

**AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO
PACIENTE PARA OBTER A CERTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR: UM
ESTUDO DE CASO**

FONSECA, E. D¹; LIMA, M. X. V. F¹; RESENDE, V. H. M¹; VALADÃO, E. T. M¹

¹Escola Politécnica e de Artes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia, Goiás – Brasil

RESUMO: O objetivo do estudo foi avaliar os requisitos de qualidade e segurança do paciente para que um hospital privado em Goiânia – GO obtenha a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A metodologia baseou-se na realização de um diagnóstico, direcionado pelos requisitos estabelecidos pela ONA. A avaliação dos requisitos foi feita por meio de um *check list*, atribuindo nota 1 para "conforme" e 0 para "não conforme", onde as áreas que obtiveram desempenho menor que 80%, no atendimento dos requisitos, foram avaliados por meio da Matriz GUT para a sua priorização. Assim foi possível identificar os que necessitavam de melhorias, de forma prioritária. Os resultados do diagnóstico indicaram que as áreas Planejamento Estratégico e Núcleo de Segurança do Paciente foram sucedidos ao longo do ano, obtendo desempenho de 100% de atendimento aos requisitos, enquanto outros necessitam de melhorias. Em seguida, pela Matriz GUT, priorizaram-se as áreas de Planos de Contingência, Gestão por Processo e Gestão por Resultado para propor as melhorias com base na ONA. Algumas delas foram criar calendário anual de simulações, integração entre os setores e criar agenda mensal de reuniões gerenciais. Concluiu-se que o diagnóstico foi importante para identificar os requisitos e áreas que já atendem à ONA, assim como os que precisam melhorias, sendo a matriz GUT eficaz na priorização. O estudo também mostrou que a acreditação é um processo estratégico e complexo. Para pesquisas futuras sugere-se que seja realizado um *upgrade* para o alcance da acreditação ONA Nível 2.

Palavras-chave: Saúde, Assistência Hospitalar, Auditoria;

ABSTRACT: The objective of the study was to evaluate the quality and patient safety requirements for a private hospital in Goiânia – GO to obtain certification from the National Accreditation Organization (ONA). The methodology involved conducting a diagnosis guided by ONA's requirements, using a checklist that assigned scores of 1 for "compliant" and 0 for "non-compliant." Requirements scoring below 80% were prioritized through the GUT Matrix, identifying areas needing urgent improvements. The diagnostic results showed that Strategic Planning and the Patient Safety Center achieved 100% compliance, while other areas required enhancements. Using the GUT Matrix, the study prioritized Contingency Plans, Process Management, and Results Management, proposing improvements such as creating an annual simulation calendar, fostering departmental integration, and scheduling monthly management meetings. The study concluded that the diagnosis was essential for identifying compliant and non-compliant processes, with the GUT Matrix proving effective for prioritization. It also highlighted that achieving accreditation is a strategic and complex process. The proposed improvements are expected to enhance institutional reliability and patient safety. For future research, it is suggested that efforts focus on achieving ONA Level 2 accreditation, promoting continuous quality improvement and ensuring a safer environment for patients.

Keywords: Health, Hospital Care, Audit;

1. Introdução

A gestão da qualidade em hospitais é crucial para garantir serviços de saúde eficazes, seguros e centrados no paciente. No Brasil, a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma referência importante, demonstrando a capacidade da instituição de atender às necessidades e expectativas dos pacientes.

Para obter a certificação ONA, um estabelecimento de saúde, público ou privado, deve passar por uma transformação de longo prazo. Isso requer a elaboração de um plano estratégico, a implementação de um sistema de gestão na área da saúde e o investimento contínuo em treinamento, com forte ênfase na segurança do paciente [1].

Neste sentido, objetivo geral deste trabalho é avaliar os critérios de adequação para obter o certificado da ONA em um hospital privado em Goiânia – GO. Assim, os objetivos específicos são: elaborar um diagnóstico inicial, definir e analisar indicadores prioritários para o processo, e propor soluções para a obtenção do certificado pela instituição em estudo.

Este estudo justifica-se pelos dados publicados em 2021 que indicam um crescimento de 21,1% de certificações hospitalares no período de 2017 a 2021, indicando a importância desta adequação para este tipo de estabelecimento. Além de ter um impacto positivo na eficiência, segurança, eficácia, oportunidade e no cuidado centrado no paciente. [2].

2. Referencial Teórico

2.1 Saúde e estrutura hospitalar no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se limitando apenas à ausência de doença ou enfermidade. Já, a Organização das Nações Unidas (ONU) reitera esse princípio, destacando quatro requisitos: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde pública oferecidos pelo país [3, 4].

