

Como fruto do histórico hospitalar no Brasil, existe grande dificuldade de visualizar o hospital como empresa de negócios. Isto se dá pela origem das instituições de saúde, que foram vistas inicialmente como hospedarias para abrigo de doentes, instituições filantrópicas de auxílio aos pobres, simultaneamente, caracterizadas como organizações religiosas que evoluíram ao longo dos anos, mantendo, todavia o seu caráter humanitário (JÚNIOR, 2016).

Estudos indicam as dificuldades enfrentadas pela acreditação nas organizações, por estas associarem o certificado como custo, ou por possuírem carência em estruturas tanto predial quanto em força de trabalho, como no caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, que em 2002, que entendeu a Acreditação ONA como custo financeiro e metodologia de difícil adesão (CAMPOS, L. I, 2008).

Os dados que possibilitaram entender esta temática indicam que para os gestores da qualidade hospitalar, as dificuldades relacionadas à acreditação, mais especificamente na sua implantação e manutenção, têm a ver com a cultura organizacional e com a rotatividade de pessoal (OLIVEIRA, 2016).

Quando os gestores responsabilizam a cultura organizacional, entra em discussão um campo abstrato, já que ela é uma prática que faz parte da estrutura informal das organizações e isso diferentemente dos elementos que constituem a estrutura formal, como organogramas, regulamentos, manuais técnicos e procedimentos, não é explícita ou visualizada de forma concreta e/ou documental (KURCGANT, 2010).

Transformar a cultura organizacional das instituições hospitalares que apontam dificuldades para implantar a acreditação é fundamental. Para Pomey et. al; (2005), a implantação da acreditação hospitalar necessita do envolvimento de diversos profissionais e níveis hierárquicos (alta direção, corpo clínico, equipe de enfermagem e administrativo). Já Manzo et.

al; (2012) presumi que a acreditação influencia o nível de motivação dos profissionais, uma vez que são eles que influenciam o ambiente de trabalho e propagam a nova cultura.

Por isso, a participação dos profissionais de enfermagem é de suma importância nos processos de acreditação. Este profissional assume diretamente funções operacionais e assistenciais 24 horas, desempenhando uma posição-chave na acreditação (MANZO et. al., 2012).

Contudo, segundo Ovretveit (1996), a relutância do corpo clínico em se envolver ativamente nos processos de acreditação é uma realidade e tem sido abordada por diferentes pesquisas.

Os aspectos de maior dificuldade da acreditação, retratado por Manzo et, al; (2011) Manzo et. al; (2013), é a integralidade e a qualidade das informações disseminadas aos profissionais no início do processo de acreditação, fomentando o temor dos profissionais que passam a trabalhar sob forte pressão; a carência de envolvimento dos profissionais; ausência de tempo devido à sobrecarga de trabalho que gera insatisfações e adoecimento no ambiente de trabalho por parte do profissional.

De acordo com Bonato (2007), os esforços para a implantação da qualidade são mais aceitos quando orientados por uma metodologia clara e consciente, trabalhada em harmonia por todos os integrantes do processo.

É possível observar a forma que os profissionais de saúde se posicionam em relação a um cenário de extrema cobrança, apesar de intrínseco a qualquer sistema avaliação contínua, mas isso pode ser suavizado através de estratégias que buscam a valorização dos profissionais envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão ao sistema de gestão de qualidade (MANZO, 2012).

Cabe à acreditação viabilizar, operacionalizar e avaliar as iniciativas em prol da qualidade dos serviços. Entretanto, as políticas da qualidade devem ser elementos comuns a toda organização, iniciando-se pela alta direção, que irá exercer impacto no reflexo social geral da postura que a instituição adota em relação à cultura da qualidade (ALVES, 2012).

Dessa forma, é importante que, visando à superação das barreiras apontadas pelos entrevistados, a cultura da qualidade em toda a organização seja um elemento prévio à implantação da acreditação, pois este método para ser implantado com eficácia e eficiência, demanda mudanças no processo de trabalho que podem ser dificultadas devido à cultura vigente (OLIVEIRA, 2016).

Talvez em decorrência da dificuldade referida, os gestores da qualidade elencaram a rotatividade de pessoal como outro desafio inerente à acreditação. A rotatividade de pessoal é

elencada como importante indicador da qualidade da gestão de recursos humanos, especialmente no contexto da enfermagem, que é o maior contingente de profissionais em ambiente hospitalar (KURCGANT, 2009).

Devido a esse contexto, pode-se dizer então que a acreditação hospitalar surtiu efeito no Brasil em 20 anos de história, com pouco mais 80% dos hospitais brasileiros acreditados pela ONA (ONA, 2019). Na realidade, essa porcentagem é menor, pois há hospitais que ostentam mais de uma acreditação simultaneamente (MALIK, 2015).

Por outro lado, verifica-se um padrão entre os acreditados, muitos deles pertencem a redes ou a organizações identificadas com este modelo. Assim, mais de 15% dos hospitais acreditados no país são públicos (embora nenhum gerenciado em regime de administração direta) (MALIK, 2015).

3. MÉTODO

De acordo com Minayo (2012), o método de pesquisa é o elo entre o pensamento e a prática das técnicas de operacionalização.

O presente estudo é de natureza aplicada, uma vez que as informações obtidas geram proveito no aprendizado para a solução de um problema específico (GIL, 2010).

Já o escopo é de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, amparada na análise multivariada de dados proposta por Hair Jr. et. al; (2005). Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva e exploratória tem como principal objetivo a descrição dos predicados para um grupo específico.

A abordagem utilizada é quantitativa, com método de estudo de caso único, combinada com análise multivariada de dados e Alpha de *Cronbach*. A dissertação utiliza da metodologia proposta por Hair Jr. et. al; (2005), o que possibilitou validar a investigação científica.

A estrutura do método estudo de caso único, segundo Yin (pág. 33, 2005,) que defende que “o estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Já para Duarte Barros (pág. 182-185, 2006), o estudo de caso único é uma “análise intensiva, empreendida numa única ou em algumas organizações reais.” Para eles, o estudo de caso tem como objetivo captar informações quantitativas e detalhadas compreendendo assim a situação real.

O desenvolvimento quantitativo do método se deu por análise multivariada de dados, que é a técnica que estuda simultaneamente três ou mais variáveis (características). Simplificando, além de tornar mais eficiente e completo, o que seria realizado por inúmeras análises univariadas e bivariadas. Para muitos autores, o propósito da análise multivariada é mensurar, esclarecer e prever o grau de relacionamento entre as variáveis e seus impactos (HAIR Jr. et. al; 2005).

O desenvolvimento da pesquisa também contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CAAE: 78931517.0.0000.5404 – Anexo B).

3.1. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O referencial teórico foi desenvolvido com base nos estudos pertinentes ao assunto.

O procedimento metodológico se dá através da definição do questionário que será aplicado com base nos estudos relacionados ao tema.

A seleção do caso se deu através da aprovação do convite enviado pela autora e da aprovação do Comitê de Ética do Hospital Estadual de Sumaré (HES – Anexo A).

Na sequência, o procedimento metodológico é encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CEP) para aprovação. Após aprovação do CEP, o formulário foi aplicado no hospital selecionado para estudo - CAAE: 78931517.0.0000.5404 (Anexo B).

A coleta de dados iniciou com a aplicação do questionário em março de 2018, finalizando em junho de 2019 no hospital objeto de estudo, instituição essa 100% pública (SUS), com 260 leitos, Acreditada ONA nível 3 e *Accreditation Canada International* (ACI) com o nível Diamante da metodologia Qmentum. Já os resultados obtidos foram interpretados e validados com base na metodologia abordada neste trabalho.

Em última e não menos importante etapa, os resultados foram discutidos, legitimando o tema selecionado para estudo.

FIGURA 2 - PROCEDIMENTO METODOLÓGICO



Fonte: Adaptado de Yin (2001).

O conteúdo da coleta de dados da pesquisa (elaboração do questionário) foi elaborado pela pesquisadora com base no Manual ONA 2014 (Organização Nacional de Acreditação), cuja certificação abordada na revisão de literatura.

O questionário da pesquisa apresenta característica quantitativa, obtendo diretamente conhecimento da realidade, de forma rápida e econômica (PRODANOV, DE FREITAS, 2013, GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

A escala utilizada para classificar por meios estatísticos é a *Likert*, a qual mensura a concordância das pessoas de acordo com os interesses do usuário que medem o grau de aceitação dos participantes baseados nos critérios do pesquisador (SILVA JÚNIOR; COSTA A, CUNHA E. B. C. 2014).

Na pesquisa, foi empregada a escala de 6 pontos, onde 1 representa fortemente discordo e 6 fortemente concordo que considera melhor a percepção, notas intermediárias como 2,3,4 e 5 ficam sob critério do participante.

A fim de mensurar a percepção da equipe de enfermagem em relação a acreditação, foram abordados os profissionais de enfermagem que exercem suas funções no HES e aceitaram por livre e espontânea vontade participar da pesquisa, além de concordar com o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C). Foram excluídos do estudo profissionais da área de enfermagem que não aceitaram participar da pesquisa ou que estavam ausentes.

Foi estabelecido uma amostra mínima de 145 respostas. Segundo Fávero (2009), para cada questão é necessário um universo de 5 respondentes para que essa pesquisa possa ser validada (Anexo D). A pesquisa foi formada por um questionário de 29 perguntas fechadas e divididas em 5 seções (Gestão e Liderança/ Atenção ao paciente/ Diagnóstico e Terapêutica/ Apoio técnico e Abastecimento e Apoio Logístico) conforme sugerido pelo Manual ONA 2014.

Não se optou por questões abertas devido ao grande número de respostas e à falta de instrumentos específicos para o tratamento dessas questões.

O questionário foi aplicado presencialmente, individualmente e voluntariamente nos setores da instituição e seu preenchimento teve duração de 20 a 30 minutos, no qual foi aguardado o colaborador responder, evitando assim interferências, conforme previsto no TCLE.

Os resultados foram considerados a partir de notas com menor impacto, mediano e integral concordância. Este método quantifica aspectos qualitativos, assimilando a relevância da concordância e discordância das respostas obtidas (LIKERT, 1932). Para validação dos dados foi aplicado a análise fatorial, método esse usado para avaliar e transformar as variáveis em informações e resumir em fatores, além de garantir a confiabilidade por meio do Alpha de *Cronbach*.

3.2. ANÁLISE DE DADOS

As hipóteses estão validadas através do software *IBM SPSS Statistics* devidamente licenciado pela Universidade Estadual de Campinas – FCA. O software estatístico é utilizado para solucionar possíveis problemas de pesquisa, transformando dados em relevantes informações.

O modelo de análise multivariadas é considerado abrangente em diversas esferas, pelo fato de considerar a correlação entre as variáveis, possibilitando múltiplas associações que permitem ser avaliadas ou sustentadas pela análise de dados em bases teóricas e quantitativas, através de combinação linear de variáveis, específicas e com pesos empiricamente determinados por meio de técnicas multivariadas (HAIR Jr. et. al; 2009).

Pela equação (1) da Variável Estatística, é possível atingir um determinado valor e objetivo.

$$VE = w_1X_1 + w_2X_2 + w_3X_3 + \dots + w_nX_n \quad (1)$$

Onde:

X_n É a variável observada; e

W_n É o fator determinado pela técnica multivariada;

“[...] O resultado é um único valor que representa uma combinação de conjunto inteiro de variáveis que melhor atinge o objetivo de análise multivariadas específica” (HAIR Jr. et. al; 2005).

A técnica de análise multivariadas que foi aplicada é a de análise de agrupamento. Trata-se de uma técnica analítica, que agrupa objetos sem interferência de hipóteses pressupostas pelos grupos. O principal objetivo desta análise de agrupamento é identificar uma amostra em um determinado grupo, com base na semelhança entre os indivíduos e calcular estatisticamente grupos homogêneos entre os dados, permitindo assim, classificar objetos e suas semelhanças.

Entre as técnicas disponibilizadas pela análise multivariadas de dados, temos a análise fatorial, que mensura fenômenos que não são diretamente observáveis, por meio de um modelo matemático. A análise fatorial (AF) é um método utilizado para avaliar a validade de construto de um instrumento, auxiliando na investigação destes fenômenos em padrões, transformando-os em variáveis e determinando se a informação pode ser resumida em fatores.

Através da AF, é possível “reduzir o número de dimensões necessárias para se descrever dados derivados de um grande número de medidas” (URBINA, pág. 121, 2007).

A análise fatorial reduz ao máximo o número de variáveis sem perder a qualidade das informações, além de entender as informações omitidas, através do resumo das variáveis iniciais, não só por meio de exclusão, mas por meio das suas correlações que determinam os fatores (URBINA, 2007). Para aplicação da AF seguiu-se as seguintes etapas:

- Formular o problema onde será aplicado a AF;
- Montar e analisar a matriz de correlações (Esta matriz interpreta as variáveis após a análise de fatores. Simulando o grau com que os fatores “explicam” um ao outro).
- Validar a análise dos fatores e determinar o método a seguir (análise de fatores determina o modelo de fatores na qual são baseados numa matriz de correlação reduzida, isto é, as comunalidades e validação dos dados).
- Definir o número de fatores a seguir;
 - ✓ O Fator é uma combinação linear das variáveis no sentido de uma regressão, onde o escore total do teste é a variável dependente e os itens são as variáveis independentes.
 - ✓ A carga do fator é o valor que um fator explica a correlação.
 - ✓ O autovalor é a variância padronizada conexa com um fator.
- Rotacionar estes fatores através da solução rotacionada dos fatores (*Varimax*) é uma das soluções, onde os eixos são resolvidos com o propósito de destacar um padrão das cargas dos fatores.
- Interpretar e validar os fatores, nomeando os mesmos, através de:
 - ✓ O Teste de esfericidade de Bartlett, confere se todas as correlações dentro da matriz de correlações são significativas. Para Hucheson e Sofroniou (1999), a amostra é adequada no KMO quando os valores:
 - < 0,5 Inaceitável
 - [0,5 - 0,7] Medíocre
 - [0,7 - 0,8] Bom
 - [0,8 - 0,9] Ótimo
 - >0,9 Excelente
 - ✓ A variação do erro é uma variável que mede a adequação da amostra.
 - ✓ O KMO confere as dimensões dos coeficientes de correlação observadas, com as dos coeficientes de correlação parciais.

- ✓ Alfa de *Cronbach* é um coeficiente usado para medir a confiabilidade de uma escala de medição ou teste.

Neste caso, a Análise Fatorial irá validar as informações obtidas em uma instituição hospitalar em relação à Acreditação ONA, priorizando apenas a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem em relação à acreditação hospitalar, em prol de uma gestão que garanta a segurança e atenção ao paciente. O Trabalho identifica a desconexão entre a realidade, expectativa e compreensão nos processos a serem observados (BERTO, NAKANO, 2013).

Este trabalho com base na proposta de Guadagnoli e Velicer (1988), considera carga fatorial mínima de 0,6, uma vez que apresenta uma amostra maior que 100, como demonstra o quadro 3, indicando o nível de correspondência entre as variáveis e seus fatores, com cargas maiores que 0,6, os valores se tornam mais representativos. Para a área da saúde, o valor mínimo aceitável é de 0,4 (HAIR Jr. et. al; 2009).

QUADRO 3 - VALOR CARGA FATORIAL

Em relação ao tamanho da amostra na análise fatorial:	
Cargas fatoriais	Tamanho mínimo de amostra
4 ou mais cargas maiores que 0,6 no Fator	Não existe tamanho mínimo
10 ou mais cargas maiores que 0,4 nos fatores	150
Fatores com algumas cargas baixas	300
Comunalidade de acordo com o tamanho de amostra:	
Todas maiores que 0,6	Mesmo amostras pequenas (menos de 100) podem ser adequadas
Em torno de 0,5	Entre 100 e 200
Muito abaixo de 0,5	Acima de 500

Fonte: Guadagnoli e Velicer (1988); MacCallum, Widaman, Zhange e Hong (1999).

Para estimar a confiabilidade agregando robustez à análise deste questionário foi aplicado Alpha de *Cronbach* (CRONBACH, 1951).

O Alpha de *Cronbach* realiza a avaliação e correlação das notas, estimando a variância por questão e confirmando a robustez dos dados (CRONBACH, 1947). Trata-se de uma correlação média entre as questões, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da soma destes, através da equação (2).

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{soma}^2} \right) \quad (2)$$

Onde:

k Número de itens do questionário;

S^2_i Variância de cada item;

S^2_t A soma da variância total do questionário.

O valor de alpha pode ser interpretado entre 0 e 1, onde zero é considerado como uma escala incerta. Já valores próximos a 1, apresentam maior correlação, o valor mínimo proposto nessa pesquisa do alpha de *cronbach* é 0.7 a fim de validar a amostra (CRONBACH, 1947).

Para análise da AF, foi usado como base o processo sugerido por Andy Field (2009), com o programa SPSS. O *software* foi utilizado para capturar e analisar os dados obtidos transformando em tabelas e gráficos os dados mais complexos. O programa gerencia grandes volumes de dados e realiza suas análises, os 151 questionários respondidos e válidos foram inseridos no programa

Os dados a ser analisados no programa estatístico SPSS apresentam múltiplos resultados conforme solicitado:

✓ Análise - redução de dimensões – fator – análise fatorial;

Nesta primeira etapa, o objetivo é reduzir os dados em fatores, ou seja, quais variáveis devem ser agrupadas.

