

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Andréia Paulina Ferreira Silva

**EFEITOS DA ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO
GERENCIAMENTO HOSPITALAR: a visão dos gestores de um hospital privado**

Belo Horizonte
2021

Andréia Paulina Ferreira Silva

**EFEITOS DA ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO
GERENCIAMENTO HOSPITALAR: a visão dos gestores de um hospital privado**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Belo Horizonte
2021

Silva, Andreia Paulina Ferreira.
SI586e Efeitos da acreditação Joint Commission International no Gerenciamento Hospitalar [manuscrito]: a visão dos gestores de um hospital privado. / Andreia Paulina Ferreira Silva. -- Belo Horizonte: 2021. 113f.: il.
Orientador (a): Adriane Vieira.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acreditação Hospitalar. 2. Gestão da Qualidade. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Vieira, Adriane. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 40

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2897



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 53 (CINQUENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ANDRÉIA PAULINA FERREIRA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 6 (seis) dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e um, às 15:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "EFEITOS DA ACREDITAÇÃO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL NO GERENCIAMENTO HOSPITALAR: A VISÃO DOS GESTORES DE UM HOSPITAL PRIVADO", da aluna *Andréia Paulina Ferreira Silva*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Adriane Vieira, Elana Maria Ramos Freire e Márcia Mascarenhas Alemão, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (X) APROVADO;
() APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 6 de dezembro de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira
Orientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Elana Maria Ramos Freire
Membro Titular (Universidade de Itaúna)

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Mascarenhas Alemão
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 27/01/2022, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elana Maria Ramos Freire, Usuário Externo**, em 02/02/2022, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

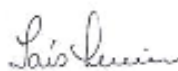
DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado, **EFEITOS DA ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO GERENCIAMENTO HOSPITALAR: a visão dos gestores de um hospital privado**, no total de 113 páginas, de autoria de *Andréia Paulina Ferreira Silva* apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Dados da revisão:

- Correção gramatical
- Adequação vocabular
- Redação dissertativa
- Normas da ABNT

Belo Horizonte, 17 de novembro de 2021.



Taís Pereira

LETRAS/UFGM/1991 - 019162/92-92

Pós-graduação – Revisão de Textos/PUC-MG/2013

Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso!
Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus,
estará com você por onde você andar
Josué 1:9

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar a oportunidade de chegar até aqui, por me abençoar todos os dias, por proteger minha família concedendo saúde e por me dar a oportunidade de ser mãe.

Meu sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse possível, especialmente:

Ao meu marido, Wanderson, pelo amor, paciência, confiança, por compreender minhas necessidades, por me apoiar em todas as minhas escolhas e por toda a ajuda dispensada;

Aos meus pais, Luciene e Darci, e minhas irmãs, Lala e Nessa, por todo amor e apoio fornecido, principalmente na minha gestação;

A Maria Clara pela amizade, por todo apoio e incentivo para a realização desse trabalho;

À Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira, que me orientou com muita dedicação e agilidade, pela disponibilidade, pela amizade, pelo apoio e pela compreensão, principalmente, no período da minha gestação;

À Dr^a. Silvana Ricardo pelos ensinamentos grandiosos, pela profissional inteligente que é e por me apoiar nessa trajetória;

Aos colegas do curso de Mestrado pelo apoio e convivência enriquecedora;

A meus familiares e amigos, pela compreensão quanto aos momentos ausentes;

À Vice-presidência do hospital por autorizar a realização da pesquisa e ao Diretor técnico pelo apoio, e aos profissionais do hospital envolvidos nesta investigação, por toda a disponibilidade concedida ao meu estudo.

RESUMO

SILVA, A. P. F. **Efeitos da acreditação *Joint Commission International* no gerenciamento hospitalar: a visão dos gestores de um hospital privado**. 2021. 113 f. Dissertação Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

As organizações de saúde públicas e privadas convivem com as incertezas econômicas, aumento dos custos e a grande exigência dos clientes por uma prestação de serviço com maior excelência. Por atuarem em um mercado competitivo, as organizações devem criar alternativas de melhoria dos processos, pautadas na segurança do serviço prestado e na identificação de suas fragilidades para uma melhoria contínua, estabelecendo, dessa forma, oportunidades inovadoras para agirem no dia a dia. Diante disso, a acreditação hospitalar apresenta-se como uma estratégia para avaliar segurança assistencial, padronização das técnicas e conformidades nos processos de trabalho. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os efeitos da mudança da acreditação ONA para JCI, na visão dos gestores de um hospital privado de grande porte de Belo Horizonte. Os objetivos específicos são descrever as principais diferenças entre o processo de Acreditação ONA e JCI; descrever as principais mudanças nos processos de trabalho, na estrutura e no gerenciamento das equipes com a mudança da acreditação ONA para JCI, e identificar os possíveis benefícios da JCI em relação à ONA para a gestão hospitalar. Utilizou-se a metodologia do estudo de caso de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram gestores de um hospital privado de grande porte localizado em Belo Horizonte. A técnica empregada na coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Analisaram-se os dados coletados por meio da Análise do Conteúdo, seguindo a modalidade de Análise Categorical Temática e buscaram-se identificar pontos em comum e práticas estabelecidas que se destacam. Agruparam-se os resultados coletados em três categorias: Processo de Acreditação ONA e JCI: principais diferenças; mudanças advindas da JCI no processo de trabalho, gerenciamento das equipes, adequações na estrutura física; e benefícios da mudança da Acreditação ONA para a Acreditação JCI. Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os gestores se preparam de formas diferentes para cada norma acreditadora. Para a ONA, os gestores relataram que houve uma definição dos processos e sua documentação e, para JCI, adequações na estrutura física e aperfeiçoamento dos protocolos. Um ponto em comum foi a definição de um programa de capacitação que auxiliou os gestores na condução do processo de acreditação de cada norma. A JCI trouxe mudança na gestão de pessoas, na estrutura física do hospital para atender os requisitos relacionados à segurança nas instalações e no aprimoramento dos processos internos. Com a mudança de norma acreditadora, os gestores pontuaram que a JCI aproximou a equipe dos gestores, houve atenção maior com a segurança dos pacientes e familiares e benefícios nas relações intersetoriais. Assim, a partir desses dados, estruturou-se uma proposta de incorporação dos elementos de mensuração estabelecidos pela Acreditação JCI, aplicáveis a cada setor, na cadeia cliente fornecedor interno com o objetivo de aprimorar a integração dos setores com os requisitos da Acreditação, a fim de promover melhorias e eficiência dos processos.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar; gestão da qualidade; administração de serviços de saúde

ABSTRACT

SILVA, A. P. F. **Effects of Joint Commission International accreditation on hospital management: the view of managers of a private hospital.** 2021. 113 f. Professional Master's Dissertation in Health Services Management – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Public and private health organizations live with economic uncertainties, rising costs and the great demand from customers for a service with greater excellence. By acting in a competitive market, organizations must create alternatives to improve processes based on the safety of the service provided and identification of its weaknesses for continuous improvement, thus establishing innovative opportunities to act on a day-to-day basis. Therefore, hospital accreditation is presented as a strategy to assess care safety, standardization of techniques and compliance in work processes. This research aims to analyze the effects of changing from ONA to JCI accreditation, in the view of managers of a large private hospital in Belo Horizonte. The specific objectives are to describe the main differences between the ONA and JCI Accreditation process; describe the main changes in the work processes, structure and management of teams with the change from ONA to JCI accreditation; and identify the possible benefits of JCI in relation to ONA for hospital management. The methodology used was the case study with a qualitative approach. Research participants were managers of a large private hospital located in Belo Horizonte. The techniques used in data collection were the semi-structured interview. The collected data were analyzed through Content Analysis, following the Thematic Categorical Analysis modality and sought to identify common points and established practices that stand out. The collected results were grouped into three categories: ONA and JCI Accreditation Process: main differences; Changes arising from JCI in the work process, team management, adjustments to the physical structure; and Benefits of moving from ONA Accreditation to JCI Accreditation. The results of this research showed that managers prepare in different ways for each accreditation standard. For the ONA, the managers reported that there was a definition of the processes and their documentation and, for JCI, adjustments in the physical structure and improvement of the protocols. A common point was the definition of a training program that helped managers in conducting the accreditation process for each standard. JCI brought changes in people management, in the hospital's physical structure to meet the requirements related to safety in the facilities and in the improvement of internal processes. With the change in the accreditation standard, managers pointed out that JCI brought the management team closer, there was greater attention to the safety of patients and families and benefits in intersectoral relationships. Thus, based on these data, a proposal was structured to incorporate the measurement elements established by the JCI Accreditation, applicable to each sector, in the internal customer-supplier chain. The objective is to improve the integration of sectors with Accreditation requirements in order to promote improvements and efficiency of processes.

Keywords: Hospital accreditation; quality management; health services management

LISTA DE ABREVIACÕES

AIC	- <i>Accreditation Canada Internacional</i>
ANAHP	- Associação Nacional de Hospitais Privado
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDEnf	- Banco de Dados em Enfermagem
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBA	- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCAH	- Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNQPS	- Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
FHEMIG	- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Gesqualis	- Gestão pela Qualidade em Saúde.
GH	- Gestor Hospitalar
IAC	- Instituições Acreditadoras Credenciadas
IQG	- Instituto Qualiza de Gestão
ISO	- <i>International Organization for Standardization</i>
JCI	- <i>Joint Commission Internacional</i>
JUSE	- <i>Japanese Union of Scientists and Enginneers</i>
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrievel System Online</i>
NIAHO	- <i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OHSAS	- <i>Occupational Health and Safety Assessment Series</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
SBA	- Sistema Brasileiro de Acreditação
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção das publicações para revisão integrativa sobre acreditação hospitalar e gestão em saúde.....	29
Figura 2 - Elementos de um processo individual na cadeia cliente fornecedor.....	75
Figura 3 - Proposta da cadeia cliente fornecedor com a incorporação dos requisitos da JCI.....	76

QUADROS

Quadro 1 - Informações das publicações selecionadas.....	30
Quadro 2 - Temáticas identificadas em decorrência do processo de Acreditação....	33
Quadro 3 - Definição das Categorias temáticas.....	49
Quadro 4 - Matriz de síntese dos estudos.....	77
Quadro 5 – Comparação das Normas Acreditadoras ONA e JCI.....	92

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado realizado no curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais. A escolha da temática, para o desenvolvimento desta dissertação, decorreu do fato de a autora ter uma trajetória profissional voltada para a área da qualidade.

Sou graduada em enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira de Minas Gerais, localizada na cidade de Belo Horizonte, onde concluí minha formação em dezembro de 2007 e, em 2009, iniciei a pós-graduação em Enfermagem do trabalho pela Faculdade São Camilo de Belo Horizonte. Foi um período de grande amadurecimento profissional e envolvimento com profissionais da área da saúde e segurança ocupacional que abriu as portas para o meu primeiro emprego como Enfermeira do trabalho em uma empresa prestadora de serviço para a mineradora Vale. Essa experiência proporcionou-me o desenvolvimento de trabalho em equipe; vivências nos processos de qualidade baseados na norma *International Organization for Standardization* - ISO 9001 (gestão de qualidade) e ISO 31000 (gestão de risco) e *Occupational Health and Safety Assessment Series* - OHSAS18001 (Saúde e segurança ocupacional).

O envolvimento com atividades relacionadas à gestão de saúde do trabalho e processos internos de qualidade contribuíram na busca por mais conhecimentos na área. Decidi, portanto, realizar uma segunda graduação, para aprofundar no conhecimento dos assuntos qualidade e gerenciamento na saúde, optei, dessa forma, pelo curso Gestão de Serviço de Saúde na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por se tratar de um curso que integra a gestão macro na área da saúde. Solicitei obtenção de novo título, sendo aprovada no processo seletivo, ingressando, pois, na UFMG no primeiro semestre de 2011. Em setembro de 2013, iniciei como bolsista de iniciação científica de 20h semanais na Escola de Enfermagem da UFMG com duração até setembro de 2015, nesse período, realizei atividades de elaboração e assistência nos projetos na área da gestão de competência, interdisciplinaridade do trabalho em saúde, liderança em saúde e gestão de pessoas.

Para completar a lacuna de atuação do gestor no campo de trabalho, iniciei, no período da tarde, estágio na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHMG), em março de 2014. Minha experiência na qualidade auxiliou-me na aprovação do estágio

no setor de Acreditação e Qualidade Hospitalar da Diretoria de Desenvolvimento Estratégico da Rede. Esse período proporcionou-me a experiência de acompanhar auditorias externas de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

No início do ano de 2015, finalizei meu estágio na FHEMIG e comecei um estágio de 30h semanais no 'Hospital S' no setor de Padronização e Garantia da Qualidade. Foi uma oportunidade única, pois estava inserida na mesma área de conhecimento do estágio anterior, porém, atuando em uma instituição privada. Minha supervisora de estágio confeccionou um plano de estágio voltado para atuar em duas áreas do setor: auxiliar a Enfermeira da qualidade no filtro de notificação de eventos assistenciais e nas auditorias internas voltadas para os processos assistências; e atuar auxiliando as analistas de qualidade na manutenção do sistema de qualidade; geração de dados para análise crítica dos indicadores e auditorias de gestão com base na ONA, ISO 9001 e a Acreditação Nacional Integrada para as Organizações de Saúde (NIAHO).

No segundo semestre do ano de 2015, iniciei o estágio curricular obrigatório de 20h semanais no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Manifestei meu interesse pelo setor da qualidade do hospital - Gesqualis Gestão pela Qualidade em Saúde. Foi a opção mais completa para fechar minha área de conhecimento, pois o setor de qualidade do hospital trabalha com Acreditação *Joint Commission International* (JCI). Foi uma grande oportunidade de conhecer e estudar os requisitos estabelecidos pela norma e agregou muito na minha formação, pois se tratava de uma acreditação internacional.

Essa oportunidade contribuiu para o meu destaque como estagiária no 'Hospital S', pois conclui meu estágio em fevereiro de 2016 e fui contratada com vínculo empregatício, no mês seguinte, na função de Analista da Qualidade Sênior, executando atividades de atualização dos indicadores, elaboração de plano de ação e monitoramento de ações conforme planejamento estratégico estipulado pela alta direção do hospital, levantamento de dados epidemiológicos para alimentar o banco de dados da Associação Nacional de Hospitais Privados, monitoramento dos eventos adversos, evento sentinela e quase eventos notificados no sistema e fornecimento de dados para os indicadores do setor.

Sendo uma das colaboradoras com o conhecimento acadêmico de gestão e assistencial, tornei integrante do quadro de auditores internos do hospital, realizando

auditorias internas de qualidade, de risco e de prevenção a eventos assistenciais com foco na qualidade dos processos internos. Todas as auditorias com base nas normas acreditadoras conquistadas pelo hospital (ONA, ISO 9001, ISO 31000, NIAOH e *Joint Commission International*).

No ano de 2017, a convite da Vice-presidência do 'Hospital S', fui promovida à Enfermeira da Diretoria Técnica para atuar nos projetos de medicina de valor, monitorando os indicadores de desempenho assistencial e atuando na otimização dos processos internos. No mesmo ano, iniciei a pós-graduação em Controle de Infecção para ampliar conhecimento e auxiliar nas atividades de monitoramento dos indicadores infecciosos.

No ano de 2018, fui transferida, dentro da Diretoria Técnica, para o setor de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar setor onde estou alocada atualmente. Atuo na supervisão dos processos de segurança assistencial com foco na prevenção de eventos infecciosos, ministro capacitações, realizo auditorias internas, participo das reuniões multiprofissionais e apresento resultados do desempenho dos indicadores para a alta direção mensalmente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	17
1.2 Justificativa	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Qualidade e Seus Conceitos	19
2.2 Qualidade e Acreditação no Âmbito da Saúde	22
2.3 Comparativo dos Padrões para a Gestão das Organizações de Saúde – ONA e JCI	27
2.4 Estado da Arte sobre Acreditação e Gestão em Saúde	28
2.4.1 Gestão de Pessoas	34
2.4.2 Gestão de Processos	36
2.4.3 Estrutura	37
3 METODOLOGIA DE PESQUISA	40
3.1 Abordagem	40
3.2 Finalidade e Método	41
3.3 Participantes da pesquisa	41
3.4 Perfil dos participantes da pesquisa	42
3.5 Técnica de coleta de dados	42
3.6 Técnica de análise dos dados	43
3.7 Questões éticas	44
4. CASO EM ESTUDO	45
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
5.1 Processo de Acreditação ONA e JCI: principais diferenças	51
5.2 Mudanças Proporcionadas pela JCI: processo de trabalho, gerenciamento das equipes, adequações na estrutura física	56
5.3 Contribuições da Mudança de Acreditação ONA para a Acreditação JCI	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE	72
APÊNDICE A – Produto Técnico	72
APÊNDICE B - Matriz de síntese dos estudos	77
APÊNDICE C – Comparação das Normas Acreditoras ONA e JCI	92

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	109
APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista	111

1 INTRODUÇÃO

As empresas de saúde apresentam um destacado papel no cenário socioeconômico mundial e vêm sendo afetadas pelas mesmas mudanças que estão ocorrendo em empresas de outros setores econômicos. Tanto os sistemas de saúde públicos, quanto os privados convivem com as incertezas econômicas, com o aumento dos custos e com a grande exigência dos clientes por uma prestação de serviço com mais excelência (GOMES *et al.* 2015; BEZERRA; MARQUES, 2019).

Em um mundo globalizado e repleto de transformações tecnológicas, econômicas e sociais, as organizações devem se preocupar, cada vez mais, em criar alternativas de melhoria dos processos, identificando suas fragilidades e estabelecendo oportunidades inovadoras para atuarem no dia a dia. Nesse cenário, a adoção de processos com foco em qualidade vem sendo utilizada com o objetivo do aprimoramento institucional e como uma estratégia para a competitividade do setor (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019).

Na área da saúde, a qualidade é um fenômeno complexo, pois depende das formas de prestação do serviço, tanto dos profissionais quanto das instituições prestadoras do serviço. Por esse motivo, definir qualidade em saúde envolve um grande contexto, e o seu alcance demanda ações estratégicas de gestão para direcionar a busca por melhorias (BRAGA; PENA; PINHEL, 2018; CERVILHERI *et al.* 2018).

Donabedian (1980) definiu a qualidade na saúde como a capacidade de maximizar o bem-estar do cliente e estabelecer um gerenciamento interno com foco na estrutura, no processo e no resultado. Para o autor, a qualidade na saúde é o resultado da mescla entre ciência e tecnologia, e sua aplicabilidade perpassa por sete atributos que incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Esses atributos expressam a dimensão da qualidade do serviço prestado, sendo avaliados isoladamente ou combinados, gerando reflexos no processo da assistência, no processo de gestão e na percepção do cliente (DONABEDIAN, 1990).

A qualidade na saúde tem sido considerada uma estratégia para evitar danos aos clientes, minimizar o aumento desnecessário dos custos e melhorar o gerenciamento interno das organizações. Dentre as diferentes organizações de saúde que têm recorrido à implantação da gestão da qualidade, destacam-se os hospitais

que possuem grande importância social, os maiores custos dos cuidados com a saúde e que sofrem com as transformações tecnológicas, econômicas e sociais vivenciadas na atualidade (BEZERRA; MARQUES, 2019; PORTELA *et al.*, 2016; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Segundo Oliveira *et al.* (2019), a criação de instrumentos para avaliar a qualidade é uma das formas de garantir a sobrevivência e a vantagem competitiva das organizações de saúde. É nesse contexto que a acreditação hospitalar se apresenta como uma estratégia adotada por algumas instituições.

A acreditação é um método de avaliação periódico, voluntário e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos, agregando valor para as instituições. O processo de acreditação pressupõe a criação de um programa de educação continuada, pautado na avaliação dos padrões de referência desejáveis, que contribuem para o fortalecimento dos processos internos, da cultura da qualidade e de uma gestão com excelência (CALDANA; GABRIEL, 2017; CERVILHERI *et al.* 2018; OLIVEIRA *et al.* 2019).

Segundo Caldana e Gabriel (2017), o processo de acreditação causa impactos positivos no corpo funcional e nos clientes das instituições de saúde e traz a vantagem de se criar uma cultura de preocupação com a segurança assistencial, desenvolver estratégias para a redução de risco e estabelecer uma liderança colaborativa, permitindo melhor interação entre os setores e a otimização e racionalização dos processos.

Além disso, o processo de acreditação hospitalar torna-se relevante por implementar e garantir a qualidade nos serviços de saúde, e contribui para que ocorra uma progressiva mudança de comportamentos no seu corpo profissional, garantindo a melhoria contínua no ambiente de trabalho e da atenção prestada (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

No Brasil, conforme Terra e Berssaneti (2017), as creditações mais encontradas no setor hospitalar são: *Joint Commission Internacional* (JCI), Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a *Accreditation Canada Internacional* (ACI).

A JCI é uma organização não governamental norte-americana e sem fins lucrativos que atua no mundo desde 1953. No Brasil, a instituição que representa a JCI é o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Os padrões avaliativos da JCI

possuem o foco nas metas internacionais de segurança do paciente, na continuidade do cuidado ao paciente, no controle dos eventos infecciosos, na segurança prontuário do paciente, nos direitos e deveres do paciente, na infraestrutura, na manutenção dos equipamentos e no treinamento dos profissionais (JCI, 2020).

A certificação ONA consiste em um método voluntário, periódico e reservado que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Trata-se de um programa de educação continuada dos profissionais que visa à garantia da qualidade na assistência aos pacientes nas instituições hospitalares de acordo com os padrões estabelecidos pela instituição acreditadora. Ao final da avaliação, a organização poderá ser acreditada em três níveis: Acreditado (Nível 1), Acreditado Pleno (Nível 2) e Acreditado com Excelência (Nível 3) (ONA, 2018).

O modelo de Acreditação Canadense é representado no Brasil pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e tem como princípio a governança clínica, a medicina baseada em evidências e a redução da sobrecarga em colaboradores no processo de acreditação; seu foco está no conhecimento pleno dos processos e na eliminação de qualquer padrão que não agregue valor (IQG, 2021).

Segundo Terra e Berssaneti (2017), o modelo de Acreditação Canadense avalia indicadores que englobam a qualidade e o desempenho de todas as áreas de atendimento dos serviços de saúde, como: atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão. Ele avalia também a estratégia e liderança, indicadores de mensuração da qualidade e do desempenho hospitalar, avalia a cultura organizacional, informação e comunicação, processos em equipe de trabalho e segurança do paciente.

A incorporação da acreditação nos hospitais brasileiros é relativamente nova. Até junho de 2021, no Brasil, são 355.396 hospitais inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 326 hospitais acreditados pela ONA, 91 acreditados pela Canadense e somente 39 acreditados pela JCI, ou seja, menos de 1% dos hospitais brasileiros são acreditados (CNES, 2021; IQG, 2021; ONA, 2021; CBA, 2021).

