

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE



ORGANIZAÇÃO
WELLINGTON FRANÇA DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES MOREIRA BASTOS INOUE
MÁRCIA FERREIRA DE MENEZES

Aurum
EDITORA

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE



ORGANIZAÇÃO
WELLINGTON FRANÇA DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES MOREIRA BASTOS INOUE
MÁRCIA FERREIRA DE MENEZES

AURUM EDITORA LTDA – 2026

Curitiba – Paraná - Brasil

EDITOR CHEFE

Lucas Gabriel Vieira Ewers

ORGANIZADORES DO LIVRO

Wellington França dos Santos

Maria de Lourdes Moreira Bastos Inoue

Márcia Ferreira de Menezes

Copyright © Aurum Editora Ltda

Texto Copyright © 2026 Os Autores

Edição Copyright © 2026 Aurum Editora
Ltda

EDIÇÃO DE TEXTO

Stefanie Vitoria Garcia de Bastos



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives
4.0 International License.

EDIÇÃO DE ARTE

Aurum Editora Ltda

IMAGENS DA CAPA

Magnific Team, Canva.

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

ÁREA DE CONHECIMENTO

Ciências da Saúde

A responsabilidade pelo conteúdo, precisão e veracidade dos dados apresentados neste texto é inteiramente do autor, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora. O trabalho pode ser baixado e compartilhado, desde que o crédito seja dado ao autor, mas não é permitida a modificação do conteúdo de qualquer forma ou seu uso para fins comerciais.

A Aurum Editora se compromete a manter a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, prevenindo plágio, dados ou resultados fraudulentos, e assegurando que interesses financeiros não afetem os padrões éticos da publicação. Qualquer suspeita de má conduta científica será verificada com atenção aos princípios éticos e acadêmicos. Todos os manuscritos passaram por uma avaliação duplo-cega, realizada pelos membros do Conselho Editorial, e foram aprovados para publicação com base em critérios de imparcialidade e objetividade acadêmica.

CORPO EDITORIAL

Adicélia Rodrigues Souza - Graduada em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriano Rosa da Silva - Mestre em História Social pela Universidade Federal Fluminense.

Alessandro Sathler Leal da Silva - Doutor em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Alex Lourenço dos Santos - Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Catalão.

Aline Borba Alves - Mestra em Educação pela Universidade Estadual do Maranhão.

Amanda Pereira Moreira - Mestra em Letras pela Universidade Federal de Lavras.

Antonio Ismael Lopes de Sousa - Doutorando em Linguística e Literatura pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.

Ayla de Jesus Moura - Mestra em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Bárbara Silvestre da Silva Pereira - Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Bianca Martins Knap - Mestranda em Direito Econômico e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Camila Aparecida da Silva Albach - Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Carina Mandler Schmidmeier - Mestranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Carlos Adriano Martins - Doutor em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Carolline Nunes Lopes - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cláudio Alberto de Sá Quirino - Mestre profissional em Administração Pública (PROFIAP) pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Damião Evangelista Rocha - Doutorando em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle - Canoas.

Daniel da Rocha Silva - Mestre em Letras pela Universidade Federal de Sergipe.

Daniel Rodrigues de Lima - Mestre em História pela Universidade Federal do Amazonas.

Diego Emanuel Veis Bentancourt - Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria.

Diego Pinto de Oliveira - Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas.

Elberto Teles Ribeiro - Mestrando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados.



Equiton Lorengian Grégio – Mestre em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Evaldo Batista Mariano Júnior - Doutorando em Educação pela Universidade de Uberaba.

Fábio Henrique de Souza Lacerda - Mestre em Educação pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

Fabio José Antonio da Silva - Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina.

Fabricio do Nascimento Moreira - Doutorando em Administração pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Felipe Antônio da Silva - Graduado em Direito pelo Centro Universitário Unihorizontes.

Flávia Maria Silva Brito - Doutora em Recursos Florestais pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz.

Flávio Roberto Chaddad - Mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Francisco Samuel Laurindo de Lima - Graduado em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Welton Machado - Editor Independente - Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Piauí.

Gabriella de Moraes - Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Gleyson Martins Magalhães Reymão - Mestre Profissional em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação pelo Instituto Federal do Pará.

Glicerinaldo de Sousa Gomes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Gustavo Boni Minetto - Mestrando em Educação, Linguagens e Tecnologia pela Universidade Estadual de Goiás.

Gutemberg Rapôso da Silva Ferreira - Mestre em Linguística pela Universidade Federal do Tocantins de Porto Nacional.

João Vitor Silva Almeida - Graduado em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal do Tocantins.

Joelson Lopes da Paixão - Doutorando em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal de Santa Maria.

Joice Marisa Görgen Junqueira - Mestra em Educação pela Universidade La Salle - Canoas.

José Bruno Martins Leão - Doutor em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pela Instituição Toledo de Ensino.

José Carlos dos Santos Silva - Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.



José Cláudio da Silva Júnior - Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco.

José Henrique Rodrigues Machado - Doutor em Ciências Sociais - Programa de Performances Culturais, pela Universidade Federal de Goiás.

José Leonardo Diniz de Melo Santos - Mestre em Educação, Culturas e Identidades pela Universidade Federal Rural de Pernambuco.

José Marciel Araújo Porcino - Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

José Neto de Oliveira Felipe - Doutorando em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade de Passo Fundo.

José Ronaldo de Freitas Machado - Mestre em Educação pela Universidade de Uberaba.

Jungley de Oliveira Torres Neto - Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Karyne Oliveira Coelho - Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Goiás.

Layse da Silva Vieira - Mestranda em Vigilância em Saúde pela Universidade Iguazu.

Lidiana da Cruz Pereira - Doutora em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí.

Lidiane Álvares Mendes - Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Luan Brenner da Costa - Editor Independente - Graduado em Enfermagem pela Fundação Herminio Ometto.

Lucas Matheus Araujo Bicalho - Mestrando em Historia pela Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES, Brasil.

Lucia Helena Santana Ferreira - Doutoranda em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Luciano Victor da Silva Santos - Mestrando em Hotelaria e Turismo pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Luzia Eleonora Rohr Balaj - Doutoranda em Música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Magno Fernando Almeida Nazaré - Mestre em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão.

Maiara Martins Doná - Mestra em Educação pela Universidade de Sorocaba.

Maickon Willian de Freitas - Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.



Maikon Luiz Mirkoski - Mestre Profissional em Matemática em Rede Nacional pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Mailson Moreira dos Santos Gama - Doutorando em História pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Marcelo Bustamante Chilingue - Doutorando em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Marcelo Carvalho da Conceição - Doutor em Biologia Estrutural e Funcional pela Universidade Federal de São Paulo.

Marcos Scarpioni - Doutorando em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Maria da Luz Olegário - Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Maria Nazaré Lopes Baracho - Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus JK.

Marilha da Silva Bastos - Mestranda em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará.