O próximo passo é selecionar as opções:

✓ Descritivos – coeficientes – teste de esfericidade– reproduzido e anti-imagem;

Nos descritivos, será distribuída a porcentagem das variâncias explicadas pelos fatores;

Na opção coeficientes, será apresentada a matriz de correlações entre as variáveis entre elas mesmas;

O teste de esfericidade mostrará os testes KMO que medem a confiabilidade e adequação da análise fatorial, nesta etapa o resultado esperado é próximo a 1; O teste de Bartlett medirá a existência de correlações suficientes para que a análise fatorial seja aplicada, onde é analisado as significâncias estatísticas;

A opção reproduzida reportará a matriz de correlações reproduzidas, ou seja, as correlações obtidas entre as variáveis agrupadas em fatores e a sua significância, o valor mínimo esperado é de 0,6.

A opção anti-imagem indicará as variáveis que podem estar atrapalhando a análise;

Na opção extração, será determinado o método dos componentes principais, onde deverá ser selecionado matrizes de correlação.

No campo extração, será definido o número de fatores (neste caso 5 fatores);

Em exibir a matriz do coeficiente, será apresentado as cargas fatoriais dos fatores e os seus valores.

3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa partiu do estudo do Manual ONA 2014 e de estudos anteriores relacionados à bibliografia. A elaboração do questionário contou com o auxílio da ferramenta de formulários do *Google forms* e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unicamp (CAAE: 78931517.0.0000.5404). Com base nas 5 (cinco) seções e subseções do manual, o questionário foi composto pelos domínios:

GESTÃO E LIDERANÇA

Liderança (1 questão)

Gestão de Pessoas (2 questões)

Gestão Administrativa (1 questão)

Gestão de Suprimentos (2 questões)

Gestão de Segurança Patrimonial (2 questões)

Gestão da Estrutura Físico Funcional (2 questões)

ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

Gestão de Acesso (1 questão)

Internação (2 questões)

Assistência Farmacêutica (2 questões)

Assistência Nutricional (1 questão)

DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Processos Pré analíticos (1 questão)

Processos Analíticos (2 questões)

Processos Pós Analíticos (1 questão)

APOIO TÉCNICO

Sistema de Informação do cliente/paciente (1 questão)

Gestão de equipamentos e tecnologia médico hospitalar (1 questão)

Prevenção e Controle de infecção e Eventos Sentinela (1 questão)

ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

Processamento de Roupas (1 questão)

Processamento de Materiais e Esterilização (2 questões)

Armazenamento e transporte de Materiais Biológicos (1 questão)

Higienização (2 questões)

O quadro 4 demonstra a organização das questões perante o questionário de pesquisa. Já os pilares foram determinados com apoio nas seções sugeridas pelo Manual ONA.

QUADRO 4 - PILARES E QUESTÕES

Pilares	Questões
1 - Gestão e Liderança	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10
2 - Atenção ao Paciente/Cliente	11, 12, 13, 14, 15 e 16
3 - Diagnóstico e Terapêutica	17, 18, 19 e 20
4 - Apoio Técnico	21, 22 e 23
5 - Abastecimento e Apoio Logístico	24, 25, 26, 27, 28 e 29

O quadro 5 apresenta o questionário aplicado na instituição acreditada que autorizou a pesquisa. A coleta foi realizada individualmente nos departamentos do HES com o público da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

Os dados coletados foram validados e a análise foi realizada através da técnica de análise fatorial que por sua vez agrupou o questionário dividindo em fatores que validam os resultados.

QUADRO 5 - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

N. Q	Questões
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.

O questionário abordou primeiramente questões de dados pessoais, a fim de reconhecer seu público-alvo. O segundo bloco de questões deu início à análise com base nos cinco (5) Pilares do Manual ONA, observando as melhorias implementadas na instituição.

4. DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da análise de dados são apresentados, assim como o perfil dos participantes da pesquisa, seguido dos resultados obtidos na pesquisa aplicada no Hospital Estadual de Sumaré e dos dados validados.

4.1. DESENVOLVIMENTO

Por meio de pesquisas e estudos, foi selecionado o Hospital Estadual de Sumaré HES – Unicamp (Hospital Geral) 100% público, instituição essa acreditada pela ONA nível 1 no ano de 2002 e nível 3 em 2006, sendo o primeiro hospital público do Estado de São Paulo e o segundo entre hospitais públicos do país a possuir a certificação. Somando-se aos esforços no escopo da acreditação hospitalar, em 2009 a diretoria do HES decidiu pela adesão ao Programa de Acreditação Internacional – *Accreditation Canada*.

Após aprovação do Comitê de Pesquisa do hospital HES, o questionário foi aplicado, a carta de aprovação encontra-se em anexo. O questionário teve como base os 5 Pilares propostos pelo Manual ONA, onde a referida instituição que possui 260 leitos aderiu o selo de Acreditação ONA como instrumento de qualidade e melhoria contínua.

A pesquisa foi aplicada em diversos setores do Hospital conforme exibido no quadro 6, em um universo de 85 enfermeiros, 175 técnicos de enfermagem e 340 auxiliares de enfermagem, totalizando uma amostra de 151 respondentes, representando 26% do quadro total da equipe de enfermagem na instituição abordada.

QUADRO 6 - DEPARTAMENTOS E PARTICIPANTES

Departamentos	Número de respondentes por departamento	Porcentagem da participação dos departamentos com relação ao total de respostas	Siglas abordadas por departamento na caracterização da amostra (anexo)
Clínica Cirúrgica	26	17.2%	A
Pediatria	16	10.6%	B
UTI Neonatal	8	5.3%	C
UTI Pediátrica	6	4.0%	D
Central de Materiais Esterilizados	16	10.6%	E
Neurologia / Ortopedia	3	2.0%	F
Clínica Médica	13	8.6%	G
Não Informaram	15	9.9%	H
Emergência	18	11.9%	I
Especialidades	16	10.6%	J
UTI Adulto	9	6.0%	K
Emergência Referenciada Adulto	5	3.3%	L

4.2. RESULTADOS OBTIDOS

4.2.1 ANÁLISE FATORIAL

O questionário de pesquisa foi agrupado em blocos a partir das seções propostas pelo Manual ONA 2014 (FÁVERO et. al; 2009). Por critério da raiz latente foi retido os 5 Pilares, sem nenhuma exclusão, os fatores são: Gestão e Liderança, Atenção ao Paciente, Diagnóstico e Terapêutica, Apoio Técnico e Abastecimento e Apoio Logístico. A AF é empírica, no entanto, ao observar como as variáveis se agrupam, podemos nomear os fatores que melhor representam o conjunto de variáveis pertencentes a ele.

Para o estudo desta análise fatorial, foi considerada a média de desvio padrão de cada uma das 29 questões, sem exclusões. Lembrando que com 29 variáveis, há cerca de 420 correlações a serem calculadas com uma significância mínima de 0,60 (HAIR Jr. et. al; 2009).

Assim como os coeficientes de correlação variam de acordo com o tamanho da amostra, a confiabilidade das análises de fatores também depende da amostragem e suas variáveis (FIELD, 2009).

QUADRO 7 - SIGNIFICÂNCIA DAS CORRELAÇÕES

TESTE KMO E Bartlett		
Média KAISER		.926
Teste de Bartlett	Qui-Quadrado	4337.168
	df	406
	Sig.	.000

Comparando as correlações simples e parciais por meio do teste de KMO e Bartlett apresentados no quadro 7, pode-se observar a significância geral das correlações determinando a adequação do uso da análise fatorial.

A estatística KMO apresenta valores acima de 0,9, ou seja, o valor apresentado qui-quadrado valida que há uma associação entre as variáveis apresentadas na amostra.

Concluindo forte relevância no uso do método da AF, constatando o ajuste dos dados da pesquisa ao método e à correlação suficientemente forte para que a AF fosse aplicada, ou seja, o p-valor (sig) (ou probabilidade de significância) apresenta valor menor que o nível de significância $\alpha=5\%$, já o df (hipótese nula) assegura que o parâmetro da população (como média e desvio padrão) é igual ao valor esperado, validando assim, o uso da análise fatorial nesta pesquisa.

Na análise do teste KMO, valores próximos a 1 indicam que o método de análise fatorial é adequado para a avaliação dos dados (FIELD, 2009, KAISER, 1974). Caso os valores fossem menores que 0,6, o método não seria indicado para este conjunto de dados.

Já o teste de esfericidade de Barlett leva em consideração a distribuição estatística qui-quadrada testando se a matriz de correlação é uma matriz de identidade, ou seja, mostra que não há correlação entre as variáveis. Para valores maiores que 0.1, a análise em questão não poderia ser utilizada.

Concluindo que para esta pesquisa, a significância resultou em um valor muito pequeno menor que 0,1, classificando o uso do método da análise fatorial. Segundo Hutcheson e Sofroniou (1999), a amostra é adequada no KMO quando:

- < 0,5 Inaceitável
- [0,5 - 0,7] Medíocre
- [0,7 - 0,8] Bom
- [0,8 - 0,9] Ótimo
- >0,9 Excelente

QUADRO 8 - ESCALA DA VARIÁVEL DOS PARTICIPANTES

		N	%
Casos	Validados	151	100.0
	Excluídos	0	0
	Total	151	100.0

O quadro 8 apresenta o número de participantes N = 151, representando 100% dos participantes, sem exclusão.

TABELA 1 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO POR PARTICIPANTE

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.267	4.947	5.338	.669	1.135	.032	29
Variância	1.231	1.209	.678	1.145	2.689	.067	29

A tabela 1 apresenta o desvio padrão que contabiliza o número de dispersão dos valores em relação a cada participante e sua média. A resposta mínima foi 4,947 e máximo de 5,338 e média em 5,267, demonstrando uma dispersão em 0,669, considerado um baixo desvio-padrão, esse valor se dá por conta das notas extremamente consistentes obtidas no questionário aplicado, variando entre 4 e 5 (numa escala de 0 a 6), validando a baixa divergência da interpretação dos participantes sobre o tema.

TABELA 2A - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS PARTICIPANTES**(Continua)**

N. Q	Análise Descritiva			
	Questões	Média	Desvio Padrão	N. Participantes
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	5.20	1.189	151
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	5.28	1.126	151
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	5.00	1.322	151
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove melhorias a fim de atender suas reais expectativas.	4.95	1.221	151
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	5.04	1.221	151
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	5.04	1.125	151
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	5.24	1.141	151
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	5.19	1.170	151
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	5.01	1.219	151
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	5.39	.993	151
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	5.07	1.193	151
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	5.42	1.002	151
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	5.36	1.035	151
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	5.15	1.350	151
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	5.34	1.020	151
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	5.46	1.031	151
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	5.35	1.053	151
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	5.34	1.039	151
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	5.15	1.185	151

TABELA 2B - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS PARTICIPANTES

(Conclusão)

20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	5.08	1.175	151
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	5.34	1.148	151
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	5.24	1.159	151
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	5.24	1.100	151
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	5.32	1.043	151
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	5.52	.958	151
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	5.54	.915	151
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	5.44	1.030	151
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	5.46	1.012	151
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	5.62	.823	151

A tabela 2 ilustra a média e desvio padrão da amostra total para N = 151 respondentes, além de confirmar a não necessidade de exclusão de nenhuma das questões uma vez que seus autovalores são similares e significantes, correspondendo notas acima de 0,6, o que significa que a percentagem de variabilidade de cada variável quando agrupada por fator.

QUADRO 9 - CONFIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO

Cronbach Alpha	N de Itens
0.972	29

Segundo Lattin et. al; (2011), o Alpha de *Cronbach* proporciona a média de variável de maneira qualitativa, os questionários cujo Alpha de *Cronbach* apresenta confiabilidade interna que varia entre 0.81 a 1 sendo considerados com correlação interna quase perfeita.

Neste caso, conforme o quadro 8 o Alpha de *Cronbach* padronizado é igual a 0.972 sendo então considerado válido, numa visão geral, a plotagem de dados não tem grande discrepância nas notas obtidas, variando entre 4 e 6.

No caso do Alpha de *Cronbach*, caso considerássemos a hipótese de exclusão de alguma questão, observa-se que praticamente não há interferência nos valores. E em relação à variância das questões, foram considerados os 5 fatores a priori do Manual ONA (Gestão e Liderança, Atenção ao Paciente, Diagnóstico e Terapêutica, Apoio Técnico e Abastecimento e Apoio Logístico). A comunalidade também pode ser definida como a “quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise” (HAIR Jr. et. al; 2005).

TABELA 3A - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES

(Continua)

ALPHA DE CRONBACH POR QUESTÃO			
N. Q	Questões	Correlação Múltipla	Alpha de Cronbach
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	.803	.971
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	.718	.971
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.815	.971
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.	.853	.971
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	.814	.971
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.798	.971
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.699	.971
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.794	.971
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.630	.971
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.724	.971
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	.731	.971
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.781	.971
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.771	.971
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.493	.973
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.786	.971
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.757	.972
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	.864	.970

TABELA 3B - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES

			(conclusão)
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	.900	.970
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.811	.971
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.697	.971
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	.782	.972
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.664	.971
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	.799	.971
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	.746	.971
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.763	.971
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.816	.971
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	.878	.971
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.796	.972
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.709	.971

Na tabela 3, é analisada a confiabilidade de cada questão garantindo que as respostas não variem de acordo com o momento e sim no contexto geral, de modo que um conceito possa ser adotado em qualquer situação e seja confiável.

Com isso, também pode-se observar que os valores apresentados por questão não tiveram nenhum item deletado porque apresentaram correlação múltipla maior que 0,6, conforme estabelecidos no item 3.2.

Na tabela 4 de coeficientes de correlação, podemos analisar o tamanho da amostra, quanto maior o número de participantes, maior a confiabilidade da análise dos fatores (FIELD, 2009). Ainda na tabela 4, observa-se que grande parte das correlações estão acima do valor de 0,4, porém, chamam a atenção por ser um sinal de problemas no ajuste da amostra, uma vez que para AF as questões necessitam estar intimamente relacionadas. Já as correlações destacadas em cinza apresentam valores acima de 0,6, representando maior correlação e singularidade entre os dados (FIELD, 2009).

Ainda na matriz de correlação, cada variável correlaciona com outra variável, o que se pode afirmar que a correlação é perfeita apenas quando o seu valor é igual a 1. Os valores estimados na diagonal mensuram a adequação das variáveis em relação à amostra, na qual foram considerados apenas os valores acima de 0,6. As questões 1,2,3,4,5,6,7,8,9 e 10 ligadas à Gestão e Liderança juntamente com as questões 11 e 15 - Atenção ao Paciente e 17,18 e 19 - Diagnóstico e Terapêutica, apresentaram maior correlação validando que estes três Pilares estão diretamente ligados. Quando uma instituição reconhece e valoriza seus colaboradores e trabalha a cultura organizacional, a tendência é a prestação de atendimento/serviço de qualidade e humanizado, reduzindo assim os riscos envolvidos, como: administração errada de medicamentos, formulários devidamente preenchidos, eventos sentinela comunicados e tratados, processos atualizados e controlados.

As demais variáveis indicam a diferença entre as correlações calculadas e as correlações reproduzidas e as suas combinações entre fatores no lugar de variáveis.

TABELA 5A - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES

(Continua)

N. Q	Matriz de componente ^s					
	Questões	FATORES/PILARES ONA				
		Gestão e Liderança	Atenção ao paciente	Diagnóstico e Terapêutica	Apoio Técnico	Abastecimento e Apoio Logístico
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	.766	-.339	.252	.062	.104
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	.757	-.288	.121	.097	.032
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.768	-.395	.198	-.120	.040
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.	.831	-.326	.099	-.087	.093
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	.769	-.362	.171	.039	.222
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.780	-.345	.203	-.116	.118
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.760	-.181	.050	-.104	.050
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.806	-.215	.119	-.080	-.144
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.722	-.270	.122	.255	-.160
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.802	-.032	-.042	-.008	-.178
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	.756	-.209	.023	.121	-.246

TABELA 6B - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES

(continuação)						
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.770	.146	-.102	.162	-.254
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.796	.031	-.073	.213	-.229
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.522	.507	.059	.319	-.042
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.839	.075	-.196	.107	.013
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.636	.537	.247	-.034	.050
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	.868	.092	-.142	-.070	-.051
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados avaliados por profissionais altamente capacitados.	.871	.060	-.220	.100	-.088
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.810	-.152	-.139	.144	-.076
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.723	-.043	-.311	.280	.055
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	.661	.486	.150	.253	.292
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.694	.118	-.313	.065	.324

TABELA 7C - MATRIZ DE COMPONENTES VARIÁVEIS E FATORES

						(conclusão)
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	.798	-.002	-.129	.011	.369
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	.743	.095	-.333	-.304	.214
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.759	.142	-.168	-.420	-.068
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.804	.168	-.091	-.248	-.109
27	Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	.732	.432	.333	-.163	-.048
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.615	.564	.344	-.024	.035
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.717	.178	-.049	-.331	-.240

A matriz de componente na tabela 5 demonstra as cargas fatoriais e os fatores, não especificando de qual fator a variável destas cargas pertence, chamando de indeterminação fatorial, neste caso, trabalhamos com 5 fatores/Pilares sugeridos pelo Manual ONA 2014, porém a matriz não é rotacionada o que destaca o Pilar 1, pilar este, que agrupa as notas mais relevantes entre os fatores e valida a importância da Gestão e Liderança nas instituições hospitalares.