A revisão sistemática, realizada por Nascimento, Gravena, Machinsky Júnior (2020), com o objetivo de identificar características e avanços da acreditação nos hospitais brasileiros, evidenciou que assunto ainda é pouco explorado no Brasil,

mesmo no contexto atual, no qual os hospitais necessitam melhorar seus processos internos, atentar para a segurança na assistência e modernizar seu gerenciamento.

O estudo de Mendes e Mirandola (2015) acrescenta que, dependendo da metodologia e do escopo escolhidos, o processo de acreditação causa alguns impactos na instituição de saúde que opta por instituir a acreditação como uma estratégia organizacional. Os autores descrevem três tipos de impactos. O primeiro impacto é na mudança organizacional, na melhoria dos processos, melhoria da segurança e no desempenho dos indicadores, o segundo é da mudança no comportamento dos profissionais de saúde relacionado ao envolvimento nos processos internos, promoção do desenvolvimento profissional e nas atitudes diante do processo de acreditação, e o terceiro impacto refere-se à satisfação dos clientes e o reconhecimento público.

Visto que alguns autores apresentam a acreditação como uma ferramenta de apoio à gestão e mesmo conhecendo a importância e os impactos do processo de acreditação, existe uma lacuna na literatura sobre quais seriam as percepções dos gestores sobre a acreditação como meio de excelência na prestação de serviços (SIMAN *et al.* 2015; TEIXEIRA, 2019; SIMAN, CUNHA, BRITO; 2016).

Outra lacuna identificada foi a ausência de pesquisas que explorem os motivos que levam uma organização de saúde a trocar de norma acreditadora. A literatura demonstra a existência de hospitais com mais de uma acreditação para serem utilizadas como vantagem competitiva, mas não o que leva a deixar uma norma nacional e optar por uma internacional (FERREIRA *et al.* 2017; MAIA; ROQUETE, 2014).

Nesse contexto, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Como os gestores avaliam a substituição da norma de acreditação ONA pela JCI, em um hospital privado localizado em Belo Horizonte?”

A busca por respostas a essa indagação pode ser fundamental para identificar a importância do processo de acreditação no dia a dia dos gestores.

1.1 Objetivos

O objetivo geral do estudo é analisar os efeitos da mudança da acreditação ONA para JCI, na visão dos gestores de um hospital privado de grande porte de Belo Horizonte.

Os objetivos específicos são:

- Descrever as principais diferenças entre o processo de Acreditação ONA e JCI;
- Descrever as principais mudanças nos processos de trabalho, na estrutura e no gerenciamento das equipes com a mudança da acreditação ONA para JCI;
- Identificar os possíveis benefícios da JCI em relação à ONA para a gestão hospitalar.

1.2 Justificativa

Este estudo justifica-se pela importância que a Acreditação tem no contexto hospitalar, visto que a busca por certificações nacionais ou internacionais cresce à medida que os desafios na área da saúde tornam-se cada vez mais complexos e dinâmicos. Por esse motivo, a Acreditação tem sido o alvo de algumas instituições hospitalares para alavancar a promoção de melhorias da qualidade dos serviços.

O interesse pela temática deveu-se ao fato de a pesquisadora fazer parte do corpo de auditores dos processos interno do hospital onde foi conduzida a pesquisa e atuando no apoio estratégico para os setores assistenciais e setores administrativos. Outro motivo de interesse é devido ao hospital-caso ser uma referência para outros hospitais que almejam a acreditação por ser acreditado pela ONA, em Nível 3, desde 2004 e por ser acreditado pela JCI em 2020. Este hospital possui um grupo de gestores atuantes nos processos conduzidos pela Gerência da Qualidade e por ter uma alta direção que compartilha as estratégias e as direciona para os demais níveis.

Espera-se que este estudo possa contribuir nas atividades dos gestores e que eles possam refletir sobre a possibilidade de mudanças de comportamentos diante dos conceitos e práticas presentes no processo de acreditação, e, ao mesmo tempo, cobrir a lacuna teórica apontada.

Os benefícios que podem ser gerados para os gestores será o maior envolvimento com particularidades do processo de gestão, com uma visão holística

da atividade hospitalar, possibilitando o envolvimento de todos os profissionais de saúde, garantindo a sustentabilidade e a qualidade do serviço prestado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo da Fundamentação Teórica, são abordados os temas que serviram de base para a estruturação desta pesquisa. Partindo do tema Qualidade e o seu conceito, seguido por Qualidade e Acreditação no Âmbito da saúde; Comparativo dos Padrões para a Gestão das Organizações de Saúde – ONA e JCI. Conclui-se o capítulo com a apresentação dos resultados de pesquisas desenvolvidas sobre a temática de Acreditação e Gestão em Saúde.

2.1 Qualidade e Seus Conceitos

Qualidade é considerada algo que exerce ou influencia, de forma positiva, a vida de indivíduos e de organizações. Por esse motivo, sua definição não é entendida da mesma forma por todos, pois seu conceito e significado vêm se transformando ao longo da história (CHAVES; CAMPELLO, 2016; MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010; RODRIGUES *et al.* 2011).

Conforme Rodrigues (2016), a variedade de definições é compreendida devido à subjetividade que é empregada dando margem a várias interpretações. Assim, a qualidade é facilmente reconhecida, porém, difícil de ser definida (MAINARDES; LOURENÇO; TONTINI, 2010; RODRIGUES *et al.* 2011).

Historicamente, o conceito de qualidade evoluiu ao longo dos anos. No Egito Antigo, o fato de haver um trabalhador e outro para fiscalizar a tarefa realizada configurava uma forma de avaliar o trabalho executado. Semelhantemente, a preocupação com a qualidade foi encontrada no Código de Hamurabi, no Século XVIII a.C., na Mesopotâmia. O código tratava-se de um conjunto de leis dentre as quais havia a descrição de penas severas para construtores que erguessem uma casa que desabasse matando os moradores. Esses indícios revelam que a busca por qualidade não é um conceito atual e revela que está presente no cotidiano do ser humano (GARVIN, 2002; RODRIGUES *et al.*, 2011; CHAVES; CAMPELLO, 2016).

Segundo Garvin (2002), o processo evolutivo da qualidade, ao longo do tempo, percorreu por quatro eras que auxiliaram na definição do conceito: (1) a era da inspeção; (2) a era do controle estatístico; (3) a era da garantia da qualidade; e (4) a era da gestão estratégica da qualidade.

Na era da inspeção, a atividade produtiva era artesanal e os artesãos controlavam o processo desde a escolha da matéria-prima às necessidades do pós-venda. A fim de garantir uma boa reputação entre os clientes, os artesãos confeccionavam os produtos conforme a solicitação da clientela e estes eram inspecionados antes de serem comercializados, assegurando a qualidade final do produto (GARVIN; 2002).

Com a Revolução Industrial, a automatização de algumas tarefas, a produção em série e a divisão de trabalho favoreceram a produção em massa o que, conseqüentemente, atingiu aqueles que estavam acostumados a terem seus bens confeccionados sob medida. Por outro lado, contribuiu para a implantação das primeiras especificações de produção com procedimentos bem definidos (CHAVES; CAMPELO, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2011).

A conformidade dos processos e dos produtos ganha forma através da administração científica com Frederick Taylor. Para garantir a conformidade do produto, Taylor criou a figura do Encarregado de Inspeção, assim, os operários e mestres deveriam atuar de forma a atender as exigências do inspetor. Dessa forma, o processo de trabalho passou a ser inspecionado, controlado e aperfeiçoado (GARVIN 2002; CHAVES; CAMPELO, 2016).

Com o aumento da produção em massa e a movimentação em torno da Segunda Guerra Mundial, a inspeção dos produtos que saíam da linha de produção ficava inviável. Assim, uma forma de se adaptar a inspeção da qualidade da produção seria por amostragem. Assim, inicia-se a era do controle estatístico da qualidade que tinha, como característica, a adoção de tabelas por amostragem com a incorporação de dados estatísticos e gráficos de controle de processo. Outra característica marcante era a inspeção de alguns produtos no decorrer da produção para melhor controle e eficiência técnica (GARVIN 2002; RODRIGUES *et al.* 2011).

A terceira era foi marcada pelo desenvolvimento do referencial teórico da qualidade, principalmente, nos Estados Unidos nas décadas de 1940 e 1950. Segundo Garvin (2002), foram desenvolvidas novas abordagens com o objetivo de evidenciar formas para a redução dos custos totais da qualidade, por exemplo, a abordagem do controle total da qualidade descrita por Armand Feigenbaum, engenharia de confiabilidade da qualidade por Joseph Juran, em 1951, e o conceito de zero defeito por Philip Crosby, em 1961.

Após a Segunda Guerra Mundial, o Japão vivenciava um fracasso econômico-social, por outro lado, os Estados Unidos solidificavam sua economia. Por esse motivo, o Japão precisava erguer sua produção com qualidade, menores custos e com menos desperdícios. Impulsionada por esse objetivo, o presidente da *Japanese Union of Scientists and Engineers* (JUSE), Kaokura Ishikawa, e alguns dirigentes de indústrias japonesas convidaram o professor norte-americano, William Edwards Deming, especialista em controle estatístico, e, posteriormente, Joseph Juran para atuarem como consultores dos engenheiros japoneses (GARVIN 2002; CORDEIRO, 2004).

Segundo Cordeiro (2004), as ferramentas propostas por Deming, Juran e Ishikawa, aliadas ao controle estatístico de processos, foram incorporadas pelas indústrias japonesas e consolidou a ideia de controle total da qualidade. Dessa forma, a garantia da qualidade é marcada pela permanência dos critérios anteriores, inspeção dos produtos e controle estatístico, acrescido de quatro diferentes elementos de apoio ao gerenciamento: a quantificação dos custos da qualidade, o controle total da qualidade, a engenharia da confiabilidade e o conceito de zero defeito (GARVIN 2002).

Diante desses acontecimentos, a qualidade começou a ter definições conforme o emprego das ideias dos autores. Para Juran, a qualidade é definida como adequação de um produto, conforme a sua utilização, ou seja, adequação do produto ao desejo do cliente. Para Deming, a qualidade é o resultado da combinação de controles estatísticos com a melhoria dos processos. Philip Crosby definiu qualidade como a produção de um produto isento de defeitos, introduziu a ideia de que a qualidade é grátis e que todo o investimento compensa desde que seja produzido bem à primeira montagem, e Kaoru Ishikawa definiu qualidade como a capacidade de atender as necessidades dos clientes (JURAN, 1998; GOMES, 2004; ISHIKAWA, 1993).

Nota-se que o ponto em comum para essas definições é a necessidade de ir além da conformidade do projeto, e esse ponto é o que atribui a era da administração estratégica da qualidade. Conforme Garvin (2002), para se ter um produto de qualidade, o projeto deverá atender as necessidades de seus clientes e oferecer um serviço de pós-venda para garantia de algum reparo futuro.

Segundo Rodrigues *et al.* (2011), a era da administração estratégica da qualidade ficou conhecida também como a gestão da qualidade total, devido à filosofia

gerencial de que problema na qualidade de um produto não pode ser atribuído ao um departamento ou ao projeto do produto, mas sim a um problema da empresa e a todos os aspectos de sua operação.

Assim, a definição de qualidade incorpora um significado que vai além do produto. Conforme Rodrigues *et al.* (2011, p. 22),

[...] a ênfase passa a ser calcada em todo o sistema: na valorização dos clientes e na sua satisfação; na ampliação da participação de mercado; e nos custos operacionais para manter a saúde da organização.

2.2 Qualidade e Acreditação no Âmbito da Saúde

Como abordado, a palavra qualidade está ligada a conceitos de confiabilidade, satisfação dos clientes e com o fornecimento de produtos com maiores benefícios e com menores riscos. No âmbito da saúde, o conceito de qualidade possui o mesmo entendimento, porém, é considerado mais complexo por envolver o cuidado prestado ao paciente e a prestação de serviço executada por uma grande variedade de profissionais (HINRICHSSEN, 2012; GURGEL JUNIOR, VIEIRA; 2002).

Segundo Mezomo (2001), a qualidade na saúde possui a interligação de três dimensões. Primeiramente é técnica por se referir à aplicação do conhecimento científico para atender as necessidades dos clientes; segundo, é interpessoal por definir a relação entre o prestador de serviços e o cliente; e, por último, ambiental por se referir à disponibilização de um ambiente confortável para atender as necessidades do cliente.

Essas dimensões são importantes para entender o motivo da complexidade do termo qualidade na saúde. Segundo Donabedian (1980), uma definição de qualidade deveria se iniciar a partir de três componentes: estrutura, processo e resultado. Esses três componentes são caracterizados pela assistência de saúde prestada de forma organizada e equipada com os recursos, materiais adequados e suficientes (estrutura); como é a organização do processo de trabalho (processo) e quais foram os desfechos da assistência e da execução do trabalho (resultado).

Donabedian (1990) aprofundou esses três componentes e afirmou que a qualidade aplicada aos cuidados à saúde é composta por sete atributos chaves. O primeiro diz respeito à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo remete à efetividade que

corresponde ao benefício da assistência utilizando os recursos disponíveis. O terceiro atributo traz a ideia de eficiência e consiste na diminuição de custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas.

O quarto consiste na otimização do serviço prestado que significa a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido. O quinto incide, na aceitabilidade do serviço, conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O sexto atributo propõe a conformidade com os conceitos sociais expressos em princípios éticos, valores, normas, regulamentos, leis e a visão que a sociedade tem a respeito da organização. E, por fim, a equidade na assistência à saúde como último atributo, expressa pela adequada e justa distribuição dos serviços e dos benefícios (DONABEDIAN, 1990).

Para que a qualidade seja alcançada, é imprescindível que as instituições de saúde organizem seus recursos de forma mais efetiva em resposta às necessidades apresentadas pelos clientes com segurança, com efetividade, sem desperdício, sem variação do cuidado em decorrência das necessidades pessoais e com o cuidado centrado no cliente (BRASIL, 2014).

Para isso, Caldana e Gabriel (2017) afirmam que, para uma garantia da qualidade do serviço prestado, nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais, a implementação de uma gestão pautada na qualidade auxilia as instituições a enfrentarem os desafios do mercado e atender as expectativas dos clientes.

Dessa forma, em se tratando de qualidade, uma das estratégias para a otimização dos serviços é a busca de creditações hospitalares, pois promovem uma diferenciação no mercado competitivo e traduz como uma oportunidade de melhoria da qualidade na assistência prestada ao cliente com a menor fragmentação da saúde e com a manutenção dos padrões de excelência no atendimento que visam satisfazer às expectativas dos clientes (CERVILHERI *et al.* 2018).

No contexto contemporâneo da avaliação externa dos serviços de saúde, a Acreditação tem se destacado por proporcionar uma potencial ferramenta para promoção de melhorias da qualidade na saúde (TERRA; BERSANETTI, 2017; CERVILHERI *et al.* 2018).

A Acreditação é um processo de avaliação externa dos recursos organizacionais, de caráter voluntário, pelo qual equipe de avaliadores verifica se os

serviços da organização atendem os padrões e requisitos determinados conforme a certificadora estabelece (ONA, 2018).

Segundo Caldana e Gabriel (2017), a acreditação surge como uma possibilidade de instituir uma cultura de segurança e qualidade dos serviços prestados. Essa afirmação é reforçada por Oliveira e Matsuda (2016), ao relatarem que o processo de acreditação gera benefícios à instituição, pois proporciona maior segurança na assistência ao cliente e na atividade profissional, proporciona padronização de técnicas, evitando a variabilidade e melhorias nos processos de trabalho.

Esses benefícios são proporcionados, porque os métodos de avaliação de acreditação são desenhados para prover informações e estabelecer indicadores de saúde voltados para a qualidade do cuidado e para a melhoria contínua dos processos, dentro do modelo donabediano de avaliação de qualidade em saúde, ou seja, no aspecto de estrutura, processo e resultado (OLIVEIRA, MATSUDA, 2016; BERSSANETI *et al.* 2016; GERÔNIMO *et al.* 2018).

Historicamente, o desenvolvimento do modelo de acreditação surgiu inicialmente nos Estados Unidos, após a criação do Programa de Padronização Hospitalar pelo Colégio de Cirurgiões em parceria com as associações médicas Americana e Canadense, associação Americana de Hospitais e o Colégio Americano de Clínicos com o objetivo da promoção da acreditação voluntária. Essa união resultou, em 1952, na Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar (CCAH) que, posteriormente, foi substituída pelo programa de acreditação da JCI. (MENDES; MIRANDOLA, 2015; SANTOS, FIATES, ROCHA; 2019).

Inicialmente, a acreditação foi implantada para atuar como uma forma de proteger a profissão médica de exercer a atividade em ambientes precários e atuou também como um precursor do progresso tecnológico, particularmente, nos processos cirúrgicos (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Segundo Santos, Fiates e Rocha (2019), foi, após a Segunda Guerra Mundial, que as instituições de saúde viram na acreditação uma possibilidade de melhoria da qualidade e da assistência em saúde, sendo difundida internacionalmente, e vários formatos de acreditação foram surgindo em diferentes países.

Como o movimento se iniciou nos Estados Unidos, em 1980, os primeiros países a aderirem foram os de língua inglesa, especificamente, Canadá e Austrália, e

depois Europa. A partir de 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou a acreditação como uma estratégia para o desenvolvimento da qualidade, fazendo com que ganhasse força na Ásia e na América Latina em 1990 (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

O movimento de acreditação hospitalar no Brasil iniciou-se em meados dos anos 90, sob forte influência da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o objetivo de estabelecer parâmetros para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, alinhados ao contexto nacional e que impulsionou, no Brasil, a criação do CBA (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019).

Em 1992, a OPAS apresentou o “Manual de Acreditação da OPAS” no Seminário Nacional sobre Acreditação, realizado em Brasília. Posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde apresentou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) e o Programa de Qualidade com o objetivo de promover ações de incentivo ao processo de acreditação no Brasil (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Na tentativa de unificação da filosofia de acreditação, o Ministério da Saúde, em 1997, anunciou medidas para desenvolver a acreditação no território nacional. Em decorrência dessas medidas, em dezembro do mesmo ano, o CBA foi integrado a JCI, fazendo com que o Brasil entrasse no contexto internacional de avaliação dos serviços de saúde (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019).

Em 1998, é lançado, oficialmente, o Programa Brasileiro de Acreditação, e, entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde divulgou o projeto “Acreditação no Brasil” que culminou com a criação da entidade ONA em maio de 1999 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Atualmente, no Brasil, as organizações acreditadoras mais encontradas são a ONA, que é brasileira, a JCI, americana, representada pelo CBA e a “*Accreditation Canada*”, canadense, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão. O presente trabalho aprofundou-se somente nos programas ONA e JCI por serem estes os programas ativos no local escolhido para o estudo de caso.

A metodologia da ONA é baseada nos padrões descritos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Sua forma de avaliação é baseada no Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). O SBA é constituído por um conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil

e as avaliações são feitas apenas por Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC) à ONA (ONA, 2018).

A certificação da acreditação pela ONA é emitida por meio de três níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com excelência. O Nível 1 - Acreditado evidencia que a instituição de saúde possui elementos básicos de segurança e de estrutura física e a validade da certificação é por dois anos; o Nível 2 - Acreditado Pleno significa que a instituição de saúde possui um sistema de gestão, baseado em planejamento estratégico e utiliza protocolos de padronização de processos assistenciais e gerenciais e a validade da certificação da certificação é por dois anos; o Nível 3 - Acreditado com excelência evidencia que os resultados da instituição de saúde são baseados em indicadores alinhados com o seu planejamento, e, a partir da análise crítica dos resultados, estabelecem-se ações de melhoria contínua. A validade da certificação é de três anos (ONA, 2018).

Para monitorar o desempenho das instituições de saúde, a ONA utiliza três mecanismos de avaliação durante a validade do certificado: visitas ordinárias, periódicas e obrigatórias da equipe de avaliadores à instituição certificada; visitas de manutenção extraordinárias em casos específicos, entre eles quando houver notificação de eventos graves ou denúncias. Caso a instituição se recuse a receber as visitas ou nelas sejam identificadas irregularidades ou não conformidades do padrão de qualidade, a certificação é cancelada (ONA, 2018).

Os padrões de avaliação da organização internacional de acreditação, JCI está baseada no *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* que tem como objetivo desenvolver padrões que promovam a qualidade e garantam a segurança do paciente (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Segundo Yamauchi (2016), a estruturação do Manual de Padrões Internacionais da JCI para hospitais permite a sua aplicação em países que possuem diferentes sistemas de saúde, legislação e cultura, porque os padrões, com conceitos internacionais, são possíveis de serem aplicados e respeitam a legislação e as características culturais de cada região.

O foco das avaliações está na estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos da instituição de saúde e o prazo para reavaliação é de três anos. O método de avaliação é baseado na metodologia rastreadora, conhecida como *tracer method*, que permite identificar discontinuidades dos processos e como a instituição

de saúde gerencia e garante a qualidade de seus serviços no dia a dia (JCI, 2020; YAMAUCHI, 2016; MEIRELES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2019).

Segundo Yamauchi (2016), o processo de cuidado ocorre de forma transversal, ou seja, cada profissional de sua área de atuação, atendendo o paciente em uma sequência em que podem ocorrer lacunas afetando a segurança e a qualidade dos cuidados. Assim, para evitar tais quebras na assistência, é necessário que os setores e os profissionais tenham boa inter-relação. Dessa forma, a metodologia *tracer* permite ter essa visão do processo e verificar as interfaces setoriais e profissionais (MEIRELES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2019).

Contudo, é importante destacar que as organizações de acreditação avaliam os estabelecimentos de saúde de acordo com os requisitos técnicos legais, exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), independentemente se a norma é nacional ou internacional (BRASIL, 2017).

2.3 Comparativo dos Padrões para a Gestão das Organizações de Saúde – ONA e JCI

No Apêndice C, encontra-se o Quadro 5, no qual se apresenta um comparativo dos padrões dos dois programas de acreditação ONA e JCI que abordam questões relacionadas à gestão hospitalar. Nesse quadro comparativo, foi identificado que os principais temas tratados pelos dois programas possuem um conjunto de padrões que são voltados para o gerenciamento hospitalar, que vão desde a definição das normas institucionais até os subsídios para o alinhamento da estrutura, do processo e do resultado institucional.

O manual de acreditação para hospitais da JCI está dividido em três seções, sendo que a Seção 3 relaciona os padrões para o gerenciamento das organizações de saúde. Essa seção é composta por capítulos que abordam a gestão da instituição por meio de mais alta cúpula hospitalar e também por suas unidades estratégicas de negócio, tais como Qualidade, Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, Recursos Humanos, Tecnologia da Informação, Gerenciamento das instalações e a segurança institucional, e a relação da alta direção com o nível tático e operacional (JCI, 2020).