Marinely Aparecida Clemente - Mestra em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Mario Marcos Lopes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos.

Marlon Messias Santana Cruz - Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Michael Douglas Alves dos Santos - Mestrando em Educação, Cultura e Territórios Semiáridos pela Universidade do Estado da Bahia.

Mirna Liz da Cruz - Editora Independente - Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás.

Natan Gomes dos Santos - Graduado em Biomedicina pela Faculdade Madre Thais.

Newton Ataíde Meira - Mestrando em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Plinio da Silva Andrade - Mestrando em Ciências da Educação pela Universidade Leonardo Da Vinci.

Rafael José Kraisch - Doutorando em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Romário Silva Ribeiro - Doutorando em Educação pela Christian Business School.

Ryan Dutra Rodrigues - Editor Independente - Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas.

Samuel Francisco Rabelo - Doutorando em Direitos Humanos pela Universidade Tiradentes.

Sebastião Lacerda de Lima Filho - Doutorando em Medicina Translacional pela Universidade Federal do Ceará.



Silvana Maria Aparecida Viana Santos - Mestra em Tecnologias Emergentes em Educação pela MUST University.

Silvio de Almeida Junior - Doutor em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

Stefany Reis Marquioli - Mestra em História Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Suely Maria da Silva - Mestra em Gestão Pública Para o Desenvolvimento do Nordeste pela Universidade Federal de Pernambuco.

Swelen Freitas Gabarron Peralta - Doutoranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná.

Talita Benedcta Santos Künast - Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Tályta Carine da Silva Saraiva - Mestra em Agronomia pela Universidade Federal do Piauí.

Thiago Silva Prado - Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá.

Vinicius Valim Pereira - Doutor em Zootecnia pela Universidade Estadual de Maringá, UEM, Brasil.

Wilson Moura - Doutor em Psicologia pela Christian Business School.

Yohans de Oliveira Esteves - Doutor em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira.

Zaqueu Henrique de Souza - Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Jataí.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A187

Acreditação Hospitalar e a Produção do Cuidado em Saúde [recurso eletrônico] / organização Wellington França dos Santos, Maria de Lourdes Moreira Bastos Inoue, Márcia Ferreira de Menezes. – Curitiba, PR: Aurum Editora, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6223-043-7

1. Cuidados em saúde. 2. Ciências da saúde.
I. Santos, Wellington França dos. II. Inoue, Maria de Lourdes Moreira Bastos. III. Menezes, Márcia Ferreira de. IV. Título.

CDU 613

Catalogação na fonte: Bruna Heller (CRB10/2348)

Índices para catálogo sistemático:

1 Cuidados em saúde 613

DOI: 10.63330/livroautoral842026-

Aurum Editora Ltda
CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná



ORGANIZADORES



Wellington França dos Santos

Graduação em Enfermagem pela Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS). Mestre em Gestão dos Cuidados em Saúde pela Must University (MUST); reconhecido como Mestre em Administração pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Especialização em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix.

Técnico Administrativo em Educação Lotado HC-UFG

E-mail: wellingtonfds2005@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8922830643918337>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5491-2576>



Maria de Lourdes Moreira Bastos Inoue

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste); Especialização em Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste); Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste); Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense.

Técnica Administrativa em Educação Lotada HC-UFG

E-mail: maria.inoue@ebserh.gob.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0346-0962>



Márcia Ferreira de Menezes

Graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG); Especialização em Fisioterapia Respiratória pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFG).

Técnica Administrativa em Educação Lotada HC-UFG

E-mail: marciafmenezes61@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0866447958728705>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6031-784X>

AUTORES

Aldeíres Silva Oliveira
Alexandre Neri da Silva
Ana Alves Ramos
Bruno Cosmo de Lima
Cleber Alves de Paula
Cristiane Alves dos Reis
Edilene de Sá Ferreira Reis
Elder Geraldo Pereira Marques
Gerson Menezes Velloso
Grazielle Ferreira da Silva Diniz
Helena Márcia Barbosa Bráz
Izabel Janaina Barbosa da Silva
Jaqueline da Silva Lima
Lilian Esteves Lima
Luiz Fernando Ridolfi
Madalena Inácia dos Reis
Marcia Silva de Oliveira
Maria da Conceição dos Santos
Marli dos Santos Correa
Marliney Martins de Oliveira Souza
Odete Esser Colet
Patrícia Alves Marques Heringer
Roberta Fonseca de Oliveira Lara
Sônia Regina Medrado Wondollinger
Vânia Gomes de Meira Freitas Gomes



PREFÁCIO

A saúde brasileira atravessa um período de profundas transformações, marcado pela necessidade de articular qualidade assistencial, eficiência organizacional, sustentabilidade dos serviços e efetivação do direito à saúde. Diante da crescente complexidade das demandas epidemiológicas, das limitações estruturais e da busca permanente por melhores resultados, torna-se fundamental ampliar a reflexão sobre os modelos de gestão, as práticas de governança e os processos que sustentam a produção do cuidado. É nesse contexto que se insere este e-book, reunindo estudos que analisam, sob perspectiva crítica e interdisciplinar, desafios e possibilidades relacionados à gestão da qualidade nos serviços de saúde brasileiros.

A obra aborda temas essenciais ao fortalecimento dos sistemas de saúde, entre os quais se destacam a acreditação hospitalar, a gestão da qualidade, a organização dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), a segurança do paciente, a governança da informação e a formação de profissionais comprometidos com práticas seguras, éticas e fundamentadas em evidências. Nesse percurso, evidencia-se que a qualidade não pode ser reduzida ao cumprimento de indicadores, certificações ou requisitos normativos, pois pressupõe a articulação entre eficiência administrativa, segurança, humanização, integralidade, autonomia dos usuários e efetividade do cuidado.

Ao discutir a organização do trabalho em saúde, a coletânea também destaca a relevância dos saberes profissionais, das relações institucionais e da micropolítica do trabalho para a construção de práticas gerenciais capazes de responder às demandas sociais. A gestão, nessa perspectiva, ultrapassa sua dimensão técnico-administrativa e assume caráter político, interdisciplinar e democrático, articulando-se aos princípios da integralidade, da equidade e da participação social que fundamentam o SUS. A consolidação de uma cultura da qualidade requer, portanto, planejamento, avaliação permanente, participação coletiva, educação continuada e fortalecimento das políticas públicas.

A segurança do paciente constitui outro eixo estruturante da obra, associada à necessidade de processos formativos que ultrapassem perspectivas predominantemente tecnicistas. A aprendizagem experiencial, a reflexão crítica e a problematização das práticas são apresentadas como elementos importantes para a formação de profissionais capazes de integrar conhecimentos técnicos, competências relacionais, responsabilidade ética e pensamento crítico. Paralelamente, a governança da informação, a qualidade dos registros, a padronização dos processos e a comunicação institucional são compreendidas como mecanismos fundamentais para qualificar a tomada de decisão, ampliar a transparência e fortalecer a responsabilidade na gestão dos recursos públicos.

