

# Processo de acreditação em saúde: estudo de caso em um hospital público de média complexidade

## AUTORES

Mariana Candida Laurindo, Gerente de Qualidade e Segurança, Hospital Estadual Américo Brasiliense (Heab).

Gabriele Romagnoli Bortolazzo Eiras, Oficial Administrativa de Qualidade, Hospital Estadual Américo Brasiliense (Heab).

Maisa Cabete Pereira Salvetti, Diretora Geral, Hospital Estadual Américo Brasiliense (Heab).

## RESUMO

A busca da qualidade assistencial dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude atípica e tornou-se uma necessidade técnica e social. Nesse contexto, o Sistema Brasileiro de Acreditação, liderado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde de nossos cidadãos, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país. A garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico. A meta final de um programa deste tipo é ofertar a melhor experiência em saúde, por intermédio de uma atenção competente e segurança no cuidado de maneira apropriada e oportuna, sem duplicação ou superutilização de serviços, com o mínimo de complicações ou sequelas. Este trabalho aborda a qualidade e acreditação hospitalar por meio do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, desenvolvido pela ONA, versão 2022-2025. O objetivo geral deste trabalho é avaliar a porcentagem de cumprimento dos requisitos contemplados no Manual, identificando fragilidades e oportunidades de melhorias frente às seções e subseções, conforme a característica da organização secundária de saúde. A abordagem utilizada inclui tanto a pesquisa documental como o estudo de caso, e teve como base uma análise das principais mudanças ocorridas no processo, na estrutura e, inclusive, na filosofia de trabalho, não só na instituição, como também nos colaboradores, por meio do levantamento dos percentuais atingidos nos requisitos trazidos do manual e posterior elaboração das conclusões, as quais serão baseadas nos estudos teórico e prático.

**Palavras-chave:** Acreditação hospitalar; Qualidade; Gestão hospitalar; Acreditação em saúde.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a temática qualidade da assistência e segurança do paciente é muito visada e estudada no cenário de saúde e passou a ser mais percebida e cobrada pela população em geral, levando ao aumento da competitividade entre as empresas e a busca pela excelência nos processos necessários para um atendimento que agregue valor ao usuário e sua rede de apoio, trazendo uma prestação de cuidado livre de danos a um menor custo e que oportuniza boas experiências no cuidado. Mediante este quadro, surge como diferencial, tanto para as operadoras quanto para os prestadores de serviços de saúde, públicos ou privados, o atestamento da qualidade dos serviços oferecidos, assim como o compromisso com o público, a transparência, o envolvimento, o cuidado centrado, a humanização em saúde, a comunicação efetiva e a regulação<sup>1</sup>.

Com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, em 1995, o Ministério da Saúde (MS) tem buscado o desenvolvimento contínuo do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Compreendemos acreditação como uma forma de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança no cuidado da assistência no setor de saúde<sup>2</sup>.

O processo de acreditação é um processo voluntário pelo qual os hospitais demonstram comprometimento com a melhoria contínua dos seus serviços, oferecendo, assim, um atendimento mais seguro e de qualidade para os seus pacientes. Logo, o processo de qualidade desenvolvido nas instituições vem somando esforços para melhorar a assistência ao cliente e o ambiente de trabalho para os colaboradores. Com a organização dos processos de trabalho, a otimização da interação e a busca contínua por melhorias, acredita-se que é possível garantir um atendimento sistematizado, seguro, humano, efetivo e eficaz à população<sup>3</sup>.

As instituições de saúde, quando se comprometem em participar dos processos de qualidade, são supervisionadas e avaliadas periodicamente. A instituição responsável e autorizada a promover o desenvolvimento da acreditação hospitalar no Brasil é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999 pelo MS em conjunto com entidades fundadoras do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), sendo reconhecida como tal em 2001 pelo MS e em 2002 por meio da resolução RE/Anvisa nº 921<sup>4</sup>.

O processo de avaliação é gerenciado e acompanhado por uma Instituição Acreditadora, utilizando a metodologia exigida pela ONA, uma entidade não governamental, sem fins lucrativos e responsável pela coordenação de todo o processo de acreditação, certificando organizações por todo o Brasil. Ela se alicerça nos princípios da qualidade que envolve a estrutura, o processo e o resultado. A instituição avaliada pode receber um dos seguintes resultados: não acreditado, acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) ou acreditado com excelência (nível 3)<sup>4</sup>.