Percebe-se que os padrões da JCI, descritos na Seção 3, como nas demais seções, são bastante explicativos e todos possuem um tópico intitulado 'propósito' que detalha o que se pretende ao estabelecer cada padrão, divididos em elementos de

mensuração específicos para cada aspecto da estrutura, processo e resultado. E os Elementos de Mensuração são afirmações que detalham as expectativas específicas de desempenho, estruturas, funções ou processos que a organização deve conter para que possa atender o que o capítulo indica (JCI, 2020).

O manual das organizações prestadoras de serviços de saúde da ONA está dividido em 4 Seções, sendo que a Seção 1 destina-se ao modelo de gestão da organização. Essa seção é dividida em 9 subseções voltadas para a gestão de áreas estratégicas em uma organização de saúde, tais como gestão da qualidade, gestão financeira, gestão de pessoas, gestão de suprimentos e logística, gestão da informação, gestão da segurança, gestão da infraestrutura e atuação da alta direção na organização (ONA, 2018).

Os padrões da ONA orientam as atividades, conforme o significado da seção, e são desdobrados em requisitos específicos. Os requisitos são os itens que a organização deve conter para atender o que o padrão solicita, ou seja, para direcionar a organização a atingir um determinado nível de acreditação (ONA, 2018).

Percebe-se que os requisitos da ONA fazem com que determinadas áreas da organização fiquem focadas no alinhamento dos processos internos. Isso fica evidente nas especificações dos requisitos de cada nível de acreditação. Nota-se que, nos requisitos para o nível 1, existe um detalhamento do processo interno e nos requisitos do nível 2 da dinâmica de organização e da gestão dos processos internos (ONA, 2018).

Os elementos de mensuração da JCI apresentam uma estruturação intersetorial, isso é evidenciado ao longo do manual através de orientações para consultar outros padrões citados, como referências cruzadas. Estas são citadas para auxiliar a identificação de um ou mais padrões relacionados que possam estar no mesmo capítulo ou em um capítulo diferente. Essa apresentação evidencia que, para atendimento ao elemento de mensuração um determinado setor deve ter o conhecimento da dinâmica de outros setores na organização de saúde (JCI, 2020).

2.4 Estado da Arte sobre Acreditação e Gestão em Saúde

Para subsidiar o presente estudo, realizou-se uma busca bibliográfica, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os seguintes Descritores em Ciências

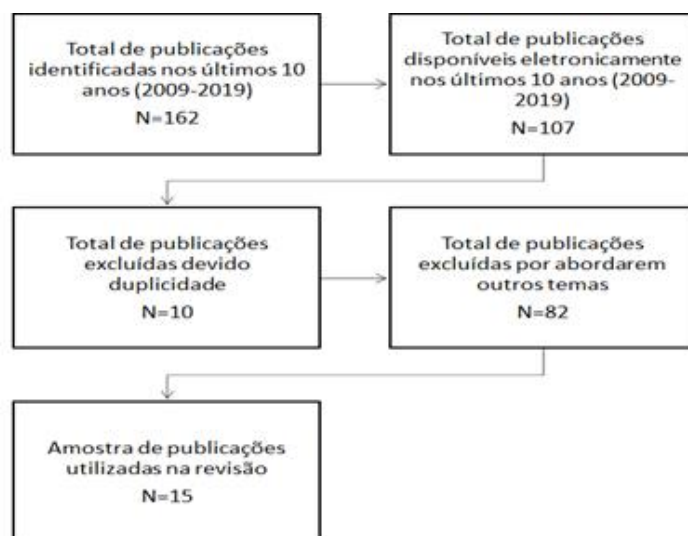
da Saúde (DeCS): “Acreditação hospitalar”, “*Joint Commission International*”, “Organização Nacional de Acreditação”, “Gestão em Saúde”, “Hospital”.

As bases de dados pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Banco de Dados em Enfermagem (BDEnf). Em cada base de dados, foram inseridos os descritores, utilizando os operadores booleanos *OR* e *AND*, combinando os descritores aos pares, e todos, ao mesmo tempo, até que fossem recuperadas publicações em quantidade e especificidade.

Os critérios de inclusão definidos foram artigos, dissertações e teses publicadas no período de 2009 a 2019, disponíveis nos meios eletrônicos com um, ou mais, dos descritores escolhidos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão definidos foram estudos que não tratam especificamente dos temas ‘Acreditação Hospitalar’ e ‘Gestão em Saúde’.

Por meio da leitura dos títulos e resumos das publicações, excluíram-se publicações duplicadas, assim como trabalhos considerados não pertinentes ao tema. Foram identificados 162 trabalhos, dos quais 107 estavam disponíveis eletronicamente e distribuídos nas seguintes bases de dados: 28 trabalhos na LILACS; 66 trabalhos na *Medline* e 18 na BDEnf. Foram excluídos 10 trabalhos devido à duplicidade e 82 por abordarem outros temas. Esse processo resultou em uma amostra de 15 trabalhos.

Figura 01 - Fluxograma de busca e seleção das publicações para revisão integrativa sobre acreditação hospitalar e gestão em saúde.



Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Iniciou-se a análise interpretativa dos dados, com a leitura integral de cada publicação selecionada. Conforme Botelho, Cunha e Macedo (2011), em uma revisão sistemática da literatura, é importante analisar separadamente cada estudo encontrado para auxiliar na investigação. Assim, para organização dos estudos, realizou-se uma matriz de análise conforme Apêndice B.

Após estruturação da matriz, realizou-se o levantamento das dimensões explicitadas nas publicações que teriam influência no gerenciamento hospitalar, tendo, como fator comum, o processo de acreditação.

Conforme apresentados na matriz de análise, os estudos selecionados foram publicados entre 2011 e 2019, sendo 11 em língua portuguesa e 4 em inglês. Totalizaram quatorze publicações em revistas científicas e uma dissertação de mestrado em Gestão da Saúde. Com relação a metodologia adotada nas publicações, verificou-se a predominância da abordagem qualitativa presente em 11 estudos e em 4 estudos a prevalência da abordagem quantitativa. Ao avaliar os estudos de abordagem qualitativa, verificou-se que, em 5 estudos, foi analisada a percepção de vários profissionais de saúde; em 4, foi avaliada a percepção dos gestores e, em 2, a percepção dos gestores da qualidade.

Oliveira e Matsuda (2016) relatam que é importante analisar a percepção de gestores sobre a acreditação visto que se trata de uma metodologia que auxilia na tomada de decisão e pode contribuir na prática da gestão.

Quadro 1 - Informações das publicações selecionadas

(Continua)

Autor (s)/ Ano	Objetivo	Coleta de dados
Shakibaei (2019)	Esclarecer os efeitos do Programa de Acreditação Hospitalar Iraniano nos processos hospitalares do ponto de vista da equipe encarregada de estabelecer o programa.	Entrevista 70 profissionais de saúde de 14 hospitais
Teixeira (2019)	Analisar os impactos das práticas da acreditação em hospitais do município de São Paulo.	Questionário estruturado, 156 respostas profissionais da saúde de hospitais do município de São Paulo.

Autor (s)/ Ano	Objetivo	(Continuação) Coleta de dados
Corrêa <i>et al.</i> (2018)	Avaliar a influência da acreditação na sustentabilidade das organizações.	Questionário estruturado escala de <i>likert</i> , 202 respostas de profissionais da saúde de vários hospitais brasileiros.
Terra; Berssaneti (2017)	Analisar como as ações adotadas pelos processos da acreditação hospitalar impactam nas boas práticas da qualidade em serviços da saúde.	Entrevista semiestrutura, 5 gestores da qualidade em três hospitais públicos e dois privados.
Ferreira <i>et al.</i> (2017)	Apreender as percepções de profissionais acerca das implicações da Acreditação Internacional.	Entrevista semiestrutura com análise do conteúdo, 23 profissionais de saúde de um hospital privado do Sul do Brasil
Siman <i>et al.</i> (2017)	Analisar as implicações da acreditação hospitalar para a gestão do serviço em um hospital acreditado.	Entrevistas com roteiro semiestruturado, 12 gestores em um hospital privado.
Saut; Berssaneti; Moreno (2017)	Analisar os principais impactos do credenciamento nas organizações brasileiras de saúde.	141 questionários respondidos por profissionais da saúde.
Oliveira <i>et al.</i> (2017a)	Apreender as percepções da equipe multiprofissional hospitalar sobre a atuação do enfermeiro no processo de Acreditação.	Entrevista semiestruturada, 96 profissionais da saúde de 4 hospitais.
Oliveira <i>et al.</i> (2017b)	Analisar as percepções de gestores e trabalhadores sobre as mudanças no gerenciamento hospitalar advindas da Acreditação.	Entrevista semiestruturada, 97 profissionais da saúde de 4 hospitais.

Autor (s)/ Ano	Objetivo	(Conclusão) Coleta de dados
Berssaneti <i>et al.</i> (2016)	Avaliar se organizações que possuem a acreditação, nacional e/ou internacional, apresentam melhores práticas de gestão e melhores resultados do que as organizações não acreditadas.	Entrevista estruturada, gestores responsáveis pela qualidade em 12 instituições de saúde do estado de São Paulo.
Oliveira; Matsuda (2016)	Apreender as percepções de gestores da qualidade hospitalar quanto às vantagens e dificuldades advindas da Acreditação.	Entrevista semiestruturada, gestores da qualidade de 4 hospitais localizados na cidade de Curitiba.
Sinan; Cunha; Brito (2016)	Compreender as mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar.	Entrevista semiestruturada com análise de conteúdo, 12 gestores de várias áreas do hospital estudado.
Siman <i>et al.</i> (2015)	Analisar as estratégias do trabalho gerencial com vistas ao alcance da acreditação com excelência, metodologia ONA.	Entrevista semiestruturada, 12 gestores de várias áreas do hospital estudado.
Manzo; Brito; Corrêa (2012)	Analisar as implicações do processo de Acreditação no cotidiano dos profissionais de saúde.	Entrevista semiestruturada, 34 profissionais da saúde do hospital estudado
Ângelo (2011)	Compreender o processo de escolha de modelos de programas de qualidade em hospitais paulistas.	Entrevista semiestruturada, gestores de 3 hospitais estudados.

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

A categorização dos dados ocorreu através da estratificação de 3 aspectos em que o processo de acreditação exerce influência na gestão: Gestão de pessoas; Gestão de Processos e Estrutura, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Temáticas identificadas em decorrência do processo de Acreditação

Temática identificada	Evidência nas publicações	Publicações relacionadas
Gestão de pessoas	Reconhecimento profissional	Shakibaei (2019); Corrêa <i>et al.</i> (2018); Ferreira <i>et al.</i> (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2017a); Sinan; Cunha; Brito (2016); Siman <i>et al.</i> (2015); Manzo; Brito; Corrêa (2012)
	Busca de novos conhecimentos/ capacitação	
	Liderança	
	Envolvimento dos profissionais	
Gestão de processos	Padronização dos processos	Shakibaei (2019); Teixeira (2019); Terra; Berssaneti (2017); Ferreira <i>et al.</i> (2017); Siman <i>et al.</i> (2017); Saut; Berssaneti; Moreno (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2017a); Oliveira <i>et al.</i> (2017b); Oliveira; Matsuda (2016); Sinan; Cunha; Brito (2016); Angelo (2011);
Estrutura	Cultura de qualidade	Shakibaei (2019); Teixeira (2019); Corrêa <i>et al.</i> (2018); Terra; Berssaneti (2017); Ferreira <i>et al.</i> (2017); Siman <i>et al.</i> (2017); Saut; Berssaneti; Moreno (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2017a); Oliveira <i>et al.</i> (2017b); Berssaneti <i>et al.</i> (2016); Sinan; Cunha; Brito (2016); Manzo; Brito; Corrêa (2012); Angelo (2011)
	Cultura de segurança	
	Comunicação	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

2.4.1 Gestão de Pessoas

Dos estudos selecionados, 7 relatam que, de alguma forma, a acreditação exerce influência na gestão de pessoas, e os fatores que corroboram para tal afirmação são: reconhecimento profissional; busca de novos conhecimentos/capacitação; estímulo à liderança; e envolvimento dos profissionais.

Os achados no estudo de Sinan *et al.* (2015) evidenciaram que a gestão de pessoas foi a principal estratégia gerencial adotada para o sucesso no processo de acreditação. Ferreira *et al.* (2017) corroboram que a acreditação é uma ferramenta que motiva agentes a adotarem novos comportamentos profissionais e pessoais.

Shakibae (2019) apresenta, como ponto positivo do processo de acreditação, o envolvimento dos gestores com a equipe e a prática de se definirem as competências necessárias para cada cargo, alocando os funcionários conforme suas habilidades. Manzo, Brito e Corrêa (2012), por sua vez, descrevem que, no processo de acreditação, a qualidade é tudo que agrega valor às relações envolvidas diretamente com o desenvolvimento profissional e pessoal.

O estudo de Ferreira *et al.* (2017), realizado em um hospital privado, constatou que a acreditação proporciona satisfação e reconhecimento profissional pelo fato de os colaboradores participarem ativamente dos processos gerenciais. O estudo de Ferreira *et al.* (2017) também relatou que a satisfação profissional é um indicador importante para os resultados organizacionais, por motivar o fortalecimento de uma cultura de qualidade. Reforçando a afirmação, o trabalho de Manzo, Brito e Corrêa (2012), sobre as implicações do processo de acreditação no dia a dia dos profissionais de saúde, evidenciou o reconhecimento dos profissionais como uma possibilidade de crescimento profissional e pessoal, pelo fato de sentirem orgulho de fazerem parte do processo de acreditação.

Pesquisa conduzida por Oliveira *et al.* (2017a), que analisou a atuação do enfermeiro no processo de acreditação, constatou que a acreditação pode ser uma via de condução entre a valorização e a satisfação profissional, devido à necessidade de se cumprirem os requisitos exigidos pelas normas. Assim, o reconhecimento profissional é um fator intrínseco que é influenciado pela acreditação e que auxilia a prática da gestão.

Os estudos de Sinan *et al.* (2015) e de Sinan, Cunha e Brito (2016) evidenciaram, através da fala dos gestores, que o processo de acreditação gera

necessidade de se manterem atualizados, em busca de novos conhecimentos para organizarem as atividades do setor e repassarem informações aos colaboradores.

O trabalho conduzido por Shakibaei (2019) sobre o processo de acreditação, em um hospital Iraniano, revelou que o gestor atua como educador e que a melhoria dos processos internos é o resultado pela forma como o gestor eleva o conhecimento dos colaboradores. Com base nos achados dos trabalhos mencionados, pode-se evidenciar que a busca de novos conhecimentos é um aspecto individual que exerce influência no gerenciamento hospitalar em decorrência da acreditação.

Outro fator identificado nos estudos é o de que a acreditação estimula a prática de treinamentos e de capacitações. Oliveira *et al.* (2017a) apontam a acreditação como um incentivo para capacitar, pois contribui para o alinhamento organizacional e para o crescimento profissional. Sinan *et al.* (2015) esclarecem que, devido ao processo de acreditação, os gestores realizam treinamentos e capacitação de uma forma mais sistematizada. Tal afirmação está presente na conclusão do estudo de Angelo (2011), ao esclarecer que a necessidade de capacitação ocorre também por parte do gestor, pois ele precisa compreender os processos gerenciais, e conhecer a dinâmica dos processos para poder repassar o conhecimento.

Teixeira (2019) relata que o desenvolvimento de programas de capacitação é considerado um dos principais impactos percebidos pelas instituições que buscam a acreditação. Investir em capacitação direciona as instituições de saúde a melhorarem os processos e a valorizarem os profissionais (TERRA; BERSANETTI, 2017; FERREIRA *et al.* 2017).

Outro fator, identificado nos estudos, foi o estímulo à liderança. Segundo Corrêa *et al.* (2018) e Sinan, Cunha e Brito (2016), a liderança no processo de acreditação está relacionada ao compromisso dos gestores em conduzirem e influenciarem a equipe em direção a resultados com qualidade.

Conforme Oliveira *et al.* (2017a), a liderança é uma competência gerencial que, no processo de acreditação, auxilia no planejamento de ações focadas no cumprimento dos padrões de qualidade exigidos pelas normas. O autor afirma também que a acreditação é um fator que impulsiona a liderança em gestores, pois manter as atividades com qualidade requer uma liderança ativa.

Corrêa *et al.* (2018) reforçam que a liderança é uma competência que fortalece um gerenciamento com qualidade e contribui para o sucesso da acreditação e, consequentemente, para a sustentabilidade organizacional.

A sustentabilidade organizacional é fortalecida através do envolvimento de vários profissionais e da alta direção no processo e na manutenção da acreditação (SHAKIBAEI, 2019; TEIXEIRA, 2019; TERRA; BERSSANETI, 2017; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017; OLIVEIRA *et al.* 2017b; SINAN *et al.* 2017).

Conforme Shakibaei (2019), a iniciativa de executar as atividades com qualidade é o resultado do entrosamento dos gestores com a equipe. Uma vez que os processos estão bem definidos, as pessoas conseguem ter mais interação com a equipe e com as atividades, contribuindo para a produtividade (TERRA; BERSSANETI, 2017).

O estudo de Sinan *et al.* (2017) esclarece que a acreditação promove cooperação interna entre setores e entre equipes, pois auxilia nos acordos intersetoriais promovendo uma entrega mútua e melhorias nas atividades.

Um outro ponto observado por Oliveira *et al.* (2017b) e Shakibaei (2019) é que a acreditação aumenta o envolvimento da alta direção com os demais profissionais. Essa característica torna a gestão participativa, horizontalizada, descentralizada e com ações de melhoria dissolvidas nos níveis da organização (OLIVEIRA *et al.* 2017b; SHAKIBAEI, 2019).

Saut, Berssaneti e Moreno (2017), ao analisarem os principais impactos da acreditação nas organizações, evidenciaram que o envolvimento dos profissionais, seja nas atividades diárias bem definidas ou no processo de cumprimento dos requisitos da acreditação, resulta diretamente na consolidação de uma cultura de qualidade e de segurança.

2.4.2 Gestão de Processos

Padronização dos processos foi o fator mais mencionado nos estudos como o benefício trazido pela acreditação, com impacto nas equipes e na organização (SHAKIBAEI, 2019; TEIXEIRA, 2019; TERRA; BERSSANETI, 2017; FERREIRA *et al.* 2017; SINAN *et al.* 2017; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; SINAN; CUNHA; BRITO, 2016; ANGELO, 2011; OLIVEIRA *et al.* 2017a; OLIVEIRA *et al.* 2017b).

Terra e Berssaneti (2017), ao analisarem os impactos que a acreditação gera na qualidade dos serviços em cinco hospitais, revelaram que a padronização e mapeamento dos processos estavam presentes nos quatro hospitais acreditados.

Sinan, Cunha e Brito (2016) e Sinan *et al.* (2017) também identificaram que a acreditação tornou as atividades organizadas e padronizadas. Os estudos de Saut, Berssanetti e Moreno (2017) e Teixeira (2019) demonstraram que a acreditação gera impacto nos processos internos, pois reflete no desempenho interno, na organização das tarefas, na integração entre setores e na melhora da qualidade do serviço.

Corrêa *et al.* (2018) acrescentam que os processos definidos e organizados auxiliam na sustentabilidade das organizações de saúde, inclusive, na padronização dos processos reduzindo a variabilidade, estimulando a capacitação e tornando as tarefas mais homogêneas, evitando, dessa maneira, desperdícios e promovendo desempenho.

2.4.3 Estrutura

Uma das premissas da acreditação é a disseminação e o fortalecimento de uma cultura de qualidade. Diante disso, processos bem definidos, profissionais engajados e lideranças comprometidas fazem com que a qualidade seja incorporada naturalmente na organização (SINAN *et al.* 2017; OLIVEIRA *et al.* 2017a; BERSSANETI *et al.* 2016).

A cultura de qualidade é considerada um fator de aspecto organizacional que afeta o gerenciamento hospitalar por fornecer mudanças na filosofia de trabalho e em todas as atividades da organização (SHAKIBAEI, 2019; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017; SINAN *et al.* 2017).

Segundo Corrêa *et al.* (2018), o processo de acreditação obtém sucesso em organizações que possuem uma cultura de qualidade. Teixeira (2019) relata que a implantação e operacionalização de atividades com qualidade são impulsionadas pela acreditação e favorecem a instalação de uma cultura de qualidade.

No estudo de Sinan *et al.* (2017), os entrevistados relataram que, quando um padrão ou requisito da acreditação não é alcançado, isso gera a necessidade de ações de melhoria, buscando o atendimento daquele padrão. Esse fato faz a organização incorporar uma cultura de qualidade e motiva a gestão a aprimorar formas de trabalho para que a equipe esteja alinhada (SINAN; CUNHA; BRITO, 2016).

Em termos gerais, a acreditação conduz as instituições de saúde no aprimoramento das atividades internas, através da busca de melhorias contínuas que fazem as instituições solidificarem uma cultura de qualidade. Essa característica auxilia a gestão na busca da excelência e na manutenção de suas atividades alicerçadas nos padrões de qualidade (SINAN *et al.* 2017; BERSSANETI *et al.* 2016; SINAN; CUNHA; BRITO, 2016).

Advinda da necessidade de se desenvolverem estratégias para minimizar os riscos e as possibilidades de erros nas instituições de saúde, a acreditação tornou-se uma avaliação bem-vinda sob a ótica dos gestores. Como resultado, a instituição adota medidas mais seguras que visam ao bem-estar dos colaboradores; clientes/usuários e familiares (FERREIRA *et al.* 2017; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017; SINAN; CUNHA; BRITO, 2016).

Os trabalhos de Terra e Berssaneti (2017) e Shakibaei (2019) relatam que a acreditação é uma iniciativa que melhora a segurança do paciente, dos colaboradores e de todas as áreas, contribuindo para uma cultura de segurança. Segundo Sinan, Cunha e Brito (2016), a adoção do gerenciamento do risco na instituição de saúde mostrou ser uma ótima ferramenta para garantir a segurança dos processos, porque avalia as tarefas, em várias dimensões, trabalhando preventivamente.

A acreditação torna os processos mais seguros, com envolvimento e análise crítica das atividades por parte dos profissionais, a fim de proporcionar um ambiente mais acolhedor (SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017). Portanto, é um esforço que compensa, pois promove melhorias na prestação de serviço com profissionais envolvidos em práticas mais seguras. Esse esforço auxilia também à implantação de uma cultura organizacional pautada na segurança e na qualidade (TERRA; BERSSANETI, 2017; FERREIRA *et al.* 2017).

Outro fator que é evidenciado como benefício em decorrência da acreditação é a melhoria da comunicação. Essa afirmação é confirmada nos estudos de Shakibaei (2019); Ferreira *et al.* (2017) e Sinan *et al.* (2015).