TABELA 8A - MATRIZ ROTACIONADA FATORES

(Continua)

N. Q	Questões	FATORES/PILARES ONA				
		Gestão e Liderança	Atenção ao paciente	Diagnóstico e Terapêutica	Apoio Técnico	Abastecimento e Apoio Logístico
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	.814	.200	.204	.103	.164

TABELA 9B - MATRIZ ROTACIONADA FATORES

(Continuação)

2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	.706	.166	.311	.138	.196
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.821	.099	.157	.275	.128
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.	.780	.138	.207	.294	.256
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais	.812	.155	.151	.103	.293
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.810	.154	.116	.258	.189
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.617	.185	.212	.330	.240
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.668	.192	.336	.368	.076
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.642	.164	.502	.062	.066
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.472	.255	.455	.392	.170
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	.572	.146	.526	.247	.067
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.298	.360	.607	.314	.174
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.402	.309	.622	.249	.179

TABELA 10C - MATRIZ ROTACIONADA FATORES

(Continuação)

14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.011	.658	.409	.037	.187
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.385	.313	.479	.313	.432
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.166	.780	.130	.289	.143
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	.411	.331	.407	.475	.346
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	.389	.289	.557	.368	.383
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.523	.154	.520	.248	.310
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.341	.150	.546	.126	.499
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	.201	.775	.196	.010	.408
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.263	.261	.250	.227	.672
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	.492	.301	.169	.229	.613
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	.292	.187	.131	.578	.581
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.305	.260	.180	.731	.279

TABELA 11D - MATRIZ ROTACIONADA FATORES

						(Conclusão)
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.340	.355	.295	.609	.240
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	.318	.753	.123	.422	.033
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.175	.839	.101	.256	.070
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.281	.320	.273	.672	.084

Para Field (2009) a matriz rotacionada é quando sobreposta no aspecto matemático o vetor tem a implicação de mudar a direção da matriz por ela simulada, mas não a sua grandeza. A tabela 6 ilustra claramente os auto valores do assunto estudado, agrupando os temas em comum, neste caso, o Pilar 1 (Gestão e Liderança), se destacou pela extração dos constructos de maior correlação e relevância. Já os Pilares 2, 3, 4 e 5 apresentaram correlações similares. Ainda observando os valores obtidos, as variáveis se correlacionam com seus devidos fatores. Sendo possível analisar quais fatores apresentam as maiores cargas fatoriais e as correlações entre variáveis e fatores.

TABELA 12 - FATORES RELEVANTES ONA

Fator/ Pilar	Fatores/Pilares	Gestão e Liderança	Atenção ao paciente	Diagnóstico e Terapêutica	Apoio Técnico	Abastecimento e Apoio Logístico
1	Gestão e Liderança	.618	.401	.421	.403	.342
2	Atenção ao paciente	-.638	.748	.003	.164	.079
3	Diagnóstico e Terapêutica	.434	.495	-.364	-.268	-.602
4	Apoio Técnico	-.024	.142	.576	-.798	.106
5	Abastecimento e Apoio Logístico	.146	.122	-.598	-.321	.709

Na tabela 7, foi analisada a correlação entre os fatores, o que se pode observar foi que os fatores 1, 2 e 5 apresentam valores relevantes na maior parte das variáveis, além de apresentarem

as cargas mais altas (FIELD et. al; 2012). Os fatores 1,2 e 5 estão intrinsecamente ligados pelos cuidados relacionados diretamente aos clientes internos e externos, cuidados esses relacionados à gestão (valorizando o desempenho do cliente interno), cuidados relacionados ao paciente (como redução de riscos através do atendimento preventivo) e estrutura do ambiente (processamento de materiais e esterilização, higiene, armazenamento de materiais biológicos e descarte correto de materiais hospitalares), previstos no Manual ONA, 2014.

Em uma instituição de saúde, que tem uma equipe motivada que presta um atendimento diferenciado, com maior empenho e cuidado, o cliente fica satisfeito com o atendimento de qualidade e com a estrutura confortável. Também seguindo o critério de *Kaiser* (1974) onde o autovalor é maior do que 1, se pode reter estes 3 fatores que representam 75% da variabilidade dos dados.

TABELA 13A - COMUNALIDADES EXTRAÇÃO QUESTÕES

(Continua)

N. Q	Questões	Extração
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	.766
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	.670
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.784
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove melhorias a fim de atender suas reais expectativas.	.807
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	.752
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.769
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.613
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.710
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.608
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.646
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	.616
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.625
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.640
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.533
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.748
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.754
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	.782

TABELA 14B - COMUNALIDADES EXTRAÇÃO QUESTÕES

		(Conclusão)
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	.811
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.698
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.621
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	.696
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.594
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	.653
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	.671
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.624
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.683
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	.833
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.814
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.548

Para Stevens (1992), caso o valor das comunalidades seja maior do que 0,7 para grande parte das variáveis, significa que as soluções serão possivelmente muito próximas e o que se pode observar na tabela 8 é que os valores encontrados para as variáveis analisadas, indicam que os fatores estão capturando significativamente a variância comum entre elas.

A tabela ainda demonstra os valores relacionados às questões, como a questão 27 que apresenta maior valor de comunalidade 0,833, e as questões 14, 22 e 29 apresentam um valor de comunalidade próximo a 0,5, valor ainda significativo. Nenhuma das 29 questões apresentou comunalidade abaixo de 0,5, portanto nenhuma variável deve ser excluída desta análise.

O critério de *Kaiser* parte da investigação da análise entre 20 e 50 variáveis (TABACHINICK, FIDELL, 2007). Já Stevens (1992) diz que o critério de Kaiser é mais preciso quando a quantidade de variáveis é menor do que 30 e as comunalidades após a extração são todas maiores do que 0,7.

Confirmando assim que o Pilar 1 apresenta maior relevância na acreditação hospitalar, uma vez que dissemina a cultura organizacional, promovendo o pensamento preventivo que eleva a qualidade no atendimento assistencial, através da humanização, cuidados preventivos e direcionados, da redução no retrabalho e riscos, do não desperdício e controle dos materiais.

QUADRO 10 - COMUNALIDADE POR EXTRAÇÃO

N. Q	Questões	Extração
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade.	.781
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância epidemiológica.	.681
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.800
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.	.823
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	.802
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.796
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.627
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.737
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.699
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.678
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	.691
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.716
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.738
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.636
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.760
16	A Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.757
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	.789
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	.828
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.725
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.702
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	.845
22	Além de prover de uma área física, o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.703
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos sentinela.	.789
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	.810
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.805
26	Somente funcionários credenciados têm acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.756
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar e rastrear todo o processo.	.862
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.816
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.715

O quadro 10 apresenta as estatísticas de comunalidades que permitem observar a quantidade de variância compartilhada entre as variáveis, logo, quanto maior o valor obtido acima de 0,60, maior será a variância extraída pelos fatores, valores entre 0,21 e 0,5 são considerados razoáveis, mas sem qualidade (HAIR Jr. et. al; 2009). Pode-se observar que nenhuma das 29 questões apresentou valores menores que 0,6 ou seja, apresentam grande proporção de variância comum.

TABELA 15 - FATORES ONA

Fator/ pilar	Fatores/ Pilares ONA	Autovalores iniciais			Somos de extração de carregamentos ao quadrado			Somos de rotação de carregamentos ao quadrado		
		Total	% de variância	% cumulativa	Total	% variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	Gestão e Liderança	16.659	57.444	57.444	16.659	57.444	57.444	7.541	26.004	26.004
2	Atenção ao Paciente	2.359	8.135	65.579	2.359	8.135	65.579	4.292	14.802	40.805
3	Diagnóstico e Terapêutica	1.050	3.621	69.200	1.050	3.621	69.200	3.717	12.816	53.622
4	Apoio Técnico	.983	3.389	72.589	.983	3.389	72.589	3.552	12.247	65.868
5	Abastecimento e Apoio Logístico	.816	2.814	75.403	.816	2.814	75.403	2.765	9.535	75.403

A tabela 9 apresenta os autovalores de cada um dos 5 fatores e suas variâncias. Onde é possível analisar que os autovalores de menor relevância foram extraídos, destacando os 5 fatores/Pilares precedentes do Manual ONA 2014. A soma extraída de cargas elevadas totaliza os dados agrupados em fatores. As somas destas cargas representam os valores referentes a cada fator, comprovando a similaridade entre os autovalores e explicando a significância de 75% entre os dados.

4.2.2 ORGANIZAÇÃO POR PILARES

Para melhor entendimento dos resultados obtidos, eles foram separados por fatores, conforme proposto pelo Manual ONA 2014 com base nas 5 seções.

PILAR 1: GESTÃO E LIDERANÇA

QUADRO 11 - CONFIABILIDADE QUESTÕES PILAR 1

Cronbach Alpha	N de Itens
.952	10

O Alpha de *Cronbach* do pilar 1, conforme quadro 11, apresenta o valor igual a 0.952 (ligeiramente inferior ao Alpha de *Cronbach* da pesquisa). Segundo Mingoti (2005), questionários cujo Alpha de *Cronbach* apresenta confiabilidade interna que varia entre 0.81 a 1, podem ser considerados com correlação interna quase perfeita.

A tabela 10 demonstra a correlação das 10 questões ligadas ao Pilar 1, Gestão e Liderança, onde valida o grande impacto que este Pilar representa em um processo de acreditação. O trabalho de disseminação da cultura organizacional tem a competência de promover melhorias capaz de refletir no público interno e externo, elevando assim a satisfação dos pacientes com o serviço de assistência à saúde prestada.

TABELA 16A - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 1

(Continua)

N. Q	QUESTÕES	Correlação - 10 Questões									
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
1	A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática Política da Qualidade.	1.000	.650	.742	.783	.715	.727	.584	.734	.629	.577
2	A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância Epidemiológica	.650	1.000	.663	.665	.709	.686	.617	.637	.610	.647
3	A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados.	.742	.663	1.000	.826	.756	.758	.632	.711	.612	.554
4	A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas.	.783	.665	.826	1.000	.753	.754	.660	.721	.663	.622
5	O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais.	.715	.709	.756	.753	1.000	.800	.653	.615	.604	.597
6	O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores.	.727	.686	.758	.754	.800	1.000	.652	.718	.622	.601

TABELA 17B - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 1

(Conclusão)											
7	O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência.	.584	.617	.632	.660	.653	.652	1.000	.699	.578	.629
8	Os Colaboradores são devidamente orientados para emergências	.734	.637	.711	.721	.615	.718	.699	1.000	.630	.646
9	A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais.	.629	.610	.612	.663	.604	.622	.578	.630	1.000	.603
10	A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais.	.577	.647	.554	.622	.597	.601	.629	.646	.603	1.000

TABELA 18 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 1

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.133	4.947	5.391	.444	1.090	.021	10
Variância	1.382	.986	1.747	.760	1.771	.40	10

Os valores demonstrados na tabela 11, onde o mínimo representa 4.947 e o máximo 5.391 com média igual a 5.133 com desvio padrão de 0.444. Com base em uma pesquisa australiana que explorou a experiência dos profissionais da área da saúde que atuam na linha de frente aos processos, notou-se que, uma equipe altamente motivada pode melhorar a eficiência interna de uma instituição e é provavelmente mais favorável a melhoria no atendimento ao paciente. Além disso, é provável que profissionais com maior satisfação no trabalho sejam mais engajados em sua organização, promovendo mudanças e inovações. Este esforço é um elemento que parte da Liderança na responsabilidade pela busca as qualidade e segurança no atendimento (GREENFIELD. D, PAWSEY. M, BRAITHWAITE. J.,2010).

PILAR 2: ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

QUADRO 12 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 2

Cronbach Alpha	N de Itens
.865	6

Alpha de *Cronbach* do Pilar 2, conforme quadro 12, apresenta valor igual a 0.865 ligeiramente inferior ao Alpha de *Cronbach* da pesquisa.

TABELA 19 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 2

Correlação - Questões 11/16							
N. Q	QUESTÕES	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16
11	A Instituição conta com meio de remoção própria, devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado.	1.000	.596	.602	.333	.606	.371
12	Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas.	.596	1.000	.781	.480	.621	.457
13	O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado	.602	.781	1.000	.462	.640	.481
14	Os medicamentos são administrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável pela área.	.333	.480	.462	1.000	.484	.533
15	A compra de medicamentos é realizada de acordo com o manual de processo operacional e pelo profissional da capacitado.	.606	.621	.640	.484	1.000	.563
16	Há Organização dispõe de uma nutricionista responsável pelo cardápio de toda a Instituição.	.371	.457	.481	.533	.563	1.000

A tabela 12 de correlação das questões ligadas ao Pilar 2, legitimam a importância da atenção voltada ao paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de 20% a 40% dos custos relacionados com a saúde é devido à má administração e qualidade do serviço prestado. A segurança do paciente deve considerar a humanização do atendimento assistencial prevendo a segurança do todo. É neste momento de interação com o paciente, que se deve tirar um tempo para ouvir, entender e refletir sobre as suas necessidades e expectativas (ANN INTERN MED., 2021).

TABELA 20 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 2

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.300	5.066	5.454	.397	1.078	.024	6
Variância	1.238	1.005	1.823	.819	1.815	.106	6

Já os valores do Pilar 2 na tabela 13 apresentam valores mínimos de 5.066, máximo de 5.464 com média 5.300 e desvio padrão 0.397. A tomada de decisão junto ao paciente é apropriada para situações em que existem mais de uma opção terapêutica, independentemente de

o grau de risco. Essa decisão deve ser tomada junto ao corpo clínico que deve alertar sobre os benefícios e consequências do tratamento a ser seguido, a humanização dos cuidados à saúde resgata o sentimento de proteger e cuidar do paciente, garantindo a sua segurança (ANN INTERN MED., 2021).

PILAR 3: DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

QUADRO 13 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 3

Cronbach Alpha	N de Itens
.912	4

Já o Pilar 3, conforme o quadro 13, o Alpha de *Cronbach* é 0.912 (ligeiramente inferior ao Alpha de *Cronbach* da pesquisa), demonstrando grande e evidenciando que o Alpha de *Cronbach* apresenta confiabilidade interna que varia entre 0.81 a 1, sendo assim uma correlação interna quase perfeita.

TABELA 21 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 3

N. Q	QUESTÕES	Correlação - Questões 17/20			
		Q17	Q18	Q19	Q20
17	A Instituição zela pelo controle interno da qualidade de todos laudos e protocolos.	1.000	.854	.706	.635
18	Todos os documentos, relatórios, prontuários da Instituição são padronizados, revisados, monitorados e avaliados por profissionais altamente capacitados.	.854	1.000	.799	.699
19	Os resultados são monitorados e facilmente rastreados.	.706	.799	1.000	.676
20	Os documentos/ resultados entregues aos pacientes são de fácil entendimento.	.635	.699	.676	1.000

A tabela 14 ratifica que a acreditação hospitalar a partir do controle dos registros, padronização e monitoramento dos documentos internos, facilita a comunicação, seja ela interna ou externa. As instituições de saúde estão investindo cada vez mais para informatizar os seus processos e transferir sua infraestrutura para servidores na nuvem, O marketing ganhou força junto as mídias sociais e tem revisado todo seu processo de logística para atender melhor aos seus clientes.

TABELA 22 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 3

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo / Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.228	5.079	5.351	.272	1.053	.019	4
Variância	1.243	1.078	1.405	.327	1.303	.030	4

O Pilar 3, representado na tabela 15, ilustra os valores: mínimo de 5.097, máximo 5.351 com média de 5.228 e desvio de 0.272. Ao se tratar da padronização dos processos, as informações são mais notificadas, seja no atendimento, internação ou após internação, com relatório em mãos, a equipe de enfermagem tem maior agilidade em detectar e corrigir possíveis erros como: administração de medicamentos, cirurgias, flebites, quedas, entre outros. Com base em evidências, os problemas que envolvem a segurança na área da saúde são causados por criticidade operacional e de sistema, a adoção de práticas de gestão voltadas a processos é decisiva para melhorar os resultados e eficiência da prestação de cuidados. Os processos de saúde são complexos, flexíveis e dinâmicos (ANTONACCI. R. et. al; 2018).

PILAR 4: APOIO TÉCNICO

QUADRO 14 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 4

Cronbach Alpha	N de Itens
.817	3

No quadro 14 do Pilar 4, pode-se analisar que o valor do Alpha de *Cronbach* é igual a 0.817, inferior ao Alpha de *Cronbach* da pesquisa, mas ainda dentro de um intervalo confiável que fica entre 0.81 a 1.

TABELA 23 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 4

Correlação - Questões 21/23				
N. Q	QUESTÕES	Q21	Q22	Q23
21	A Instituição disponibiliza de um profissional e local adequado para o arquivamento de todos os seus documentos, exames, prontuários, registros e propriedades do cliente.	1.000	.550	.617
22	Além de prover de uma área física o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo.	.550	1.000	.630
23	O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos Sentinela.	.617	.630	1.000

A correlação das questões do Pilar 4, na tabela 16, demonstra que a instituição deve estar estruturada para atender as demandas da acreditação, fornecendo locais próprios, sistema de gestão e valorização do pensamento preventivo. As instituições de saúde estão adotando cada vez mais o vínculo entre gestores, colaboradores e paciente. Não basta apenas mapear seus processos, mas sim, que as relações estejam estabelecidas e o objetivo de atender bem ao paciente esteja relacionado a valorização do pensamento preventivo. Com isso, as instituições passaram a investir em sistema de gestão capaz de digitalizar soluções e promover agilidade das estratégias de atendimento aos pacientes. Além de planejar ações voltadas a segurança e comodidade do paciente, promovendo uma estrutura segura e funcional aos pacientes, acompanhantes e profissionais. Prevenindo possíveis falhas na segurança e adequação estrutural, a fim de manter um ambiente seguro e confortável aos pacientes.