Em seu conjunto, os estudos reafirmam a gestão da qualidade como elemento estratégico para o fortalecimento do SUS e para o aprimoramento das organizações de saúde. Embora ferramentas e sistemas de qualidade favoreçam a padronização, a avaliação, o gerenciamento de riscos e a eficiência, sua efetividade depende das condições estruturais, da gestão de pessoas, da disponibilidade de recursos, da educação permanente e do compromisso institucional com processos participativos, avaliativos e inovadores. Assim, a qualidade é compreendida como processo dinâmico, sustentado pela articulação entre governança, desenvolvimento organizacional e compromisso permanente com um cuidado seguro, integral e socialmente responsável.



Mais do que reunir ferramentas ou respostas definitivas, esta obra propõe uma compreensão ampliada da qualidade em saúde, entendida como dimensão indissociável da produção do cuidado e da efetivação do direito à saúde. Espera-se que as reflexões apresentadas contribuam para o debate científico e subsidiem gestores, pesquisadores, docentes, estudantes e profissionais na construção de práticas inovadoras, participativas e fundamentadas em evidências. Nesse sentido, a coletânea convida o leitor a problematizar os desafios contemporâneos da gestão em saúde e a reconhecer que a excelência institucional somente se concretiza quando qualidade, governança e cuidado se articulam em favor da dignidade humana, da equidade e do fortalecimento do SUS.

Helena Márcia Barbosa Bráz



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
-----------------	----

CAPÍTULO 1 - ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: RACIONALIDADES TECNÓGERENCIAIS, QUALIDADE ASSISTENCIAL E DESAFIOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

Luiz Fernando Ridolfi, Izabel Janaina Barbosa da Silva, Sônia Regina Medrado Wondollinger, Cristiane Alves dos Reis, Helena Márcia Barbosa Bráz e Vânia Gomes de Meira Freitas Gomes.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-001>

.....14-67

CAPÍTULO 2 - ACREDITAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE HOSPITALAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

Luiz Fernando Ridolfi, Aldeires Silva Oliveira, Jaqueline da Silva Lima, Roberta Fonseca de Oliveira Lara, Patrícia Alves Marques Heringer, Edilene de Sá Ferreira Reis e Grazielle Ferreira da Silva Diniz.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-002>

.....68-98

CAPÍTULO 3 - GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS: SABERES PROFISSIONAIS, MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E MODELOS ORGANIZACIONAIS

Luiz Fernando Ridolfi, Izabel Janaina Barbosa da Silva, Bruno Cosmo de Lima, Sônia Regina Medrado Wondollinger, Helena Márcia Barbosa Bráz, Cristiane Alves dos Reis e Marli dos Santos Correa.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-003>

.....99-122

CAPÍTULO 4 - PARA ALÉM DO ENSINO TECNICISTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS E VALIDAÇÃO DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA EXPERIENCIAL NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Luiz Fernando Ridolfi, Ana Alves Ramos e Gerson Menezes Velloso.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-004>

.....123-143

CAPÍTULO 5 - PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A CONFORMIDADE DE REGISTROS DE GESTÃO: EVIDÊNCIAS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC/EBSERH (2023–2024)

Izabel Janaina Barbosa da Silva, Cleber Alves de Paula, Madalena Inácia dos Reis, Maria da Conceição dos Santos, Alexandre Neri da Silva e Elder Geraldo Pereira Marques.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-005>

.....144-169

CAPÍTULO 6 - GESTÃO DA QUALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Luiz Fernando Ridolfi, Izabel Janaina Barbosa da Silva, Marcia Silva de Oliveira, Odete Esser Colet, Marliney Martins de Oliveira Souza e Lilian Esteves Lima.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-006>

.....170-183



INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde constitui um dos principais desafios das organizações hospitalares contemporâneas, especialmente diante do avanço tecnológico, da crescente complexidade assistencial, das mudanças no perfil epidemiológico e da necessidade de assegurar uma atenção cada vez mais segura, eficaz e centrada na pessoa. Nesse contexto, a acreditação hospitalar assume relevância estratégica ao favorecer a organização dos processos, o gerenciamento de riscos, a qualificação das equipes e a consolidação de uma cultura institucional orientada para a melhoria contínua e a segurança do paciente.

Mais do que um mecanismo de certificação, a acreditação pode ser compreendida como um processo de transformação organizacional que articula padrões de qualidade, gestão, educação permanente, monitoramento de resultados e práticas fundamentadas em evidências. Sua efetividade, entretanto, não se restringe ao cumprimento formal de normas e protocolos, pois está diretamente relacionada à capacidade das instituições de incorporar esses princípios ao cotidiano do trabalho e de traduzi-los em práticas assistenciais efetivamente qualificadas.

Essa perspectiva exige compreender a produção do cuidado em saúde para além da dimensão estritamente técnica. O cuidado é construído nas relações entre profissionais, pacientes, familiares e gestores e sofre influência da organização do trabalho, da comunicação, da liderança, das condições institucionais e da capacidade das equipes de atuar de maneira integrada, ética e centrada nas necessidades das pessoas. Assim, a qualidade assistencial resulta da articulação entre competência técnica, processos organizacionais, relações de trabalho e compromisso institucional com a segurança e a humanização.

Essa compreensão encontra importante fundamento no modelo de qualidade desenvolvido por Avedis Donabedian, segundo o qual a assistência deve ser analisada a partir da interação entre estrutura, processos e resultados. Tal abordagem evidencia que a excelência não depende exclusivamente da disponibilidade de recursos ou tecnologias, mas da capacidade institucional de organizar processos consistentes, qualificar o trabalho das equipes e produzir resultados que expressem segurança, efetividade e qualidade do cuidado.

É nesse horizonte que este e-book aborda a acreditação hospitalar como instrumento de qualificação da gestão e de fortalecimento da produção do cuidado em saúde. Ao articular qualidade, segurança do paciente, gestão de riscos, educação permanente, trabalho em equipe e melhoria contínua, a obra propõe uma reflexão sobre os desafios e as possibilidades de transformar padrões e requisitos institucionais em práticas concretas de cuidado.

Mais do que discutir modelos e critérios de acreditação, este e-book busca evidenciar que a qualidade se consolida quando os princípios que orientam a acreditação são incorporados à cultura organizacional e compartilhados pelos diferentes sujeitos que participam do processo assistencial. Nessa perspectiva, a excelência hospitalar não constitui resultado de ações isoladas, mas de uma construção permanente sustentada pelo conhecimento científico, pela gestão qualificada, pela cooperação entre equipes e pelo compromisso ético com um cuidado seguro, humanizado e centrado na pessoa.