De acordo com Sinan *et al.* (2015), a acreditação favorece a comunicação entre setores e entre equipes. Semelhantemente, o estudo de Shakibaei (2019) evidenciou melhora da comunicação entre gestores, alta direção e equipe de enfermagem. Assim, a comunicação entra como uma estratégia gerencial para a solidificação dos processos (SINAN *et al.* 2015).

Ferreira *et al.* (2017) relatam que a comunicação fortalece vínculos de confiança entre gestores e equipe por proporcionar um ambiente aberto a sugestões de melhoria. Além disso, Sinan *et al.* (2015) relatam que um ambiente aberto a sugestões favorece a prática do *feedback*, apontado como uma possibilidade de identificação de problemas para manutenção da qualidade dos processos.

A comunicação favorece a descentralização das informações do desempenho institucional, ou seja, os gestores repassam à equipe o desempenho do setor, fazendo com que eles se sintam parte do cumprimento das metas. Conforme Sinan *et al.* (2015), essa característica faz a equipe ter uma visão sistêmica e favorece a manutenção da qualidade nos processos.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Abordagem

A natureza do problema, assim como os detalhes para a investigação, justifica a escolha de uma abordagem qualitativa para o desenvolvimento deste estudo. Segundo Godoy (1995), a pesquisa com abordagem qualitativa é definida como um estudo que visa obter a compreensão ampla do fenômeno que será estudado, levando em consideração o ambiente natural como fonte direta de dados.

Flick (2009) define a abordagem qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas e materiais que possibilitam tornar o mundo visível, pois possibilita estudar as coisas em seus contextos naturais. Strauss e Corbin (2008) acrescentam que uma abordagem qualitativa auxilia na obtenção de detalhes existentes sobre fenômenos emocionais e de processo intelectual que são difíceis de descobrir por meio de pesquisas convencionais.

Sustentados nessas definições, Alves-Mazzotti e Gewandesnadjer (1999) relatam que as pesquisas com abordagem qualitativas possuem visão holística, pois buscam compreender o significado de um comportamento ou de um evento, preocupam-se com o processo e não com o resultado ou produto por si só, pois possuem, como foco, descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos.

Segundo Flick (2009), a utilização de uma abordagem qualitativa poderá auxiliar na extração do significado atribuído pelos participantes em suas vivências compreendendo assim, o fenômeno segundo a perspectiva dos sujeitos.

Ao escolher tal abordagem, optou-se por “[...] um processo não-matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 24). Assim, a opção por um estudo de natureza qualitativa ocorre em face da possibilidade de investigação da realidade social e da possibilidade da construção do conhecimento para compreender a sociedade contemporânea a partir da interação dos sujeitos com o cotidiano (MINAYO, 2000).

3.2 Finalidade e Método

Quanto aos fins, a pesquisa caracteriza-se como descritiva. Segundo Triviños (2009), esse tipo de estudo pretende descrever, detalhadamente, os fatos e os fenômenos de uma determinada realidade, os achados possibilitam compreender um determinado fenômeno segundo a perspectiva dos participantes do estudo.

O delineamento utilizado, neste estudo, foi do tipo estudo de caso, por se tratar de uma investigação que possibilita reter características holísticas e significativas do comportamento dos processos organizacionais e administrativos contribuindo para a compreensão de um fenômeno de interesse específico, conforme explica Yin (2010).

Segundo o autor, o estudo de caso é “[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real [...]” e que possui a característica de compreender, profundamente, o fenômeno pesquisado como um todo (YIN, 2010, p. 39).

O estudo foi realizado em um hospital privado de grande porte que integra uma rede de hospitais de fins lucrativos, localizada na região metropolitana de Belo Horizonte. A opção por esse hospital deve-se ao fato de ser o único hospital da Rede que se submeteu ao processo de acreditação da ONA e também da JCI.

3.3 Participantes da pesquisa

A população foi composta por gestores de saúde, pertencentes à estrutura organizacional do hospital. O nível estratégico é composto por 1 presidente, 2 vice-presidentes, 5 diretores e 4 superintendentes. O nível tático é composto por 10 gerentes e 18 coordenadores.

Dessa forma, o presente estudo contou, como amostragem, os gestores que se envolveram nos processos de acreditação da ONA e da JCI. Segundo Vergara (2011), a amostragem é a parte da população do estudo que possui um caráter representativo, ou seja, constitui-se de pessoas ou de situações que fornecerão os dados para o estudo. A amostragem pode ser probabilística, baseia-se em procedimentos estatísticos, ou não probabilística, trata-se da seleção de pessoas, grupos, lugares e situações para a coleta de dados (VERGARA, 2011; FLICK, 2009).

Esta pesquisa constituiu de uma amostragem não probabilística selecionada por tipicidade que, segundo Vergara (2011), trata-se da seleção dos elementos que

são considerados representativos da população-alvo. Os sujeitos foram escolhidos pelos seguintes critérios de inclusão: ser profissional que atua no hospital, que atua na condução da gestão, que vivenciou o processo de acreditação da ONA e que vivenciou o processo de acreditação da JCI.

Os profissionais que encaixaram nos critérios de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa, totalizando 12 participantes. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço por motivo de doença, licença maternidade ou em período de férias no momento da coleta de dados.

Vale ressaltar que este estudo obedeceu aos critérios de saturação de dados. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação de informações pode ser definida como “[...] a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.17).

3.4 Perfil dos participantes da pesquisa

A amostra foi constituída por 12 profissionais que desenvolviam atividades gerenciais. Todos receberam uma codificação, a fim de manter o anonimato formado pelas letras “GH” que caracteriza “Gestor Hospitalar” e um número derivado da ordem de realização das entrevistas.

No que se refere à faixa etária, a idade dos gestores variou entre 31 e 58 anos, com média de 42 anos e a predominância do sexo feminino.

Identificou-se um grupo diferente de gestores de diversas categorias profissionais, com predomínio dos da área da saúde, especialmente, Enfermagem, Psicologia e Medicina e os demais gestores com formação em Administração de Empresas. Em relação à qualificação profissional, todos os entrevistados realizaram curso de pós-graduação, sendo 11 voltados para a área de Gestão; e 1 com especialização na assistência.

3.5 Técnica de coleta de dados

Segundo Yin (2010), as fontes principais de evidência, em um estudo de caso, podem vir de documentos, de entrevistas, de arquivos, da observação e de artefatos físicos. Esta pesquisa utilizou entrevistas como instrumento de coleta das evidências.

A realização de entrevistas, segundo Minayo (2000), é uma estratégia para coletar dados que criam uma possibilidade de envolvimento entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, pois busca, nas falas dos sujeitos, informações relativas a suas ideias, proporcionando aprofundamento da investigação.

Segundo Yin (2010), as entrevistas podem assumir formas diferentes de condução para se coletarem as informações. As entrevistas podem ser estruturadas – quando o pesquisador tem como objetivo a quantificação das informações; semiestruturadas – possui o enfoque nas representações feitas pelos sujeitos da pesquisa, sem se preocupar com a padronização da pergunta e sim com a padronização do significado para o entrevistado; e, por fim, a entrevista aberta ou livre – definida como uma interação verbal que permite a obtenção de informações através do discurso do entrevistado (MATA MACHADO, 2002; TRIVIÑOS, 2009).

Como direcionamento para a coleta dos dados, o presente estudo utilizou um roteiro de pesquisa semiestruturada a fim de atender os objetivos da pesquisa e porque esse tipo de instrumento pode proporcionar novas hipóteses que surgem à medida que se conduz a técnica, sendo uma ação importante no processo de interação social entre os sujeitos (TRIVIÑOS, 2009; MINAYO, 2000).

3.6 Técnica de análise dos dados

As informações obtidas, por meio das entrevistas, foram submetidas à análise de conteúdo do tipo categorial temática. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para proporcionar melhor esclarecimento do conteúdo das mensagens e passaram por uma pré-análise para se proceder com o agrupamento e a classificação das mensagens.

A análise de conteúdo é uma técnica cujo objetivo é descrever as características de um texto que auxiliará na investigação do problema de pesquisa (FRANCO, 2008). Segundo Bardin (2008), para a análise de conteúdo, a pesquisa deve ser organizada, seguindo três critérios cronológicos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A etapa da pré-análise é a organização propriamente dita do material que será analisado. O objetivo, primeiramente, é realizar uma leitura para estabelecer contato com o documento e os detalhes presentes no texto, chamado de uma leitura flutuante

(BARDIN, 2008). Goulart (2006) descreve que, através dessa leitura, é possível a elaboração de algumas hipóteses possibilitando uma interpretação mais profunda.

A próxima etapa descrita por Bardin (2008) é a de exploração do material. Aqui o pesquisador realiza uma sistematização da etapa através de codificação, enumeração e a categorização dos elementos. Para Goulart (2006), essa etapa possibilita articular temas que estão presentes em todas ou quase todas as entrevistas e documentos.

E, por fim, na fase de tratamento e interpretação dos resultados, o pesquisador procura tornar significativos e válidos os resultados obtidos, que pode ser através de uma síntese e seleção dos resultados, escolhendo os mais representativos da situação a ser estudada, pelas inferências e pelas interpretações (BARDIN, 2008).

As categorias estabelecidas foram:

- Categoria 1: Processo de Acreditação ONA e JCI: principais diferenças;
- Categoria 2: Mudanças advindas da JCI no processo de trabalho, gerenciamento das equipes, adequações na estrutura física;
- Categoria 3: Benefícios da mudança da Acreditação ONA para a Acreditação JCI.

3.7 Questões éticas

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, e a fim de se atenderem os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e também ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital cenário do estudo e aprovado com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 32736020.5.3001.5128.

Os participantes receberam esclarecimentos sobre o estudo, a natureza das questões que seriam abordadas, aspectos éticos e legais sobre sua participação voluntária e ausência de prejuízos caso se recusassem a participar. Posteriormente, os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma via da pesquisadora e a outra do participante. Este percurso visa assegurar a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos.

4. CASO EM ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte, integrante de uma Rede de Hospitais privados, localizado em Belo Horizonte. Para preservar o anonimato da instituição, o hospital será referenciado como Hospital S e a Rede Hospitalar, a qual pertence, será referenciada como Rede SS hospitalar.

A opção por esse hospital deve-se ao fato de ser o único hospital da Rede SS que submeteu ao processo de acreditação da ONA e também pela JCI.

Trata-se de um hospital geral de grande porte que atende pacientes de alta complexidade, com medicina diagnóstica, centro de reprodução humana, maternidade e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto, unidade cardiovascular, hemodinâmica, hemodiálise, pronto socorro adulto 24 horas e estrutura completa para procedimentos cirúrgicos e obstétricos (ANAHP, 2020).

O Hospital S foi inaugurado em 1º de junho de 1980 e possui 203 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias, 55 leitos de CTI adulto, uma área de centro cirúrgico dividida em três estruturas: bloco obstétrico com 7 salas, hospital dia com 5 salas reservadas para procedimentos de baixa e média complexidade e centro cirúrgico composto de 6 salas para o atendimento de cirurgias de alta complexidade. Possui, desde 2014, um centro de reprodução humana especializado em reprodução assistida composta de salas exclusivas para o procedimento, dentro do ambiente cirúrgico com acesso direto ao laboratório para a execução da técnica (ANAHP, 2020).

Quanto à estrutura administrativa, o Hospital S conta com uma diretoria composta por: um presidente do conselho de administração, um presidente, um vice-presidente administrativo financeiro e comercial, um vice-presidente assistencial e operacional, três superintendentes e seis diretores, a saber: diretor médico, diretor financeiro, diretor de operações, diretor de controladoria, diretor comercial e de marketing e diretor de novos negócios e relacionamento com o mercado. Desde 2001, o hospital integra a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (ANAHP, 2020).

O hospital possui a característica de ser um centro de ciência, elegendo, como objetivo primordial, desenvolver a assistência médica, o ensino e a pesquisa. Tem por missão: "O compromisso com a qualidade pela Vida". A instituição exerce papel estratégico na formação de profissionais de saúde, com campo de estágio para alunos

de nível médio e alunos de graduação, além de oferecer residência médica em diversas especialidades e multiprofissional.

No ano de 2000, o hospital iniciou o processo de acreditação com a criação do setor de Padronização e Garantia da Qualidade. O principal objetivo do setor era conduzir as equipes nas adequações de seus processos internos para preparar o hospital para a acreditação ONA. O preparo teve como foco a organização dos documentos e a padronização das práticas executadas pelos profissionais da assistência e do administrativo.

[...] Então quando preparamos para ONA a gente veio muito focado nessa questão da comunicação, da qualidade e da segurança assistencial e preparamos a nossa equipe para seguir esses protocolos que faziam a diferença no desfecho do paciente (GH12)

A estratégia utilizada, para padronização das atividades, foi a introdução de um programa de capacitação com foco na organização dos processos internos de cada setor. Após a definição e descrição dos processos setoriais, o setor de Qualidade criou o grupo de auditores internos com o objetivo de auditar os setores.

O grupo foi formado por gestores e colaboradores estratégicos que passaram por treinamento de interpretação dos requisitos do manual da ONA. O grupo de auditores tinha, como objetivo, auxiliar os setores na identificação dos processos e evidências, conforme solicitado no manual da ONA.

[...] mas a qualidade aqui no hospital sempre foi muito forte, muito presente, então eles estavam sempre junto aos gestores, orientando sobre os processos e conduzindo as auditorias internas, que eu acho que assim ajuda muito no processo de acreditação, pois prepara realmente o setor, gestor e as equipes para o processo, então isso contribuiu bastante. (GH1)

Após a realização da auditoria, os auditores internos emitiram um relatório com o levantamento das melhorias e dos processos que necessitavam ser revisados para o atendimento aos requisitos solicitados pelo manual da ONA. As auditorias internas, conduzidas pelo grupo de auditores, eram realizadas anualmente com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços em prol de uma melhoria contínua.

As auditorias internas auxiliaram os gestores na compreensão dos requisitos do manual da ONA e na preparação para receber os auditores externos.

[...] Nós trabalhamos 2 anos formamos um grupo de auditores internos e fazendo replicadores, foi um momento muito rico, eu aprofundei muito dentro da metodologia ONA, realmente era o primeiro passo você começa desenhar os processos e as pessoas começam a entender [...] (GH11)

Após 2 anos de preparação com o grupo de auditores internos, no ano de 2004, o hospital alcançou o Certificado de Excelência Nível 3, concedido pela ONA, sendo o primeiro hospital de Belo Horizonte e o segundo de Minas Gerais a possuir tal título.

A preparação para a auditoria da ONA auxiliou o hospital no alinhamento dos processos internos e na solidificação de um sistema de gestão pautado na qualidade. Essas contribuições conduziram o hospital a implementar um modelo de prestação de serviço focado na satisfação do cliente externo e interno, o que auxiliou, em 2008, a obtenção da certificação internacional da ISO 9001.

A maturidade organizacional e uma cultura de melhoria contínua auxiliaram o hospital, através do setor de Qualidade, a incorporar um gerenciamento de risco das atividades internas, agregando um maior desempenho dos processos internos. A gestão de risco, incorporado nas atividades internas, auxiliou o hospital na obtenção de uma certificação internacional. Com isso, em 2009, o hospital foi certificado pela *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO).

A alta direção da Rede SS de hospitais definiu que a JCI seria a norma acreditadora para todos os hospitais. Então, após 15 anos acreditado nível 3 pela ONA, em 2019, iniciou-se a preparação do Hospital S para ser acreditado pela JCI. O setor de Qualidade tornou-se corporativo, o que auxiliou o hospital na preparação, pois o setor havia conduzido o processo de acreditação em outro hospital de Rede SS de hospitais.

Para a preparação, houve a formação de grupo de estudo, conforme os capítulos do manual da JCI, os gestores foram divididos conforme a área de atuação que era aplicável ao capítulo. Essa divisão auxiliou no entendimento e aplicabilidade dos requisitos solicitados pela JCI.

Tivemos um preparo, um intensivo sobre a questão de estar buscando o conhecimento e estudando o manual da JCI, para conhecer todos os elementos que estavam ali, de várias partes da instituição, cada gestor ficou responsável por um capítulo, eu era a líder de capítulo, do capítulo que fala sobre cuidados cirúrgicos e anestésicos, e nossa função era garantir que todos os padrões e elementos referente ao capítulo que era líder fossem realizados [...] (GH09)

O estudo e compreensão do manual da JCI auxiliou os gestores nas adequações dos processos para o atendimento aos requisitos. Após um ano de preparação, o Hospital S foi certificado pela JCI e a alta direção decidiu não submeter o hospital à acreditação da ONA.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A descrição e a análise dos resultados, desta pesquisa, estão organizadas nas categorias temáticas, advindas da análise de conteúdo, tendo em vista os objetivos do estudo e as respectivas perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Definição das Categorias temáticas

(Continua)

Objetivo	Perguntas Norteadoras	Categoria Estabelecida
Descrever as principais diferenças no processo de Acreditação ONA e JCI.	Gostaria que me descrevesse como aconteceu o processo de Acreditação ONA neste Hospital? Quais as principais dificuldades enfrentadas? Quais os principais benefícios? Como foi a preparação para a JCI? Você identifica alguma diferença na preparação da ONA? Dê exemplos Atualmente o Hospital possui a Acreditação pela JCI, gostaria que me relatasse como foi o processo implantação. Na sua opinião quais são as principais diferenças entre a Acreditação ONA e JCI?	Categoria 1: Processo de Acreditação ONA e JCI: principais diferenças

(Conclusão)		
Objetivo	Perguntas Norteadoras	Categoria Estabelecida
Descrever as principais mudanças nos processos de trabalho, na estrutura e no gerenciamento das equipes com a mudança da acreditação ONA para JCI na visão dos gestores	Fale sobre as principais mudanças nos processos de trabalho do seu setor com a Acreditação JCI, em relação a ONA. Seu setor precisou de adequações nas instalações físicas? Fale sobre as principais mudanças na estrutura física do seu setor com a Acreditação JCI, em relação a ONA. Gostaria que detalhasse como você preparou a equipe para atender os requisitos da Acreditação JCI?	Categoria 2: Mudanças advindas da JCI no processo de trabalho, gerenciamento das equipes, adequações na estrutura física
Identificar os possíveis benefícios da JCI em relação a ONA para a gestão hospitalar	Em sua opinião a adoção da JCI houve alteração ou acrescentou na forma como você realiza a gestão (setor, equipe)? Em sua opinião quais foram os principais benefícios que o processo de Acreditação JCI trouxe para este Hospital, em comparação com a ONA? Em sua opinião a mudança de ONA para JCI exerceu alguma influência na cultura organizacional?	Categoria 3: Benefícios da mudança da Acreditação ONA para a Acreditação JCI

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

5.1 Processo de Acreditação ONA e JCI: principais diferenças

Conforme a ONA (2018), o processo de acreditação é considerado uma importante ferramenta de gestão, pois o entendimento e o cumprimento dos padrões e requisitos contribuem para a melhoria do desempenho dos processos. Ao questionar os entrevistados sobre como foi o processo de acreditação pela ONA, estes relataram que a preparação envolveu a definição dos processos e a oportunidade de organizar os documentos setoriais.

Quando a ONA chegou foi a primeira vez que a gente teve que fazer o plano da qualidade, POP, todas essas novas mudanças em questão de documentação. A gente trabalhou muito nessa questão de documentação[...]. (GH11)

[...] a ONA foi pioneira sim, extremamente importante, ela trouxe pela primeira vez o conceito de trabalhar com processo, então pra gente foi o início, foi o embrião da coisa [...]. (GH10)

[...] o preparo (*Acreditação ONA*) acho que veio com esse foco assistencial dos processos do hospital, organização dos documentos, padronizar as práticas assistenciais, porque antes cada um fazia o que achava que era correto, às vezes a gente tinha na cabeça, mas a gente não tinha os protocolos escritos, então foi uma formalização de como se faz na instituição, garantindo a segurança e a qualidade assistencial. (GH12)

Outro achado na fala dos entrevistados foi a oportunidade de organizar os setores, o que vai ao encontro de um dos objetivos da gestão de processos. Conforme definição da ONA (2018), a gestão de processos é baseada na melhoria contínua, cuja finalidade são os alinhamentos das atividades setoriais com a visão e a estratégia da organização.

Semelhantemente, no estudo de Corrêa *et al.* (2018), foram encontradas evidências de que o gerenciamento dos processos é um dos determinantes do sucesso da acreditação e da sustentabilidade organizacional. O trabalho realizado por Siman *et al.* (2017) também evidenciou que a acreditação trouxe mudanças na configuração do trabalho no que diz respeito à forma de planejamento e da organização. Essas mudanças, segundo os autores, repercutiram na gestão das equipes e nas atitudes dos gestores.

Por meio do relato dos gestores foi possível evidenciar que a acreditação ONA exerceu influência na forma de gestão e organização setorial, um exemplo está no estrato de fala de GH05.

Eu como enfermeira, com formação em enfermagem e como coordenadora hoje, eu não tenho dúvida de como o setor fica organizado. Isso dá mais segurança, tanto para o colaborador fazer aquilo na ponta, como para a gente também, o paciente enxerga, porque querendo ou não ele vê uma organização, ele vê uma limpeza, ele vê todo mundo falando do mesmo jeito.

Com relação a JCI, o processo de acreditação foi projetado para ser educativo, pois os padrões descritos em seu manual contemplam as melhores abordagens práticas e estratégicas que podem auxiliar as organizações no desempenho de suas atividades e proporcionar uma visão crítica dos processos pelos profissionais (JCI, 2020), como pode ser constado nos seguintes depoimentos:

[...] a JCI, ela traz no processo dela, o processo de educação, a formação de multiplicadores que foi feita aqui também, então isso tudo ajudou muito no entendimento do manual, no entendimento dos padrões e que as pessoas incorporassem, os processos e padrões do manual, como rotina na vida delas, não só porque queriam que fosse acreditado, mas que aquilo fizesse parte [...] (GH01)

Eu acho muito bem estruturado, a CBA que é a empresa que ajuda na educação, ela promove vários treinamentos, aí tem um líder para cada capítulo, aí cada um tem que estudar, tem uma pessoa que vem de fora, também te ajuda, depois que você já estudou, faz um auto diagnóstico, do que vai cumprir, o que não vai cumprir, o que está mais ou menos cumprido, ela também faz uma avaliação, uma auditoria, como se fosse uma simulação, então a gente tem um diagnóstico e consegue trabalhar no que precisa [...] (GH02)

[...] a JCI, por mais que você tem capítulos ele faz interface com todos os outros, então na hora de estudar o manual foi a maior diferença que eu percebi. (GH11)

De acordo com Terra e Berssaneti (2017), a capacitação é uma das ações adotadas nos processos de acreditação que auxiliam nas boas práticas da qualidade em serviços de saúde. Os resultados do estudo dos autores revelaram que o processo educativo, proporcionado pelas acreditações, atuam como fonte de disseminação dos padrões e requisitos solicitados pelo manual. Dessa forma, atuam como uma forma de melhorar a segurança e o monitoramento dos processos que impactam positivamente, na produtividade e na comunicação das equipes.