TABELA 24 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 4

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.272	5.238	5.338	.099	1.019	.003	3
Variância	1.290	1.209	1.343	.133	1.110	.005	3

Os valores apresentados na tabela 17 apresentam mínimo de 5.238, máximo de 5.338 com média de 5.272 e desvio padrão 0.999 considerado o mais baixo dentre os 5 Pilares, obtendo notas significativas no questionário aplicado. A OMS busca reduzir em 50% os danos graves e evitáveis com medicamentos globalmente em 5 anos, com isso as instituições devem desenvolver tecnologias, sistema ou ferramentas mais seguras para monitoramento e rastreabilidade a fim de reduzir os erros (ANVISA, 2021).

PILAR 5: ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

QUADRO 15 - CONFIABILIDADE DAS QUESTÕES PILAR 5

Cronbach Alpha	N de Itens
.902	6

TABELA 25 - CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES PILAR 5

N. Q	Correlação - Questões 24/29						
	QUESTÕES	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29
24	O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por <i>check list</i> .	1.000	.745	.655	.525	.400	.589
25	A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados.	.745	1.000	.731	.614	.508	.650
26	Somente funcionários credenciados tem acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados.	.655	.731	1.000	.705	.493	.629
27	A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar de rastrear todo o processo.	.525	.614	.705	1.000	.777	.569
28	Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente.	.400	.508	.493	.777	1.000	.575
29	A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar.	.589	.650	.629	.569	.575	1.000

No Pilar 5, quadro 15, o valor do Alpha é igual a 0,902, o que significa que está ligeiramente inferior ao Alpha de *Cronbach* da pesquisa, porém dentro da confiabilidade esperada, que varia entre 0,81 a 1, sendo considerada uma correlação interna quase perfeita.

A tabela 18 legitima que a conscientização de limpeza, descarte, armazenamento, materiais esterilizados e segurança do colaborador, permite maior excelência na prestação do serviço. Com foco na produtividade muitos RH's e gestores recorreram a modelos de testes comportamentais a fim de conhecer melhor seus colaboradores e elevar a produtividade. Algumas instituições aderiram a ambientes motivacionais, com televisores, salas de descanso, programas de conscientização e educação que incentivam a todos a atender padrões e requisitos de segurança do paciente e colaboradores em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

TABELA 26 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO PILAR 5

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo	Variância	N de Itens
Médias	5.482	5.325	5.616	.291	1.055	.010	6
Variância	.934	.678	1.087	.409	1.603	.106	6

O Pilar 5 na tabela 19, apresenta valores de grande relevância com mínimo de 5.325, máximo de 5.616, média de 5.482 e desvio padrão de 0.291.

4.2.3 RESULTADOS OBTIDOS NO HOSPITAL OBJETO DE ESTUDO

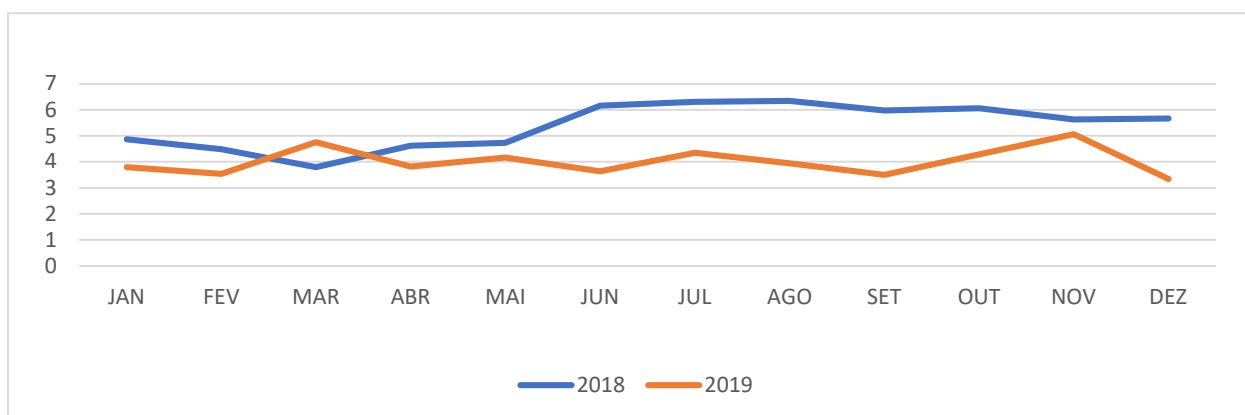
Os indicadores adotados pelo HES apresentam grande relevância porque demonstram os resultados obtidos e orientam para ajustes nas tomadas de decisões para condução dos processos gerenciais e operacionais quando medidos e avaliados, permitindo comparação com o padrão pré-estabelecido. Confirmando se o serviço prestado atende ou não os requisitos mínimos estabelecidos pelo órgão competente que rege suas diretrizes. As informações foram coletadas por meio de entrevista com a gestora de enfermagem. O HES mensura seus indicadores mensalmente, os resultados obtidos foram dos anos de 2018 e 2019. No ano de 2020, devido à pandemia enfrentada (COVID), os indicadores não foram atualizados.

QUADRO 16 - TAXA DE MORTALIDADE

TAXA DE MORTALIDADE	2018	2019
JAN	4,86	3,79
FEV	4,48	3,54
MAR	3,8	4,75
ABR	4,62	3,82
MAI	4,73	4,16
JUN	6,15	3,63
JUL	6,3	4,35
AGO	6,34	3,94
SET	5,97	3,5
OUT	6,06	4,29
NOV	5,63	5,07
DEZ	5,66	3,35
MÉDIA ANUAL	5,38	4,01
DESVIO PADRÃO	0,847	0,526

Fonte: Empresa objeto de estudo

FIGURA 3 - TAXA DE MORTALIDADE



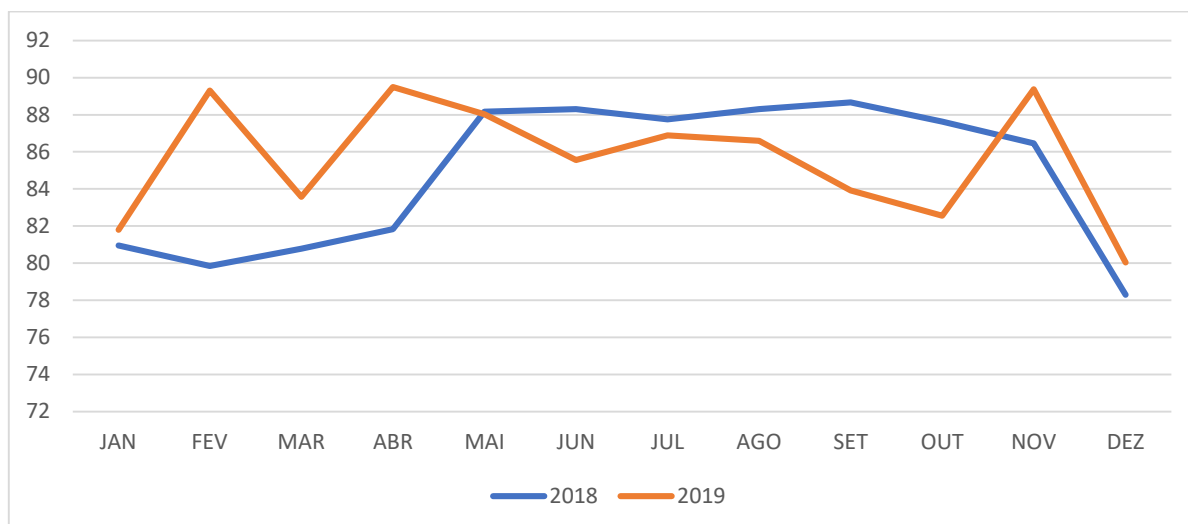
O indicador de mortalidade ilustrado no quadro 16 e figura 3, é calculado mensalmente através da fórmula (total de óbitos / total de saídas x 100). Esse indicador estratégico tem como objetivo identificar as causas de mortes dentro da instituição, transformando os dados para táticos a fim de estratificar as informações por sítio, como, infecção, atos cirúrgicos, erros de reconciliação medicamentosa e por diagnósticos. Com isso é possível estabelecer ações que diminuam o índice. apresentando uma queda considerável do ano de 2019 para 2018.

QUADRO 17 - TAXA DE OCUPAÇÃO

TAXA DE OCUPAÇÃO	2018	2019
JAN	80,95	81,8
FEV	79,85	89,31
MAR	80,78	83,57
ABR	81,83	89,51
MAI	88,17	88,02
JUN	88,3	85,55
JUL	87,75	86,89
AGO	88,31	86,6
SET	88,68	83,91
OUT	87,63	82,56
NOV	86,45	89,37
DEZ	78,3	80,05
MÉDIA ANUAL	84,75	85,58
DESVIO PADRÃO	4,011	3,209

Fonte: Empresa objeto de estudo.

FIGURA 4 - TAXA DE OCUPAÇÃO



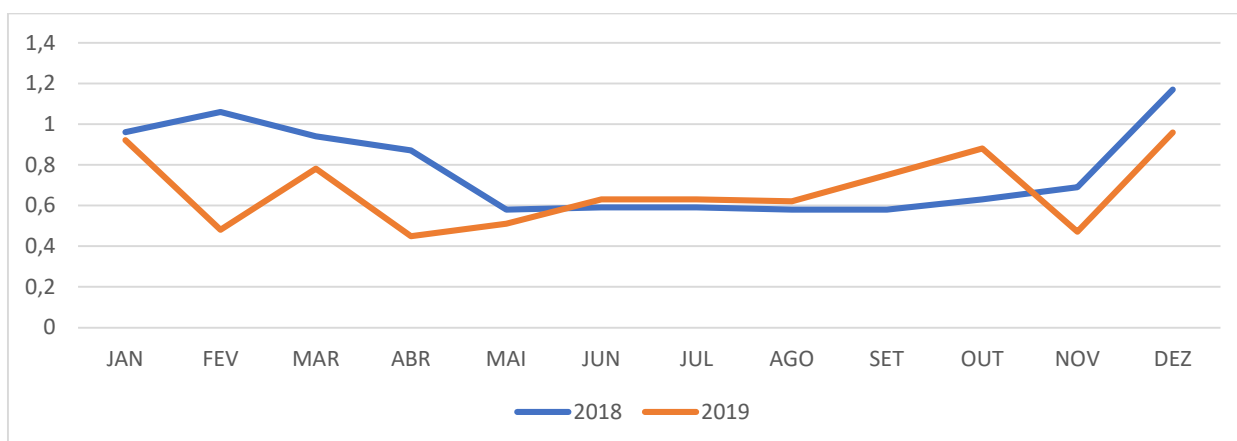
Já a taxa de ocupação é avaliada por setor, leitos disponíveis X leitos bloqueados (manutenção ou necessidade específica do paciente), informada no sistema de gestão de informação, gerando o conhecimento do número de paciente dia X número de leitos disponíveis, quando a taxa de ocupação é menor que a capacidade total do hospital, pode-se afirmar que a estrutura da instituição atende à demanda. Como mostra o quadro 17 e figura 4, os indicadores de 2018 e 2019 apresentaram aumento devido à demanda, por se tratar de uma instituição referenciada e por ser o único hospital da região.

QUADRO 18 – INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO

INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	2018	2019
JAN	0,96	0,92
FEV	1,06	0,48
MAR	0,94	0,78
ABR	0,87	0,45
MAI	0,58	0,51
JUN	0,59	0,63
JUL	0,59	0,63
AGO	0,58	0,62
SET	0,58	0,75
OUT	0,63	0,88
NOV	0,69	0,47
DEZ	1,17	0,96
MÉDIA ANUAL	0,77	0,67
DESVIO PADRÃO	0,217	0,182

Fonte: Empresa objeto de estudo.

FIGURA 5 - INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO



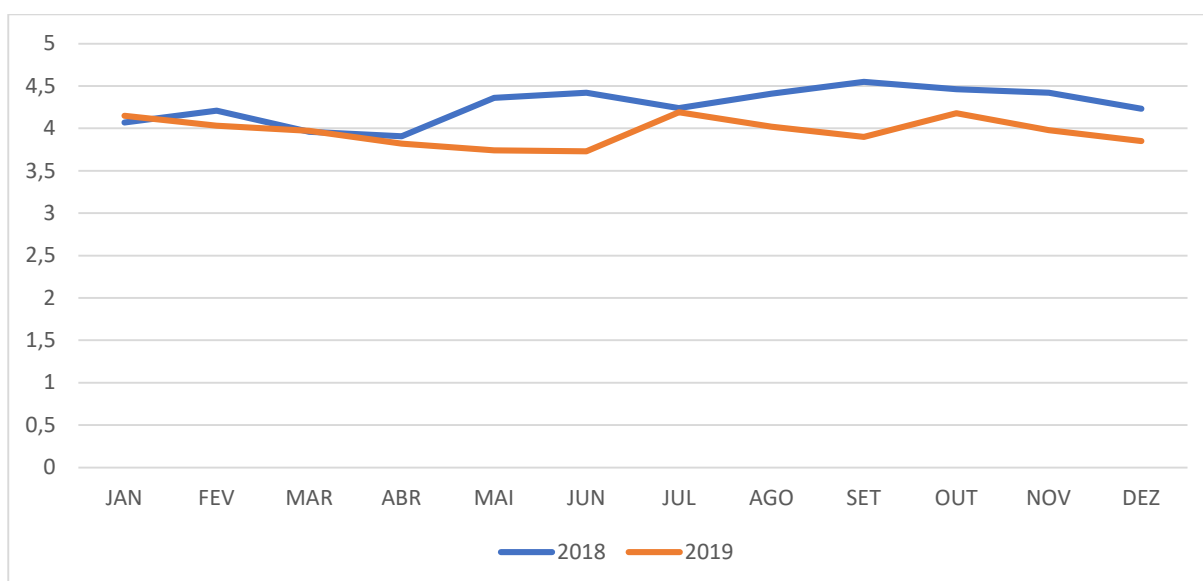
No quadro 18, verifica-se que o indicador de substituição que é mensurado através de um sistema de gestão de hospitalar (MV), leva em conta o número de entradas e saídas de pacientes, o colaborador informa no sistema a transição destes pacientes e o próprio sistema mensura o número de substituições mensais. A média demonstrada na figura 5 indica o tempo de espera por cirurgias, uma vez que leito ocioso gera gastos.

QUADRO 19 – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

TAXA DE PERMANÊNCIA	2018	2019
JAN	4,07	4,15
FEV	4,21	4,03
MAR	3,96	3,97
ABR	3,91	3,82
MAI	4,36	3,74
JUN	4,42	3,73
JUL	4,24	4,19
AGO	4,41	4,02
SET	4,55	3,9
OUT	4,46	4,18
NOV	4,42	3,98
DEZ	4,23	3,85
MÉDIA ANUAL	4,27	3,96
DESVIO PADRÃO	0,204	0,160

Fonte: Empresa objeto de estudo.

FIGURA 6 – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



A taxa de permanência, quadro 19, também é analisada mensalmente levando-se em conta o número de internações informados no sistema de gestão hospitalar, o que permite observar ligeira queda do ano de 2018 para 2019. Na figura 6, observa-se o número total de altas, transferências e óbitos em um período estipulado pela instituição.

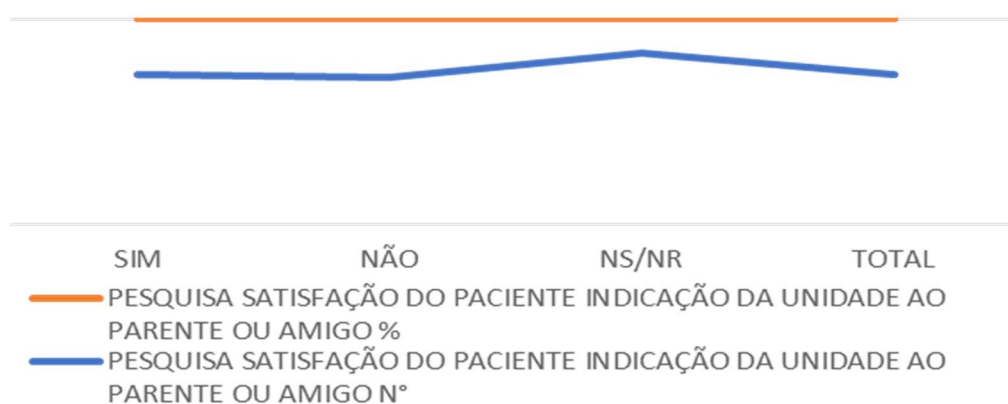
QUADRO 20 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE

PESQUISA SATISFAÇÃO DO PACIENTE		
2018	Nº	%
SIM	1.826	99%
NÃO	16	0,90%
NS/NR	3	0,10%
TOTAL	1.845	100%
2019	Nº	%
SIM	1.716	98,60%
NÃO	22	1,30%
NS/NR	2	0,10%
TOTAL	1.740	100%

Fonte: Empresa objeto de estudo

FIGURA 7 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Satisfação do Paciente 2018





A pesquisa de satisfação do paciente, como evidenciado no quadro 20, segue uma proposta da Secretaria de Saúde do Estado de SP, que prevê vários itens, como: satisfação de avaliação da estrutura, atendimento e acolhimento que são aplicados individualmente pelas unidades. Como indicador estratégico, leva-se em conta a questão “você indicaria o hospital para amigos e familiares?”, o feedback deste indicador é encaminhado ao setor responsável para tomada de decisões, seja prevenção ou correção. Na figura 7, é possível observar que nos anos de 2018 e 2019 as notas se mantiveram altamente consideráveis.