No Brasil, o sistema de saúde se organiza em diferentes fases: os centros de atenção primária, ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), são locais comumente referidos como postos de saúde, onde são desenvolvidas atividades e serviços direcionados à prevenção

e promoção da saúde; a assistência especializada, que se divide em duas partes: atenção secundária e terciária (atendimento ambulatorial e hospitalar especializado); e, os hospitais gerais de grande porte (hospitais universitários, instituições filantrópicas e centros de ensino e pesquisa) são os que possuem unidades de terapia intensiva (UTI) e centros cirúrgicos avançados [5].

Os hospitais representam o setor de saúde com maiores possibilidades de lucratividade para os provedores de serviços privados e de alocação eficaz de recursos para os provedores de serviços públicos. Isso ocorre por meio da realização de procedimentos mais avançados e dispendiosos. Com o progresso alcançado as organizações de saúde passaram a aportar recursos em infraestrutura atualizada, tecnologia de ponta e atendimento personalizado visando atrair pacientes [6].

Já no final da década de 1990, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), juntamente com a *Joint Commission*¹, por meio do programa nacional de acreditação de hospitais, integrou o Brasil ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde [7].

2.2 Certificações Hospitalares e Acreditação ONA

A acreditação hospitalar é um processo de avaliação voluntário dos recursos organizacionais, realizado para garantir a qualidade da assistência para os pacientes, com base em padrões previamente estabelecidos. As certificações são concedidas por uma instituição neutra e reconhecida, que emite documentação oficial confirmando que os processos, sistemas e produtos do hospital estão em conformidade com os requisitos após auditoria [9, 10].

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) visa estabelecer um processo contínuo de avaliação e conceder certificações de qualidade para impulsionar o avanço do sistema de acreditação e melhorar a qualidade dos serviços de saúde no Brasil [9].

No Brasil, a principal certificação é a ONA, que entre 1999 e 2013 certificou mais de 950 instituições. Segundo a própria ONA, mais de 80% das instituições ativas no país adotam seus padrões, com a avaliação sendo realizada por Instituições Avaliadoras Credenciadas (IACs) [11].

¹ A *Joint Commission International* (JCI) é líder mundial em certificação de organizações de saúde. Essa organização não governamental atua há mais de 50 anos com o objetivo de criar uma cultura de segurança e qualidade no cuidado ao paciente [8].

Apesar das instituições de saúde adotarem seus padrões, no Brasil o número de certificações hospitalares ainda é limitada. Em 2012, apenas 2,3% dos hospitais foram acreditados, comparado a 85% nos Estados Unidos. Em 2018, apenas 324 dos 6.820 hospitais brasileiros (menos de 5%) tinham certificação, com 117 localizados em São Paulo. No entanto, dados de 2023 indicam um crescimento expressivo nas certificações, com São Paulo concentrando 40% dos hospitais acreditados pela ONA, seguido pelo Paraná com 20%. A ONA é mais prevalente nas regiões Sudeste (40%), Sul (33%), Nordeste (20%) e Centro-Oeste (7%) [12, 13].

A acreditação, de acordo com a ONA, é dividida em 3 níveis: nível acreditado ONA 1, nível acreditado pleno ONA 2 e nível acreditado com excelência ONA 3, onde cada nível possui suas características conforme apresentado na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Níveis de acreditação da ONA e suas características

ONA 1 Acreditado	Incluem instituições que cumprem os padrões de segurança do paciente em todas as áreas de atuação, abrangendo tanto aspectos estruturais quanto assistenciais.
ONA 2 Acreditado Pleno	Além de atender aos requisitos de segurança, espera-se que a instituição demonstre uma gestão integrada, com processos fluindo de maneira coesa e uma comunicação eficaz entre todas as atividades.
ONA 3 Acreditado com Excelência	O foco está na "excelência em gestão". Nesse estágio, a instituição deve já evidenciar uma cultura organizacional de melhoria contínua, demonstrando maturidade institucional.

Fonte: [14].

Assim, este estudo adota como referência a ONA, especialmente no padrão de Nível acreditado 1, abordando a gestão da qualidade e segurança do paciente.

Para uma gestão eficaz visando a acreditação da qualidade, a liderança hospitalar deve envolver profissionais experientes no planejamento, coordenação, revisão e direção dos serviços, garantindo a melhoria contínua. Em um ambiente desafiador, é crucial que os profissionais aprimorem suas habilidades de forma organizada, considerando a equipe, o tempo de implementação, o investimento, os obstáculos e os resultados esperados [15, 16].