O estudo de Shakibaei (2019) também evidenciou que o processo de entendimento e aprendizado dos requisitos fazem com que o gestor atue como educador de sua equipe e que o conhecimento das melhores práticas não seja uma função exclusiva do gestor, concluindo que o estudo e o entendimento do manual

podem ser praticados por todos da organização, trazendo um fortalecimento dos processos setoriais e um alinhamento da equipe em relação às atividades executadas.

[...] eu acho que eu consegui delegar muito mais da gestão para a equipe, porque antes o enfermeiro era muito mais técnico. Eu tenho que atender, eu tenho que correr atrás de paciente, eu tenho que responder, eu sou basicamente o enfermeiro assistencial, e aí com a JCI não [...] eu achei que foi bom pra mim, então eu achei que pra eles (*equipe*) também poderia, e o legal foi isso, eles estão mais imersos na gestão. Hoje eles também sentem como é que eles influenciam em outros setores, e outros setores influenciam na assistência deles [...] (GH03)

As três principais dificuldades apontadas pelos gestores no processo de acreditação pela ONA foram: a interpretação do conteúdo expresso no manual; a capacitação da equipe; e o envolvimento do corpo clínico que presta serviço no hospital, mas que tem um vínculo mais frágil.

[...] eu acho que no início a dificuldade é você similar o que está no manual (ONA) e o que de fato você tem que fazer na prática, porque às vezes no manual é muito bonito e a prática é mais complicada (GH03)

Eu vejo que uma das dificuldades que eu tive, foi a questão de conseguir capacitar toda a equipe, para que nada fosse feito da forma incorreta, em orientar todos os colaboradores a executar o processo da forma correta. (GH9)

[...] um desafio foi implantar essa questão de gestão com o corpo clínico, uma vez que eles não são colaboradores do hospital; e eles têm essa responsabilidade de apresentar os resultados, de compartilhar com a equipe e o grande desafio [...] (GH12)

O estudo de Siman *et al.* (2015) também trata desse assunto. Para os autores, um dos pontos dificultadores do processo de acreditação da ONA foi o relacionamento com a equipe, pois os profissionais precisam conciliar o interesse do hospital em cumprir os requisitos do manual com a rotina de suas atividades, o que gera uma cobrança e faz com que alguns profissionais não se envolvam no processo.

Para Oliveira e Matsuda (2016), a cultura organizacional é o ponto que causa dificuldade no processo de acreditação. Os autores afirmam que a incorporação de novos processos depende da mudança da cultura e que isto está diretamente ligado à adesão dos profissionais.

A implantação da JCI, por sua vez, trouxe outros desafios para o processo de acreditação, de acordo com os entrevistados, destacando-se a adequação da estrutura física e a adequação dos protocolos.

No hospital eu acho que foi muito mais tenso a questão da estrutura física, porque a estrutura física para os padrões JCI, não é a estrutura ideal, então foram feitas várias adequações para ver se atende, eu acho que isso trouxe uma certa insegurança para todo mundo. (GH06)

Acho que primeiro, a dificuldade relacionada à estrutura, por ser um hospital mais antigo, então algumas coisas não estavam adequadas [...]. (GH02)

Então quando você já tem os seus processos desenhados, eu falo assim, sair da ONA e ir para JCI, tem algumas diferenças sim, tem alguns protocolos...requisitos que são diferentes, a questão da sedação, o anestesista estar presente, algumas coisas assim, a gente até tem que adaptar, mas eu acho que não tem tanto, não achei tão impossível, achei tão desafiador, para o paciente. (GH12)

O estudo de Shakibaei (2019) evidenciou, como ponto dificultador para o processo de acreditação internacional, o cumprimento de alguns padrões em decorrência das solicitações descritas no manual, tais como alterações na estrutura física em decorrência da questão financeira e a descrição dos novos processos, definidos pelo autor como aumento da burocracia.

A dificuldade comum, encontrada na implantação de qualquer acreditação, é a mudança da cultura organizacional, sendo este o cuidado central que deve ser tomado na condução do processo, que só pode ser contornado por meio da capacitação dos profissionais e do comprometimento da direção executiva com a mudança e os investimentos financeiros necessários (SIMAN *et al.* 2017; BERSSANETI *et al.*, 2016; AL-ALAWY *et al.*, 2020).

Os entrevistados foram questionados a apresentarem as principais diferenças entre a acreditação ONA e a acreditação JCI, visto que vivenciaram os dois processos. A primeira diferença relatada pelos entrevistados foi o fato da JCI ser uma acreditação internacional, e, por esse motivo, configurar-se como uma acreditação mais ‘robusta’, ou seja, com padrões mais elevados, e mais completa e respeitada.

Senti muita diferença, talvez porque a JCI é uma certificação internacional, tem um padrão, uma régua mais alta do que a ONA, por ser internacional ela tem as características dela. (GH08)

Olha, a JCI eu a encaro como a mais completa, ela tem um peso maior por ser internacional, a gente se torna um referencial fora do Brasil, então existe esse peso. (GH07)

Então para mim a JCI é a “Chanel” das creditações (risos). Nossa! Porque ela é uma norma, em todos os termos, não só de quantidade, mas do que ela agrega mesmo pra gente... (GH10)

A percepção de ser uma acreditação mais robusta é identificada também na forma como a JCI conduz os profissionais a terem uma visão holística das atividades e como elas impactam no paciente. Os entrevistados relataram que a interação entre os setores, a forma de estudo do manual e a metodologia de avaliação auxiliam os profissionais a terem processos interligados e que proporcionem um atendimento ao paciente com segurança e com qualidade.

O método *tracer*, adotado pela JCI, tem como objetivo rastrear as falhas dos processos, avaliando o caminho que o paciente realiza no hospital, ou seja, levando os profissionais a terem o entendimento da cadeia de serviços da interligação entre os setores que geram valor ao paciente (MEIRELES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2019). Conforme Yamauchi (2016), o método *tracer* permite seguir a experiência do cuidado e do tratamento, com base nas perspectivas do paciente, de seus familiares e de suas necessidades.

Tem muita diferença, a JCI se preocupa muito com a questão de formação, divulgação dos conceitos, envolvimento das lideranças e o desdobramento até a ponta, então isso é muito forte na JCI, porque ela parte do princípio que a acreditação é feita lá na ponta. (GH11)

Quando você fala que você tem um processo, você tem que ter ele com muito rigor para a JCI, muito detalhe, eu acho que a diferença é essa, é profundidade, a gente já fazia coisas que a ONA nem solicitava. Mas a diferença da JCI claramente está entre um processo que a ONA pede evidência e que a JCI pede qualidade, a profundidade com que aquilo é checado. E, principalmente, não é checado com a gente, é checado na ponta. (GH10)

[...] a JCI por ser *tracer* ela avalia os bastidores de uma forma amostral, então o que vale é o que você está de fato entregando, a gestão é importante? É sim, mas mais do que a gestão é o que de fato você está entregando para o seu cliente final, seja ele o seu cliente interno ou externo. (GH04)

O trabalho de Shakibaei (2019) também apresenta os programas de acreditação internacional. O autor relata que uma das contribuições, advindas de acreditação internacional, é a possibilidade de os hospitais revisitarem seus processos com um olhar mais refinado das atividades, pois as boas práticas, contidas no manual internacional, são relatos de experiências vivenciadas em vários hospitais do mundo.

O trabalho de Terra e Berssaneti (2017) evidenciou que, nos hospitais acreditados pela JCI, houve um mapeamento detalhado dos processos que auxiliaram os hospitais a elevarem o nível de produtividade dos profissionais e a melhorarem a segurança dos pacientes.

Semelhantemente, no trabalho de Ferreira *et al.* (2017), foi possível identificar que a adoção de acreditação internacional impulsionou alterações sistêmicas no hospital estudado, da padronização de rotinas ao fortalecimento de uma cultura de segurança, tanto para o profissional quanto para o paciente.

5.2 Mudanças Proporcionadas pela JCI: processo de trabalho, gerenciamento das equipes, adequações na estrutura física.

Segundo a JCI (2020), os hospitais devem criar a oportunidade aos profissionais de aprenderem e de crescerem, pessoalmente e profissionalmente. Tendo em vista essa orientação, os entrevistados foram questionados se o processo de acreditação da JCI trouxe mudanças na forma de gerenciamento das equipes.

De acordo com os depoimentos, a incorporação da acreditação JCI estreitou os laços dos gestores com a equipe, melhor compartilhamento de responsabilidades e a visão crítica das atividades exercidas pela equipe. De uma forma geral, encontram-se essas informações nos objetivos das creditações, seja ela nacional ou internacionais, pois trata-se de uma premissa da qualidade promover melhor interação entre as equipes (ONA, 2018; JCI, 2020).

[...] hoje a gente consegue mostrar mais para os meninos (*equipe*) o porquê que eles estão fazendo aquilo. Não basta a gente falar que tem que fazer, porque com a JCI... com os requisitos desenhados a gente entendeu que tem que fazer desse jeito, porque se não fizer isso vai acontecer aquilo com o paciente, e isso vira uma cascata, e tem um impacto, seja ele financeiro, na satisfação, no assistencial [...]. (GH05)

Eu tive que partilhar com elas (*equipes*) muito mais das minhas formas de trabalho, o indicador é delas, elas sempre souberam disso, mas o que que está por traz do indicador, como que eu trabalho aquele indicador, como eu mensuro aquele indicador.... então e eu tive que mudar a minha forma de trabalho, eu tive que mostrar para elas que o indicador eu só analiso, quem dá o ritmo do indicador, quem dá as variáveis, quem dá a entrega, quem dá o resultado de fato são ela [...]. (GH04)

A importância do empoderamento das equipes está presente no estudo de Shakibaei (2019) que revelou que uma das contribuições da acreditação internacional foi o fortalecimento das equipes, em decorrência de melhor interação entre as partes, favorecida pelo alinhamento dos processos.

Com relação ao fortalecimento da equipe, o estudo, realizado com enfermeiros, de Despotou, Her e Arvanitis (2020) também evidenciou que a acreditação da JCI, por ter efeito significativo nos processos da assistência, auxiliou as equipes em sua interação e na percepção de segurança.

Outra referência semelhante foi encontrada na pesquisa de Al-alawy *et al.* (2020) e Freire *et al.* (2019) que tinham como objetivo avaliar o impacto da acreditação hospitalar nas organizações acreditadas. Como resultado, os estudos demonstraram que, com a acreditação, a comunicação entre as equipes apresentou melhoras, promoveu a padronização das informações e mais compreensão dos profissionais sobre as consequências de suas ações, criando oportunidades de união e de fortalecimento das interações entre os setores.

Adequações e alinhamentos dos processos, outra vantagem que a acreditação proporciona aos hospitais (SHAKIBAEI, 2019; TEIXEIRA, 2019; TERRA; BERSSANETI, 2017; FERREIRA *et al.* 2017; SIMAN *et al.* 2017; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017). Com base nessa premissa, perguntou-se aos gestores se a Acreditação JCI trouxe mudanças nos processos de trabalho.

As respostas apontam que a principal contribuição da JCI aos processos reside na segurança do paciente e no gerenciamento dos riscos.

[...] os protocolos ficaram bem mais definidos, sabe?! Principalmente nas áreas assistenciais... a questão da implementação das metas internacionais é muito forte para a segurança do paciente [...]. (GH01)

Eu acho que a JCI faz com que a gente pense fora do nosso setor, e com foco no paciente, pensando em uma linha contínua de cuidado. (GH03)

[...] a JCI é mais focada na segurança assistencial, e aí ela põe um foco maior nos meus processos, por exemplo, o resultado crítico eu implantei por causa da JCI, e é muito importante para o meu setor hoje [...]. (GH08)

Teve aumento de algumas demandas administrativas de registro, mas em contrapartida a gente tem o paciente mais informado, mais engajado, sabendo mais o que está acontecendo, sentindo segurança nos processos e na instituição. Esse controle de acesso ao hospital por exemplo, porque eram catracas mais antigas, aí a gente já instituiu um processo mais seguro[...]. (GH12)

As respostas indicam mudanças nos processos assistenciais, referentes a incorporação de práticas mais seguras. Essas posições vão ao encontro das recomendações descritas no capítulo de 'metas internacionais de segurança do paciente' e o capítulo da 'segurança nas instalações físicas' (JCI, 2020).

Na literatura, encontram-se discussões semelhantes. O estudo de Ferreira *et al.* (2017) mostrou que a adoção de práticas padronizadas contribuiu para o aperfeiçoamento do trabalho e para uma atividade mais segura, proporcionando menor risco ao paciente. Outra fonte refere-se à segurança do profissional, porque a incorporação da acreditação trouxe consigo uma visão mais crítica das atividades, o que traz mais tranquilidade aos profissionais para executarem suas atividades.

Terra e Berssaneti (2017) e Mendes e Mirandola (2015) mostraram que a acreditação JCI promove aumento dos níveis de segurança do paciente em decorrência da padronização dos processos, e diminuição dos riscos. Semelhantemente, Despotou, Her e Arvanitis (2020) e Macedo (2019) constataram melhoria dos processos internos e fluxos mais seguros.

Os gestores também foram questionados sobre a necessidade de se realizarem mudanças na estrutura física para atender aos requisitos da JCI, e as respostas indicaram que sim.

[...] principalmente em relação a segurança. Foi a questão das nossas portas, por serem áreas muito separadas ... implantamos a digital para controle de quem está entrando, e nós também colocamos um alarme [...]. (GH05)

[...] almoxarifado e farmácia era tudo junto, eu tive que separar fisicamente, porque uma área trabalhava com armazenamento de caixas primárias e a outra já não poderia, ... tive que separar por parte física, implantar novos controles que a gente não tinha... a gente teve que melhorar muito a questão de recebimento e rastreabilidade. Rastreabilidade foi uma coisa que a gente teve que refletir muito e adequar muito nosso processo como um todo [...]. (GH11)

[...] de fato era a mudança de estrutura física e aí foi aprovado, porque anteriormente eu já tinha solicitado duas vezes e foi negado... com a notificação da JCI hoje foi aprovado, então com certeza se não tivesse a JCI, ou não teria essa mudança de estrutura. (GH03)

Conforme a JCI (2020), o gerenciamento das instalações tem como objetivo reduzir e controlar os riscos, prevenir algum tipo de acidente ou lesão aos pacientes, familiares, profissionais e visitantes, e manter as instalações mais seguras. O estudo Al-alawy *et al.* (2020) evidenciou que o processo de acreditação auxiliou em mudanças estruturais. Os entrevistados relataram que o objetivo não era fazer mudanças grandes na estrutura, mas adequar alguns processos dentro da estrutura de forma que ficasse evidente uma segurança na instalação física.

O capítulo “Gerenciamento das instalações e segurança”, do manual da JCI, informa que o hospital deve cumprir as legislações e regulamentos das autoridades

locais em relação aos requisitos solicitados, além disso, fornecer sugestões para melhorar a segurança, mas conceder liberdade para o hospital se adequar ou não (JCI, 2020).

No Brasil, a legislação que descreve normas seguras para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde é a Resolução da Diretoria Colegiada número 50 (RDC50) da ANVISA, publicada no ano de 2002. Segundo a norma da JCI, o atendimento às exigências locais é uma forma de cumprir os requisitos do capítulo específico sobre o gerenciamento das instalações físicas. A dificuldade encontrada por alguns hospitais é a de que as edificações foram erguidas antes da publicação da RDC50, o que demonstra ser um ponto dificultador para comprovar tais requisitos quando exigidos pela JCI. Talvez, por isso, poucos estudos apontem as alterações realizadas em estruturas físicas de hospitais brasileiros para atenderem requisitos de normas acreditadoras (BRASIL, 2002; JCI, 2020).

5.3 Contribuições da Mudança de Acreditação ONA para a Acreditação JCI

Por meio do relato dos entrevistados, foi possível evidenciar contribuições que o processo da acreditação trouxe para a gestão e para a cultura organizacional, visto que o hospital elevou seu nível de organização em decorrência das creditações ONA e JCI.

[...] ela (*Acreditação*) me ensina a fazer a gestão, existe algumas ferramentas no hospital, de gestão, que nos permite ser mais fácil o nosso processo [...] (GH03)

[...] quando não tem acreditação é uma opção, agora quando você tem é uma obrigação, então você tem que implementar, colocar em prática, e as práticas elas não são de certificação, elas são de gestão [...] (GH02)

A acreditação traz essa competitividade não só de mercado, mas de desafio setorial, se é que existe este termo, de fazer diferente, sempre visando o que você comprometeu lá atrás de fazer, que é o compromisso com a qualidade pela vida. (GH04)

Com certeza, é... tem uma pessoa da área de qualidade que fala que acreditação é um ativo que os hospitais têm, verdadeiramente é um valor ali em todos os sentidos. Eu acho que trabalhar em uma instituição acreditada, ela agrega valor ao paciente, para os profissionais, porque ela muda o patamar de trabalho, a empregabilidade das pessoas, a visão, a capacidade de lidar com os processos [...] (GH10)

Eu acho que a acreditação ela passa a fazer parte da gente, porque quando você sai daqui você absorve essa cultura, você vê processos de qualidade em todos os lugares, você vai em um restaurante você quer ser bem atendido, com padrão, porque a acreditação ela fala exatamente isso, ter padrão, ter

alinhamento, ser sempre da mesma forma, então você começa a cobrar isso em todos os lugares [...] (GH03)

Uma das premissas das creditações é proporcionar uma cultura organizacional, baseada em melhoria contínua, fazendo com que a instituição tenha vantagem competitiva e tenha seus valores disseminados no nível estratégico, tático e operacional (JCI, 2020; ONA, 2018).

Com relação à cultura organizacional, os gestores elencaram somente aspectos positivos. Segundo Mintzberg (2010), a cultura organizacional é baseada nas crenças e nos valores compartilhados entre os membros de uma organização, sendo a base sustentadora, que é fortalecida pela existência das pessoas que compõem a instituição.

Eu acho que o movimento de qualidade na área da saúde, ele é um caminho sem volta, ele vai se tornando cada vez mais um fator competitivo entre as instituições, vai ficando difícil entra nesse mundo, porque ele realmente melhora a vida dos profissionais, melhora o resultado da entrega para os pacientes, muda a cultura mesmo, principalmente quando as instituições encaram o valor de verdade, não como selo para fazer propaganda, mas como uma melhoria de processo, melhoria de segurança do paciente, toda uma organização de processo ela sem dúvida nenhuma é um diferencial. (GH10)

Ao serem questionados sobre a mudança de norma acreditadora, após 15 anos de acreditação pela ONA, no hospital em estudo, os entrevistados pontuaram melhorias setoriais e no hospital como um todo. Para os entrevistados, essa mudança veio como uma oportunidade de testarem seus processos e a cultura de qualidade existente.

[...] eu acho que o hospital ficou muito mais maduro, muito mais preparado. (GH04)

Eu acho que a questão assistencial, a gente ter recurso, naquilo que de fato é mais importante, mundialmente importante, porque antes você podia deixar de fazer alguma coisa. Acho que tem uma vantagem também para a evolução das pessoas, a evolução pessoal, o nível de conhecimento [...]. (GH02)

Hoje eu posso te falar sem sombra de dúvidas que é mudar todos os processos que eu já havia identificado que eram frágeis, a JCI de fato pontuou que era frágil [...] (GH03)

Eu vou ser muito sincera, eu acho que não foi só a JCI, eu acho que veio desde a ONA, NIAHO e da ISO, que as coisas foram crescendo, uma foi acrescentando a outra e foi melhorando [...] (GH05)

Foi possível identificar que a acreditação teve a capacidade de moldar processos e pessoas devido ao objetivo de melhoria contínua, refletindo no fortalecimento da cultura organizacional.

O cuidado centrado no paciente com mais segurança, a atenção com os familiares foram as contribuições que os gestores pontuaram para área assistencial. Isso porque a JCI traz, em seu manual, um capítulo específico para a segurança do paciente e que se estende à atenção destinada aos familiares no capítulo 'Cuidado Centrado no Paciente'.

A JCI define, no seu escopo de auditoria, que a instituição deve ter itens em conformidades que comprovem a segurança no atendimento ao paciente. A instituição pode não ser acreditada caso tenha alguma não conformidade com o capítulo de 'Metas Internacionais de Segurança do Paciente'.

Os benefícios vieram principalmente para as áreas assistenciais, a questão da implementação das metas internacionais, é muito forte para a segurança do paciente, sempre educando e buscando melhorar nos processos assistenciais [...] (GH01)

O envolvimento da família sabe, isso realmente a gente tinha muito fraco na ONA e para a JCI pra mim fez toda a diferença, no diagnóstico, no tratamento, na educação, na hora de ir embora pra casa, na hora que chega na admissão, tudo que a gente tem que falar para a família, tudo que a gente tem que documentar em relação a isso, essa participação, isso pra mim foi o melhor de tudo assim. (GH05)

Eu acho que vale o investimento, acho muito importante porque a JCI ela converge muito com a atividade fim da instituição hospitalar, que é entregar a melhor a melhor assistência com qualidade e segurança, então eu acho que ter uma norma que dá mais segurança e mais qualidade para os seus processos, é válido tanto para a instituição, quanto para os profissionais que atuam, tanto para o paciente, todo mundo ganha. (GH12)

Na gestão, as contribuições elencadas pelos entrevistados foram sobre a gestão de pessoas e a intersetorialidade, como comprovam os estratos a seguir:

[...] fazer com que as equipes todas falassem a mesma língua, melhorou a cultura, trouxe outros valores para a cultura organizacional, fez com que todo mundo tivesse em mente os mesmos objetivos, para a gente ter essa acreditação. (GH01)

Então a JCI trouxe amadurecimento, trouxe visão crítica, trouxe parceria entre a equipe, hoje o pessoal já é mais maduro para entender a situação de parceria de crescimento. (GH07)

o que ficou muito claro foi todas as áreas trabalhar em conjunto e um dominar o processo do outro, a JCI fez a gente dominar isso. Então hoje a farmácia

conhece enfermagem, enfermagem conhece farmácia, então a gente sabe o que um precisa em relação ao outro. (GH11)

No que se refere à gestão de pessoas, houve maior interação das equipes refletindo no envolvimento e engajamento das pessoas. As equipes ficaram mais envolvidas com as atividades, aproximando, portanto, dos gestores, pois houve uma descentralização das atividades estratégicas, atribuindo às equipes maior entendimento e responsabilidade das atividades executadas.