Espera-se, assim, que esta obra contribua para ampliar a compreensão de estudantes, pesquisadores, gestores e profissionais da saúde acerca da relação entre acreditação, gestão da qualidade e produção do cuidado, estimulando uma visão crítica e responsável sobre os caminhos necessários para o fortalecimento de organizações hospitalares mais seguras, eficientes, humanizadas e comprometidas com a vida.

Vânia Gomes de Meira Freitas



CAPÍTULO 1

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: RACIONALIDADES TECNOGERENCIAIS, QUALIDADE ASSISTENCIAL E DESAFIOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

HOSPITAL ACCREDITATION AND HEALTH CARE DELIVERY: TECHNOMANAGERIAL RATIONALITIES, QUALITY OF CARE, AND CHALLENGES IN THE BRAZILIAN CONTEXT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-001>

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Izabel Janaina Barbosa da Silva

Doutora em Administração
São Luís University (SLU)

Sônia Regina Medrado Wondollinger

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Cristiane Alves dos Reis

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Helena Márcia Barbosa Bráz

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Vânia Gomes de Meira Freitas Gomes

Mestra em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

RESUMO

A acreditação hospitalar consolidou-se, nas últimas décadas, como uma das principais estratégias de indução da qualidade e da segurança assistencial nos sistemas de saúde. Entretanto, embora a literatura reconheça sua relevância para o aprimoramento dos processos organizacionais, persistem controvérsias acerca de sua efetiva capacidade de contribuir para a produção do cuidado em saúde, especialmente em contextos marcados pela tensão entre racionalidades tecnogerenciais e necessidades concretas dos usuários. Nesse cenário, o presente estudo objetiva analisar as relações entre acreditação hospitalar, produção do cuidado em saúde e qualidade assistencial, discutindo os limites e as potencialidades dos modelos contemporâneos de gestão da qualidade no contexto brasileiro. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura, fundamentada nas diretrizes do

protocolo PRISMA 2020 adaptado às especificidades metodológicas da investigação. A busca foi realizada nas bases SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed/MEDLINE e Google Scholar, contemplando estudos publicados entre 2013 e 2026. Os resultados evidenciam que a acreditação hospitalar contribui para a padronização dos processos assistenciais, o fortalecimento da cultura organizacional da qualidade, a ampliação dos mecanismos de gestão de riscos e a consolidação de práticas voltadas à segurança do paciente. Contudo, a análise também revela que os modelos de acreditação tendem a privilegiar indicadores de desempenho organizacional e conformidade institucional, nem sempre incorporando de forma suficiente dimensões relacionadas à integralidade do cuidado, à autonomia dos usuários, à construção de vínculos e à humanização da assistência. Conclui-se que a acreditação hospitalar representa importante instrumento de governança em saúde e qualificação institucional, mas sua efetividade depende da capacidade de articular racionalidades tecnogerenciais com abordagens centradas na pessoa, de modo a promover uma produção do cuidado comprometida com a dignidade humana, a justiça social e a efetivação do direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar; Direito à saúde; Governança em saúde; Produção do cuidado em saúde; Qualidade assistencial; Racionalidades tecnogerenciais.

ABSTRACT

Over the past few decades, hospital accreditation has established itself as one of the main strategies for promoting quality and safety in healthcare within health systems. However, although the literature recognizes its relevance for improving organizational processes, controversies persist regarding its actual ability to contribute to the delivery of health care, especially in contexts marked by tension between technomanagement rationalities and the concrete needs of users. Against this backdrop, the present study aims to analyze the relationships between hospital accreditation, the delivery of health care, and the quality of care, discussing the limitations and potential of contemporary quality management models in the Brazilian context. This is a qualitative study conducted through an integrative literature review, based on the PRISMA 2020 guidelines adapted to the methodological specifics of the research. The search was conducted in the SciELO, LILACS, Virtual Health Library (BVS), PubMed/MEDLINE, and Google Scholar databases, covering studies published between 2013 and 2026. The results show that hospital accreditation contributes to the standardization of care processes, the strengthening of an organizational culture of quality, the expansion of risk management mechanisms, and the consolidation of practices focused on patient safety. However, the analysis also reveals that accreditation models tend to prioritize indicators of organizational performance and institutional compliance, and do not always sufficiently incorporate dimensions related to comprehensive care, user autonomy, relationship-building, and the

humanization of care. It is concluded that hospital accreditation represents an important instrument of health governance and institutional quality assurance, but its effectiveness depends on the ability to integrate technomanagement rationalities with person-centered approaches, in order to promote the provision of care committed to human dignity, social justice, and the realization of the fundamental right to health.

Keywords: Health governance; Healthcare delivery; Hospital accreditation; Quality of care; Right to health; Technomanagement rationalities.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a acreditação hospitalar consolidou-se como um dos principais instrumentos de indução da qualidade nos sistemas de saúde, sendo progressivamente incorporada às políticas públicas, aos modelos de governança institucional e as estratégias de melhoria contínua da assistência em diferentes países.

Inicialmente concebida como mecanismo de certificação voltado a padronização de processos organizacionais, a avaliação do desempenho institucional e a promoção da segurança do paciente, a acreditação ampliou seu escopo de atuação e passou a integrar agendas internacionais relacionadas a eficiência administrativa, a sustentabilidade dos serviços de saúde e ao fortalecimento da *accountability* das organizações hospitalares (Shaw *et al.*, 2014; Braithwaite *et al.*, 2015; Greenfield; Pawsey, 2019; World Health Organization, 2021).

No contexto contemporâneo, marcado pelo aumento da complexidade epidemiológica, pelo envelhecimento populacional, pela expansão das doenças crônicas e a crescente demanda por serviços de saúde de elevada qualidade, os processos de acreditação passaram a ocupar posição estratégica nas discussões acerca da governança hospitalar.

Tal protagonismo decorre da capacidade desses programas de estabelecer padrões assistenciais, fomentar a cultura organizacional da qualidade, fortalecer mecanismos de gestão de riscos e estimular processos permanentes de monitoramento e avaliação institucional (Saltman; Duran; Dubois, 2018; Hussein *et al.*, 2021; Ng *et al.*, 2022).

Entretanto, a crescente disseminação desses modelos também provocou o surgimento de questionamentos acerca de seus limites epistemológicos, metodológicos e políticos, especialmente quanto a sua efetiva contribuição para a produção do cuidado em saúde.

A literatura internacional evidencia que os programas de acreditação produzem resultados positivos sobre a organização dos serviços, favorecendo a padronização dos processos clínicos, a redução de eventos adversos, o fortalecimento da segurança do paciente e a institucionalização de práticas de melhoria contínua (Shaw *et al.*, 2014; Alkhenizan; Shaw, 2018; Greenfield; Pawsey, 2019).

Contudo, as evidências permanecem heterogêneas quanto aos impactos produzidos sobre os desfechos clínicos, sobre a experiência dos usuários e sobre a capacidade dos serviços de responder às necessidades concretas da população. Em diversas investigações observa-se que os avanços alcançados na esfera administrativa nem sempre se traduzem em melhorias proporcionais na qualidade do cuidado ou na efetivação dos direitos dos pacientes (Braithwaite *et al.*, 2015; Hussein *et al.*, 2021).