AVALIAÇÃO DE PRODUTIVIDADE CLÍNICA

QUADRO 21 - PRODUTIVIDADE CLÍNICA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	2018	2019
MÉDIA ANUAL	62.193	62.404

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA ADULTO	2018	2019
MÉDIA ANUAL	21.048	19.851

NÚMERO DE CIRURGIAS	2018	2019
MÉDIA ANUAL	6.059	6.196

Fonte: Empresa objeto de estudo

Já os indicadores de produtividade clínica representados pelos quadros 21 (atendimento ambulatorial, atendimento emergencial e número de cirurgias) apresentam o número anual de atendimentos realizados pelas unidades no HES, os atendimentos não são computados por produção e sim por atuação devido ao contrato celetista seguido pela instituição, levando em conta o perfil epidemiológico do paciente, número de internação, número de atendimento e protocolos institucionais clínicos que são classificados de acordo com a demanda e criticidade. Como ilustrado nas figuras 8,9 e 10, o número de atendimentos realizados nos anos de 2018 e 2019 são similares, uma vez que correspondem à meta estabelecida pela Secretaria de Saúde do Estado de SP.

FIGURA 8 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

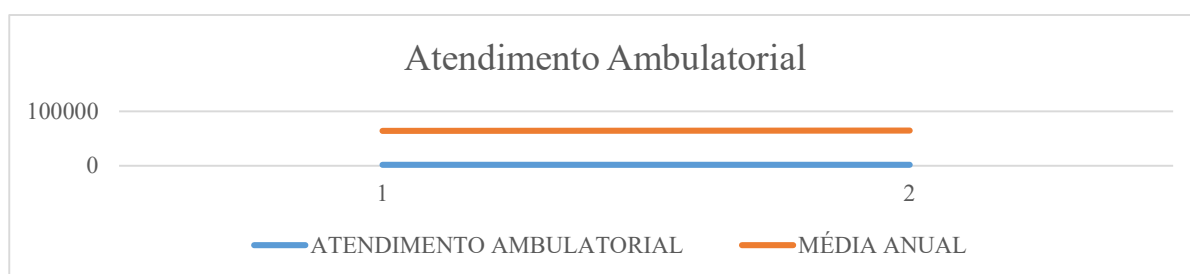


FIGURA 9 - ATENDIMENTO EMERGÊNCIA ADULTO

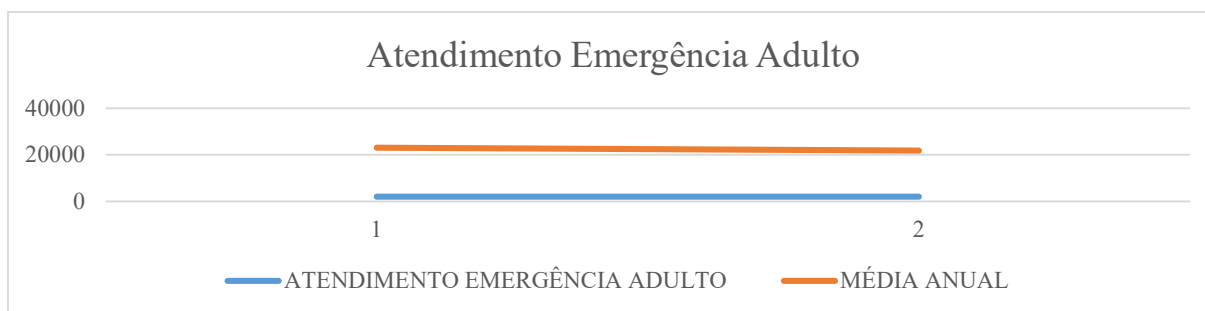
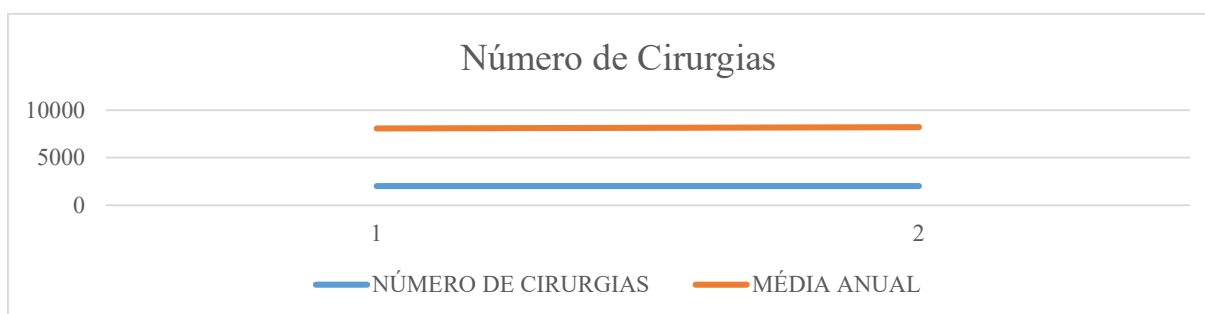


FIGURA 10 - NÚMERO DE CIRURGIAS



4.3. DISCUSSÃO

Os indicadores hospitalares adotados pelo Hospital Estadual de Sumaré são dados traduzidos em informações e contribuem para a avaliação de desempenho da gestão hospitalar, além de promover a melhoria contínua. Conhecer e mensurar o que acontece durante o período de assistência/ experiência do paciente, onde é considerado o início na busca da melhoria dos serviços de saúde, uma vez que se trata do reflexo da cultura organizacional da instituição, de forma que a interação durante o atendimento assistencial agregue valor e influencie a percepção do paciente em relação ao atendimento prestado.

O Hospital foi pioneiro na rede pública de ensino a aderir a Acreditação ONA e a *Accreditation Canada International* (ACI) com o nível Diamante da metodologia *Qmentum*, além de receber no ano de 2014 o título de Hospital Amigo da Criança (IHAC) cedido pelo Ministério da Saúde e Unicef, além de integrar em um grupo de hospitais paulistas que pactuam indicadores de produção e qualidade afim de receber recursos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

O HES recebeu 100% de aprovação em todos os indicadores de qualidade sugeridos pelo Ministério da Saúde, porém, as áreas que obtiveram melhor avaliação pelo paciente coincidentemente receberam um parecer desfavorável pela ONA. Para o sanitarista da instituição, o parecer da acreditadora causou impacto negativo entre os colaboradores, incentivando estes profissionais a reverterem o quadro da avaliação em curto prazo, fazendo com que a instituição buscasse treinar as equipes e investisse na segurança de quem trabalha e dos seus pacientes.

Para isso, se fez necessário a readequação do espaço físico como o depósito de lixo, que não atendia as normas sanitárias e nem da ONA, além da manutenção preventiva em todo hospital.

Os indicadores empregados pelo Hospital Estadual de Sumaré (HES) traduzem os efeitos obtidos através da Acreditação ONA, como, a relação responsável, ética e transparente da instituição com a sociedade, potencializando os efeitos positivos e minimizando os impactos negativos das atividades exercidas no hospital, além de promover o uso racional e adequado dos recursos.

Uma vez que o HES é uma instituição sem fins lucrativos de classificação público, a instituição não conta com faturamento de glosas e rentabilidade, onde o sistema de verba da instituição é pactuado com o Estado de São Paulo. A instituição conta com a administração da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp através de convênio de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde, atendendo a seis municípios da região (Americana, Sumaré, Hortolândia,

Monte Mor, Nova Odessa, SBO), com uma população de aproximadamente 1.066,310 habitantes.

O orçamento anual é dividido em 12 parcelas iguais, sendo: (Custeio e Investimento), 90% (Produção contratada: internações, exames, atendimentos), 10% (Indicadores da qualidade: avaliação de usuários, taxa de infecção e análise de óbito).

Os colaboradores trabalham no sistema celetista, sua atuação é mensurada pelo cargo ocupado e não por produção, porém a verba disponibilizada é repassada de acordo com os escopos atendidos pré-estabelecidos pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, quando esta meta é ultrapassada ou não atendida, os valores são recalculados, forçando assim o HES a se comprometer em adotar melhorias preventivas e corretivas que possam elevar o desempenho dos setores.

A Acreditação ONA, através dos seus indicadores sugeridos por meio do manual, foi citada e explicada no referencial teórico item 2.2 Gestão de Desempenho Hospitalar e complementares, analisada no item 4.2.3, e permitiu que a instituição considere os eventuais problemas e adote melhorias com base no serviço com excelência, satisfação do paciente e redução de riscos.

Já os indicadores estratégicos como taxa de mortalidade, ocupação, substituição, permanência e avaliação de produtividade clínica, demonstram quedas no percentual de um ano para outro, ou seja, é nítido que ações preventivas e corretivas foram adotadas a fim de otimizar os processos por meio do mapeamento dos dados. Além de considerar indicadores táticos complementares aos sugeridos pela ONA que possam melhor avaliar os processos, são eles: controle de infecção, incidência de flebites, queda do paciente, extubação acidental, perda da sonda nasogastroenteral para aporte nutricional e incidências relacionados à administração de medicamentos, todos capazes de mensurar e apontar possíveis eventos adversos.

Por meio dos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que 3 Pilares (1, 2 e 5), dos 5 aplicados pelo Manual ONA, estão relacionados entre si, principalmente em função do Pilar 1 Gestão e Liderança. Isso reforça a necessidade da disseminação de uma cultura organizacional inovada, que valorize a acreditação, por meio da educação permanente dos seus colaboradores, promovendo ambiente favorável ao desenvolvimento de novas ideias embasadas em melhores resultados e comprometidas com a ética, responsabilidade e boas práticas.

A Cultura define o que a organização considera importante, como o engajamento dos colaboradores, o relacionamento entre as pessoas e como as atividades são executadas são feitas. A cultura está relacionada com o planejamento dos recursos humanos, condições de trabalho,

saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas da organização, alinhados aos objetivos da mesma.

Quando a instituição passa a investir no aperfeiçoamento e adota medidas de acolhimento aos seus profissionais, o serviço prestado tende a ser realizado melhor e nas condições mais favoráveis, elevando a qualidade e fomentando a participação das equipes nos processos adotados, reduzindo o retrabalho e desperdício, promovendo a possibilidade de realocação da verba, fidelizando paciente, reduzindo custos além de favorecer uma comunicação eficaz entre profissionais e pacientes.

Para a gerente de enfermagem, o maior disseminador da cultura voltada à acreditação são os próprios colaboradores através de exemplo, incentivando e demonstrando à alta direção os efeitos da acreditação nos serviços assistências e na imagem da instituição, contrariando o esperado de cima para baixo.

Uma vez que a direção passa a considerar os benefícios organizacionais oferecidos pela acreditação, passa a apresentar uma relação e interação efetiva com os processos e setores.

Juntamente do Pilar 1, o Pilar 2 Atenção ao Paciente valida que a participação da equipe de enfermagem garante segurança e cuidado do paciente, fazendo com que o HES envolva o paciente e seus familiares na decisão sobre o melhor tratamento a ser seguido, conscientizando sobre o desfecho eficiente do tratamento quando paciente e corpo clínico se envolvem, para isso é necessário educar e apoiar o autocuidado, levando em conta as necessidades em relação ao atendimento e a continuidade do cuidado em todos os processos, garantindo o atendimento com excelência. O foco no paciente nunca foi tão significativo. Anteriormente acreditava que o poder da economia estava nas mãos das grandes corporações, hoje esse poder foi transferido para o paciente. Este, por sua vez ainda está cada dia mais exigentes e valorizando a sua experiência dentro da instituição além de perceber como suas informações agregam valor e resulta melhores implicações no atendimento assistencial.

Já o Pilar 5 Abastecimento e Apoio Logístico, atrelado aos Pilares 1 e 2, colabora com o envolvimento de todos os serviços de ação técnica especializada, controles, fornecimento e estocagem, que possam impactar no atendimento de ação assistencial prestado, sendo controlados e avaliados pela instituição. É necessário compreender o perfil epidemiológico, etapas dos processos de gestão, controle de documentação, cultura de aprendizagem e importância do treinamento e desenvolvimento de pessoas, gerenciamento do corpo clínico alinhados à Acreditação.

Assim como a cultura, a liderança trabalha como meio facilitador do envolvimento e do querer agir, porque, além de proporcionar conhecimento, elabora competências coletivas para

atuar em prol de uma missão, uma vez que conta com a participação integral dos colaboradores para o fornecimento de um atendimento diferenciado e isso só ocorre quando os envolvidos se sentem valorizados, motivados e seguros nas suas funções. Por tanto, deve-se abordar os colaboradores exatamente como espera que eles abordem os pacientes.

A instituição abordada por meio da Acreditação ONA passou a adotar:

- ✓ Criação de protocolos assistenciais e diretrizes clínicas;
- ✓ Acompanhamento dos resultados dos processos;
- ✓ Criação do comitê de gerenciamento de risco;
- ✓ Estímulo à cultura de gerenciamento de risco;
- ✓ Implantação do sistema de gestão estratégica
- ✓ Gestão por indicadores e planejamento estratégico da instituição.

Já os dados relacionados com o Pilar 3 Diagnóstico e Terapêutica e Pilar 4 Apoio Técnico, comprovam a eficiência das equipes de base, garantindo a real participação e adequação nos processos instaurados pelo HES, como: segurança na administração dos medicamentos, comprometimento com os programas implantados como o de higienização das mãos e a aplicação das medidas de segurança nas cirurgias, contribuindo para elevar a imagem do hospital e torná-lo referência, uma vez que garante uma estrutura confortável e segura, cuidados com a manutenção geral, controle e descarte dos resíduos, prevenção de acidentes e potenciais riscos.

Considerando estes resultados, pode-se confirmar que a certificação produziu implicações significativas na rotina dos profissionais de enfermagem e na imagem da instituição. Ou seja, se mostra eficaz na disseminação e comprometimento relacionados ao paciente e seus riscos.

Dentre os principais:

- Atendimento humanizado – foco no cliente/paciente;
- Melhor aproveitamento de recursos – foco na produtividade e redução de riscos;
- Melhoria nos processos – padronização do serviço prestado e resultados comprometidos com a excelência;
- Ascensão de técnicas de otimização - que possam promover o pensamento preventivo.

Portanto, afirma-se que a Acreditação ONA, na instituição abordada, por meio da padronização de processos, controle, gerenciamento de riscos, criação de protocolos assistenciais e mensuração dos resultados amplia o comprometimento com segurança dos pacientes. Já por meio da liderança, desenvolvimento de pessoas, foco no paciente, cultura de inovação, responsabilidade social e melhoria contínua, se faz presente na cultura RH 4.0, que ascende na

visão do paciente de maneira significativa o comprometimento e credibilidade que a instituição tem com os compromissos assumidos, tornando-o referência.

Com isso, conclui-se, que a Acreditação ONA, é capaz de mudanças intangíveis que promovem melhorias e interação dos processos tornando-os mais seguros, além de promover crescimento e maturidade na instituição. Não só na instituição abordada, a acreditação trata-se de uma técnica estratégica para o alcance de bons resultados e melhoria nos processos, promovendo a melhoria do desempenho gerencial e assistencial de uma organização de saúde, onde se mostra eficaz elevando o desempenho e a qualidade dos serviços assistências prestadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pela qualidade assistencial e gerencial, grandes organizações hospitalares almejam ganhar maior visibilidade e competitividade no mercado. A acreditação hospitalar passa a ser adotada como diferencial que gera vantagens importante para a instituição e pacientes. Pode-se observar que a gestão de processos é fator determinante na implantação de novas técnicas voltadas à qualidade. Onde a acreditação passa a ser adotada como nova metodologia não só operacional, mas comportamental.

Abordando os profissionais da enfermagem, pode-se concluir que são estes profissionais peças fundamentais para o desenvolvimento da acreditação devido às competências técnicas de amplo alcance e participação direta nos processos. Entende-se que através das dimensões da qualidade, a medição dos resultados é apresentada pela instituição em relação aos padrões considerados na acreditação, tornando relevante à medida que as implicações das informações e resultados são perceptíveis.

Na busca de alinhamento organizacional, este trabalho tem como objetivo responder a seguinte questão norteadora:

É possível confirmar que a Acreditação ONA proporciona aumento na melhoria da gestão organizacional e redução dos riscos em instituições hospitalares?

Esta pesquisa assegura que a obtenção do selo de acreditação hospitalar eleva consideravelmente melhorias nos processos, garantindo um atendimento com menor risco inserido ao paciente e elevando a satisfação dos pacientes com os serviços assistenciais prestados.