Os critérios definidos pela JCI, em relação à visão dos processos internos, contribuíram para o aprimoramento da intersetorialidade. Os processos ficaram mais definidos em prol de um objetivo em comum, melhoria do atendimento ao paciente e familiares, fazendo com que os setores monitorassem seus processos para não impactar no processo dos demais setores.

O estudo de Sinan *et al.* (2017) evidenciou que o processo de acreditação foi importante para o desenvolvimento da qualidade do trabalho e da prática gerencial. O trabalho analisou o resultado da acreditação hospitalar para a gestão do serviço através da percepção de alguns gestores. Mudanças no planejamento, na avaliação do serviço, nas metas organizacionais, na organização do trabalho foram as contribuições que a acreditação trouxe para a gestão do hospital.

Dessa forma, é esperado de hospitais acreditados práticas gerenciais racionais, pontuais e estratégicas que proporcionem aos gestores aplicarem uma gestão pautada na arte, ciência e habilidade prática (OLIVEIRA *et al.* 2019; MINTZBERG, 2010).

O estudo de Terra e Berssaneti (2017), sobre os impactos gerados pela acreditação nos serviços de saúde, avaliou 5 hospitais acreditados, sendo que 2 possuíam acreditação nacional ONA e acreditação internacional JCI. Os resultados demonstraram que um dos hospitais com 2 credenciações tinha o reconhecimento em relação aos demais hospitais, de antemão não foi evidenciado um aumento expressivo dos níveis de segurança, sugerindo que não é a quantidade de certificação que garante processos seguros e, sim, a disseminação do conhecimento como garantia da qualidade dos processos.

Na pesquisa realizada por Maia e Roquete (2014), ao identificar as características prevalentes dos hospitais acreditados pela JCI, evidenciou-se que, dos 25 hospitais acreditados em 2014, credenciados pela JCI, 15 tinham outra certificação,

entre as mais citadas estão aquelas oriundas de outros manuais da JCI, como o de “Condições específicas”, e outras oriundas de órgãos nacionais e internacionais, entretanto, não foi evidenciado o motivo que levou os hospitais a terem mais de uma certificação.

Diante das poucas publicações na literatura especializada, a mudança de norma acreditadora foi entendida como uma possibilidade de melhoria e como uma forma de validação dos princípios da qualidade em saúde e, acima de tudo, um aprendizado para a instituição e para todos os envolvidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios de hospitais privados é garantir sua sobrevivência no contexto de um mercado altamente competitivo. Para o alcance de seus objetivos, a organização sob estudo tem adotado modelos organizativos diferenciados, e os gestores envolvidos nos processos assistenciais e gerenciais têm sido direcionados a buscar a qualidade nas atividades, a eficiência e a segurança dos processos.

Este estudo teve como objetivo geral analisar os efeitos da mudança da acreditação ONA para JCI, na visão dos gestores de um hospital privado de grande porte de Belo Horizonte. No que se refere ao primeiro objetivo específico, as principais diferenças entre o processo de Acreditação ONA e JCI, os gestores relataram como o hospital se organizou para o processo de certificação.

Para a ONA, os gestores relataram que houve uma organização dos processos internos com a criação dos documentos setoriais e para a JCI foi a adequação da estrutura física para atendimento da norma. Um ponto em comum apontado foi a disponibilização de programas de capacitação. Nas duas normas, o processo de acreditação envolveu rotinas de capacitação com objetivos distintos. Para a ONA, houve capacitação focada no novo mapeamento dos processos e no seu alinhamento com as equipes; para a JCI, o objetivo foi envolver as equipes nas adequações solicitadas pela norma, seja em estrutura física ou na definição de novos protocolos.

Quanto as principais mudanças nos processos de trabalho, na estrutura e no gerenciamento das equipes com a mudança da acreditação ONA para JCI, segundo objetivo de pesquisa, os resultados mostraram que a cultura de qualidade está presente no dia a dia das atividades da instituição. A JCI trouxe melhorias que foram percebidas pelos gestores durante a condução do processo de acreditação, como uma visão mais crítica dos processos internos por parte da equipe e a descentralização das atividades do gestor. Para os gestores, a JCI trouxe uma visão sistêmica e com foco na qualidade dos processos, auxiliando na interação da equipe com os valores da organização.

O fato de ter um passado de acreditação, 15 anos acreditado ONA Nível 3, auxiliou na condução do processo de acreditação da JCI, o que reafirmou a presença de uma cultura de qualidade nos processos da organização.

Quanto à identificação dos benefícios da JCI, em relação à ONA, terceiro objetivo da pesquisa, verificaram-se contribuições na gestão de pessoas e na interação entre os setores. Também foram identificados benefícios na área assistencial, como maior segurança assistencial e atenção voltada para os familiares dos pacientes.

Também é importante relatar que os gestores viram com a JCI uma oportunidade de disseminar os princípios de qualidade e segurança com a equipe e fazer um alinhamento com os valores da organização. Esses achados só reforçam que processos de acreditação auxiliam as organizações a conviverem com processos alinhados, com uma prática de capacitação de pessoas e uma cultura organizacional se fortalecendo a cada dia.

Assim, organizações de saúde que conseguem manter, no seu dia a dia, os requisitos solicitados pelas creditações, tendem a usufruir de melhorias em seus processos, de maior interação dos setores e das equipes e de uma qualidade que pode ser percebida pelos pacientes, colaboradores, sociedade e concorrentes.

A abordagem qualitativa desta pesquisa possibilitou a compreensão de como o processo de acreditação auxilia na prática da gestão. A utilização da técnica de entrevista foi fundamental para um estudo mais aprofundado desse tema, bem como, dos desdobramentos de tal implantação.

Como limitação do estudo, apontam-se as restrições impostas pela pandemia, como o atraso na aprovação do projeto ao comitê de ética que priorizou pesquisas em prol da pandemia, a disponibilidade da pesquisadora por atuar em um setor que trabalhou, estrategicamente, no apoio ao hospital na definição de um protocolo e de um plano de atuação para enfrentamento da pandemia. Houve dificuldade em realizar as entrevistas com os gestores, devido ao envolvimento destes nas atividades extras, visto que estavam todos comprometidos com o gerenciamento da crise proporcionada pela pandemia, principalmente entre dezembro de 2020 a abril de 2021.

Outra limitação do estudo foi o fato de os gestores não conseguirem relatar detalhes do processo de acreditação da ONA, em decorrência do tempo que o hospital conseguiu a primeira acreditação.

Como possibilidade de estudos futuros, sugere-se investigar o clima organizacional após a acreditação da JCI, abordando demais colaboradores e ainda, a acreditação hospitalar na perspectiva da experiência do paciente e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- AL-ALAWY, K. *et al.* A Mixed-Methods Study to Explore the Impact of Hospital Accreditation. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization**, v.58, p. 1-8, 2021.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999.
- ANAHP. **ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS**. Observatório ANAHP 2020. Site da internet. Disponível em: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2020>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- ANGELO, M.L.B. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. **Revista de Administração em Saúde - RAS**, v.13, n. 52, p. 157-164, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001: Sistemas de Gestão da Qualidade: requisitos**. Rio de Janeiro, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2008.
- BERSSANETI, F.T. *et al.* Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional? **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 50, n. 4, p. 650-657, 2016.
- BEZERRA, C. A. MARQUES, D. C. Gestão do conhecimento, inovabilidade, criatividade e desempenho inovador em empresas de saúde. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 9, n. 2, p. 56-84, 2019.
- BOTELHO, L.L.R. CUNHA, C.C.A. MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, v.5, n.11, p.121-136, 2011.
- BRAGA, A.T.; PENA, M.M.; PINHEL, I. O que significa trabalhar em hospital acreditado? Percepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.12, n. 6, p.1524-31, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231347p1524-1531-2018>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466, 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S. Avaliação do programa de acreditação hospitalar: validação de face e conteúdo. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v.70, n.1, p.47-53, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0184>. Acesso em: 23 set. 2019.

CERVILHERI, A.H.*et al.* Withdrawal of accession to the accreditation process: prospects for hospital quality management. **Revista Enfermagem Atual**, n.18, p. 27-32, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n84.2>. Acesso em: 26 jun. 2021.

CHAVES, S. CAMPELLO, M. A qualidade e a evolução das normas série ISO9000. **XIII SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, Resende, 2016. incompleto

CNES. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**. Consulta tipos de estabelecimentos. Site da internet. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 14 maio 2021.

CORDEIRO, J.V.B.M. Reflexões sobre a Gestão da Qualidade Total: fim de mais um modismo ou incorporação do conceito por meio de novas ferramentas de gestão? **Revista FAE**, v.7, n.1, p.19-33, 2004.

CORRÊA, J.E. *et al.* The influence of accreditation on the sustainability of organizations with the Brazilian Accreditation Methodology. **Journal of Healthcare Engineering**, v.2018, p.1-11, 2018.

DESPOTOU, G. HER, J. ARVANITIS, T.N. Nurses' perceptions of joint commission international accreditation on patient safety in tertiary care in South Korea: a pilot study. **Journal of Nursing Regulation**, v.10, n.4, p. 30-36, 2020.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med, 114:1115-1119; 1990.

FELDMAN, L.B. GATTO, M.A.F. CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enfermagem**, v.18, n. 2, p. 213-29, 2005.

FERREIRA, A.M.D. *et al.* Acreditação Internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 11, supl. 12, p.5177-5185, 2017. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25094p5177-5185-2017>

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009. Cap. 1.

FONTANELLA, B. J. B. RICAS, J, TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília – DF: Líber Livro, 2008.

FREIRE, E. M. R. et al. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar a. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, e20180224, 2019.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GERÔNIMO, M.S. *et al.* Acreditação como ferramenta de competitividade: um estudo comparativo entre hospitais da rede particular com e sem certificação. **Exacta**, v. 16, n. 2, p. 187-207, 2018

GODOY, A.S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, v. 2, p. 6-18, 2004.

GOMES, R. *et al.* A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p.2431-2439. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802431&script=sci_arttext. Acesso em: 23 set. 2019.

GOMES, R. *et al.* A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p.2431-2439. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802431&script=sci_arttext. Acesso em: 23 set. 2019.

GOULART, I. Análise de conteúdo. In: GOULART, I. (Org.) **Temas de psicologia e administração**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GURGEL JÚNIOR, G. D. VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v7n2/10251.pdf> 21/9/2019>. Acesso em: 21 set. 2019.

HINRICHSEN, S. L. **Qualidade & segurança do paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. 352p.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Manual de Acreditação Internacional. Programa de Acreditação Canadense** - CCAP Rio de Janeiro: IQG & CCHSA International; 2021.

ISHIKAWA. K. **Controle de qualidade total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993

JCI, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais**. EUA: Oak Book, 2020. 340p.

JURAN, J. **Quality control handbook**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 1998.

MACEDO, G.R.S. **Contribuições dos modelos de acreditação ONA e JCI para a segurança do paciente: estudo de caso do Centro de Combate ao Câncer**. 2019. 197 f. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019.

MAIA, T. P.; ROQUETE, F. F. Um Olhar sobre a acreditação hospitalar no Brasil: a experiência da *Joint Commission International* (JCI). In. **XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2014. Anais... Rio de Janeiro. SEGeT 2014. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MAINARDES, W. E; LOURENÇO, L; TONTINI, G. Percepções dos conceitos de qualidade e gestão pela qualidade total: estudo de caso na universidade. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v.8, n.2, p.279-297, 2010. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/view/21631/18323>. Acesso em: 21 set. 2019.

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

MATA MACHADO, M. N. da. **Entrevista de pesquisa**: a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 33-59.

MEIRELES, V. C.; LABEGALINI, C.M.G.; BALDISSERA, V.D.A. Método *Tracer* e a qualidade do cuidado na enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 0:e20180142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180142>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MENDES, G. H. S. MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. único, p. 1-13, 2015.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINTZBERG, H. **Managing**: desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman, 2010.

NASCIMENTO, J.C.M. GRAVENA, A.A.F. MACHINSKY JUNIOR, M. Acreditação Hospitalar como Ferramenta para a Gestão da Qualidade no Brasil: Características, Avanços e Desafios. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.17, n.4, p.1-10, 2020. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6347>. Acesso em: 26 jun. 2021.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.2, p.1-10, 2017a.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Influência da Acreditação hospitalar na satisfação profissional da equipe de enfermagem: estudo de método misto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.7, e3109, 2019.

OLIVEIRA, J.L.C. *et al.* Management changes resulting from hospital accreditation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e.2851, p.1-8, 2017b.

OLIVEIRA, J.L.C. MATSURA, L.M. Descredenciamento da certificação pela acreditação hospitalar: percepções de profissionais. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, e4430014, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004430014>

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2018.

PORTELA, M. C. *et al.* Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p. S1-S15, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105815>>. Acesso em: 23 set. 2019.

ROBERTS, J.S. COALE, J.G. REDMAN, R.R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. **JAMA**, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

RODRIGUES, M. V. *et al.* **Qualidade e acreditação em saúde**. São Paulo: FGV Editora, 2011.

SANTOS, W.S. FIATES, G.G.S. ROCHA, R.A. Qualidade de serviços hospitalares sob a perspectiva dos processos de acreditação. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n.1, p. 82-97, 2019.

SAUT, A.M. BERSANETI, F.T. MORENO, M.C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 5, p. 713-721, 2017.

SHAKIBAEI, E. Role of a hospital accreditation program in developing a process management system: a qualitative study. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.32, n.1, p.1-29, 2019. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2018-0002>

SIMAN, A.G. CUNHA, S.G.S. BRITO, M.J.M. Mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar. **Revista RENE**, v. 17, n. 2, p. 165-176, 2016.

SIMAN, A.G. *et al.* Estratégia do trabalho gerencial para o alcance da acreditação hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, v.19, n.4, p. 815-822, 2015.

SIMAN, A.G. *et al.* Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, e. 1480, 2017.
<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1480>

STRAUSS, A. L., CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2008, reimp. 2009. 288p.

TEIXEIRA, S.S.S. **Análise do impacto das práticas de acreditação nos hospitais do município de São Paulo**. 2019. 128 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2019.

TERRA, J.D.R. BERSSANETI, F.T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.41, n.1, p.11-17, São Paulo, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas S. A., 2009.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas Editora, 2011.

YAMAUCHI, N.I. A metodologia do Consórcio Brasileiro de Acreditação. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, supl. 1, p. 286-294, 2016.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE**APÊNDICE A – Produto Técnico**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Andréia Paulina Ferreira Silva

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “EFEITOS DA
ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO GERENCIAMENTO
HOSPITALAR: a visão dos gestores de um hospital privado”**

Belo Horizonte
2021

Andréia Paulina Ferreira Silva

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “EFEITOS DA
ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO GERENCIAMENTO
HOSPITALAR: a visão dos gestores de um hospital privado”**

Produto técnico resultante do Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Belo Horizonte
2021

Proposta de identificação dos elementos de mensuração da JCI na cadeia cliente fornecedor interno

Introdução

Como parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, foi desenvolvido um Produto Técnico com o propósito de identificar requisitos da acreditação JCI nos acordos da cadeia cliente fornecedor interno. Trata-se de uma proposta de revisão da cadeia cliente fornecedor com a identificação de alguns elementos de mensuração envolvendo setores administrativos e assistenciais da instituição.

Os principais resultados da pesquisa evidenciaram que acreditação da JCI auxiliou na interação dos setores, mesmo a instituição tendo os acordos firmados entre os setores, verificou-se que, com a implantação da JCI, os gestores e as equipes compreenderam a importância e o significado das atividades intersetoriais.

Constatou-se também que a mudança de norma acreditação fez a instituição testar seus processos garantindo mais segurança ao paciente e a seus familiares e a gerir melhor as pessoas que constituem a organização.

Esta proposta de produto técnico tem potencial para auxiliar no fortalecimento da cultura organizacional e no fortalecimento da gestão do conhecimento da norma JCI nos processos internos.

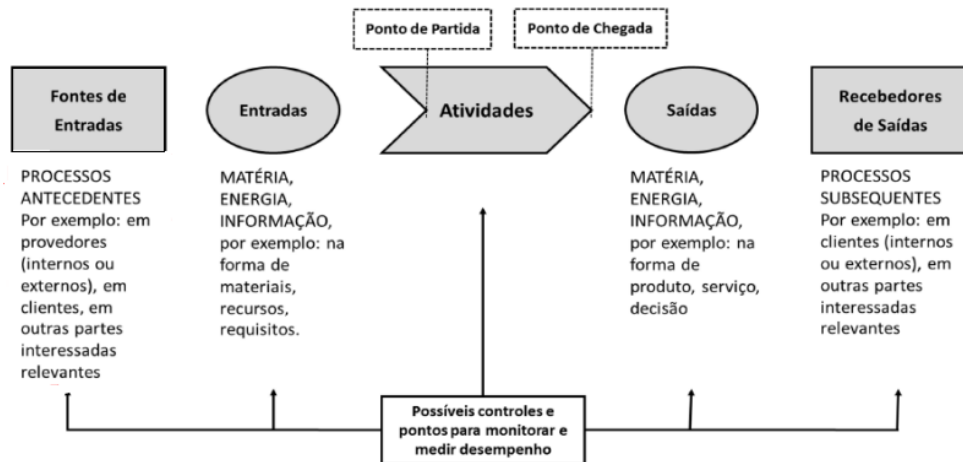
Operacionalização da proposta

A proposta é a identificação dos requisitos da JCI nos acordos da cadeia cliente fornecedor por cada setor.

A Cadeia Cliente Fornecedor Interno é composta pelos setores existentes na instituição de acordo com suas interfaces. As áreas são classificadas em duas categorias: clientes e fornecedores.

A Figura 2 mostra uma representação esquemática de qualquer processo e suas interações. É possível verificar a existência de uma cadeia que faz com que os setores possam compreender a importância da atividade dentro da organização como um todo.

Figura 2 - Elementos de um processo individual na cadeia cliente fornecedor



Fonte: NBR ISO 9001, 2015, p.10.

Os clientes são o setor ou o processo que recebe produto, serviço ou informação e se beneficiam dos resultados do processo em questão. Os fornecedores são o setor ou o processo que fornece produto, serviço ou informação ao processo em questão.

Os requisitos dos clientes são especificações que definem como o cliente deseja receber o produto/serviço de seu fornecedor. Os requisitos deverão ser cumpridos com o atendimento do fornecedor, garantindo a eficiência dos processos.

O cumprimento dos acordos firmados entre as partes promove mais clareza nas informações entre os setores e a melhoria das relações com as partes envolvidas. O não cumprimento dos acordos pode impactar na atividade do setor e o cliente/fornecedor pode registrar um relato de não conformidade que é monitorado pelo setor de Qualidade através de um indicador.

A revisão deverá ser realizada pelo setor, identificando e sinalizando os requisitos do manual da JCI, conforme o capítulo que se enquadra na atividade setorial.

Dessa forma, os requisitos solicitados pela JCI estarão sinalizados nos acordos, conforme mostra a Figura 3, e auxiliarão na manutenção da acreditação. Caso o acordo não tenha requisito aplicável deverá estar sinalizado como 'Não se Aplica'.

Figura 3 - Proposta da cadeia cliente fornecedor com a incorporação dos requisitos da JCI

Logomarca do hospital CADEIA CLIENTE FORNECEDOR				
Acordo Firmado entre Fornecedores e Clientes				
Gestor:		Setor:	Data:	
Fornecedor	Produtos	Requisitos do produto	Clientes	Elemento de Mensuração da JCI aplicável

Elaborado pela autora (2021)

A proposta será apresentada à Gerencia da Qualidade e à Vice-presidência do hospital. Esta proposta, além de fortalecer a cultura organizacional e a cultura de qualidade, auxiliará os gestores a incorporar nas atividades internas todos os requisitos aplicáveis da JCI, no seu dia a dia, e de reter o conhecimento da norma acreditadora no setor.