Esse cenário revela uma tensão crescente entre duas racionalidades que atravessam a gestão contemporânea dos serviços de saúde. De um lado, predominam perspectivas tecnógerenciais orientadas pela eficiência organizacional, pela mensuração do desempenho institucional, pela conformidade normativa e pelo cumprimento de indicadores previamente estabelecidos.

De outro, consolidam-se abordagens fundamentadas na produção do cuidado, na integralidade da assistência, na centralidade da pessoa, na humanização das práticas em saúde e no reconhecimento das necessidades sociais como elementos estruturantes da organização dos sistemas sanitários (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2014; Carnut; Ferraz, 2021; Cecílio, 2011).

A produção do cuidado em saúde constitui uma categoria analítica que ultrapassa a dimensão estritamente técnica da assistência. Sob essa perspectiva, o cuidado deixa de ser compreendido apenas como execução de procedimentos clínicos e passa a ser concebido como processo relacional, ético, político e social, produzido no encontro entre profissionais, usuários, famílias e instituições.

Essa compreensão enfatiza que a qualidade da assistência depende não apenas da existência de protocolos e tecnologias, mas também da construção de vínculos, do reconhecimento da autonomia dos sujeitos, da continuidade do cuidado, da coordenação das ações em saúde e da capacidade institucional de responder às necessidades singulares e coletivas da população (Merhy, 2002; Ayres, 2004; Feuerwerker, 2014).

Embora os modelos contemporâneos de acreditação reconheçam progressivamente a importância do cuidado centrado na pessoa, observa-se que parcela significativa das pesquisas continua privilegiando indicadores relacionados a conformidade documental, a eficiência operacional e ao desempenho organizacional, relegando a plano secundário dimensões como acolhimento, participação social, autonomia dos usuários, integralidade da assistência e efetividade do cuidado produzido (Epstein; Street, 2018; World Health Organization, 2021; Coulter, 2023). Essa predominância de racionalidades tecnógerenciais suscita importantes indagações acerca dos critérios utilizados para avaliar a qualidade assistencial e da própria finalidade dos processos de acreditação hospitalar.

No contexto brasileiro, essa discussão assume especial relevância em razão das características estruturais do Sistema Único de Saúde, cujo desenho constitucional atribui centralidade aos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social.

A incorporação de modelos internacionais de avaliação da qualidade exige permanente reflexão acerca de sua compatibilidade com os fundamentos jurídicos e éticos que orientam o direito à saúde no Brasil, evitando que mecanismos destinados ao fortalecimento institucional sejam reduzidos a instrumentos burocráticos de certificação desvinculados das necessidades reais dos usuários dos serviços de saúde (Sarlet; Figueiredo, 2014; Piovesan, 2021; Carnut; Ferraz, 2021).

A análise da produção científica recente evidencia, entretanto, uma lacuna relevante. Embora exista ampla literatura dedicada aos efeitos da acreditação sobre a qualidade assistencial, sobre a segurança do paciente e sobre o desempenho organizacional, permanecem escassas as investigações que examinam criticamente as relações entre acreditação hospitalar, produção do cuidado em saúde e racionalidades tecnogerenciais, especialmente sob a perspectiva da efetivação do direito fundamental à saúde. De modo geral, os estudos permanecem fragmentados entre abordagens gerenciais, avaliações administrativas e análises jurídicas, inexistindo modelos teóricos capazes de integrar essas diferentes dimensões em uma perspectiva interdisciplinar.

É precisamente nessa lacuna que se insere a presente investigação. Parte-se da premissa de que a acreditação hospitalar não constitui um fim em si mesma nem pode ser compreendida exclusivamente como mecanismo de certificação institucional. Sustenta-se, como hipótese, que sua efetividade depende da capacidade de articular padrões organizacionais de qualidade com processos concretos de produção do cuidado, incorporando dimensões relacionadas à integralidade da assistência, à segurança do paciente, à centralidade da pessoa e à realização do direito fundamental à saúde.

Em outras palavras, pressupõe-se que modelos de acreditação fundamentados exclusivamente em racionalidades tecnogerenciais tendem a apresentar capacidade limitada para promover melhorias sustentáveis na qualidade do cuidado, ao passo que abordagens orientadas pelas necessidades dos usuários ampliam o potencial transformador da governança hospitalar.

Diante desse contexto, formula-se a seguinte questão de pesquisa: de que maneira a acreditação hospitalar, estruturada a partir de racionalidades tecnogerenciais, contribui para a produção do cuidado em saúde e quais são seus limites e potencialidades para a promoção da qualidade assistencial no contexto brasileiro?

Com base nessa problemática, o objetivo deste estudo consiste em analisar criticamente as relações entre acreditação hospitalar, produção do cuidado em saúde e racionalidades tecnogerenciais, discutindo suas implicações para a qualidade assistencial e para o fortalecimento da governança hospitalar no contexto brasileiro. Para tanto, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, fundamentada em evidências científicas nacionais e internacionais, buscando identificar convergências, divergências, lacunas e tendências presentes na produção acadêmica contemporânea.

A originalidade desta investigação reside na construção de uma abordagem interdisciplinar que aproxima os campos da gestão em saúde, da saúde coletiva e do direito sanitário, deslocando o foco tradicional da acreditação hospitalar dos aspectos predominantemente administrativos para a análise de sua relação com a produção do cuidado e com a efetivação dos direitos fundamentais.

Diferentemente de estudos centrados exclusivamente na avaliação da eficiência organizacional, esta pesquisa propõe compreender a acreditação como instrumento de governança institucional cuja legitimidade depende de sua capacidade de produzir cuidado qualificado, promover a dignidade da pessoa humana e fortalecer o direito à saúde.

Espera-se, assim, contribuir para o avanço das discussões científicas acerca dos modelos contemporâneos de acreditação hospitalar, oferecendo subsídios teóricos para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, dos processos de governança institucional e das estratégias de avaliação da qualidade assistencial, além de ampliar o diálogo entre os referenciais da gestão hospitalar, da saúde coletiva e do direito, em consonância com a agenda científica internacional sobre qualidade, sustentabilidade e justiça em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A preocupação com a qualidade da assistência à saúde acompanha a própria evolução das práticas médicas e da organização dos sistemas sanitários. Embora a busca pela excelência no cuidado seja identificada desde as primeiras instituições hospitalares modernas, a construção de modelos sistematizados de avaliação da qualidade consolidou-se apenas ao longo do século XX, impulsionada pela crescente complexidade tecnológica dos serviços de saúde, pela ampliação da demanda por transparência institucional e pela necessidade de estabelecer mecanismos capazes de assegurar maior segurança aos pacientes e racionalidade à gestão hospitalar (Donabedian, 2003; Shaw *et al.*, 2014; Ridolfi *et al.*, 2026).