Atende-se assim, o objetivo primário deste trabalho que é analisar a Acreditação ONA em uma instituição hospitalar, baseando-se na percepção da equipe da enfermagem, constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares na assistência ao paciente. Onde entende-se que foi possível identificar na percepção destes profissionais as melhorias proporcionadas pela Acreditação ONA. Uma vez que essa equipe convive com os processos diariamente e passam a ter melhores condições de tomar soluções efetivas em relação aos processos, portanto, os benefícios da acreditação se tornam cada vez mais relevantes à medida que seus efeitos refletem satisfatoriamente na assistência à saúde prestada e satisfação do paciente.

Além dos objetivos específicos, que permite analisar a acreditação por meio de questionário específico elaborado e aplicado na instituição validando o selo da Acreditação ONA.

Foi possível também avaliar os principais benefícios proporcionados no gerenciamento organizacional com base nos 5 Pilares do Manual da Acreditação ONA e comparar aos indicadores organizacionais, proferindo que essa acreditação proporciona aumento na melhoria

da gestão organizacional e redução dos riscos inseridos na instituição hospitalar, uma vez que reflete nos indicadores a adoção de uma cultura organizacional inovada, com base na valorização dos profissionais e segurança do paciente, onde estabelece evidências documentadas que comprovam a segurança de um processo específico, identificando qualquer fenômeno que possa causar possíveis eventos adversos. Garantindo assim a capacidade de produção de melhorias na área da saúde e adequação com base nas circunstâncias oferecidas pela instituição, levando em conta a aceitabilidade, adequação, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, integralidade e legitimidade, sugeridos pela ONA.

As seções estabelecidas pelo Manual ONA implementadas na instituição foram capazes de avaliar os processos instaurados por meio de análise dos indicadores coletados na instituição. Além das seções e subseções apresentarem forte correlação e se complementarem assegurando a qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente através da redução de possíveis riscos de danos desnecessários associados a assistência em saúde.

A instituição abordada ainda ressalta a relevância do selo da Acreditação ONA que por meio da padronização passa a ser uma facilitadora na avaliação da gestão de processos e resultados, proporcionando um aumento significativo na melhoria da gestão organizacional, comportamental e redução dos riscos, atingindo a excelência esperada na prestação de serviços na área saúde e segurança do paciente.

5.1 OPORTUNIDADES FUTURAS

A pesquisa teve como base o Manual ONA 2014 para o desenvolvimento do questionário aplicado. O fato de o questionário ser respondido sem nenhuma intervenção da entrevistadora, resultou em respostas diretas sem maiores explicações. A limitação do número de instituições analisadas também é um fator que se deve considerar.

Mesmo que Yin (2014) afirme que estudos de caso único sejam suficientes para obter bons resultados, seria interessante a comparação com outras instituições hospitalares de diferentes classificações, em diferentes regiões do país, com capacidades distintas e, diferentes situações administrativas, para obter resultados mais reais e consistentes

Por se tratar de uma área em expansão em relação a certificações e creditações, este trabalho contribuiu para fomentar um maior estudo do assunto abordado. Levando em conta outros métodos relacionados à elevação da qualidade em serviço como o *Lean Healthcare* que, apesar de não ter sido abordado neste trabalho, vem sendo muito utilizado na área da saúde.

E por fim, um estudo do cenário durante e após a pandemia COVID 19, considerando os benefícios da acreditação em um momento atípico.

6. REFERÊNCIAS

- ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL - ACI. *About accreditation*. Disponível em: [<http://www.internationalaccreditation.ca/accreditation.aspx>] acessado em: fev/18, 2014.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). *User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: [<http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>] acessado em: abr/2018, 2015.
- AL TEHEWY, M., SALEM, B., HABIL, I., & EL OKDA, S. *Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes*. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), 183-189. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp014>. PMID:19439444] acessado em: mar/2017, 2009.
- ALKHENIZAN, A., & SHAW, C. *Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature*. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), 407-416. 2011.
- ALONSO L. B. N. *Acreditação Hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistências*. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49. 2014.
- ALVES, V. L., S. *Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde*. São Paulo: Martinari; 2012.
- ANN INTERN MED*. 140: 54-59, 2021.
- ANSELM, M. L.; PEDUZZI, M. FRANÇA JUNIOR, F. *Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem*. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 22, n. 3, 2009.
- ANTUNES F. L. RIBEIRO J. L. D. *Acreditação Hospitalar: um estudo de caso*. *Revista Produção Online* v.5 n.1, 2005.
- ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. *Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem*. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 8, n. 1; 2000.
- ANVISA, **RDC 430/2020**, Portaria 802/1998 e a RDC 320/2002, parágrafo 2º do artigo 88, 2021.
- AUSTRALIAN PATIENT SAFETY FOUNDATION (APSF). Disponível em: [<http://www.patientsikkerhed.dk/in-english>]. acessado em: abr/2015. 2015.
- AWA B. A., et al. *Comparison of Patient Safety and Quality of Care Indicators Between Pre and Post Accreditation Periods in King Abdulaziz University Hospital*. *Research Journal of Medical Sciences*, Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520756/>] acessado em: dez/17, 2011.
- AZEVEDO, C. S. *Gestão hospitalar: A visão dos diretores de hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro*. *Revista de Administração Pública*, n.29, p.33-58, 1995.
- BARBOSA ESB, TREVIZAN MA. *Quality management at a hospital 's nursing service*. *Rev. Latam Enfermagem*, 2009.
- BARBOSA LR, MELO MRAC. *Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura*. *Rev. Bras. Enferm.* 2008.

BERGKVIST, A. et al. ***Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors-LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management***. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 65, p. 1.037-1.046, 2009.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. **Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, 2007.

BERTO, R.M.V.S, NAKANO. D, **Revisitando a produção científica nos anais de encontro da engenharia de produção**, 2013.

BETTIO, M. **Análise do impacto da Acreditação hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz**. 2007.

BEZERRA, F. **Qualidade Total: Conceitos e Princípios**. Disponível em: [<http://www.portal-administracao.com/2015/02/qualidade-total-conceito-e-principios.html>] acessado jun/2018, 2012.

BITTAR, N.V; DOS, R. **Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares**. *Revista da Saúde Pública da Universidade de São Paulo*. v.30, n.1, p 1-9, 1996.

BONACIN, C. A. C.; ARAÚJO, A. M. P. **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1055-1069, 2011.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Ícone, p. 119, 2007.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA. Disponível em: [<http://portal.anvisa.gov.br>] acessado em jul/17, 1998.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). CONGRESSO NACIONAL, **Lei 8.080, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, pág. 166. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm] acessado em jul/17, 1990.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria 1.970/GM, em 25 de outubro de 2001**. Aprovar o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – 3.^a Edição. Brasília, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Gabinete do Ministro Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria**. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – DATASUS **Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 717**. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cnes/tipos_estabelecimento.htm] acessado em: jan/2017, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. **RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário oficial da União: Brasília, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Art.196 - Disponível em: [\[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp#:~:text=A%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20direito%20de,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o\]](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp#:~:text=A%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20direito%20de,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o) acessado em out/2017, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre Sistemas de Informação**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **lei GM/MS n° 538 no artigo 1º**, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N.312 02 de maio de 2002**. Brasília: MS, 2002.

CAGLIANO, A. C.; GRIMALDI, S.; RAFELE, C. *A systemic methodology for risk*, 2011.

CALDANA et. al **Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. out/dez;15(4):915-22. Disponível em: [\[https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a08.htm\]](https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a08.htm) acessado em: fev/18, 2013.

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA**. Belo Horizonte: UFMG. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Infectologia e Medicina Tropical), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscritos e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARVALHO, S. H. D. B. C. et al. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem**. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2011.

CHERCHIGLIA, M. L. & DALLARI, S. G. **Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público**. RAE eletrônica, 5(2). 2006.

CHUN J, BAFFORD AC. *History and Background of Quality Measurement. Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2014;27(1):5-9. doi:10.1055/s-0034-1366912, 2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA), Disponível em: [\[http://www.cbacred.org.br/\]](http://www.cbacred.org.br/) acessado em mai/2017, 2015.

COSTA JUNIOR, GIL. TURRIONI, JOÃO BATISTA. **Uma análise da Gestão da Qualidade Total em uma instituição de serviços de saúde**. Ouro Preto: UNIFEI, 2003.

COSTA, V. T. MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. **Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013.

COSTA. **O enfermeiro tem papel fundamental no gerenciamento de riscos e segurança do paciente**. Ele é a linha de frente que comanda todas as operações de cuidados com a vida. Disponível em: [\[http://www.ibes.med.br/qual-o-papel-enfermeiro-no-gerenciamento-de-riscos-em-saude/\]](http://www.ibes.med.br/qual-o-papel-enfermeiro-no-gerenciamento-de-riscos-em-saude/) acessado em jun/2017, 2017.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital – Gestão Operacional**, 2003.

CRONBACH, J. L. *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. V. 16. No. 3, pp. 297-334, Psychometrika, 1951.

CRONBACH, J. L. *Test “reliability”: Its meaning and determination*. V. 12. No. 1, pp.1 - 16, Psychometrika, 1947.

CROSBY P.B. *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill, 1979.

CYPRIANO A. S. **Qualidade hospitalar-estudo de caso em hospital acreditado pelo CQH - programa de controle de qualidade hospitalar**. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP, 2004.

DANISH SOCIETY FOR PATIENT SAFETY (DSPA). *About the Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca, 2015.

DAVID GREENFIELD, MARJORIE PAWSEY AND JEFFREY BRAITHWAITE. *What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?* *International Journal for Quality in Health Care* 2011; Volume 23, Number 1: pp. 8–14. 16 nov. 2010.

DEMING, W. E. *Out of the Crisis: Quality, Productivity, and Competitive Position* Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1986.

DIAS M. F., et al. **Vigilância sanitária e gerenciamento do risco em medicamento**. In: **Fármacos & Medicamentos**. 2(3):1-9. Disponível em: [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.HTM>] acessado abr/2017, 2007.

DOMITTNER, B.; KERNSTOCK, E. M.; NOWAK, P. *Quality Management*. **BIQG**. Vienna, 2013.

DONABEDIAN A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, pág. 122-137, 2003.

DONABEDIAN, A. *The Quality of Medical Care*. *Science* 200, pág. 135, 1978.

DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. *Archives Pathology and Laboratory Medicine*. 1990; 114:1115-118. 2007.

DUARTE, M. S. M. BARROS. **Acreditação hospitalar versus qualidade dos serviços de saúde**. Revista de Pesquisa. Cuidados é fundamental online. 2 (Ed. Supl.). p. 182-185. out/dez 2006.

DUARTE, M. S. M.; SILVINO, Z. R. **Acreditação hospitalar versus qualidade dos serviços de saúde**. Revista de Pesquisa. Cuidados são fundamentais. 2 (Ed. Supl.). p. 182-185. out/dez 2010.

EL-JARDALI F., et al. *Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: implications for policy and practice*. *Int J Nurs Stud*. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932524>] acessado em jan/18, 2011.

FÁVERO, L. P. BELFIORE, P., SILVA, P., CHAN, B. **Análise de Dados: Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões**. 1.ed. Rio de Janeiro: Campos Elsevier, 2009.

FELDMAN LB **Gestão de risco**. Portal da Enfermagem. Disponível: [http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=64] acessado abr/2018, 2011.

FELDMAN LB. **Análise dos critérios de avaliação dos serviços de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional**. [dissertação mestrado]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos, 2005.

- FELDMAN LB. **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari; 2011.
- FELDMAN, L. B. CUNHA, I. C. K. O. **Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar.** In: Revista Latino-americana de Enfermagem. 14(4): 540-5, 2011.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F. CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 2, São Paulo, 2005.
- FELDMAN, L. B; **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari; 2006.
- FIELD, A.; MILES, J.; FIELD, Z. **Discovering statistics using R.** Sage Publications, 2012.
- FIELD, ANDY. **Descobrendo a estatística usando o SPSS.** Porto Alegre :Artmed, 2009.
- FORGIA, G. M, La, & COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular. 2009.
- FORTES M. T. R. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.** FIOCRUZ, 2013.
- FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** Rio de Janeiro: Ed.Graal, 1981.
- GABRIEL C. S., et al. **Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital.** Rev Lat Am Enfermagem, 2011.
- GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento Sanitário e acreditação. Módulo 2: Multiplicadores: avaliação e qualidade.** Brasília: ONA, 2006.
- GESTÃO DE QUALIDADE; **Qualidade HC-Melhoria Contínua.** USP Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.
- GIL, ANTONIO C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas SA, 2010.
- GUADAGNOLI, E.; VELICER, W. **Relation of sample size to the stability of component patterns.** *Psychological Bulletin.* v. 103, p. 265-275, 1988.
- GURGEL JUNIOR, G. D. VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva.** v.7, n.2, p. 325-334, 2002.
- GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais,** Recife: Fundação FIOCRUZ, 2001.
- HAIR JR., J.; BABIN, B.; MONEY, A.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração.** Porto Alegre: Bookman, 2005.
- HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 593 p.2005.
- HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados.** 5. ed. Porto Alegre, pág 85-89, 2005.
- HAIR, JOSEPH F. et al. **Análise multivariada de dados.** Bookman Editora, 2009.
- HEALTH SERVICE ACCREDITATION (IQG) - **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais,** 3ª. Edição, CBA: Disponível em: [<https://www.facebook.com/iqghealthservicesaccreditation>] acessado em jan/18, 2008

- HELMS, Marilyn M. *Encyclopedia of management - edited by Marilyn M. Helms. 5th Edition. Aufl.*, pág 71, 2006.
- HUTCHESON, G.; SOFRONIOU, N. *The multivariate social scientist*. London: Sage, 1999.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *Failure Modes and Effects*. Disponível em: [\[http://www.apsf.net.au/about.php\]](http://www.apsf.net.au/about.php). acessado em: abr/2015, 2013.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Quality Management Concept*. pág, 89, 2000.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 5. ed. 2008.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE (JCAHO): Disponível em [\[http://www.jcaho.com.br\]](http://www.jcaho.com.br) acessado em jun/17, 2017.
- JOINT COMMISSION RESOURCES. *Florence nightingale: Measuring hospital care outcomes. Oak Brook, Illinois: Joint Commission Resources*, 1999.
- JUNIOR A. A., et al. **Certificação de Qualidade para Acreditação da Instituição Hospitalar: aspectos a serem superados**. Gestão em Foco, 2016.
- JURAN, M., GODFREY, A. *Juran's quality handbook (5th ed.)*. Washington, DC: McGraw-Hill Companies, Inc. 1998.
- KAISER, H. F. **An index of factorial simplicity**. *Psychometrika*, v. 39, p. 31-36, 1974.
- KLEINMAN, L. C.; DOUGHERTY, D. *Assessing Quality Improvement in Health Care: Theory for Practice. PEDIATRICS Volume 131, Supplement 1*, 2013.
- KLICK, M. & PROMPT. C.A. **O programa brasileiro de acreditação hospitalar na administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004.
- KURCGANT P. MASSAROLLO M. C. K. B. **Cultura e poder nas organizações de saúde**. In: **Kurcgant P. (coord)**. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p 23-33, 2010.
- KURCGANT P., et al. **Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP. 43(Sp. 2):1168-73, 2009.
- LARA, G. B.; LASMAR, S. C. G.; XAVIER, G. **Aprimoramento do Programa IHMG-novo rol de indicadores gerenciais**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 2, n.2, p. 9–21, 2010.
- LATTIN, JAMES. CARROL, J. DOUGLAS. GREEN, PAUL E. **Análise de Dados Multivariados**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- LIKERT, R. *A technique for measurement of attitudes*. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.1932.
- LIMA et. al - **Gestão de Risco Hospitalar: Um enfoque na qualidade e segurança do paciente**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.05, edição especial. p.2862-76, 1982.
- LIMA, L.F.; LEVENTHAL, L.C.; FERNANDES, M.P.P. **Identificando os riscos do paciente hospitalizado**. Einstein. v.6, n.4, p.434-8, 2008.
- LORENZETTI, J. et. al. **Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados**. Contexto Enferm, Florianópolis, v.23 n. (2): p. 417-25, 2014

MACEDO, FRM; SALGADO, FO; GUIMARÃES, JCFN; AZEVEDO, SF; **O papel do enfermeiro na gestão de risco quanto à notificação e identificação em pacientes hospitalizados**, 2014.

MALIK, A. M. **O caminho da acreditação no país**. Revista Melhores Práticas, 2015.

MALIK, A. M.; MOTA, P.R.; PERRONE, N.A.; BRITO, P.; CRUZ, L.P.; ABBUD, N.M. VECINA NETO, G.; FERREIRA, W.C. **Organização Pan-americana de Saúde**. Disponível em: [HSP-UNI/manuales Operativos PALTEX] acessado em jun/17, 1996.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. **Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MALLON B. *The End Result of a Life in Medicine*. Philadelphia, W. B. Saunders. p.303, 1999.

MANZO, B. F., RIBEIRO, H. C. T. C., BRITO, M. J. M., & ALVES, M. **A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20(1), 151-158. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1590/S010411692012000100020>. PMID:22481733] acessado em: jan/18,2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M. CORREA, A. R. **Acreditação Hospitalar: aspectos dificultadores na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado**. REME - Revista Mineira Enfermagem, p. 259-266, 2011.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. **Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.66, n.1, p. 46-51, 2013.

MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C. T. C. BRITO, M. J. M.; CORREA, A. R. *Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 46(2): 388-94, 2012.