A instituição que busca a acreditação deverá realizar sua autoavaliação por meio da ferramenta específica disponibilizada pela ONA, a qual possui requisitos, orientações e sugestões de evidências. Os requisitos são os itens a serem avaliados pela organização, separados conforme os níveis da metodologia. As orientações e sugestões de evidência abordam minimamente os possíveis meios para comprovar a conformidade do requisito. A metodologia tem caráter

não prescritivo, ou seja, as sugestões de evidências não são obrigatórias, podendo a instituição decidir apresentar outras evidências que demonstrem a conformidade dos requisitos, de acordo com sua realidade<sup>4</sup>.

O sistema de medição para a acreditação tem como objetivo ser mais claro e assertivo, visando a melhoria contínua e sistêmica das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS). A avaliação é baseada no Manual Brasileiro de Acreditação específico, que é dividido em seções e subseções compostas por requisitos que poderão ser classificados como uma das opções listadas a seguir, sempre em consonância com as dimensões da qualidade e os fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização:

- S: Supera: Evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao requisito;
- C: Conforme: Evidências apresentadas atendem ao requisito;
- PC: Parcial Conforme: Evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito;
- NC: Não Conforme: Ausência de evidência para atendimento ao requisito ou evidências apresentadas não atendem ao requisito;
- NA: Não se Aplica: Requisito não se aplica à característica da organização.

Cada requisito receberá individualmente uma pontuação de acordo com a classificação identificada; requisitos não aplicáveis não serão contabilizados. A pontuação de todos os requisitos, sejam eles requisitos “Core” ou não, e qualquer nível avaliado será dado conforme a Tabela 1. A pontuação final é representada pela seguinte fórmula:

$$\text{Pontuação da subseção} = \frac{\text{soma dos pontos alcançados nos requisitos}}{\text{total de requisitos aplicáveis}} \times 100$$

**Tabela 1:** Valor de pontuação de cada requisito do manual ona, conforme a classificação.

<b>Classificação e Pontuação</b>	<b>Supera</b>	<b>1,2</b>
	<b>Conforme</b>	<b>1</b>
	<b>Parcial Conforme</b>	<b>0,5</b>
	<b>Não Conforme</b>	<b>0</b>

Fonte: Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – Versão 2022<sup>4</sup>.

A acreditação é um método que desenvolve a busca pela melhoria contínua, conduzindo as organizações acreditadas, independentemente do setor do hospital, a exercer suas atividades dentro do padrão de qualidade esperado, gerando maior comprometimento dos colaboradores e melhor assistência ao usuário. No entanto, para que isso ocorra, os requisitos são norteadores para que a assistência seja revista e planejada de forma estratégica, servindo como um guia para uma gestão de qualidade em parceria e apoio com as áreas<sup>5</sup>.

Por ser um processo principalmente cultural, as pessoas precisam ser envolvidas, guiadas e estimuladas a seguir as orientações; a motivação, o compromisso e a educação de todos que participam do processo são essenciais. Os resultados também desencadeiam sentimentos

de orgulho, satisfação e reconhecimento e, assim, os trabalhadores são direcionados a realizar o que querem realizar para melhoria e redesenho de processos. Atribuem-se esses sentimentos despertados ao compartilhamento da responsabilidade pela conquista do título e da valorização do hospital<sup>6</sup>.

A concretização da acreditação traz vantagem competitiva para hospitais privados e credibilidade para hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implantação das normas necessárias, ocorrem melhorias gerenciais que impulsionam a organização a alcançar níveis elevados de qualidade na gestão. O usuário passa a ser o centro do cuidado, o protagonista do seu plano de tratamento junto à equipe multidisciplinar. E é por meio desse cuidado centrado, da padronização dos processos assistenciais e da avaliação dos resultados que são evitados os riscos de danos desnecessários, garantindo o custo efetivo, aumentando a satisfação e melhorando as experiências das pessoas nos serviços de saúde, estabelecendo, assim, uma relação de confiança<sup>7</sup>.