3. Materiais e Métodos

Este estudo foi conduzido em um hospital de grande porte, do segmento privado, na cidade de Goiânia (Goiás), abrangendo o período de janeiro a setembro de 2024, focando

no setor de qualidade e segurança do paciente. O setor é liderado por uma gestora com formação em enfermagem e pós-graduação em qualidade e segurança, juntamente com um assistente de qualidade, sendo este o autor deste artigo.

O setor de qualidade desta instituição trabalha em estreita colaboração com a diretoria para implementar melhorias nos departamentos, como conformidade de processos, auditorias internas de prontuários, gestão documental e análise de indicadores. Ele previne erros com a segurança do paciente (como, por exemplo, infecções e quedas), melhora continuamente os processos hospitalares, assegura conformidade com normas de saúde e promove uma experiência humanizada. Assim, o setor contribui para o desempenho clínico e operacional, visando sempre a qualidade e a segurança no atendimento. Após as auditorias internas, cada gestor recebe uma avaliação detalhada com as áreas a serem melhoradas, tendo até 30 dias para implementar as mudanças. Em casos mais complexos, o prazo pode ser estendido.

As etapas desta pesquisa compreendem: realização de um diagnóstico inicial do setor de qualidade, avaliando o atendimento aos requisitos do certificado ONA nível 1; análise e priorização dos requisitos (por meio da matriz GUT), e finalmente foram apresentadas ações que possibilitem melhorias nas áreas em que o setor ainda não atende aos requisitos.

A seguir encontram-se descritas estas etapas do estudo, de forma detalhada.

3.1 Diagnóstico

O diagnóstico foi realizado por meio de um *checklist* baseado no Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS)², adaptado pelo gestor do setor de qualidade, (esse *checklist* está anexado junto ao artigo e pode ser consultado). O *checklist* abrange todo o módulo de qualidade e segurança do paciente do OPSS. Os itens foram organizados em seções, conforme apresentado na Tabela 2, a seguir, que mostra quais itens do Manual são contemplados em cada seção e sua descrição.

A identificação do cumprimento dos requisitos avaliados é feita por meio de um relatório de não conformidades, atribuindo nota 1 para "conforme" e 0 para "não conforme". A pontuação de cada seção é calculada com base na soma dos pontos obtidos

² Este manual da ONA não está disponível no domínio público; para obtê-lo, é necessário acessar o site: [Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde- Versão 22-- | ONA | Organização Nacional de Acreditação.](#)

em todos os requisitos da subseção. O resultado é apresentado como um percentual de cumprimento dos requisitos.

A classificação será estabelecida da seguinte forma, de acordo com % alcançado:

- Entre 0% e 59% serão considerados RUINS;
- Entre 60% e 79% serão considerados SATISFATÓRIOS;
- Acima de 80% serão classificados como BONS.

Tabela 2: Seções do *checklist* contempladas de acordo com o no OPSS.

Seções do <i>checklist</i>	Itens correspondentes no OPSS	Descrição Dos Itens
Planejamento estratégico	Item 2	Estabelece, implementa e mantém mecanismos para desdobrar o planejamento estratégico.
Comissões Hospitalares	Itens: 7, 12	Estabelece, implementa e mantém protocolos clínicos para doenças prevalentes e graves, com base em diretrizes científicas, e sistemática para constituição e acompanhamento de comitês e comissões institucionais.
Planos de Contingência	Item 13	Apoia a definição e o gerenciamento de planos de contingência por meio de testes de eficácia.
Políticas Institucionais	Item 1	Estabelece, implementa e mantém método para definir, elaborar, controlar a distribuição e o acesso a documentos, incluindo verificação e validação.
Núcleo de Segurança do Paciente	Itens: 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15	Estabelece, implementa e mantém um plano para identificar, analisar, avaliar e tratar riscos prioritários na assistência ao paciente. Implementa protocolos de segurança do paciente baseados em diretrizes científicas. Estabelece sistemáticas para notificação, investigação, classificação, análise e tratamento de riscos, quase erros, eventos sem danos, eventos adversos, reações adversas, queixas técnicas e não conformidades. Oferece treinamento e educação sobre segurança do paciente à força de trabalho e, quando aplicável, aos fornecedores. Implementa protocolo assistencial para identificação precoce de sinais de deterioração clínica e atendimento a esses pacientes. Mantém diretrizes de transição do cuidado para continuidade da assistência. Estabelece procedimentos para identificar e atender vítimas de violência e pacientes com propensões suicidas ou de automutilação.
Gestão por Processo	Itens: 3, 17	Estabelece, implementa e mantém sistemática para identificar e mapear processos estratégicos e suas interações, desdobrando e apoiando as estratégias de governança clínica às lideranças dos processos.
Gestão por Resultado	Item 8 do nível 2 do OPSS	Estabelece sistemática para gerenciar protocolos clínicos, apoiando a implantação de ações de melhoria.
Auditoria de Processo	Item 16	Estabelece sistemática para auditorias internas visando a melhoria dos processos da organização e apoiando a implantação de ações de melhoria.