MARTINS, D. R. et. al. **Desafios da acreditação em um hospital da rede FHEMIG**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Minas Gerais, n.7, p. 72-79, 2011.

MAXIMIANO ACA. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada**. 2ª ed. São Paulo: Atlas; O enfoque da qualidade na administração; p. 248-62, 2000.

MENDES, K. D. D. **Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto e contexto enfermagem. vol. 17, n. 4, p.758-64, 2012.

MENDES, W. et al. **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 59, n. 5, 2013.

MENDES, W. et al. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_client_e.pdf] acessado em: jan/18, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, v. 1. 110p, 2012.

MINGOTI, SUELI APARECIDA. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). *About Patient Safety*. Disponível em: [\[http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/\]](http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/) acessado em: abr/2018, 2015.

NIAHO STANDARDS HEALTHCARE 2018. Disponível em: [\[https://www.dnvglhealthcare.com/training/public-training/dnv-accreditation-niaho\]](https://www.dnvglhealthcare.com/training/public-training/dnv-accreditation-niaho) acessado em jan/18, 2018.

NOVAES, H. M. **O processo de acreditação dos serviços de saúde**. Rev. Vol. 9, Nº 37, 2007.

OLIVEIRA J. L. C.; MATSUDA L. M. **Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade**. Escola Anna Nery 20(1) 2016.

OLIVEIRA RM, LEITÃO IMTA, SILVA LMS, FIGUEIREDO SV, SAMPAIO RL, GONDIM MM. *Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices*. Esc Anna Nery 2014 v.18n. (1): p.122- 9, 2014.

OLIVEIRA, A.G.; LEGRAMANTI, A.P.R. HORITA, R.Y. **Auditoria em enfermagem em serviços de pronto atendimento de um hospital**. III Encontro Científico e Simpósio de Educação, 2011.

OLIVEIRA, S. B. O. **Gestão por processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000**. Rio de Janeiro: *Qualitymark*, 2006.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA - Disponível em: [\[http://www.ona.org.br\]](http://www.ona.org.br) acessado em: out/18, 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA - Disponível em: [\[http://www.ona.org.br\]](http://www.ona.org.br) acessado em: dez/19, 2019.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA - Disponível em: [\[https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes\]](https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes) acessado em: abr/20, 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília-DF. Disponível em: [\[http://www.ona.org.br/noticia\]](http://www.ona.org.br/noticia) acessado em: dez/17. 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Disponível em: [\[http://www.ona.org.br/noticia\]](http://www.ona.org.br/noticia) acessado em: dez/17, 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. *The National System of Accreditation*. Brasília (DF): Disponível em: [\[http://www.ona.org.br/noticia\]](http://www.ona.org.br/noticia) acessado em: out/17, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), **Segurança do Paciente**, Brasília DF, portal ONA. Disponível em: [\[https://www.ona.org.br/\]](https://www.ona.org.br/) acessado em jul/17, 2010.

OVRETVEIT, J. *Medical participation in and leadership of quality programmes*. *Journal of Management in Medicine*, 10(5), 21-28. Disponível em: [\[http://dx.doi.org/10.1108/02689239610146526.PMid:10166029\]](http://dx.doi.org/10.1108/02689239610146526.PMid:10166029) acessado em: jan/18.1996.

PEIXOTO, T. C., et al. **Gestão de pessoas em uma unidade pediátrica nas perspectivas do diagnóstico ONA e de profissionais**. Rev. Eletr. Enf. oct/dec;14(4):893-902. Disponível em: [\[https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a18.pdf\]](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a18.pdf) acessado em: dez/17, 2012.

PEREIRA, G.S.; PEREIRA, S. S. **A importância da qualidade do serviço de gestão hospitalar**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde Salvador, v. 1, n. 1, 2015.

- POMEY, M. P., FRANÇOIS, P., *Contandriopoulos, A. P., Tosh, A., & Bertrand, D. (2005). Paradoxes of French accreditation. Quality & Safety in Health Care*, 14(1), 51-55. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.011510>. PMID:15692004] acessado em: jan/18, 2005.
- PRODANOV, CLEBER CRISTIANO; FREITAS, ERNANI CESAR DE. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p. 2009.
- QUINTO NETO, A.; **Acreditação e Prática Médica Acreditação, Qualidade Assistencial, Segurança do Paciente**. Disponível em: [<https://setorsau.de.com.br/antonioquinto/2016/01/04/novo-post-acreditacao-e-pratica-medica>] acessado em jul/17, 2016.
- QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. **Acreditação Hospitalar: Proteção aos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde**. Porto Alegre: Da casa. p. 136,1997.
- RAZIA ANTONACCI, JULIE E REED, LAURA LENNOX AND JAMES BARLOW. *The use of process mapping in healthcare quality improvement projects. Health Services Management Research*, SAGE. 2018.
- REGO V., PROJETO DE LEI N 5.503. **A obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos serviços hospitalares**. Disponível em: [<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/02/25/projeto-torna-obrigatorio-avaliar-e-certificar-a-qualidade-dos-hospitais/tablet>] acessado em: jul/17, 2013.
- ROONEY, A. L.; OSTEMBERG, P. R. *Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to health care quality. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project*, 1999.
- SALMON J, HEAVENS J, LOMBARD C et. al. *The impact of accreditation on quality of hospital care: Kwa-Zulu Natal Province, Republic of South Africa. The U.S.* 2003.
- SANTOS C.R. **A importância do gerenciamento de risco na área da saúde**. Disponível: [<https://blog.ipog.edu.br/saude/importancia-do-gerenciamento-de-riscos-na-area-da-saude/>] acessado em abr, 2018.
- SCHIESARI LMC. **Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros** [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
- SCHOUT, D, & NOVAES, H. M. **Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais**. Ciência e Saúde Coletiva, 12(4), 935-944. 2007.
- SCRIVENS, E. *Accreditation: protecting the professional or the consumer - University Press*, 1997.
- SHEINGOLD, B. H.; HAHN JOYCE. *The History of Healthcare Quality: The First 100 Years 1860-1960. International Journal of Africa Nursing Sciences* 1 18–22, 2014.
- SHIESARI, L. M. C. KISIL, M. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros**. Revista de Administração em Saúde, 5(18), 7-17, 2003.
- SILVA, JR. COSTA A. CUNHA E. B. C. **Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem**. Revista eletrônica de enfermagem, Goiânia, v.12, n.3, p.422. Disponível em: [<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>] acessado em: mai/2015, 2014.
- STEVENS J. P. *Applied multivariate statistics for the Social Sciences. 2. ed. Hillsdale (NJ)*, 1992.

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. *Using multivariate statistics*. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2007.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

TELES, A. J. F. E. **Qualidade dos serviços de planejamento familiar de Salvador-BA**. Dissertação. Salvador (BA): Escola de Enfermagem/UFBA, 2003.

THE VALUE AND IMPACT HEALTHCARE ACCREDITATION IN HEALTH CARE. *review of the literature*, Ottawa, 2013.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. TAKAHASHI, R T. **A Qualidade e a Avaliação nos Serviços de Saúde e de Enfermagem**. In: KURCGANT, Paulina (org.). Gerenciamento em Enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem Psicológica**. Porto Alegre, RS: Artmed, pág. 121, 2007.

VAN WALRAVEN, C. et al. *Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission*. *Journal of General Internal Medicine*, v. 17, p. 186-192, 2002.

VIANA, M. F. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde: **Processo de acreditação**: uma análise de organizações hospitalares. 35-45, 2011.

VIEIRA D. K; DETONI D. J; LORENI; BRAUM M. S; **Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar**, 2015.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Safety*. Disponível em: [www.who.int/topics/patient_safety/en] acessado em fev/18, 2013.

YIN, R. K, **Estudo de caso – planejamento e métodos**. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookman. pág 33, 2005.

YIN, R.K. *Case Study Research: Design and Methods*, 5ª ed., Sage, Thousand Oaks, CA, 2014.

7. ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS NO HES




Autorização para Coleta de Dados

Eu, Prof^{Dr.} Luiz Roberto Lopes responsável pelo Hospital Estadual de Sumaré, situada Avenida da Amizade, 2400 - Jardim Bela Vista, Sumaré - SP, CEP: 13075-490, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "A Acreditação ONA Como Instrumento de Melhoria do Desempenho Organizacional de Instituições de Saúde", sob responsabilidade da pesquisadora Bruna Suelen Neves Migliorini após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Unicamp.

Sumaré 24 de agosto de 2017.



Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes
Diretor Superintendente
Sub-Campus
Hospital Estadual de Sumaré

Prof^{Dr.} Luiz Roberto Lopes
Diretor Superintendente
Sub - Executor

ANEXO B – PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

Pesquisador: BRUNA NEVES MIGLIORINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78931517.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.353.890

Apresentação do Projeto:

Introdução:

A preocupação com a qualidade na área da saúde foi introduzida de maneira sistematizada, quando as instituições hospitalares buscavam estratégias de atendimento e metodologias de avaliação da qualidade, no intuito de prestar serviços com base no princípio da ética. Dada a criticidade do setor e a dificuldade em administrar os recursos, a implantação de tais conceitos e métodos foi de grande valia para maximizar os padrões de excelência na prestação desses serviços. A busca pela qualidade tem se apresentado, portanto, como uma das alternativas de sobrevivência e sucesso das organizações hospitalares (BETTIO, 2007). Mendes (2012) define qualidade hospitalar como um elo direto entre colaboradores e pacientes, em quem o serviço prestado é único e flexível, não se restringe apenas nos predicados do produto, mas sim, em todo o processo de uma organização. O Sistema de Gestão da Qualidade trabalha com o conceito de uma gestão participativa e descentralizada, tendo como principal foco o trabalho em equipe, a gestão integrada, a melhoria contínua dos colaboradores e processos, propondo mudanças no cenário cultural da organização, acarretando a minimização de custos voltados à correção de eventuais falhas nos processos (MENDES, 2012). O sistema de gestão da qualidade passa a ser ferramenta mínima nas instituições de saúde, dada a competitividade devido ao novo perfil assistencial instaurados. Hospitais agora são grandes organizações, distanciando aquelas que investem de forma categórica em qualidade assistencial, excelência em gestão, segurança do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

paciente, das que mantiveram arcaicos modelos de gestão (QUINTO NETO, 2016). A Acreditação surge como uma nova proposta de mudança no cenário atual, estabelecendo-se como uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, cuja finalidade é de garantir, padrões mínimos de qualidade assistencial. A Acreditação Hospitalar mensura o desempenho dos processos, por meio da qualidade da assistência oferecida dos serviços prestados (MARTINS, 2011). Considerando esses serviços mediante padrões de referência instituídos por profissionais da saúde, e avaliados por um auditor através da análise dos processos (BRASIL, 2004). Os primeiros padrões oficialmente relatados foram constatados em 1926, a partir dos relatos de 1910 do professor Ernest Amory Codman, cirurgião do Hospital de Massachusetts (NEUHAUSER, 2002). Em 1951, criou-se a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) e em 1952, a CCAH designou legalmente o programa americano de acreditação hospitalar Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCHA), uma organização sem fins lucrativos, que interligava médicos e instituições hospitalares, cujo o objetivo era facilitar o percurso dos processos e garantir a segurança do paciente, enfatizando a qualidade do serviço prestado (FELDMAN ET AL., 2005). Com o passar do tempo e com um determinado número de hospitais americanos já atendendo nos padrões mínimos exigidos, a JCHA define novos critérios, elevando assim o grau de qualidade estipulado anteriormente. No ano de 1970, foi descrito o primeiro Accreditation Manual for Hospital, edificando os padrões de excelência (FELDMAN ET AL., 2005). A JCHA começa se expandir na década de 80, atingindo diversas instituições de saúde. Em 1987, passa a se chamar Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), onde deixa de exigir padrões mínimos de qualidade e passa a pleitear padrões de excelência nos serviços de saúde prestado (CBA, 2015). No Brasil, o Hospital Albert Einstein, foi o pioneiro em 1999 a ser acreditado pela Joint Commission International (JCI), (FELDMAN ET AL., 2005). A partir desse cenário, em 1999, o Brasil cria a Organização Nacional de Acreditação (ONA), com o objetivo de possibilitar meios das instituições de saúde atingirem níveis de qualidade pré-estabelecidos por padrões internacionais já acordados. Em 2001, o Ministério da Saúde (MS), GM/MS nº 538, artigo 1º, autorizou a Organização Nacional de Acreditação a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no país (BRASIL, 2006). A Acreditação é uma ferramenta de avaliação, que certifica a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde, com característica educativa, seu principal foco é a melhoria contínua e a segurança do paciente, a ONA é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos (ONA, 2017). Em 2001, na cidade de São Paulo, a ONA teve sua primeira instituição acreditada, o Hospital Santa Paula (ONA, 2017). A equipe médica é de fundamental importância na acreditação hospitalar, uma vez

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

que parte desses profissionais as principais tomadas de decisões referente a terapias a ser introduzidas aos pacientes (OPAS, 2010). Outra equipe não menos importante é a da enfermagem, uma vez que esse profissional tem impacto direto nos processos assistenciais e operacionais, são também participantes ativos nos processos gerenciais e estratégicos das instituições de saúde (QUINTO NETO, 2000; GAIDZINSKI 1998; SANTOS, 2011). Preza-se que 5% das instituições Brasileiras são acreditadas, sendo que grande parte dessa porcentagem é pela certificação ONA (ONA, 2013). A Acreditação busca certificar a segurança e cuidados com o paciente desde a internação até a sua alta, por meio da avaliação de processos hospitalares, instaurando uma nova cultura de protocolos assistenciais por meio da melhoria contínua. Portanto a Acreditação é um sistema de avaliação de recursos institucionais, periódico e voluntário com foco principal na educação contínua dos profissionais, cujo objetivo é garantir a qualidade assistencial através de padrões previamente esperados (SCHIESARI, 1999). Este projeto de pesquisa será submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp, somente após outorga a pesquisa deverá ser aplicada.

Hipótese:

-Através da gestão e liderança escorado no controle de pessoas, administrativo, suprimentos, segurança patrimonial e estrutura físico-funcional; -Considerando mudanças no cenário e qualidade dos serviços prestados, projetando nos serviços e processos de diagnósticos, pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos; -Por intermédio do abastecimento e apoio logístico, com auxílio do processamento de roupas, materiais e esterilização, transporte de materiais biológicos e higienização; -Monitorando os processos mediante apoio técnico, ou seja, sistema de informação do paciente, gestão de equipamentos e tecnologia medicohospitalar e prevenção, controle de infecção e eventos sentinela; -Mensurando os dados por meio da atenção ao paciente, através da gestão do acesso, internação, assistência farmacêutica e nutricional.

Metodologia Proposta:

O método utilizado neste trabalho é de natureza quali-quantitativa, com abordagem survey, combinada com análise multivariada de dados e Alpha de Cronbach. O projeto utiliza da metodologia proposta por Hair Jr. et. al (2005) e Cavalieri, Macedo-Soares e Thiollent (2004). O método survey foi adotado com o objetivo de mapear o contexto das Instituições Hospitalares em relação a Acreditação ONA, sua implementação, no que se refere a percepção dos profissionais de enfermagem em relação a Acreditação hospitalar, em prol de uma gestão que garanta a segurança e atenção ao paciente. O Trabalho almeja identificar a discrepância entre a expectativa e a compreensão nos processos a serem observados. A análise de dados será através do método de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

análise multivariada de dados de acordo com as sugestões de Hair, Hult, Ringle e Sarstedt (2013). Essa metodologia é considerada abrangente em diversas esferas, pelo simples fato de considerar a correlação entre as variáveis, permitindo múltiplas associações que permitam ser avaliadas ou sustentadas pela análise de dados em bases teóricas e quantitativas, através de combinação linear de variáveis, específicas e com pesos empiricamente determinados por meio de técnicas multivariadas (HAIR ET AL. 2005). Pela equação da Variável Estatística é possível atingir um determinado valor e objetivo. $VE = w_1X_1 + w_2X_2 + w_3X_3 + \dots + w_nX_n$ (1) X_n é a variável observada; w_n é o peso determinado pela técnica multivariada; "[...] O resultado é um único valor que representa uma combinação de conjunto inteiro de variáveis que melhor atinge o objetivo de análise multivariadas específica" (HAIR ET AL. 2005). A técnica de Análise Multivariada a ser aplicada é a de Análise de Agrupamento, trata-se de uma técnica analítica, que agrupa objetos sem interferência de hipóteses pressupostas pelos grupos. O principal objetivo da análise de agrupamento é identificar uma amostra em um determinado grupo, com base na semelhança entre os indivíduos. E para estimar a confiabilidade deste questionário será aplicado Alpha de Cronbach. As hipóteses serão validadas através do software Smart PLS, para avaliar o tamanho da amostra e o poder estatístico das análises será utilizado o software G*Power 3 (FAUL, ERDFELDER, LANG, BUCHNER, 2007), ambos devidamente licenciados.

Critério de Inclusão:

Participarão dessa pesquisa profissionais de enfermagem, acima de 18 anos, que trabalham no regime celetista, com mais de 90 dias registrados na Instituição e que foram previamente selecionados pelos Hospitais Acreditados ONA autorizados a participar voluntariamente da pesquisa, conforme acordado pelo TCLE no preenchimento do formulário eletrônico enviado.

Critério de Exclusão:

Não serão incluídos, profissionais de enfermagem que não atendam os critérios de inclusão citados acima ou que se encontram afastados da Instituição por algum motivo.