N°	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo
4	Terra; Berssaneti (2017)	Português	Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde	Analisar como as ações adotadas pelos processos da acreditação hospitalar impactam nas boas práticas da qualidade em serviços da saúde.	Pesquisa qualitativa, com estudo de múltiplos casos Entrevista semiestrutura	5 gestores da qualidade em três hospitais públicos e dois privados	Boas práticas de serviços da saúde, através da padronização de serviços e do mapeamento de processos foram identificados como boas práticas exercidas em 4 dos 5 hospitais pesquisados. Em todos foram identificados que as capacitações atuam como uma fonte de disseminação da metodologia de acreditação e uma forma melhorar a segurança dos processos e também que o monitoramento dos processos atua aumentando a produtividade e a comunicação da equipe.	As boas práticas da qualidade em serviços da saúde nos hospitais, quando associados a acreditação proporcionam aumento da produtividade, maior satisfação ao paciente e agrega valor à instituição. O gestor, a alta direção atuam como disseminadores das informações tendo como práticas a boa comunicação e capacitação para o alcance do objetivo
(Continuação)								
N°	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

5	Ferreira <i>et al.</i> (2017)	Português	Acreditação Internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional	Apreender as percepções de profissionais acerca das implicações da Acreditação Internacional.	Pesquisa qualitativa, estudo de caso Entrevista semiestrutura com análise do conteúdo	23 profissionais de saúde de um hospital privado do Sul do Brasil	A partir das respostas dos entrevistados foram apreendidas três categorias sobre as implicações da acreditação internacional: A Acreditação proporciona satisfação e reconhecimento profissional; Acreditação Incentiva à prática da Educação Permanente em Saúde e A Acreditação promove melhorias no processo de trabalho.	A pesquisa mostrou que o processo de acreditação proporciona uma satisfação ao profissional em suas ações gerenciais, pois promove um maior vínculo com a equipe, promove uma comunicação efetiva e contribui na motivação e busca por uma cultura organizacional solidificada. Incentiva uma gestão mais participativa com o envolvimento e capacitação dos profissionais. A capacitação torna uma ferramenta que promove discussão, reestruturação e inovação do processo de trabalho devido a característica que a Acreditação tem de tornar um processo constante de aprendizado.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

6	Siman <i>et al.</i> (2017)	Português	Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar	Analisar as implicações da acreditação hospitalar para a gestão do serviço em um hospital acreditado	Estudo de caso com abordagem qualitativa Entrevistas com roteiro semiestruturado	12 gestores em um hospital privado	Construção de duas categorias temáticas conforme o discurso dos entrevistados: A face positiva da acreditação hospitalar e a face negativa da acreditação hospitalar.	O processo de acreditação foi de fundamental importância para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. A acreditação trouxe mudanças na configuração do trabalho; planejamento, na avaliação do serviço, nas metas organizacionais, na organização do trabalho como todo, repercutindo na gestão do serviço hospitalar. Mas também há o aspecto do custo, da sobrecarga e desconforto no trabalho, caracterizando o lado negativo da acreditação.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

7	Saut; Berssaneti; Moreno (2017)	Inglês	Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study.	Analisar os principais impactos do credenciamento nas organizações brasileiras de saúde	Estudo analítico com abordagem quantitativa Entrevista estruturada com análise de correlação de <i>Spearman</i> e regressão logística	141 questionários respondidos por profissionais da saúde	O estudo proporcionou a identificação de principais itens que sofrem impactos com a acreditação como os processos internos, a consolidação de uma cultura de segurança e de qualidade na organização, aprimoramento de um planejamento estratégico para a gestão das organizações, investimentos na infraestrutura, na tecnologia da informação e as capacitações que são a principal fator gerador de mudança.	A acreditação influencia principalmente processos internos, cultura, treinamento, imagem institucional e diferenciação competitiva. Seu impacto na consolidação de uma cultura de qualidade e segurança do paciente leva a mudanças organizacionais significativas. Acreditação permite a implementação de práticas de gestão consolidadas
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

8	Oliveira <i>et al.</i> (2017a)	Português	Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar	Apreender as percepções da equipe multiprofissional hospitalar sobre a atuação do enfermeiro no processo de Acreditação.	Estudo descritivo-exploratório abordagem qualitativa Entrevista semiestruturada com a análise do Discurso do Sujeito Coletivo	96 profissionais da saúde de 4 hospitais	Acreditação parece ser um fator que impulsiona a liderança do enfermeiro; onde ele é percebido pela equipe multiprofissional como um gestor do processo de qualidade em pauta, que atua diretamente sobre as normas e melhorias por ele impostas. a Acreditação pode ser um fator que possa facilitar as estratégias do enfermeiro rumo à melhor qualidade do cuidado, Enfermeiro atua como promotor da cultura da qualidade.	Enfermeiro inserido no processo de Acreditação hospitalar atua na liderança da gestão do cuidado, no gerenciamento dos processos e das metas incutidos na busca e manutenção pela certificação e atua na educação continuada dos trabalhadores de forma a alavancar a capacitação do capital humano em alinhamento às exigências do sistema de gestão da qualidade.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

9	Oliveira <i>et al.</i> (2017b)	Inglês	Management changes resulting from hospital accreditation	Analisar as percepções de gestores e trabalhadores sobre as mudanças no gerenciamento hospitalar advindas da Acreditação.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa Entrevista semiestruturada com a análise de conteúdo	97 profissionais da saúde de 4 hospitais	Mudanças gerenciais operacionais estão relacionados a utilização do planejamento estratégico, mapeamento dos processos assistenciais, processo laboral. Mudança gerencial estrutural está relacionado ao aumento do quadro de funcionários, racionalização do custo, maior envolvimento da alta direção. Mudanças gerenciais da alta direção relacionados aos atos de descentralização das decisões e a proximidade das equipes.	Os gestores e os colaboradores entrevistados reconhecem que a Acreditação acarreta mudanças gerenciais no hospital, as quais acontecem nos seguintes aspectos: operacionais; estruturais; financeiras e de custo; na alta gestão hospitalar e, também, na gestão da qualidade. Acreditação resultou em mudanças gerenciais amplas e positivas nas organizações hospitalares,
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

10	Berssaneti et al. (2016)	Inglês	Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence?	Avaliar se organizações que possuem a acreditação, nacional e/ou internacional, apresentam melhores práticas de gestão e melhores resultados do que as organizações não acreditadas.	Estudo de casos múltiplos com abordagem quantitativa Entrevista estruturada	Gestores responsáveis pela qualidade em 12 instituições de saúde do estado de São Paulo	A acreditação, conduz as organizações de saúde à implantação de boas práticas de gerenciamento da qualidade, alinhado aos demais setores econômicos.	As organizações acreditadas que participaram da pesquisa os resultados demonstraram que possuem um modelo de gestão maior ao serem comprados com organizações não acreditadas
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

11	Oliveira; Matsuda (2016)	Português	Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade	Apreender as percepções de gestores da qualidade hospitalar quanto às vantagens e dificuldades advindas da Acreditação	Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa Entrevista semiestruturada com análise de conteúdo	Gestores da qualidade de 4 hospitais localizados na cidade de Curitiba	Análise do conteúdo das entrevistas relacionavam-se às vantagens e às dificuldades da Acreditação. Como vantagens foram identificadas práticas gerenciais racionais, ativas e participativas que afetam indiretamente a satisfação do cliente interno e externo. Como dificuldades foram identificados o estabelecimento de uma cultura de qualidade e a rotatividade de profissionais.	As vantagens se relacionam com melhorias no gerenciamento e também na centralização e na segurança do usuário. Por outro lado, para que a Acreditação seja implantada e mantida na organização, existe dificuldade em estabelecer a cultura organizacional em prol da qualidade e também na redução da rotatividade dos profissionais.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

12	Sinan; Cunha; Brito (2016)	Português	Mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar	Compreender as mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar.	Estudo de caso de abordagem qualitativa Entrevista semiestruturada com análise de conteúdo	12 gestores de várias áreas do hospital estudado	Análise de conteúdo das entrevistas foi possível identificar que as mudanças nas ações gerenciais afetou a organização do trabalho com instrumentos da qualidade, na definição das ações gerenciais antes e após a acreditação e os desafios enfrentados ao modificar as ações gerenciais.	O processo de acreditação contribui para atuação gerencial sob a ótica dos gestores entrevistados proporcionando uma atuação com mais segurança e autonomia para tomadas de decisões. Proporciona o desenvolvimento das habilidades de comunicação, liderança e conhecimento.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

13	Siman <i>et al.</i> (2015)	Português	Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar	Analisar as estratégias do trabalho gerencial com vistas ao alcance da acreditação com excelência, metodologia ONA.	Estudo de caso com abordagem qualitativa Entrevista semiestrutura	12 gestores de várias áreas do hospital estudado	Com os resultados encontrados, observa-se que a estratégia do trabalho gerencial para alcançar a certificação almejada foi a gestão de pessoas, seguido pela capacitação profissional e uma melhor comunicação interna.	Os resultados do estudo possibilitaram compreender que a gestão de pessoas foi a principal estratégia para o alcance da acreditação em excelência (ONA). E a utilização de outras ações gerenciais como: envolvimento da alta direção e de toda a equipe na política de qualidade; estratégias gerenciais de envolvimento de todos nas melhorias propostas, com valorização, reconhecimento e recompensa; além de comunicação clara e processo de feedback, com reuniões semanais e investimento na capacitação de todos os envolvidos no cuidado.
(Continuação)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

14	Manzo; Brito; Corrêa (2012)	Português	Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde	Analisar as implicações do processo de Acreditação no cotidiano dos profissionais de saúde.	Estudo de caso com abordagem qualitativa Entrevista semiestrutura	34 profissionais da saúde do hospital estudado	Com base nas entrevistas realizada com diversos profissionais do hospital pesquisado revelou que a Acreditação Hospitalar é influenciada pelo nível de motivação e envolvimento dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, influência de forma significativa, o contexto de trabalho dos profissionais da saúde. Assim foram identificados aspectos positivos (sentimento de orgulho, satisfação, reconhecimento, maior segurança na execução das atividades, melhor envolvimento com os gestores, estabilidade do clima organizacional) e negativos (estresse e cobranças) do processo de acreditação.	Para os profissionais que veem o processo positivamente, a Acreditação traz orgulho e satisfação, tendo em vista a sensação de responsabilidade pela conquista do título e pela valorização do hospital. Outros aspectos positivos mencionados estão relacionados com a possibilidade de crescimento pessoal e a valorização do currículo com o aprendizado. Dentre os pontos negativos os profissionais de saúde se veem em um cenário permeado por cobrança, pressão, estresse, falta de valorização e reconhecimento. O estudo conclui também que Acreditação pode representar uma importante estratégia de capacitação de pessoal no âmbito do hospital, o que reflete a atual tendência da gestão de pessoas.
(Conclusão)								
Nº	Autor (s)/ Ano	Idioma	Título	Objetivo	Metodologia/ Coleta de dados	Sujeitos da Pesquisa	Resultado do estudo	Conclusão do Estudo

15	Ângelo (2011)	Português	Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores	Compreender o processo de escolha de modelos de programas de qualidade em hospitais paulistas	Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso Entrevista semiestrutura	Gestores de 3 hospitais estudados	Na opinião dos gestores adoção de modelos da qualidade, na área hospitalar, leva a conquistas significativas e contínuas melhorias de desempenho.	A pesquisa mostrou que independente do modelo ou metodologia escolhida não existe diferenciação e sim uma complementação. A escolha da metodologia tem que ser embasada na realidade da instituição. A pesquisa destacou que a adoção de modelos de qualidade traz benefícios para clientes internos, externos, para a estrutura da instituição e aos processos internos
----	---------------	-----------	--	---	---	-----------------------------------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

APÊNDICE C – Comparação das Normas Acreditoras ONA e JCI

Quadro 5 – Comparação das Normas Acreditoras

PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção I: Gestão Organizacional
Capítulo: Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS)	Subseção 1.2: Gestão Qualidade e Segurança
Padrão 2: A equipe do programa de qualidade e segurança do paciente apoia o processo de seleção da medida em todo o hospital e proporciona coordenação e integração das atividades de medição em todo o hospital. Elementos de Mensuração: 2. O programa de qualidade e segurança do paciente proporciona coordenação e integração das atividades de medição em todo o hospital.	Padrão Nível 1: Desenvolve um modelo de gestão sistêmico com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços. Requisito 1: Estabelece método de padronização, elaboração, validação, acompanhamento de aprovação, disponibilização, atualização e controle de documentos. Requisito 2: Estabelece sistemática para padronização e implantação dos protocolos e procedimentos pertinentes aos processos assistenciais, processos de apoio e institucionais. Requisito 5: Estabelece sistemática para identificação, priorização e implantação de ações para mitigação ou eliminação dos riscos dos processos estratégicos. Requisito 12: Estabelece sistemática para identificação, análise e controle dos riscos organizacionais. Requisito 13: Estabelece mecanismos de desdobramento do planejamento estratégico considerando o cenário interno e externo e legislações vigentes.
Padrão 4: O programa de qualidade e segurança do paciente inclui a agregação e análise de dados para apoiar o cuidado ao paciente, a gerenciamento do hospital e o programa de gerenciamento da qualidade e participação em bancos de dados externos. Elemento de mensuração: 2. Dados agregados e informações apoiam o cuidado ao paciente, o gerenciamento hospitalar, a revisão da prática profissional e o programa geral de qualidade e segurança do paciente.	

Padrão 5: O processo de análise de dados inclui pelo menos uma determinação, por ano, do impacto de melhorias prioritárias do hospital em custo e eficiência. Elemento de mensuração: 1. Os dados sobre a quantidade e o tipo de uso dos recursos são coletados para, pelo menos um projeto de melhoria prioritária do hospital, por ano, antes e após a melhoria. 3. Os resultados da análise são utilizados para refinar o processo e são relatados através do mecanismo de coordenação da qualidade à liderança.	Padrão Nível 2: Estabelece mecanismos para gerenciar o cumprimento do modelo de gestão e a adoção de melhorias a partir dos resultados obtidos. Requisito 6: Estabelece sistemática para apoiar o acompanhamento de indicadores estratégicos e tomada de decisão. Requisito 9: Apoia e acompanha a análise dos resultados dos indicadores e implementação das ações para melhoria. Requisito 10: Estabelece sistemática para acompanhamento da aderência e gerenciamento dos protocolos institucionais, apoiando a implantação de ações de melhoria. Requisito 12: Estabelece sistemática para formalização do mapeamento dos processos, com a identificação de suas entregas e saídas; clientes e fornecedores; prazos; direitos e deveres; e as atividades que agregam valor
Padrão 8: Os dados são sempre analisados quando tendências e variação indesejáveis são evidentes a partir dos dados. Elemento de mensuração 2. A análise intensa dos dados ocorre quando ocorrem níveis, padrões ou tendências indesejáveis. 4. Os resultados das análises são utilizados para implementar ações para melhorar a qualidade e a segurança, o cuidado ou a função do serviço.	Excelência em Gestão Padrão nível 3: Apresenta maturidade na gestão promovendo melhoria contínua em termos de: estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional e boas práticas assistenciais. Evidências objetivas da utilização do conhecimento e do aprendizado para tomada de decisão, bem como a interação com todas as partes interessadas, utilizando as informações para o alcance de melhores resultados, a sustentabilidade sustentada pelos ciclos de melhoria. Requisito3: Demostram que as tomadas de decisão promovem a sustentabilidade da organização. Requisito 5: Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria. Requisito 7: Demonstra que a gestão de riscos e suas informações são utilizadas para a promoção de ciclos de melhoria.
Padrão 9: A melhoria da qualidade e segurança é alcançada e sustentada. Elemento de Mensuração: 1. Melhorias na qualidade e segurança do paciente são planejadas, testadas e implementadas. 2. Os dados estão disponíveis para demonstrar que as melhorias são eficazes e sustentadas. 3. Mudanças nas políticas, necessárias para planejar, realizar e sustentar a melhoria, são feitas. 4. Melhorias bem sucedidas são documentadas.	

PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção I: Gestão Organizacional
Capítulo: Prevenção e Controle de Infecções (PCI) Padrão 1: Um ou mais indivíduos supervisionam todas as atividades de prevenção e controle de infecções. Este(s) indivíduo é qualificado em práticas de prevenção e controle de infecções através de educação, treinamento, experiência, certificação e/ou autoridade clínica. Elemento de Mensuração: 1. Um ou mais indivíduos supervisionam o programa de prevenção e controle de infecções e garantem que o programa esteja em conformidade com as leis e regulamentos locais e nacionais. 4. Esse indivíduo coordena com a liderança do hospital as prioridades, os recursos e as oportunidades de melhoria da qualidade relacionadas ao programa de prevenção e controle de infecções.	Subseção 4.2: Prevenção, Controle de infecção e Biossegurança Padrão Nível 1: Institucionaliza as práticas de prevenção nas ações de cuidado, promovendo atitudes positivas de segurança Requisito 1: Dispõe de profissionais com competência e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. Requisito 2: Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. Requisito 3: Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. Requisito 4: Planeja, promove e divulga ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança com base em evidências científicas. Requisito 5: Estabelece programa e capacitação para higienização das mãos. Requisito 6: Cumpri as diretrizes de transferência de informação para as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. Requisito 7: Monitora a adesão às ações de prevenção e controle de
Padrão 2: Existe um mecanismo de coordenação designado para todas as atividades de prevenção e controle de infecções que envolve médicos, enfermeiros e outros com base no tamanho e complexidade do hospital	

Padrão3: A liderança do hospital fornece recursos para apoiar o programa de prevenção e controle de infecções. Elemento de Mensuração: 2.A liderança do hospital aprova e garante os profissionais necessários para o programa de prevenção e controle de infecções. 3.A liderança do hospital aprova e aloca recursos necessários para o programa de prevenção e controle de infecções. 4 O hospital elabora e implementa um amplo programa de prevenção e controle de infecções que identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa estratégias para reduzir o risco de infecção.	infecção e biossegurança. Requisito 12: Estabelece protocolos para a prevenção de infecção associadas à assistência. Requisito 15: Assessora tecnicamente as medidas de controle para a qualidade da água. Requisito 16: Assessora tecnicamente as medidas de higiene do ambiente. Requisito 17: Assessora tecnicamente as medidas de controle em situação de reforma. Requisito 18: Assessora tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de prevenção de acidente com material de risco biológico. Requisito 19: Estabelece critérios para a manutenção de precaução e isolamentos na instituição. Requisito 22: Assessora tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de imunização dos profissionais da organização. Requisito 23: Assessora tecnicamente a elaboração e implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS). Requisito 15: Assessora tecnicamente o serviço de processamento de materiais e esterilização quanto à prática de limpeza e desinfecção de instrumentais e materiais médico-hospitalares.
Metas do Programa de Prevenção e Controle de Infecções Padrão 4: O hospital projeta e implementa um amplo programa de prevenção e controle de infecções que identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa estratégias para reduzir o risco de infecção. Padrão 5: O hospital utiliza uma abordagem baseada em dados de riscos para estabelecer o foco do programa de prevenção e controle de infecções associados aos cuidados em saúde.	
Equipamentos Médicos, Dispositivos e Suprimentos Padrão 6: O hospital reduz o risco de infecções associadas a equipamentos médicos/cirúrgicos, dispositivos e suprimentos, garantindo limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento adequados	
Limpeza Ambiental Padrão 7: O programa de prevenção e controle de infecções identifica e implementa padrões de programas reconhecidos de prevenção e controle de infecções para lidar com a limpeza e desinfecção do meio ambiente e das superfícies ambientais. Padrão 7.1: O programa de prevenção e controle de infecção identifica padrões de agências de saúde reconhecidas de controle de infecção relacionadas à limpeza e desinfecção de roupas sujas, roupas em geral e trajes de trabalho fornecidas pelo hospital.	Padrão Nível 2: Estabelece um método sistemático e articulado das relações entre processos, sustentando as ações de prevenção e controle na linha de cuidado. Requisito 1: Promove a análise crítica das taxas de infecção relacionadas à saúde, dando suporte técnico à equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações de correção e controle. Requisito 2: Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.

Tecidos e Resíduos Humanos Infecciosos Padrão 8: O hospital reduz o risco de infecções por meio do descarte adequado de resíduos, gerenciamento adequado de tecidos humanos e manuseio e descarte seguros de objetos perfurocortantes e agulhas. Padrão 8.1: O hospital tem um processo para proteger pacientes e profissionais de patógenos sanguíneos relacionados à exposição a fluidos sanguíneos e corporais.	Requisito 3: Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria. Requisito 5: Monitora a situação de epidemias e doenças emergentes desenvolvendo planos de contingência para atendimentos. Requisito 6: Gerencia a efetividade das ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência e resistência microbiana, promovendo ações de melhoria. Requisito 7: Gerencia as práticas de higienização das mãos promovendo ações de melhoria. Requisito 8: Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria. Requisito 9: Desenvolve ações de vigilância ativa, comunicação e educação para a prevenção e controle de infecções relacionadas à saúde e resistência microbiana. Requisito 10: Assessora tecnicamente as áreas assistenciais quanto ao estabelecimento e monitoramento de protocolos.
Serviços de Alimentação Padrão 9: O hospital reduz o risco de infecções associadas às operações dos serviços de alimentação	
Controles de Engenharia Padrão 10: O hospital reduz o risco de infecção nas instalações através do uso de controles mecânicos e de engenharia.	
Risco de Construção e Reformas Padrão 11: O hospital reduz o risco de infecção na unidade associada à demolição, reforma ou construção	
Transmissão de Infecções Padrão 12: hospital fornece precauções de barreira e procedimentos de isolamento que protegem pacientes, visitantes e profissionais de doenças transmissíveis e protege pacientes imunossupressores de adquirir infecções às quais são exclusivamente propensos. Padrão 12.1: O hospital desenvolve e implementa um processo para gerenciar um súbito fluxo de pacientes com infecções transmitidas pelo ar e quando salas de pressão negativa não estão disponíveis. Padrão 12.2: O hospital desenvolve, implementa e avalia um programa de preparação de emergência para responder à ocorrência de doenças transmissíveis globais Padrão 13: Luvas, máscaras, proteção ocular, outros equipamentos de proteção, sabão e desinfetantes estão disponíveis e usados corretamente quando necessário	

Melhoria da Qualidade e Educação do Programa Padrão 14: O processo de prevenção e controle de infecções está integrado ao programa global do hospital para melhoria da qualidade e segurança do paciente, utilizando medidas que são epidemiologicamente importantes para o hospital. Padrão 15: hospital oferece educação sobre práticas de prevenção e controle de infecções a profissionais, médicos, pacientes, familiares e outros cuidadores quando indicado pelo seu envolvimento no cuidado.	
PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção I: Gestão Organizacional
Capítulo: Governança, Liderança e Direção (GLD)	Subseção 1.1 Liderança Organizacional

Padrão 1: A estrutura e a autoridade da entidade de governo do hospital são descritas em estatutos, políticas e procedimentos, ou documentos similares. Padrão 1.1: As responsabilidades operacionais e as responsabilidades da entidade de governo estão descritas em um(s) documento escrito. Elemento de Mensuração: 1. A entidade de governo aprova os planos estratégicos, planos operacionais, políticas e procedimentos, e aprova, periodicamente, revisões e torna pública a declaração de missão do hospital. 2. A entidade de governo aprova o orçamento operacional e financeiro e destina outros recursos necessários para atender à missão do hospital. Padrão 1.2: A entidade de governo aprova o programa de qualidade e segurança do paciente do hospital e recebe e atua regularmente sobre os relatórios do programa de qualidade e segurança do paciente Elemento de Mensuração: 1. A entidade de governo aprova anualmente o programa do hospital para qualidade e segurança do paciente. 2. A entidade de governo recebe e atua trimestralmente em relatórios do programa de qualidade e segurança do paciente, incluindo relatos de eventos adversos e sentinelas. 3. As atas refletem as ações tomadas e qualquer acompanhamento dessas ações. Padrão 3: A liderança do hospital é identificada e é coletivamente responsável por definir a missão do hospital e criar os programas e políticas	Padrão Nível 1: Determina a direção da organização, estabelecendo objetivos, modelo de gestão e políticas institucionais com o foco na segurança e na qualidade do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento. Requisito 1: Estabelece a identidade organizacional e a dissemina para as partes interessadas Requisito 2: Estabelece e implanta o planejamento estratégico, considerando o desejo ou a necessidade de novos negócios, partes interessadas e opinião dos clientes, disseminando-o a toda organização. Requisito 6: Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e de infraestrutura que permitem a execução das atividades propostas. Requisito 7: Constitui e acompanha as comissões obrigatórias e as de apoio à gestão. Requisito 8: Acompanha e monitora sistematicamente satisfação dos clientes as reclamações/ queixas/ sugestões/ elogios. Requisito 20: Estabelece e formaliza a estrutura hierárquica institucional considerando suas responsabilidades e níveis hierárquicos. Requisito 22: Acompanha os riscos organizacionais. Requisito 23: Estabelece código de conduta pessoal documentado.
---	---

necessários para cumprir a missão.

Padrão 3.1: A liderança do hospital identifica e planeja o tipo de serviços clínicos necessários para atender às necessidades dos pacientes atendidos pelo hospital.

Elementos de mensuração:

1. A liderança do hospital determina e planeja com os dirigentes do departamento/serviço o tipo de atendimento e serviços a serem prestados pelo hospital que sejam condizentes com a missão e as necessidades do hospital atendidos pelo hospital.
2. A liderança do hospital se comunica com os principais participantes/partes interessadas (key stakeholders) de sua comunidade para facilitar o acesso ao cuidado e o acesso a informações sobre seus serviços de atendimento ao paciente.
3. A liderança hospitalar fornece dados e comunica informações relacionadas à segurança e qualidade de seus serviços aos participantes/partes interessadas (stakeholders), que incluem equipe de enfermagem, equipe não clínica e gerencial, pacientes, familiares e partes interessadas externas.
4. A liderança do hospital descreve e documenta os cuidados e serviços a serem prestados.