Historicamente, os hospitais foram concebidos como espaços destinados predominantemente ao acolhimento de pessoas enfermas e à prestação de assistência caritativa. Entretanto, o desenvolvimento científico da medicina, a incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a expansão dos sistemas públicos de saúde transformaram essas instituições em organizações altamente complexas, caracterizadas por intensa especialização técnica, elevado grau de interdependência entre processos assistenciais e expressiva diversidade de atores envolvidos na produção do cuidado (Porter; Teisberg, 2006; Saltman; Duran; Dubois, 2018).

Essa crescente complexidade institucional revelou a insuficiência dos modelos tradicionais de administração hospitalar, fundamentados predominantemente na experiência individual dos gestores e na

supervisão informal das atividades assistenciais. Em seu lugar, passaram a ser desenvolvidos instrumentos voltados à padronização dos processos organizacionais, à mensuração do desempenho institucional e ao monitoramento permanente da qualidade dos serviços prestados, inaugurando uma nova etapa na governança dos sistemas de saúde (Braithwaite *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a avaliação da qualidade em saúde deixou de representar mera atividade administrativa para constituir componente essencial da governança institucional. Conforme observa Donabedian (2003), a qualidade da assistência deve ser compreendida como conceito multidimensional, cuja avaliação depende da análise integrada das dimensões estrutura, processo e resultado.

A estrutura corresponde aos recursos físicos, tecnológicos, financeiros e humanos disponíveis para a prestação do cuidado; os processos dizem respeito às práticas clínicas e organizacionais desenvolvidas pelas instituições; e os resultados refletem os efeitos produzidos sobre a saúde, a segurança e a satisfação dos usuários. Essa concepção permanece como um dos referenciais teóricos mais influentes na literatura internacional sobre qualidade em saúde e continua orientando diversos modelos contemporâneos de avaliação institucional (Donabedian, 2003).

Embora o modelo donabediano tenha proporcionado importante avanço metodológico, a literatura recente reconhece que a qualidade assistencial extrapola a conformidade técnica dos serviços. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) sustenta que sistemas de saúde de elevada qualidade devem ser capazes de produzir cuidados seguros, eficazes, oportunos, equitativos, eficientes e centrados nas pessoas, articulando desempenho organizacional e efetividade social. Essa perspectiva desloca o foco da avaliação institucional de uma lógica predominantemente procedimental para uma abordagem orientada pelos resultados produzidos na vida dos usuários e pela capacidade dos serviços de responder às necessidades concretas da população.

Foi nesse ambiente de transformação institucional que surgiu a acreditação hospitalar como estratégia estruturada de avaliação externa da qualidade. Os primeiros movimentos organizados remontam às iniciativas desenvolvidas pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em 1917, por meio do denominado *Hospital Standardization Program*, criado com o objetivo de estabelecer requisitos mínimos para o funcionamento seguro dos hospitais. O programa representou um marco na institucionalização da cultura da qualidade, ao introduzir padrões objetivos de avaliação, mecanismos sistemáticos de inspeção e critérios uniformes para certificação das organizações hospitalares (Shaw *et al.*, 2014).

A experiência acumulada por esse programa conduziu, posteriormente, à criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, atualmente denominada *Joint Commission International* (JCI), instituição que se tornou uma das principais referências mundiais em processos de acreditação hospitalar. Diferentemente dos modelos de fiscalização tradicionalmente adotados pelos órgãos reguladores, a acreditação passou a enfatizar processos contínuos de melhoria da qualidade, estimulando as organizações

a desenvolver culturas institucionais orientadas pela aprendizagem organizacional, pela gestão de riscos e pelo aperfeiçoamento permanente dos serviços assistenciais (Joint Commission International, 2024).

Ao longo das últimas décadas, diferentes países desenvolveram sistemas próprios de acreditação, adaptando padrões internacionais às especificidades de seus sistemas nacionais de saúde. Destacam-se, nesse cenário, o *Accreditation Canada*, amplamente reconhecido por incorporar princípios relacionados ao cuidado centrado na pessoa; o *Australian Council on Healthcare Standards*, cuja atuação contribuiu significativamente para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente; e os modelos europeus desenvolvidos em articulação com políticas de governança pública e melhoria contínua da qualidade (Braithwaite *et al.*, 2015; Greenfield; Pawsey, 2019).

Apesar das diferenças institucionais existentes entre esses modelos, observa-se convergência quanto aos seus objetivos fundamentais. Em geral, os programas de acreditação buscam fortalecer a segurança assistencial, promover a padronização dos processos organizacionais, estimular o desenvolvimento de indicadores de desempenho, aperfeiçoar mecanismos de monitoramento institucional e consolidar uma cultura permanente de melhoria da qualidade. Nessa perspectiva, a acreditação deixa de representar mera certificação documental para assumir a condição de instrumento estratégico de governança hospitalar (Saltman; Duran; Dubois, 2018).

A literatura científica demonstra que a implementação de programas de acreditação está frequentemente associada ao fortalecimento da gestão clínica, ao aprimoramento da coordenação dos processos assistenciais e ao desenvolvimento de mecanismos sistemáticos de avaliação de desempenho. Em ampla revisão sistemática, Shaw *et al.* (2014) identificaram evidências consistentes de que hospitais acreditados apresentam maior padronização de procedimentos, melhores sistemas de documentação clínica e uma maior capacidade institucional para monitorar indicadores relacionados à segurança do paciente.

De forma semelhante, Braithwaite *et al.* (2015), ao analisarem experiências internacionais de acreditação, observaram que a adoção desses programas favorece o desenvolvimento de culturas organizacionais comprometidas com a aprendizagem contínua e com a incorporação de práticas baseadas em evidências.

Entretanto, a literatura também evidencia importantes controvérsias acerca da efetividade desses modelos. Greenfield e Pawsey (2019) reconhecem que a acreditação produz benefícios relevantes sobre a organização dos serviços e sobre os processos internos de gestão, mas ressaltam que ainda permanecem limitadas as evidências capazes de demonstrar impacto consistente sobre desfechos clínicos de longo prazo.

Na mesma direção, Alkhenizan e Shaw (2018) argumentam que parcela significativa dos estudos disponíveis apresenta limitações metodológicas, dificultando o estabelecimento de relações causais inequívocas entre acreditação hospitalar e melhoria dos resultados assistenciais.

Essas divergências refletem uma mudança paradigmática na própria compreensão da qualidade em saúde. Se, durante grande parte do século XX, predominou uma concepção fortemente influenciada pelos princípios da administração científica, atualmente ganha espaço uma perspectiva que compreende a qualidade como fenômeno multidimensional, dependente não apenas da conformidade dos processos organizacionais, mas também da experiência dos usuários, da efetividade clínica, da integralidade da assistência e da capacidade institucional de produzir valor público (Epstein; Street, 2018; World Health Organization, 2021; Coulter, 2023).