Metodologia de Análise de Dados:

Foi estabelecido uma amostra mínima de 150 respostas, para que essa pesquisa possa ser validada. A pesquisa é formada por um questionário de 29 perguntas fechadas e dividida em seções conforme sugerido pela norma ONA 2014. Não optou-se por questões abertas devido ao grande número de respostas e a falta de instrumentos específicos para o tratamento dessas questões. A escala utilizada para classificar por meios estatísticos será a Likert por 6 pontos, este método quantifica aspectos qualitativos, assimilando a relevância da concordância e discordância das respostas obtidas (HAIR JR. ET. AL, 2005). O questionário será aplicado por meio eletrônico,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

elaborado na plataforma Google Forms, com acesso da pesquisa em link enviado por email, o participante será abordado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde para prosseguir deverá concordar ou não com o mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Este trabalho se propõe a avaliar a Acreditação ONA como pratica para melhoria no desempenho da enfermagem e redução dos riscos nos serviços de saúde hospitalar.

Objetivo Secundário: Este trabalho se propõe também a identificar como o modelo pode ajudar no desenvolvimento das seguintes estratégias: -Perceber as melhorias no gerenciamento organizacional, através da gestão e liderança escorado no controle de pessoas, administrativo, suprimentos, segurança patrimonial e estrutura físico-funcional. -Identificar os principais benefícios provenientes da Acreditação para os profissionais da enfermagem, considerando mudanças no cenário e qualidade dos serviços prestados, projetando nos serviços e processos de diagnósticos, pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos. -Melhorar o desempenho organizacional, reduzir custos, desperdícios, retrabalho, falhas nos processos, por intermédio do abastecimento e apoio logístico, com auxílio do processamento de roupas, materiais e esterilização, transporte de materiais biológicos e higienização. -Identificar os eventos que ameaçam a segurança do paciente, monitorando os processos mediante apoio técnico, ou seja, sistema de informação do paciente, gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar e prevenção, controle de infecção e eventos sentinela. -Avaliar os Riscos que impactam no paciente nas categorias de gestão do acesso, internação, assistência farmacêutica e nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador:

Riscos: Não há riscos previsíveis nesta pesquisa. Você não deve participar deste estudo se sentir qualquer desconforto em fornecer as informações solicitadas.

Benefícios: Esta pesquisa não apresenta benefícios diretos ao participante. O grande benefício indireto associado a esta pesquisa está relacionado a contribuição para o conhecimento científico na área de gestão hospitalar e ao fato de receber, caso deseje, os resultados tabulados e tratados estatisticamente. Tais informações poderão ser de grande valia para sua instituição.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde", cuja Pesquisadora responsável é Bruna Suelen Neves Migliorini com a colaboração do pesquisador orientador Prof. Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio. A pesquisa foi enquadrada na Área "Engenharia" e embasará a Dissertação de Mestrado da pesquisadora. A Instituição Proponente é a Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA da UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 550,00 (Quinhentos e cinquenta reais) e o cronograma apresentado contempla início do estudo para 03/10/2017 com término em 20/12/2018. Serão abordados ao todo 150 participantes que terão que responder um questionário que será aplicado por meio eletrônico, elaborado na plataforma Google Forms, com acesso da pesquisa em link enviado por email. Este estudo espera através da mensuração qualificar e quantificar os riscos que ameaçam os serviços de saúde hospitalar, identificando a probabilidade a fim de reduzir as ocorrência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1 - Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Foi apresentado o documento "folhaderosto.pdf 18/08/2017 20:12:18" devidamente preenchido, datado e assinado.
- 2 - Projeto de Pesquisa: Foram analisados os documentos "Projeto.pdf 02/10/2017 15:40:29" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_976951.pdf 16/10/2017 11:17:07". Adequado
- 3 - Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Informações sobre orçamento financeiro incluídas no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_976951.pdf 16/10/2017 11:17:07". Adequado.
- 4 - Cronograma: Informações sobre o cronograma incluídas nos documentos "Projeto.pdf 02/10/2017 15:40:29", "Cronograma.pdf 02/10/2017 12:47:45" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_976951.pdf 16/10/2017 11:17:07".
- 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi apresentado o documento "TCLE.pdf 18/08/2017 20:13:46".
- 6 - Outros documentos:
 - AtestadoMatricula.pdf 16/10/2017 11:11:59;
 - QuestionarioFormulariosGoogle.pdf 18/08/2017 20:19:14
 - Autorização para coleta de dados contempladas no documento anexado "Projeto.pdf 02/10/2017 15:40:29"

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

Recomendações:

Corrigir as concordâncias nas seguinte frases completadas no TCLE:

- 1-"(...)os resultados serão encaminhados ao participante e/ou instituição, se desejado, informações do e-mail.";
- 2-"Você pode responder esta pesquisa a qualquer momento e ambiente com acesso à internet e ao formulário, avaliado seguro por você."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_976951.pdf	16/10/2017 11:17:07		Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	16/10/2017 11:11:59	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/10/2017 15:40:29	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/10/2017 12:47:45	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito
Outros	QuestionarioFormulariosGoogle.pdf	18/08/2017 20:19:14	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/08/2017 20:13:46	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/08/2017 20:12:18	BRUNA NEVES MIGLIORINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.353.890

CAMPINAS, 27 de Outubro de 2017

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO C – TCLE E QUESTIONÁRIO APLICADO NO HES

08/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

Termo de Esclarecimento e Consentimento (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Acreditação ONA como prática para melhoria no desempenho da enfermagem dos serviços de saúde hospitalar, analisando a visão das equipes de enfermagem em relação a certificação em instituições de saúde. Para isso o método survey foi adotado com o objetivo de mapear o contexto das Instituições Hospitalares em relação a Acreditação ONA, sua implementação, no que se refere a percepção desses profissionais em prol da gestão organizacional, a escala utilizada para classificar por meios estatísticos será a Likert 6 pontos.

Procedimentos:

Para participar desta pesquisa como voluntário, é necessário assinalar a opção abaixo, declarando estar de acordo com o TCLE. A pesquisa é composta por 29 questões, as quais o participante deverá responder numa escala de 1 a 6, onde 1 representa fortemente discordo e 6 fortemente concordo, notas intermediárias como 2,3,4 e 5 ficam sob critério do participante. O questionário será aplicado por meio eletrônico e seu preenchimento tem previsão estimada de 20 a 30 minutos, os resultados serão encaminhados ao participante e/ou instituição, se desejado, informações do e-mail.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previsíveis nesta pesquisa. Você não deve participar deste estudo se sentir qualquer desconforto em fornecer as informações solicitadas.

Benefícios:

Esta pesquisa não apresenta benefícios diretos ao participante. O grande benefício indireto associado a esta pesquisa está relacionado à contribuição para o conhecimento científico na área de gestão hospitalar e ao fato de receber, caso deseje, os resultados tabulados e tratados estatisticamente. Tais informações poderão ser de grande valia para sua instituição.

Acompanhamento e assistência:

A todo o momento, os responsáveis por essa pesquisa, a aluna de Mestrado Bruna S. Neves Miglioni e o professor Dr. Paulo Sérgio de Arruda Ignácio estarão disponíveis via meios eletrônicos (e-mail, telefone, entre outros) ou pessoalmente (se possível) para prestar assistência e acompanhamento. Tais contatos são apresentados posteriormente.

Indenização:

A participação nesta pesquisa não garante o ressarcimento de gastos relacionados a participação no estudo, como passagens, refeição e contratação de serviços de internet. Você pode responder esta pesquisa a qualquer momento e ambiente com acesso à internet e ao formulário, avaliado seguro por você. Você tem direito a indenização em caso de danos decorrentes de questões intrínsecas à pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome e o da sua instituição não serão citados.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:

- 1) Professor Doutor Paulo Sérgio de Arruda Ignácio, Rua Pedro Zaccaria, 1300, CEP 13484350 – Limeira - São Paulo, telefone: (19) 37016676 / (19) 37016710, e-mail: paulo.ignacio@fca.unicamp.br
- 2) Aluna de Mestrado: Bruna S. Neves Miglioni, Curso PPG: Mestrado em Engenharia de Produção e Manufatura, Rua Pedro Zaccaria, 1300, CEP 13484350 – Limeira - São Paulo, telefone: (19) 99949-5121, e-mail: brunanevesmiglioni@gmail.com

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs as 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisa.

***Obrigatório**

1. Li o termo de consentimento livre e esclarecido e; *

Marcar apenas uma oval.

☐ Discordo.

☐ Concordo;

Dados da Instituição:

2. Nome da Instituição: *

3. Cidade: *

4. Estado: *

Dados do Entrevistado:

5. Nome do entrevistado: *

6. Departamento em que atua: *

7. E-mail

8. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

9. Idade: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 18 -30
- ☐ 31 -45
- ☐ 46 -60
- ☐ 61 ou mais
- ☐ Outro: _____

10. Grau de instrução: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Segundo grau
- ☐ Segundo grau incompleto
- ☐ Graduação
- ☐ Graduação Incompleto
- ☐ Especialização
- ☐ Especialização Incompleto
- ☐ Mestrado
- ☐ Mestrado Incompleto
- ☐ Doutorado
- ☐ Doutorado Incompleto
- ☐ Outro: _____

11. Classificação da Instituição - Ministério da Saúde (Decreto nº 76 973 -1975/ Portaria nº 30-Bsb-1977). **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Pronto Socorro Geral
- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Hospital Especializado
- ☐ Hospital Geral
- ☐ Cooperativa
- ☐ Hospital Particular
- ☐ Hospital Beneficente
- ☐ Hospital Filantrópico
- ☐ Hospital Universitário
- ☐ Hospital Público
- ☐ Outro: _____

ACREDITAÇÃO ONA - NÍVEL 1

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

12. A Instituição garante a responsabilidade com a segurança do paciente através da prática da Política da Qualidade. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

13. A Instituição realiza constantemente o controle de vigilância Epidemiológica. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

14. A Organização Hospitalar avalia frequentemente os setores e promove ações de melhoria com base nos resultados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

15. A Instituição avalia constantemente a satisfação dos seus pacientes e promove benfeitorias a fim de atender suas reais expectativas. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

16. O Hospital disponibiliza de um processo padrão para realização de compras dos seus materiais. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

17. O Hospital coleta informações, monitora e avalia seus fornecedores. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

18. O Hospital é bem sinalizado e disponibiliza de todos os equipamentos de segurança necessários nas saídas de emergência. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

19. Os Colaboradores são devidamente orientados para situações de emergência. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

20. A Organização Hospitalar está adequada para receber pacientes portadores de necessidades especiais. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

21. A Instituição descarta corretamente seus resíduos, na busca de boas práticas ambientais. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

22. A Instituição conta com meio de remoção própria devidamente equipada para casos emergenciais, além da documentação e socorrista qualificado. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

23. Os pacientes internados têm seus sinais vitais monitorados frequentemente, por equipes altamente capacitadas. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

24. O paciente e seus familiares são informados de todo o processo/risco do tratamento quando internado. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

25. Os medicamentos são ministrados, controlados e monitorados apenas pelo profissional responsável da área. **Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

33. Além de prover de uma área física o Hospital disponibiliza de um sistema no qual digitaliza os documentos/prontuários, facilitando a rastreabilidade do processo. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

34. O Hospital sanciona a divulgação de qualquer ocorrência inesperada ou variação do processo, promovendo ações de prevenção para eventos Sentinela. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

35. O processamento de roupas é realizado diariamente e controlado por check list. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

36. A organização provê de Autoclave para a esterilização dos seus materiais, que são previamente identificados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

37. Somente funcionários credenciados tem acesso a essa área restrita e aos materiais esterilizados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

38. A Instituição assegura rigorosamente tanto o armazenamento como o transporte adequado do Material, além de monitorar de rastrear todo o processo. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

39. Os resíduos hospitalares são separados e descartados corretamente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

09/08/2017

A Acreditação ONA como instrumento de melhoria do desempenho organizacional de instituições de saúde

40. A equipe de limpeza trabalha uniformizada (luvas/botas) evitando assim acidentes com o lixo hospitalar. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Fortemente Discordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Fortemente Concordo

Powered by
 Google Forms

ANEXO D - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

N	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	
1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
2	5	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	
3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	1	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	1	1	6
8	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	1	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	1	1	6
9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
10	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
11	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
12	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	4	6	6	5	5	6	6	6	6	6	
13	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
14	4	5	4	4	3	3	4	3	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	
15	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
16	6	6	6	6	6	6	6	4	4	6	6	4	6	5	6	6	6	6	6	5	6	6	5	6	6	6	6	5	6	
17	6	6	6	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	1	5	6	5	6	6	5	5	5	5	5	6	6	6	5	5	
18	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
19	6	6	5	5	5	5	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
20	6	6	6	5	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
21	6	5	4	4	5	5	5	5	4	6	4	6	6	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	5	6	6	6	6	6	
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5	4	5	
23	6	6	6	5	6	6	3	4	5	6	5	5	6	5	6	6	4	6	5	5	6	5	5	6	6	6	5	6	6	
24	5	5	4	5	5	3	2	2	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	
25	6	6	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	
26	5	6	5	4	5	5	5	6	5	6	5	6	6	6	5	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	
27	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	
29	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	5	6	4	5	6	6	5	6	6	6	6	6	
30	6	5	4	6	4	5	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	4	4	5	6	6	6	5	
31	6	6	6	6	4	6	6	6	6	5	4	6	5	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
32	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	6	4	5	5	5	5	6	6	5	6	5	5	5	6	
33	5	5	4	3	4	4	5	4	5	5	5	5	6	5	4	5	4	5	5	4	5	4	3	3	5	6	5	4	5	
34	5	4	5	5	4	4	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5	6	6	6	6	6	6	
35	4	4	5	3	2	5	4	3	5	5	4	5	4	6	4	3	3	4	4	4	6	5	4	4	6	5	5	6	5	
36	4	5	3	5	2	2	6	5	5	5	5	6	6	4	6	6	6	6	2	4	6	3	5	6	6	6	6	6	6	
37	6	6	5	5	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	
38	5	5	4	3	3	3	5	4	3	4	3	4	4	3	3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	6	
39	4	6	2	3	2	4	1	6	6	6	6	6	6	4	4	5	4	4	4	4	5	3	2	2	4	5	5	6	6	
40	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	
41	4	4	4	4	4	4	6	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	6	6	
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
43	5	5	4	4	5	4	5	5	5	6	4	6	5	4	5	6	5	5	4	4	5	4	5	4	6	5	5	5	5	
44	3	3	2	2	2	3	5	4	4	5	4	6	6	6	6	6	6	6	4	3	6	6	4	5	6	6	6	6	6	
45	3	3	4	3	3	3	5	5	5	5	4	6	6	6	5	6	6	5	4	5	5	6	4	6	6	6	6	6	6	

N	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	
46	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
47	5	6	6	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
48	3	3	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	2	3	3	4	4	4	3	
49	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
50	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
51	6	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	
52	6	6	6	6	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	
53	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
54	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
55	5	5	5	5	5	5	5	4	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
56	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
57	5	5	4	4	4	5	4	5	3	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	6	6	5	5	6	5	
58	6	5	6	5	6	4	6	6	6	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	
59	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
60	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	4	6	5	4	6	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	
61	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	
62	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
63	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
64	6	6	6	5	6	5	6	6	4	5	5	6	5	6	6	6	6	5	6	4	6	1	6	6	6	6	6	6	4	6
65	5	4	6	5	5	6	4	5	5	4	5	6	5	5	4	4	4	5	6	4	4	5	3	5	6	6	6	6	6	
66	5	3	5	5	4	5	5	5	3	5	4	3	3	1	1	5	2	1	1	1	1	2	3	3	6	6	6	5	6	
67	6	6	6	6	6	6	4	6	6	5	6	6	5	6	4	5	6	5	4	4	6	4	6	6	6	6	6	6	6	
68	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	5	5	5	
69	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
70	6	4	1	5	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
71	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
72	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	5	6	5	5	6	6	6	5	
73	6	1	6	6	6	5	5	6	6	6	4	6	6	6	6	4	6	6	5	6	6	5	6	6	6	5	6	6	6	
74	6	6	6	5	6	6	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
75	6	6	6	5	6	6	4	5	4	6	5	6	4	4	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	
76	5	5	6	5	5	5	4	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	
77	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
78	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	4	6	6	6	6	6	6	6	6	
79	6	6	5	6	4	5	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
80	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
81	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
82	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
83	4	4	5	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	
84	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	6	
85	6	5	5	6	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	5	6	6	6	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	
86	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
87	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
88	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
89	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	6	5	6	5	5	4	4	5	5	5	5	5	6	6	6	6	
90	6	6	6	4	4	4	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	4	6	6	6	6	5	
91	5	4	4	4	4	5	3	5	4	6	4	6	4	6	5	6	5	5	5	4	4	4	6	5	6	6	5	6	6	
92	6	6	6	5	6	5	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	
93	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
94	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	6	5	5	5	5	6	
95	6	5	5	2	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	4	5	2	1	6	6	6	6	
96	4	5	4	4	3	4	5	5	4	4	3	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	
97	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	5	6	6	5	5	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5	
98	3	5	3	3	5	3	4	3	6	6	4	5	3	5	5	5	4	6	6	6	3	2	4	3	6	3	4	6	6	
99	5	6	3	3	4	4	6	5	4	6	5	6	6	6	5	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
100	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	