Fonte: Elaborada pelo Autor.

3.2 Análise e Propostas de melhoria

Para a análise deste estudo, os dados foram coletados de janeiro a setembro de 2024. Itens com menores percentuais de conformidade serão identificados e priorizados

considerando-os como prioridade para alcançar o nível 1 da ONA. Será utilizada a Matriz GUT³, ilustrada na Tabela 3, que é uma ferramenta de priorização baseada em três critérios: gravidade, urgência e tendência. Cada critério recebe uma nota de 1 a 5, e a pontuação final é obtida pela multiplicação desses valores [17].

Tabela 3: Matriz GUT

NOTA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA
1	Sem Gravidade	Pode Esperar	Não muda em nada
2	Pouco Grave	Pouco Urgente	Piorar em longo prazo
3	Grave	O mais rápido possível	Piorar em médio prazo
4	Muito Grave	É Urgente	Piorar em curto prazo
5	Extremamente Grave	Precisa ser resolvido já	Piorar rapidamente

Fonte: [18].

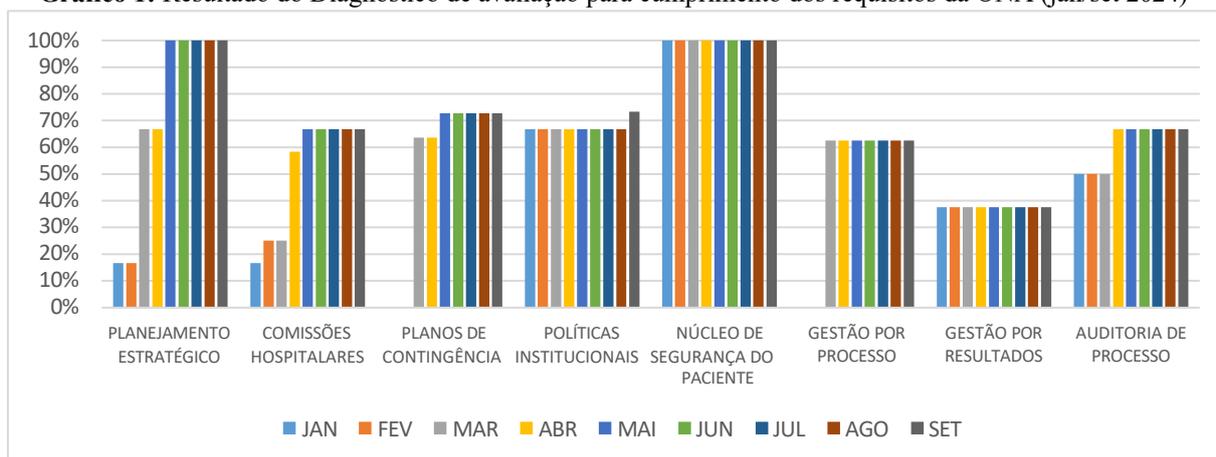
4. Resultados e Discussão

A seguir, serão apresentados os resultados do estudo, conduzido de acordo com os procedimentos descritos nos itens 3.1 e 3.2. Para a realização da discussão e análise, o autor contou com a colaboração e participação da gestora do setor, onde foi realizado o estudo.

4.1 Diagnóstico

Após realizar o diagnóstico por meio do *checklist*, os dados foram tabulados e representados no Gráfico 1, conforme apresentado a seguir.

Gráfico 1: Resultado do Diagnóstico de avaliação para cumprimento dos requisitos da ONA (jan/set 2024)



Fonte: Autor, 2024

³ A matriz GUT, conhecida como matriz de priorização de processos, é uma ferramenta de gestão utilizada para hierarquizar problemas, decisões ou ações em projetos e empresas. Seu nome é um acrônimo de Gravidade, Urgência e Tendência, critérios usados para avaliar e classificar demandas. Com base na pontuação desses critérios, a matriz identifica quais questões devem ser tratadas com prioridade [18].

O gráfico apresentado demonstra o desempenho percentual de diferentes áreas relacionadas à qualidade e segurança no hospital, ao longo de nove meses, de janeiro a setembro. Em todas elas, é possível observar uma melhora, ou manutenção dos resultados, o que reflete o investimento em melhorias já realizado pela gerência de Qualidade e Segurança do Paciente da organização.