Os principais objetivos dos serviços de saúde são melhorar e prolongar a vida, diminuir a mortalidade, aumentar a satisfação e diminuir o custo, garantindo conforto e aumentando o valor em saúde oferecido aos usuários. Estrutura, processo e resultado final formam um modelo pelo qual é possível estudar a qualidade em saúde. A complexidade e a dificuldade do estudo aumentam à medida que se avançam as medidas de qualidade da estrutura para processo e para o resultado final. Este modelo presume que indicadores de qualidade nos níveis da estrutura e do processo implicam qualidade no resultado final<sup>8</sup>.

Apesar da implicação de que uma boa estrutura e um bom processo resultarão em um bom resultado final, questões significantes têm sido levantadas a respeito da validade desta relação, uma vez que precisamos dar voz e ouvir nossos usuários no planejamento do cuidado a ser desenvolvido dentro das nossas organizações. Além disso, a garantia da qualidade utilizando auditorias de processo garante uma medida da padronização do serviço prestado. Entretanto, é também possível que a padronização gere uma prática de um mau atendimento. Uma vez que os padrões mudam e definições de qualidade geralmente são evolucionárias, um bom controle e a garantia da qualidade estão menos relacionados com os atuais monitoramentos do cuidado ao paciente e atendimento a padrões minimalistas e mais fortemente com a busca da excelência<sup>9</sup>.

A auditoria de processo e a padronização da documentação não necessariamente refletem medidas que acabarão gerando melhorias no resultado final. Porém, auditorias podem não refletir a adequação do atendimento médico. Análises críticas dos processos devem ser combinadas com análises críticas do resultado final, de maneira a verificar o efeito total do atendimento médico. Deve-se ter especial atenção e relacionar o processo com o resultado final e ignorar fatores que possam contribuir com resultados inesperados. Nesse sentido, as visitas, conversas guiadas e orientações focadas nos requisitos da acreditação dão segurança para os gestores trabalharem seus planejamentos de ações focados no atendimento aos requisitos e direcionados ao foco estratégico organizacional<sup>10</sup>.

Assim, este trabalho aborda a qualidade e acreditação hospitalar através do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, desenvolvido pela ONA e aplicado em

um estudo de caso no Hospital Estadual Américo Brasiliense, cujo objetivo foi avaliar os requisitos contemplando a porcentagem de cumprimentos e identificando dificuldades observadas durante e após o processo e os benefícios advindos da implantação do manual.

## JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Tendo em vista a complexidade dos processos da acreditação hospitalar, este artigo se propõe, por meio da descrição da experiência de autoavaliação institucional, a aumentar o conhecimento sobre este processo e auxiliar outras organizações na execução desta análise crítica para detecção de oportunidades de melhoria de qualidade. O artigo objetiva obter uma visão dos cumprimentos dos requisitos pelas áreas auditadas, as dificuldades de implantação e mudanças ocorridas na instituição, bem como as vantagens e desvantagens obtidas.

## MÉTODO DE TRABALHO

A abordagem utilizada inclui a pesquisa documental e o estudo de caso.

O local de estudo foi o Hospital Estadual Américo Brasiliense (Heab), um hospital público de atendimento de média complexidade, com 84 leitos – 10 UTI, 40 clínicos e 34 cirúrgicos – de atendimento exclusivo pelo SUS. O hospital iniciou seu processo de acreditação hospitalar em 2012, obtendo as certificações ONA nível 1, em 2015, nível 2, em 2017, e nível 3, em 2019. Em 2022, o hospital se preparou para receber a visita de recertificação do nível 3, a primeira a ser realizada segundo o Novo Manual Brasileiro de Acreditação<sup>4</sup>. Esta nova versão traz mudanças na metodologia de avaliação, incluindo a autoavaliação institucional.

O estudo de caso tem como base uma análise das principais mudanças ocorridas no processo, na estrutura e, inclusive, na filosofia de trabalho, tanto na instituição como nos colaboradores, por meio do levantamento dos percentuais atingidos nos requisitos trazidos pelo manual.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado que o processo de acreditação no Hospital Estadual Américo Brasiliense trouxe muitos benefícios para a instituição como um todo. Com 801 profissionais de saúde contratados ou terceirizados, sem dúvida, o processo de atingir todos com o espírito da acreditação não é tão simples. A principal evidência de que o hospital obteve êxito nesse sentido, além do próprio resultado final da avaliação, foi o entusiasmo contagiante com que todos levaram o processo de acreditação e como as visitas de acreditação transmitiram transparência, participação e o envolvimento das equipes.