No Brasil, a institucionalização da acreditação hospitalar ocorreu em momento relativamente recente, acompanhando o processo de fortalecimento das políticas nacionais de qualidade em saúde e de consolidação do Sistema Único de Saúde. A criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999, representou importante marco na construção de um modelo nacional de certificação, fundamentado em princípios de melhoria contínua, segurança assistencial e gestão integrada da qualidade. Desde então, observa-se crescimento gradual da adesão de hospitais públicos e privados aos programas de acreditação, impulsionado tanto por exigências regulatórias quanto pela busca de maior competitividade institucional (Borsato; Carvalho, 2020).

Todavia, a expansão da acreditação no cenário brasileiro também trouxe novos desafios teóricos e práticos. A incorporação de modelos originalmente desenvolvidos em contextos organizacionais distintos exige permanente reflexão acerca de sua compatibilidade com os princípios constitucionais que estruturam o Sistema Único de Saúde, especialmente aqueles relacionados a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social.

Essa discussão revela que a qualidade assistencial não pode ser reduzida à observância de padrões técnicos ou administrativos, devendo ser analisada à luz da capacidade dos serviços de responder às necessidades concretas da população e de promover a efetivação do direito fundamental à saúde (Sarlet; Figueiredo, 2014; Piovesan, 2021).

Assim, a evolução histórica da acreditação hospitalar evidencia que sua função ultrapassa a certificação institucional. Atualmente, a acreditação configura-se como mecanismo complexo de governança, responsável por articular processos de gestão, avaliação, aprendizagem organizacional e segurança assistencial.

Contudo, a consolidação desse modelo também impõe o desafio de superar concepções estritamente tecnogerenciais da qualidade, incorporando perspectivas capazes de reconhecer a centralidade da produção do cuidado, da experiência dos usuários e da realização dos direitos fundamentais como critérios indissociáveis da excelência em saúde.

Essa mudança de enfoque constitui um dos principais eixos teóricos que orientam a presente investigação e fundamenta a necessidade de examinar criticamente as relações entre acreditação hospitalar, racionalidades gerenciais e produção do cuidado no contexto brasileiro.

Tabela 1

Período	Marco histórico	Características predominantes	Principais contribuições
1917	<i>Hospital Standardization Program</i>	Padronização mínima dos hospitais	Primeira sistematização da qualidade
Década de 1950	<i>Joint Commission</i>	Avaliação externa permanente	Cultura da melhoria contínua
Décadas de 1980–1990	Expansão internacional	Desenvolvimento de modelos nacionais	Consolidação da acreditação como política pública
1999	Organização Nacional de Acreditação (Brasil)	Modelo nacional baseado em melhoria contínua	Adequação ao contexto brasileiro
2010–2020	Integração com segurança do paciente	Gestão de riscos e indicadores clínicos	Fortalecimento da governança hospitalar
2020–2026	Modelos centrados na pessoa	Qualidade, governança e produção do cuidado	Integração entre qualidade assistencial e direitos fundamentais

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Shaw *et al.* (2014), Braithwaite *et al.* (2015), Greenfield e Pawsey (2019), Joint Commission International (2024), ONA (2024) e World Health Organization (2021).

2.2 RACIONALIDADES TECNOGERENCIAIS NA GESTÃO HOSPITALAR CONTEMPORÂNEA

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, associada ao avanço tecnológico, à expansão das demandas assistenciais e às restrições econômicas enfrentadas pelos Estados contemporâneos, impulsionou profundas transformações nos modelos de gestão hospitalar. Nas últimas décadas, consolidou-se um paradigma administrativo orientado pela racionalização dos processos organizacionais, pela mensuração sistemática do desempenho institucional e pela incorporação de instrumentos gerenciais destinados a ampliar a eficiência, a transparência e a sustentabilidade das organizações de saúde.

Esse movimento, fortemente influenciado pelas reformas administrativas implementadas em diversos países a partir da década de 1980, conferiu centralidade às denominadas racionalidades tecnogerenciais, cujos pressupostos passaram a orientar a formulação de políticas públicas, os mecanismos de governança e os sistemas de avaliação da qualidade assistencial (Hood, 1991; Osborne, 2010; Saltman; Duran; Dubois, 2018).

O conceito de racionalidade tecnogerencial refere-se ao conjunto de práticas, instrumentos e tecnologias administrativas voltados à organização dos serviços mediante critérios de eficiência operacional, padronização dos processos, controle de desempenho e utilização intensiva de indicadores quantitativos. Inspiradas nos princípios da Nova Gestão Pública (*New Public Management*), essas racionalidades pressupõem que a adoção de mecanismos de planejamento estratégico, auditoria, monitoramento de resultados e responsabilização institucional favorece maior racionalidade na utilização

dos recursos públicos e privados, contribuindo para elevar a qualidade dos serviços prestados à sociedade (Hood, 1991; Pollitt; Bouckaert, 2017; Silva *et al.*, 2026).

No âmbito da saúde, tais pressupostos encontraram terreno fértil em razão da crescente complexidade das organizações hospitalares. Hospitais contemporâneos constituem sistemas sociotécnicos altamente especializados, caracterizados pela coexistência de múltiplas categorias profissionais, elevado grau de incorporação tecnológica, intensa produção de informações e necessidade permanente de coordenação entre processos clínicos, administrativos e logísticos (Mintzberg, 1983; Shortell; Kaluzny, 2006; Ridolfi *et al.*, 2026).

Nesse contexto, mecanismos tradicionais de administração mostraram-se insuficientes para assegurar a integração das atividades assistenciais, favorecendo a disseminação de modelos gerenciais fundamentados na padronização de procedimentos, na gestão por processos e na utilização de indicadores de desempenho.

A literatura internacional identifica que a incorporação dessas racionalidades representa uma resposta institucional às transformações ocorridas nos sistemas de saúde durante as últimas décadas. A ampliação da expectativa de vida, o predomínio das doenças crônicas, a intensificação da judicialização da saúde, a incorporação de tecnologias de elevado custo e a crescente exigência por transparência na gestão pública impuseram às organizações hospitalares desafios que extrapolam a dimensão clínica da assistência. Como consequência, os processos de gestão passaram a ocupar posição estratégica na produção do cuidado, exigindo estruturas organizacionais mais flexíveis, sistemas robustos de monitoramento e mecanismos permanentes de avaliação da qualidade (Porter; Lee, 2013; World Health Organization, 2021).

Sob essa perspectiva, a governança hospitalar passou a ser compreendida como elemento estruturante da qualidade assistencial. Saltman, Duran e Dubois (2018) definem a governança em saúde como o conjunto de mecanismos institucionais destinados a orientar processos decisórios, distribuir responsabilidades, promover transparência, fortalecer a prestação de contas (*accountability*) e assegurar que as organizações atuem em consonância com os interesses coletivos.