De maneira geral, o gráfico revela que as áreas de Planejamento Estratégico e Núcleo de Segurança do Paciente⁴ foram as mais consistentes e bem-sucedidas ao longo do ano, atingindo 100% de desempenho durante quase todo o período. Áreas como Gestão por Processo e Gestão por Resultados apresentaram uma evolução mais lenta, merecendo ainda maior atenção. As variações mais significativas ocorreram nas Comissões Hospitalares, que experimentaram um aumento expressivo de atividades entre janeiro a setembro. Já Planos de Contingência e Auditoria por Processo continuaram na mesma média.

Todas as seções que apresentam resultado inferior a 79%, sendo classificadas como satisfatórias, serão também avaliadas na Matriz GUT, priorizando assim a sequência de ações que serão propostas para melhoria de cada uma delas, visto que para alcançar o nível I da ONA é necessário um desempenho mínimo de 80% de conformidade.

4.2 Análise

Os dados coletados foram analisados de forma individual para cada seção. As que não atingiram o percentual mínimo de 80% foram avaliadas utilizando a matriz GUT, conforme apresentado na Figura 1. É importante ressaltar que a gestora atual do setor de Qualidade e Segurança do Paciente assumiu sua posição em fevereiro deste ano. Desde então, foi possível observar um avanço significativo nos resultados de cada uma das seções analisadas.

⁴ O Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado em 2013 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo geral qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do país. Seus objetivos específicos incluem promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente, abrangendo áreas de atenção, organização e gestão dos serviços de saúde, por meio da implementação da gestão de risco e da criação de Núcleos de Segurança do Paciente nas unidades de saúde [19].

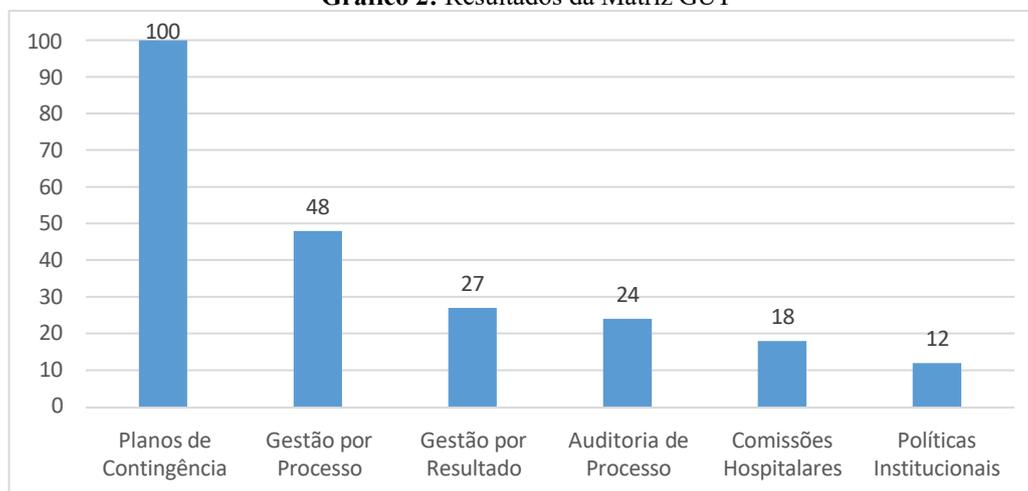
Figura 1: Matriz GUT

SEÇÕES	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	TOTAL
Comissões Hospitalares	3	3	2	18
Planos de Contingência	5	5	4	100
Políticas Institucionais	3	2	2	12
Gestão por Processo	3	4	4	48
Gestão por Resultado	3	3	3	27
Auditoria de Processo	3	4	2	24

Fonte: Autor, 2024.

Após a tabulação dos dados na matriz GUT, eles foram organizados no Gráfico 2 a seguir, visando proporcionar uma visualização mais clara e facilitar a interpretação dos resultados. Os resultados obtidos pela matriz GUT estão alinhados com o que Chiavenato (1999) descreve como uma metodologia que qualifica problemas, define prioridades e orienta as estratégias para a implementação de ações [20].

Gráfico 2: Resultados da Matriz GUT



Fonte: Autor, 2024.

Com base nos resultados da matriz GUT, critério da gestora, as seções de Planos de Contingência, Gestão por Processo e Gestão por Resultado foram identificadas como áreas prioritárias e necessitam de atenção imediata.

Conforme Half (2022), os planos de contingência são fundamentais para mitigar riscos nos negócios diante de acontecimentos imprevistos, acelerando a recuperação de desastres e garantindo a continuidade das atividades. Um exemplo disso foi a pandemia de COVID-19, que evidenciou a importância de um plano de contingência bem estruturado para as empresas, uma vez que a necessidade de isolamento social e a interrupção das atividades em diversos setores levaram as organizações a adaptar seus negócios para o ambiente digital [21].