Padrão Nível 2: Promove o acompanhamento e a avaliação do desempenho dos resultados organizacionais de acordo com o modelo de gestão e políticas definidas

Requisito 2: Define as diretrizes para gestão da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição.

Requisito 3: Acompanha o gerenciamento dos riscos assistências, apoiando as ações para a mitigação, eliminação e implantação de melhorias.

Requisito 4: Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações.

Requisito 6: Acompanha os indicadores de resultado dos processos.

Requisito 7: Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do planejamento estratégico.

Requisito 12: Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as políticas institucionais.

Requisito 15: Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional.

Requisito 16: Define um sistema de gestão considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão.

Requisito 21: Acompanha a gestão do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas apoiando a implantação de ações de melhoria.

Padrão 3.2: A liderança do hospital garante uma comunicação eficaz em todo o hospital

Elementos de mensuração:

3. A liderança do hospital comunica a visão, missão, objetivos, políticas e planos do hospital aos profissionais.

Padrão 3.3: A liderança do hospital garante que existam programas uniformes para o recrutamento, retenção, desenvolvimento e educação continuada de todos os profissionais.

Elementos de mensuração:

1. O hospital desenvolve e implementa um processo de recrutamento de profissionais.

2. O hospital desenvolve e implementa um processo de retenção de pessoal.

3. O hospital desenvolve e implementa um processo de desenvolvimento pessoal e educação continuada.

4. O planejamento é colaborativo e inclui todos os departamentos e serviços do hospital.

Padrão 4: A liderança do hospital planeja, desenvolve e implementa um programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Elementos de mensuração:

2. A liderança do hospital seleciona e implementa um processo para medir e avaliar dados, mudar planos e sustentar melhorias na qualidade e segurança do paciente, e proporciona educação para os profissionais sobre esse processo de melhoria da qualidade.

3. A liderança do hospital determina como o programa será direcionado e gerenciado diariamente e garante que o programa tenha tecnologia adequada e outros recursos para ser eficaz.

4. A liderança do hospital implementa uma estrutura e um processo para o monitoramento e coordenação geral do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Excelência em Gestão

Padrão nível 3: Apresenta maturidade na gestão promovendo melhoria contínua em termos de: estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional e boas práticas assistenciais. Evidências objetivas da utilização do conhecimento e do aprendizado para tomada de decisão, bem como a interação com todas as partes interessadas, utilizando as informações para o alcance de melhores resultados, a sustentabilidade sustentada pelos ciclos de melhoria.

Requisito 4: Utiliza informações gerenciais para a tomada de decisão, promoção de melhorias e o alcance de resultados alinhados à estratégia.

Requisito 5: Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria.

Requisito 8: Promove ações de melhoria voltadas para a cultura de segurança do paciente.

Requisito 9: Promove ações de melhoria voltadas para atingir melhores resultados para a segurança do paciente.

Requisito 10: Promove cultura justa frente ao erro humano.

Requisito 11: Promove e sustenta ações que permitam à organização atingir resultados assistenciais favoráveis frente ao perfil da população atendida.

Requisito 12: Promove ações para o cuidado centrado na pessoa e analisa a experiência do paciente/cliente, utilizando-a como ferramenta para a criação de valor tanto para o cliente quanto para a organização.

Requisito 17: Promove processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes/clientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes/clientes, acompanhantes e prestadores de cuidado.

Padrão 7: A liderança do hospital toma decisões relacionadas à compra ou uso de recursos — humanos e técnicos — com a compreensão das implicações de qualidade e segurança dessas decisões. Padrão 9: Um ou mais indivíduos qualificados dirigem cada departamento ou serviço no hospital. Elementos de mensuração 3. Os líderes de departamento/serviço recomendam critérios para selecionar a equipe profissional do departamento ou do serviço e selecionam ou recomendam indivíduos que atendam a esses critérios. 4. Os líderes de departamento/serviço fornecem orientação e treinamento para todos os profissionais sobre as funções e responsabilidades para o departamento ou serviço ao qual são atribuídos. Padrão 12: A liderança do hospital estabelece um estrutura para o gerenciamento ético que promove uma cultura de práticas éticas e a tomada de decisões para garantir que o cuidado ao paciente seja prestado dentro de normas empresariais, financeiras, éticas e legais e proteja os pacientes e seus pacientes e seus direitos	
PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção II: Atenção ao Paciente
Capítulo: Gerenciamento das Instalações e Segurança (FMS)	Subseção 1.8: Gestão da Segurança Patrimonial

Padrão 3: O hospital desenvolve e documenta uma avaliação abrangente de riscos com base no gerenciamento das instalações e riscos de segurança identificados em toda a organização, prioriza os riscos, estabelece metas e implementa melhorias para reduzir e eliminar riscos. Elementos de mensuração 2. O hospital prioriza os riscos, identifica metas e melhorias e implementa melhorias para reduzir e eliminar riscos. 3. O hospital avalia a eficácia das melhorias e, com base nos resultados, atualiza os programas de gerenciamento das instalações e segurança aplicáveis. Padrão 5: O hospital desenvolve e implementa um programa para fornecer uma instalação física segura através de inspeção e planejamento para reduzir riscos. Elementos de mensuração 1. O hospital desenvolve e implementa um programa escrito para fornecer uma instalação física segura. 2. O hospital tem uma inspeção documentada, atual e precisa de suas instalações físicas. 3. Os resultados da inspeção das instalações são revisados e tratados em uma avaliação de risco de segurança que é realizada e documentada anualmente, e os riscos de segurança são identificados e priorizados a partir da avaliação de risco. 4. O hospital identifica metas, implementa melhorias e monitora dados para garantir que os riscos de segurança sejam reduzidos ou eliminados. Padrão 6: O hospital desenvolve e implementa um programa para proporcionar um ambiente protegido para pacientes, familiares, profissionais e visitantes. Padrão 8: O hospital estabelece e implementa um programa de segurança contra incêndios que inclui uma avaliação contínua dos riscos e o	Padrão Nível 1: Planeja as situações de rotina, a atuação frente a crises geradas por falhas de segurança e as ações de prevenção, para sustentar um ambiente seguro. Requisito 3: Estabelece mecanismos para a identificação e o controle da entrada e saída de pessoas, materiais e equipamentos. Requisito 5: Promove a educação permanente dos profissionais para situações de emergências relacionadas à segurança patrimonial. Requisito 6: Estabelece mecanismos para divulgação e orientação do plano de evacuação. Requisito 7: Dispõe de plano de contingência para situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais. Requisito 10: Estabelece procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio. Subseção 1.9: Gestão da Infraestrutura e Tecnologia Padrão Nível 1: Controle e manutenção da infraestrutura predial e tecnológica apropriada ao perfil e à complexidade da organização, promovendo segurança estrutural e da informação. Requisito 2: Planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo a calibração. Requisito 5: Dispõe de plano de contingência para atender a situações de emergências. Seção 4: Gestão de Apoio Subseção 4.1: Gestão de Equipamentos e Tecnologias Médico-Hospitalar
--	--

cumprimento de códigos, leis e regulamentos nacionais e locais para a segurança contra incêndios. Padrão 9: O hospital desenvolve e implementa um programa de gerenciamento de equipamentos médicos em toda a organização. Elementos de mensuração 1. O hospital desenvolve e implementa um programa escrito para a gerenciamento de equipamentos médicos em todo o hospital. 2. Uma avaliação de risco de equipamento médico é realizada e documentada anualmente em todo o hospital, e os riscos dos equipamentos médicos são identificados e priorizados a partir da avaliação de risco. 3. O hospital identifica metas, implementa melhorias e monitora dados para garantir que os riscos de equipamentos médicos sejam reduzidos ou eliminados. Padrão 10: O hospital desenvolve e implementa um programa de gerenciamento de sistemas utilitários em toda a organização. Padrão 13: Os profissionais e outros são treinados e conhecem os programas de gerenciamento das instalações e segurança do hospital e suas funções para garantir uma instalação segura e eficaz.	Padrão Nível 1: Planejamento e controle do parque tecnológico com envolvimento das partes interessadas para oferecer uma operação segura, permitindo a continuidade do cuidado e a qualidade da prática clínica. Requisito 1: Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço Requisito 3: Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura Requisito 6: Define plano de contingência que promovam a continuidade do cuidado. Requisito 1: Identifica a necessidade de treinamento e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço. Padrão Nível 2: Gerencia o parque tecnológico analisando criticamente o valor agregado ao negócio Requisito 2: Acompanha e gerencia o cumprimento da utilização segura dos equipamentos, conforme critérios estabelecidos. Requisito 3: Compara o resultado das práticas assistenciais aos obtidos com o uso do parque tecnológico, agregando valor ao negócio. Requisito 7: Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos riscos dos equipamentos e processo, definindo melhorias.
PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção I: Gestão Organizacional
Capítulo: Qualificação e Educação de Profissionais (SQE)	Subseção 1.4: Gestão de Pessoas
Padrão 1: Os dirigentes dos departamentos e serviços do hospital definem a formação, habilidades, conhecimentos e outros requisitos desejados de todos os profissionais. Padrão 1.1: As responsabilidades de cada profissional são definidas em uma descrição atual do cargo. Elementos de Mensuração 1. Cada membro da equipe não autorizado a praticar independentemente, tem uma descrição de cargo.	Padrão Nível 1: Estrutura e desenvolve a gestão de pessoas, alinhada as competências essenciais da instituição, com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços. Requisito 1: Possui profissionais dimensionados para atender o perfil epidemiológico e as necessidades dos pacientes/clientes. Requisito 3: Estabelece processo de recrutamento, seleção e desligamento de pessoas alinhado às competências essenciais e

2. Aqueles indivíduos identificados em a) até d) no propósito, quando presentes no hospital, possuem descrições de cargo adequadas às suas atividades e responsabilidades ou tiveram concessão de privilégios, se apontados como alternativa.

3. As descrições de cargos estão em dia de acordo com a política do hospital.

Padrão 2: Líderes de departamentos e serviços do hospital desenvolvem e implementam processos de recrutamento, avaliação e seleção de profissionais, bem como outros procedimentos relacionados, identificados pelo hospital.

Padrão 4: O hospital utiliza um processo definido para garantir que os conhecimentos e habilidades dos profissionais não clínicos sejam consistentes com as necessidades do hospital e as exigências do cargo.

Elementos de Mensuração

1. O hospital utiliza um processo definido para que os conhecimentos e as habilidades não clínicas sejam correspondentes com os requisitos do cargo.
2. Novos profissionais não clínicos são avaliados antes ou no momento em que começam suas responsabilidades de trabalho.
3. O departamento ou serviço ao qual o indivíduo é designado conduz a avaliação.
4. O hospital define a frequência de avaliação contínua de profissionais não clínicos.
5. Há pelo menos uma avaliação documentada de profissionais não clínicos, a cada ano, ou com mais frequência, conforme definido pelo hospital.

Padrão 6: Uma estratégia de pessoal para o hospital, desenvolvida pelos líderes dos departamentos e serviços do hospital, identifica o número, tipos e qualificações desejadas do pessoal.

Elementos de mensuração

1. Os líderes de departamento/serviço do hospital desenvolvem uma estratégia escrita para o pessoal do hospital de forma a cumprir as leis e regulamentos locais.
2. O número, os tipos e as qualificações desejadas dos profissionais são identificados na estratégia, utilizando um método de pessoal reconhecido.
3. A estratégia aborda a atribuição e redesignação da equipe.

individuais

Requisito 6: Estabelece regimento documentado das categorias profissionais alinhadas aos conselhos de classe.

Requisito 10: Identifica o perfil epidemiológico das pessoas.

Requisito 11: Capacita os profissionais para situações de catástrofes internas.

Requisito 12: Estabelece um programa de preparação e acompanhamento de novas pessoas para o exercício de suas funções e integrando-as à cultura organizacional.

Requisito 13: Identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento considerando as competências, a estratégia organizacional e as necessidades das pessoas para exercícios das funções atuais e futuras.

Requisito 14: Planeja e realiza programas de capacitação e de desenvolvimento, conforme as necessidades identificadas.

Requisito 15: Capacita as lideranças.

Padrão Nível 2: Coordena o modelo de gestão de pessoas, adequando as competências individuais para o alcance das estratégias.

Requisito 1: Estabelece um processo sistemático e articulado das ações relacionadas à gestão de pessoas, alinhado as estratégias institucionais.

Requisito 2: Acompanha e avalia os resultados das ações de gestão de pessoas, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.

Requisito 3: Avalia o desempenho das pessoas por meio de um instrumento objetivo, alinhado com as competências essenciais da organização e específicas para a função exercida

Requisito 4: Define sistemática de capacitação e desenvolvimento de pessoas baseado em informações gerenciais.

Requisito 6: Promove ações voltadas para a qualidade de vida dos colaboradores de acordo com as necessidades e perfil epidemiológico.

Requisito 8: Avalia o resultados do processo de integração e o acompanhamento de novas pessoas na organização, promovendo ações de melhoria.

Requisito 9: Avalia o impacto da capacitação dos profissionais da equipe

Padrão 8: Cada membro da equipe recebe educação e treinamento contínuos em serviço e outros treinamentos para manter ou aprimorar suas habilidades e conhecimentos. Elementos de mensuração 1. O hospital utiliza diversas fontes de dados e informações, incluindo os resultados das atividades de medição de qualidade e segurança, para identificar as necessidades de educação dos profissionais. 2. Programas de educação são planejados com base nesses dados e informações. 3. Profissionais do hospital recebem educação e treinamento contínuos em serviço. 4. A educação é relevante para a capacidade de cada membro da equipe de atender às necessidades do paciente e/ou aos requisitos de educação continuada. 5. O hospital oferece tempo e recursos adequados para que todos os profissionais participem de oportunidades relevantes de educação e treinamento. Padrão 8.1: Os profissionais que prestam cuidado ao paciente são treinados e demonstram competência nas técnicas de ressuscitação específicas para o nível de treinamento identificado. Padrão 8.2: O hospital oferece um programa de saúde e segurança dos profissionais que aborda a saúde física e mental dos profissionais e condições seguras de trabalho. Padrão 8.3: O hospital identifica os profissionais que estão em risco de exposição e possível transmissão de doenças preveníveis por vacinas e implementa um programa de vacinação e imunização de profissionais.	multidisciplinar baseado nas informações gerenciais. Requisito 10: Demonstra como são avaliadas e desenvolvidas, nos líderes, as competências necessárias para o exercício da liderança. Requisito 11: Utiliza os indicadores de gestão de pessoas, para o planejamento das ações e tomada de decisões. Requisito 12: Estabelece ações para a retenção de conhecimentos conquistados pela organização. Requisito 13: Identifica a necessidade de desenvolvimento da liderança para o alcance das metas estratégicas da organização.
PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde	Seção I: Gestão Organizacional
Capítulo: Gerenciamento da Informação (MOI)	Subseção 1.6: Gestão da Informação e da Comunicação

Padrão 1: O hospital planeja e projeta processos de gerenciamento da informação para atender às necessidades de informação daqueles que prestam serviços clínicos, dirigentes do hospital e pessoas de fora do hospital que necessitam de dados e informações da organização.

Padrão Nível 1: Apresenta atividade relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenamento e distribuição de informações. Estabelece meios de comunicação interna e externa.

Elementos de mensuração

1. O hospital planeja e implementa processos para atender às necessidades de informação daqueles que prestam serviços clínicos
2. O hospital planeja e implementa processos para atender às necessidades de informação da liderança do hospital e líderes de departamento/serviço.
3. O hospital planeja e implementa processos para atender às necessidades e exigências das pessoas físicas, serviço e agências fora do hospital.
4. Os processos implementados são adequados ao tamanho do hospital, complexidade dos serviços, disponibilidade de pessoal treinado, recursos técnicos e outros recursos.

Padrão 2: O hospital mantém a confidencialidade, segurança, privacidade e integridade de dados e informações por meio de processos para gerenciar e controlar o acesso.

Elemento de Mensuração:

1. O hospital desenvolve e implementa processos consistentes com leis e regulamentos para garantir a confidencialidade, segurança e integridade dos dados e informações.
2. O hospital identifica aqueles autorizados a acessar dados e informações, incluindo aqueles autorizados a fazer registros no prontuário do paciente, e determina seu nível de acesso com base no cargo e responsabilidades de cada indivíduo.
3. O hospital possui um processo estabelecido para conceder, aos indivíduos autorizados, privilégios de acesso a dados e informações de acordo com seu nível de acesso.
4. O hospital implementa processos para garantir que os dados e informações sejam acessados apenas por indivíduos autorizados e de acordo com seu nível de acesso.
5. O hospital implementa processos para garantir que apenas indivíduos autorizados façam registros no prontuário do paciente e de acordo com seu nível de acesso.
6. O hospital monitora a conformidade com o processo e toma medidas quando a confidencialidade, segurança ou integridade dos dados são violados ou comprometidos.

Padrão 2.1: O hospital mantém a confidencialidade, segurança, privacidade

Requisito 1: Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.

Requisito 2: Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.

Requisito 3: Define plano de contingência visando ao acesso e à integridade das informações em sistemas ou físicas.

Requisito 10: Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à política institucional.

Requisito 11: Estabelece diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.

Requisito 12: Estabelece e orienta usuários quanto às regras de segurança da informação.

Requisito 13: Estabelece diretrizes para o uso e acesso do prontuário visando à privacidade e confidencialidade da informação.

Requisito 15: Organiza e disponibiliza os registros clínicos de forma integrada e de fácil acesso à equipe de trabalho nos pontos de cuidado.

Requisito 17: Estabelece canais de comunicação externa com fontes pagadoras, sociedade, órgãos de classe, terceiros e meios de comunicação, de forma periódica e em situação de crise.

Requisito 19: Estabelece canais de comunicação institucional entre diferentes níveis hierárquicos e para diferentes perfis profissionais.

Padrão 2: Estabelece modelo para gestão dos dados e da comunicação relevante para o negócio tornando-os acessíveis à liderança para a tomada de decisões.

Requisito 1: Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.

Requisito 2: Avalia a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria.

Requisito 3: Utiliza os resultados da análise de prontuários para promover ações de melhoria.

Requisito 4: Estabelece plano de treinamento para modificações e incorporações de novos documentos de prontuário.

e integridade dos dados e informações por meio de processos que protegem contra perdas, roubos, danos e destruição.

Padrão 11: A liderança do hospital identifica um indivíduo qualificado para supervisionar os sistemas e processos de tecnologia da informação em saúde do hospital.

Elementos de mensuração

1. A liderança do hospital fornece gerenciamento, apoio e recursos para a tecnologia da informação em saúde no hospital.
2. A liderança do hospital identifica um indivíduo qualificado para supervisionar sistemas de tecnologia da informação em saúde no hospital com responsabilidade de pelo menos de a) até d) no propósito.
3. Participantes/partes interessadas, como pessoal clínico e não clínico e líderes de departamento/serviço, participam de processos como seleção, teste, implementação e avaliação de sistemas de tecnologia da informação em saúde novos e em evolução.
4. Sistemas de tecnologia da informação em saúde novos e em evolução são monitorados e avaliados para usabilidade, eficácia, resultados junto da equipe e segurança do paciente, e melhorias são identificadas e implementadas com base em resultados.

Padrão 13: O hospital desenvolve, mantém e testa um programa de resposta ao tempo de inatividade planejado e não planejado dos sistemas de dados.

Elemento de Mensuração

3. O programa inclui estratégias de continuidade para a prestação de serviços e serviços seguros e de alta qualidade contínuos, incluindo serviços prestados por fornecedores externos, durante o tempo de inatividade planejado e não planejado dos sistemas de dados.
4. O programa identifica estratégias internas e, quando aplicável, de comunicação externa para o tempo de inatividade planejado e não planejado
6. Os profissionais são treinados nas estratégias e táticas utilizadas para o tempo de inatividade planejado e não planejado dos sistemas de dados.

Fonte: Elaborado pela autora. (ONA, 2018; JCI 2020)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Pesquisa

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “EFEITOS DA ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO GERENCIAMENTO HOSPITALAR: A VISÃO DOS GESTORES DE UM HOSPITAL PRIVADO”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo pretende analisar os efeitos da mudança da acreditação ONA para JCI, na visão dos gestores de um hospital privado de grande porte de Belo Horizonte.

Se concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista, em seu local de trabalho ou em outro local previamente agendado, em que o pesquisador fará algumas perguntas que serão gravadas por meio de um gravador digital. O Sr. (a) gastará em média de 10 a 20 minutos para responder as perguntas. A gravação da entrevista ficará em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (ou até 10 (dez) anos) na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao Sr. (a) ou à instituição.

Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora Responsável: _____	Rubrica da pesquisadora mestranda: _____
---------------------------------------	---	---

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “EFEITOS DA ACREDITAÇÃO *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* NO GERENCIAMENTO HOSPITALAR: A VISÃO DOS GESTORES DE UM HOSPITAL PRIVADO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFGM, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG.

Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadora: Andréia Paulina Ferreira Silva

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Laboratório de Enfermagem, Escola de Enfermagem/UFGM, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone:

(31) 3409 9873. E-mail: andreiapf20@gmail.com

Assinatura do pesquisador (mestranda)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFGM - Comissão de Ética em Pesquisa da UFGM

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Data:	Entrevista n°:
Local da Entrevista:	
Horário de Início:	Horário de Término:

Perfil do Participante	
Sexo:	Idade:
Formação Profissional:	
Função/ Cargo exercido na instituição:	
Tempo de trabalho na instituição:	
Setor de atuação na instituição:	
Tempo que trabalha no cargo/ setor atual:	

Roteiro de entrevista semiestruturado:

- 1) O que você entende por Acreditação hospitalar?
- 2) O hospital é Acreditado com Excelência, gostaria que me falasse como foi o processo de Acreditação no hospital pela ONA?
- 3) Atualmente o hospital se prepara para a Acreditação pela JCI, gostaria de saber como hospital prepara a equipe para atender os requisitos da JCI?
- 4) E você como gestor? Como prepara a sua equipe para a avaliação?
- 5) O processo de Acreditação baseado na norma JCI traz mudanças para a rotina de trabalho? Quais?
- 6) O processo de Acreditação baseado na norma JCI traz mudanças na estrutura física do seu setor ou do hospital? Quais?
- 7) O processo de Acreditação proporciona um melhor fluxo de informações entre os setores? Se sim explique por quê?

- 8) O processo de Acreditação traz influências positivas para os pacientes atendidos no hospital? Se sim explique por quê?
- 9) Quais são as dificuldades que você identifica nesse processo de mudança de norma acreditadora?
- 10) Quais os benefícios que essa mudança trará para o hospital?
- 11) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre o processo de mudança de norma acreditadora e sobre a qualidade no hospital?