De um modo geral, as principais dificuldades destacadas foram:

- Mudança de cultura e o envolvimento de toda a equipe de colaboradores;
- Sistematização do uso e preenchimento de registros em prontuário.

Por meio do estudo, foi possível observar que as principais dificuldades citadas não estão relacionadas especificamente a algum requisito do manual, mas sim ao processo de implantação.

Passar a incorporar novos hábitos no cotidiano que anteriormente não existiam, como o preenchimento de alguns registros, foi uma dificuldade considerável do processo. O corpo clínico em particular foi muito citado nas entrevistas – a conscientização sobre a importância de preencher adequadamente os registros de prontuário foi uma grande conquista para o hospital. O próprio corpo de enfermagem e integrantes das equipes multidisciplinares adotaram uma postura pró-ativa, no sentido de orientar, conduzir e trabalhar em parceria com o corpo clínico quanto ao preenchimento dos prontuários.

As auditorias e visitas aos setores pela gestão da qualidade para avaliação prévia à visita de certificação foram importantes facilitadores para o enfrentamento dessas dificuldades. Nelas, observou-se a participação ativa e envolvida dos colaboradores que integraram o processo. Isso não é uma mudança advinda de algum requisito específico do manual, mas sim da própria forma com que a instituição concebeu a implantação e de como vem acompanhando o seu cumprimento, de forma a guiar e apoiar os envolvidos quanto à interpretação, com sugestões sobre a aplicabilidade de ferramentas de gestão da qualidade, dando subsídio e apoio para as construções de mudanças que se traduzem em melhoria de processos.

Do mesmo modo, ao criar grupos de trabalho multiprofissionais para a gestão das melhorias dos setores, a instituição aumentou a representatividade dos colaboradores, o que minimizou consideravelmente uma possível resistência interna. O trabalho em grupo auxiliou os colaboradores a conhecerem melhor os processos do hospital como um todo, bem como a comunicação interna.

Com relação à mudança de cultura e ao envolvimento da equipe, foi necessário mostrar que a acreditação é uma ação em conjunto de todas as atividades do hospital, não somente daqueles que atuam na beira do leito. Além disso, foi preciso integrar todos os colaboradores no foco do negócio e no centro das atenções – o paciente. É um desafio levar as pessoas a pensar o hospital como um sistema interdependente, porém é proposto que sejam feitas ações para aumentar esse entendimento sistêmico e integrar atividades, de forma a aumentar o valor em saúde oferecido pela organização.

Também deve ser mencionado que, durante o processo de implantação, foram revisados vários indicadores, codesenhados por meio de conversas junto à diretoria e guiados pelas diretrizes trazidas pelo planejamento estratégico organizacional. A diretoria do Heab compreende e reitera que os integrantes dos processos organizacionais são profundos conhecedores do processo que está em mudança e podem ajudar em sua construção, permitindo à equipe errar, testando soluções em microescala.

O setor de Gestão da Qualidade, a partir de uma análise teórica do manual, apresentou os requisitos e a descrição do processo de acreditação aos gestores envolvidos em cada seção. O estudo revelou que o manual é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, composto de seções e subseções que apresentam padrões definidos segundo três níveis – do mais simples ao mais complexo –, o que possibilitou acompanhar na prática as dificuldades, vantagens e principais mudanças observadas no Heab.

Nesta instituição, do acompanhamento realizado pela equipe da gestão da qualidade, foi observado que as principais oportunidades de melhorias estão em: mudança de cultura,

envolvimento da equipe, sistematização de registros, efetividade do mapeamento de riscos, alinhamento de papéis e responsabilidades, ampliação da avaliação de desempenho, monitoramento da gestão de equipamentos, desenvolvimento de liderança, potencialização da eficiência operacional, acompanhamento das metas terapêuticas e da funcionalidade das comissões obrigatórias e demonstração dos impactos das auditorias clínicas.