Observa-se, pelos resultados obtidos, que os planos de contingência atingiram níveis muito mais significativos de não adequação ao que é necessário para o ONA Nível 1. Para garantir a segurança e a continuidade das atividades hospitalares, é fundamental desenvolver um plano de contingência abrangente e bem estruturado. Esse plano deve partir de um mapeamento cuidadoso dos riscos, incluindo desde eventos naturais, como desastres e pandemias, até problemas internos, como falhas de energia e questões estruturais.

Já a gestão por processo deve ser abordada como um elemento central para o bom funcionamento do hospital. Para isso, é crucial que todos os processos hospitalares, desde a recepção dos pacientes até o momento de alta, sejam cuidadosamente mapeados e padronizados.

A gestão por resultado no ambiente hospitalar exige um alinhamento estratégico das metas de desempenho e de qualidade. É recomendável que essas metas sejam claras, específicas e mensuráveis, abrangendo aspectos como segurança do paciente, satisfação dos usuários e desempenho financeiro.

Os resultados da análise demonstram alinhamento com a literatura, validando as estratégias utilizadas para a melhoria da segurança do paciente. A implementação de protocolos padronizados, apontada como essencial para prevenir riscos, está em consonância com Oliveira et al. (2020), que destacam a acreditação como promotora de práticas seguras e padronizadas [22].

A gestão por processos encontra respaldo em Amaral e Araújo (2018), que reforçam a importância de decisões baseadas em dados para garantir a eficácia e segurança dos cuidados. Além disso, a gestão por resultados, reflete o que Parente et al. (2024) identifica como um mecanismo essencial para sustentar mudanças organizacionais e promover melhorias contínuas. Neste sentido, a seguir encontram-se apresentadas as propostas de melhoria [23, 24].

4.3 Propostas de Melhoria

Propostas de melhorias serão apresentadas para cada um dos itens das seções que não estão conforme. Foram considerados em cada uma das propostas os requisitos ainda não atendidos, ou não realizados, para cada um dos itens, buscando assim contemplar ao

máximo o que é solicitado no manual. Estas propostas estão de acordo com o que é sugerido no Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) de 2022, facilitando assim o alcance do desempenho para obter a certificação, Nível 1.

4.3.1 Planos de Contingência

Na realização de simulações, foi sugerido a criação de um calendário anual de simulações que inclua todos os tipos de contingências identificadas, com foco nos principais riscos. Esse calendário seria seguido por todos os setores e incluído no treinamento dos novos colaboradores. Além disso, a designação de “multiplicadores” em cada setor – colaboradores especialmente treinados para orientar e liderar a equipe em emergências – pode ajudar a dar mais segurança e agilidade. Ao final de cada simulação, realizar uma reunião de feedback é essencial para ajustar procedimentos e corrigir falhas observadas.

Para garantir a continuidade dos serviços em casos de falta de telecomunicação, o hospital deve ter um plano de contingência específico para esse cenário, com alternativas como o uso de rádios comunicadores por todos os colaboradores, dispositivos móveis de reserva e canais de comunicação *offline* (como listas de contatos essenciais impressas). Esses materiais precisam estar facilmente acessíveis e ser revisados periodicamente.

Para lidar com falhas de equipamentos críticos, tais como: monitor cardíaco, ventilador mecânico, bomba de infusão e sistemas de esterilização o plano de contingência deve incluir a listagem e localização dos equipamentos de reserva disponíveis, assim como o contato dos técnicos responsáveis pelo conserto ou substituição emergencial. Esse plano deve estar facilmente acessível e atualizado. Além disso, a elaboração de um plano de rotatividade para equipamentos em manutenção preventiva reduz as chances de falhas inesperadas. Também foi sugerido que seja feita uma avaliação bimestral do estado desses equipamentos, monitorando a necessidade de substituições e manutenções frequentes.

4.3.2 Gestão por Processo

Para assegurar que o macroprocesso esteja desenhado de forma completa e clara, foi recomendado o uso de mapas de processo visuais e detalhados que sejam acessíveis para consulta rápida pelos colaboradores. Esses mapas podem ser apresentados na pasta

pública da qualidade, nos painéis a vista e atualizados conforme as mudanças de protocolo. Além disso, cada macroprocesso deve ser revisado pelo menos anualmente com as equipes envolvidas, para garantir que ele reflète a realidade operacional e atende às necessidades do hospital.

Para garantir que os acordos entre processos sejam eficazes, foi sugerido a realização de integração entre setores com o gestor de cada área, onde sejam discutidas e formalizadas as responsabilidades e prazos. Usando a Central de Material e Esterilização é possível exemplificar os processos como: Entrada e saída de materiais desinfectados e sujos, tempo para desinfecção de materiais e fornecer materiais para o Centro Cirúrgico. Cada acordo deve estar documentado na Matriz de responsabilidades SIPOC⁵, de forma que todos tenham clareza sobre suas funções e compromissos no fluxo geral. Essa matriz deve ser armazenada na pasta pública da qualidade, para que os responsáveis possam consultá-la e manter-se alinhados com as expectativas e exigências de cada processo.

A efetividade dos acordos entre processos pode ser monitorada por meio de indicadores específicos, que apontem o cumprimento dos prazos e a comunicação entre setores. Foram recomendadas reuniões mensais de avaliação entre os líderes de processos, em que se discutam as métricas estabelecidas e se identifiquem pontos críticos ou de melhoria. Além disso, é essencial que a equipe de qualidade acompanhe esses indicadores e ofereça suporte em caso de necessidade de ajustes nos acordos, promovendo ações corretivas rapidamente.

4.3.3 Gestão por Resultado

Para padronizar a apresentação dos resultados, foi sugerido a criação de um modelo de relatório simples e objetivo, que inclua os principais indicadores e resultados de cada processo, com análise de desempenho e planos de ação. Esse relatório pode ser estruturado em um formato digital padronizado e acessível. Esse padrão ajuda a tornar a análise de dados mais ágil e focada, facilitando a interpretação e decisão.

Garantir que os resultados sejam discutidos regularmente, recomenda-se estabelecer uma agenda fixa mensal de reuniões gerenciais, onde os principais indicadores de

⁵ O SIPOC, nada mais é do que um diagrama cuja função é reunir as informações necessárias a fim de demonstrar de forma clara quais são as entradas e saídas de um processo, seu início e término, a sequência de atividades e os responsáveis por elas, além dos clientes [25].

desempenho sejam revisados com foco nas áreas de maior impacto. É importante que essas reuniões sejam estruturadas, com pautas objetivas e planos de ação definidos para cada indicador abaixo da meta. As decisões e ações das reuniões devem ser registradas e disponibilizadas e colocadas na pasta pública da qualidade para acompanhamento, assegurando que as discussões tenham impacto contínuo na operação hospitalar.

5. Conclusão

Após a realização do estudo, concluiu-se que o hospital em estudo apresenta a necessidade de adequação de seus processos para obter a certificação de acreditação da ONA Nível 1. Também foi possível concluir que o diagnóstico foi importante para identificar os requisitos e processos que já atendem às exigências da ONA, assim como aqueles que precisam melhorias.

A utilização da Matriz GUT na priorização dos requisitos permitiu direcionar as ações para aqueles, que de acordo com os gestores, são mais críticos, visto que ela classifica os mesmos numa combinação dos critérios: gravidade, urgência e tendência.

A implementação dessas ações é crucial para otimizar a eficácia dos processos hospitalares, melhorar a segurança do paciente e garantir a continuidade dos serviços com a qualidade necessária para alcançar a certificação desejada. O sucesso dessas intervenções contribuirá para a maior confiabilidade da instituição e, conseqüentemente, para o bem-estar dos pacientes.

O estudo também evidenciou que a adesão à acreditação é um processo estratégico e complexo, exigindo planejamento rigoroso, treinamento contínuo e uma cultura de melhoria contínua que envolve todas as áreas do hospital.

Em síntese, o estudo contribuiu ao oferecer um panorama detalhado das exigências e dos desafios enfrentados pela instituição na busca pela excelência em serviços hospitalares. Deseja-se que as melhorias propostas sirvam como guia para que o hospital alcance e mantenha a certificação, promovendo um ambiente seguro e humanizado, em conformidade com os padrões de qualidade reconhecidos pela ONA.

Para pesquisas futuras sugere-se que seja realizado, após a melhoria dos pontos evidenciados neste estudo, um *upgrade* para o alcance da acreditação ONA Nível 2, visto

que isto pode levar o hospital a um patamar mais elevado de competitividade mercadológica e para longo prazo alcançar a ONA Nível 3.