Diante das visitas aos gestores e da avaliação do cumprimento dos requisitos, a Figura 1 apresenta o percentual de cumprimento do manual frente aos níveis de acreditação em saúde, segundo a autoavaliação institucional do Heab, realizada pela Gestão da Qualidade por meio de visita aos setores.



**Figura 1:** Representação gráfica em barras percentuais da pontuação do Heab na autoavaliação do cumprimento de cada requisito do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

As barras estão preenchidas de acordo com o resultado percentual dos itens: conforme (azul), parcialmente conforme (verde) ou não conforme (laranja).

Verifica-se que, mesmo com a mudança da metodologia de avaliação, o hospital manteve um alto percentual de conformidade nos requisitos, havendo oportunidades de melhoria – requisitos parcialmente conformes – nas seções de Liderança Organizacional, Gestão da Qualidade e Gestão de Pessoas.

A própria sistemática utilizada para a implantação, com a formação e a participação dos grupos multifuncionais e o envolvimento da diretoria com a segurança, a experiência e o valor em saúde, colaborou para o sucesso da divulgação e conscientização da importância de estruturar ações para o cumprimento dos requisitos do manual.

Interessante observar que a vitória sobre essas dificuldades gerou justamente os maiores benefícios para o hospital: o processo provocou entusiasmo, mobilização e envolvimento dos colaboradores. A sistematização do uso de registros possibilita uma maior segurança no trabalho do hospital e dos profissionais de saúde, além de criar um histórico dos processos do hospital.

## CONCLUSÕES

Neste trabalho, a qualidade e acreditação hospitalar foi analisada por meio da avaliação teórica do Manual Brasileiro de Acreditação, versão 2022-2025, também utilizado no estudo de caso no Hospital Estadual Américo Brasiliense, em que foi possível obter uma visão das dificuldades de implantação e as mudanças ocorridas na instituição após esse processo, bem como as vantagens e desvantagens obtidas.

Para a implantação dos requisitos do manual, o Heab formou uma equipe de facilitadores composta pelos colaboradores da gestão da qualidade; cada facilitador coordenou visitas às áreas e aos gestores para a avaliação das seções apresentadas.

As maiores dificuldades observadas pelos grupos foram a mudança de cultura, o envolvimento da equipe e a sistematização de registros. Entretanto, após a superação dessas dificuldades, elas se tornaram as principais vantagens percebidas pela instituição após a recertificação em saúde.

A partir das conclusões obtidas, é possível sugerir a execução de trabalhos que possam complementar o estudo realizado, como a análise dos resultados obtidos a longo prazo com foco no planejamento estratégico organizacional, incluindo a própria manutenção do programa de acreditação desenvolvido pelo Heab, a análise de processos de acreditação ocorridos em outros hospitais e o estudo das revisões das Normas Orientadoras do Manual da Organização Nacional de Acreditação, a fim de verificar as alterações ocorridas nas diretrizes do processo de acreditação.

## REFERÊNCIAS

1. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Palm Enferm.* 2006;18(2):213-9. doi: 10.1590/S0103-21002005000200015.
2. Mendes GHS, Mirandola TBS. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gest Prod.* 2015;22(3):636-48. doi: 10.1590/0104-530X1226-14.
3. Roquete FF, Teixeira CC, Almeida V. Acreditação e melhoria da assistência hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa. 12º Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2015 Out 28-30; Resende, Rio de Janeiro, BR. Resende: Aedb; 2015.

4. Organização Nacional de Acreditação (BR). Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde – Versão 2022. São Paulo: ONA; 2021.
5. Oliveira JLC, Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. Esc Anna Nery. 2016;20(1):63-9. doi: 10.5935/1414-8145.20160009.
6. Manzo BF; Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):388-94. doi: 10.1590/S0080-62342012000200017.
7. Terra JDR, Berssaneti FT. A influência da acreditação hospitalar na qualidade e na produtividade dos serviços oferecidos. 35º Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2015 Out 13-16; Fortaleza, Ceará, BR. Fortaleza: Abepro; 2015.
8. Oliveira GPE. Análise comparativa e critérios utilizados para a avaliação de sistemas de gestão da qualidade [tese]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996. 130 p.
9. Denton DK. Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva. São Paulo: McGraw Hill; 1991.
10. Graham NO. Quality assurance in hospitals: strategies for assessment and implementation. Maryland: Aspen; 1990.