6. Referências Bibliográficas

1. BE3, Health Tech. Certificação ONA: qual a sua relação com a acreditação hospitalar? 3 nov. 2020. Disponível em: <https://www.be3.co/certificacao-ona/> Acesso em: 27 de abr. 2024.
2. GRUPO IBES. O cenário da Acreditação em saúde no Brasil. 3 fev. 2023. Disponível em: <https://www.ibes.med.br/o-cenario-da-acreditacao-em-saude-no-brasil/> Acesso em: 10 mai. 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde? 29 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude> Acesso em: 16 abr. 2024.
4. MARQUES. A. J. S, et. al. Encontro Internacional: Direito a Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível. 2016. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf Acesso em: 12 abr. 2024.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 03 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo> Acesso em: 23 abr. 2024.
6. CALVO, M. C. M. Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde no Brasil: O Mito da Eficiência Privada no Estado de Mato Grosso em 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. Disponível em: <https://nepas.ufsc.br/files/2012/04/Hospitais-p%C3%BAblicos-e-privados-no-Sistema-%C3%AAnico-de-Sa%C3%BAde-do-Brasil.pdf> Acesso em: 20 abr. 2024.
7. SCHIESARI, L. M. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.
8. SABARÁ, Hospital Infantil. Acreditação pela Joint Commission International (JCI). Disponível em: <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/qualidade-e-seguranca/acreditacao-pela-joint-commission-internacional-jci/> Acesso em: 10 mai. 2024.
9. BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. 23 de maio de 2011. Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf Acesso em: 23 abr. 2024.
10. VDB, Volk do Brasil. Quais as principais certificações e acreditações hospitalares? 23 abr. 2021. Disponível em: <https://blogs.saude.volkdobrasil.com.br/acreditacoes-hospitalares/> Acesso em: 23 abr. 2024.
11. PEREIRA, D. A. ONA ou Organização Nacional de Acreditação. 01 fev. 2023. Disponível em: <https://docnix.com.br/auditoria-certificacoes-normas/ona-ou-organizacao-nacional-de-acreditacao/> Acesso em: 23 abr. 2024.
12. MOTA, D. Acreditações hospitalares: tudo o que você precisa saber sobre o tema. 31 out. 2023. Disponível em: <https://neomed.com.br/quais-as-principais-acreditacoes-hospitalares-e-qual-a-importancia-para-as-instituicoes-de-saude/> Acesso em: 23 abr. 2024.
13. PONZO, C.L; BRAGA, K. G; MENDONÇA. R. C. P. Atualização do panorama das acreditações e certificações laboratoriais no Brasil. 31 jan. 2023. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/atualizacao-do-panorama-das-acreditacoes-e-certificacoes-laboratoriais-no-brasil/> Acesso em: 13 set. 2024.
14. ONA. Organização Nacional de Acreditação. Evolução em níveis. Disponível em: <https://www.ona.org.br/20anos/evolucao-em-niveis/> Acesso em: 23 abr. 2024.

15. GRUPO IBES. O cenário da Acreditação em saúde no Brasil. 3 fev. 2023. Disponível em: <https://www.ibes.med.br/o-cenario-da-acreditacao-em-saude-no-brasil/> Acesso em: 10 mai. 2024.
16. AFYA, Educação Médica. Gestão hospitalar: qual a importância e como fazer. Disponível em: https://educacaomedica.afya.com.br/blog/gestao-hospitalar-importancia-e-como-fazer?utm_source=google&utm_medium=organic Acesso em: 28 abr. 2024.
17. SILVA, A. Matriz GUT: entenda o que é e como aplicá-la na priorização dos seus projetos, 2 abr. 2019. Disponível em: <https://www.euax.com.br/2019/04/matriz-gut/> Acesso em: 22 jun. 2024.
18. RABELLO, G. Metodologias de Gestão. Como utilizar a matriz GUT ou matriz de priorização de processos? 04 abr. 2024. Disponível em: <https://www.siteware.com.br/blog/metodologias/matriz-gut/> Acesso em: 13 set. 2024.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013.
20. CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999;
21. HALF, R. Qual é a importância do plano de contingência para empresas? 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.roberthalf.com/br/pt/insights/carreira/qual-e-importancia-do-plano-de-contingencia-para-empresas#toc2> Acesso em: 11 nov. 2024.
22. OLIVEIRA, J. L. C. et al. Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 54, e03604, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/Z8jZdDGTKCcxTNfLy9cBkfs/?lang=pt> Acesso em: 24 nov. 2024.
23. AMARAL, L. R.; ARAÚJO, C. A. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 688-695, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/VcDbC9YFJ6GX9XFjQ4Z75mB/> Acesso em: 24 nov. 2024.
24. PARENTE, A. N. et al. Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 37, eAPE00041, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/56dmfgJTWX5tSZ7GK6rkLzJ/> Acesso em: 24 nov. 2024.
25. FM2S. Como fazer um SIPOC, 02 ago, 2024. Disponível em: <https://www.fm2s.com.br/blog/como-fazer-um-sipoc> Acesso em: 28 nov. 2024.