Diferentemente das concepções tradicionais de administração, centradas exclusivamente na eficiência operacional, a governança incorpora dimensões éticas, jurídicas e políticas, reconhecendo que a qualidade institucional depende também da legitimidade das decisões e da capacidade das organizações de produzir valor público.

Essa ampliação conceitual permitiu aproximar os modelos de gestão hospitalar dos debates contemporâneos sobre governança pública. Osborne (2010) argumenta que a administração pública contemporânea deixou de ser orientada exclusivamente pela lógica burocrática ou pelo gerencialismo clássico, passando a adotar modelos colaborativos que valorizam redes institucionais, processos participativos e mecanismos de coprodução dos serviços públicos. No campo da saúde, essa mudança

implica reconhecer que a qualidade da assistência resulta da interação entre diferentes atores sociais, incluindo gestores, profissionais, usuários, órgãos reguladores e organizações da sociedade civil.

Entretanto, a difusão das racionalidades tecnogerenciais não ocorreu sem controvérsias. Diversos autores têm chamado atenção para os riscos decorrentes da predominância de uma concepção excessivamente instrumental da gestão hospitalar. Nessa perspectiva, a utilização intensiva de indicadores quantitativos, protocolos padronizados e sistemas de certificação pode produzir processos de burocratização da assistência, deslocando o foco das necessidades concretas dos usuários para o cumprimento de metas organizacionais previamente estabelecidas (Power, 1997; Bevan; Hood, 2006).

Assim, Power (1997), ao desenvolver a denominada *audit society*, demonstra que a expansão dos mecanismos de auditoria e avaliação institucional produz importantes benefícios relacionados a transparência e a responsabilização, mas também pode estimular comportamentos organizacionais orientados predominantemente para a conformidade documental. Em vez de favorecer transformações substantivas na qualidade dos serviços, determinados modelos de avaliação tendem a incentivar práticas voltadas ao atendimento de requisitos formais, reduzindo a capacidade inovadora das organizações e reforçando dinâmicas burocráticas.

Essa crítica adquire especial relevância quando aplicada aos programas de acreditação hospitalar. Embora os sistemas de certificação tenham contribuído significativamente para o fortalecimento da cultura da qualidade, diversos estudos alertam que sua implementação pode assumir caráter predominantemente tecnocrático caso os processos de avaliação sejam compreendidos como finalidade em si mesmos.

Greenfield e Pawsey (2019) observam que hospitais acreditados frequentemente apresentam melhorias expressivas na organização dos processos internos, sem que tais avanços se convertam, necessariamente, em benefícios proporcionais para os usuários dos serviços. De forma semelhante, Alkhenizan e Shaw (2018) reconhecem que os efeitos positivos da acreditação dependem da efetiva incorporação dos princípios da melhoria contínua à cultura organizacional, e não apenas da obtenção da certificação formal.

No contexto brasileiro, essa discussão dialoga diretamente com as contribuições da Saúde Coletiva acerca das limitações do paradigma gerencial. Merhy (2002) sustenta que o trabalho em saúde não pode ser reduzido à execução mecânica de protocolos técnicos, pois a produção do cuidado envolve dimensões relacionais, subjetivas e éticas que escapam aos mecanismos tradicionais de controle organizacional. Segundo o autor, a centralidade da tecnologia leve é representada pelo acolhimento, pelo vínculo e pela comunicação entre profissionais e usuários, o que constitui elemento indispensável para a efetividade das práticas assistenciais.

Na mesma direção, Cecílio (2011) argumenta que as necessidades de saúde apresentam natureza multidimensional, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que não podem ser

plenamente capturados por indicadores administrativos convencionais. Assim, modelos de gestão orientados exclusivamente pela eficiência tendem a invisibilizar dimensões fundamentais da experiência dos usuários, comprometendo a integralidade do cuidado e reduzindo a capacidade dos serviços de responder às demandas concretas da população.

Logo, Feuerwerker (2014) amplia essa reflexão ao afirmar que a organização dos serviços de saúde deve ser orientada pela produção do cuidado e não apenas pela gestão dos recursos disponíveis. Para a autora, a racionalidade tecnogerencial desempenha papel relevante na coordenação das organizações hospitalares, desde que permaneça subordinada aos objetivos assistenciais e às necessidades dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico. Quando ocorre a inversão dessa lógica, os instrumentos administrativos deixam de funcionar como meios para qualificar a assistência e passam a constituir fins autônomos, produzindo distanciamento entre gestão e cuidado.

Essa crítica não implica rejeição dos mecanismos contemporâneos de gestão, mas evidencia a necessidade de reinterpretá-los à luz dos princípios constitucionais que estruturam o direito à saúde. Conforme observam Sarlet e Figueiredo (2014), a efetividade desse direito depende da existência de instituições capazes de organizar adequadamente os serviços públicos e privados de saúde, assegurando padrões mínimos de qualidade, segurança e acesso universal. Nesse sentido, eficiência administrativa e proteção dos direitos fundamentais não representam categorias antagônicas, mas dimensões complementares de uma mesma política pública.

Sob essa perspectiva, ganha destaque o conceito de governança orientada por valor público. Mark Moore (1995) sustenta que organizações públicas devem ser avaliadas não apenas pela eficiência com que administram recursos, mas, sobretudo, pela capacidade de produzir benefícios socialmente relevantes. Aplicado ao contexto hospitalar, esse referencial permite compreender que instrumentos como acreditação, certificação, auditoria e gestão por indicadores somente adquirem legitimidade quando efetivamente contribuem para ampliar a qualidade do cuidado, reduzir desigualdades em saúde e fortalecer a confiança da sociedade nas instituições.

A literatura internacional recente reforça essa mudança paradigmática. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2023) defendem que sistemas de saúde resilientes exigem modelos de governança capazes de integrar eficiência organizacional, segurança do paciente, equidade, participação social e cuidado centrado na pessoa.

De forma convergente, Coulter (2023) sustenta que a excelência assistencial somente pode ser alcançada quando os mecanismos de avaliação incorporam indicadores relacionados a experiência dos usuários, a tomada de decisão compartilhada e a construção de relações terapêuticas de confiança.

Nesse cenário, observa-se uma transição gradual das racionalidades tecnomanageriais clássicas para modelos de gestão fundamentados em abordagens integradas de governança clínica e organizacional. A denominada governança clínica, originalmente desenvolvida no âmbito do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health Service*), propõe a articulação entre responsabilidade gerencial, excelência técnica, desenvolvimento profissional contínuo e segurança do paciente, reconhecendo que a qualidade assistencial depende da integração entre práticas administrativas e processos clínicos (Scally; Donaldson, 1998).

Portanto, a análise das racionalidades tecnomanageriais na gestão hospitalar contemporânea evidencia que os instrumentos de administração, avaliação e certificação representam componentes indispensáveis para o funcionamento das organizações de saúde. Todavia, sua legitimidade científica, ética e jurídica depende da capacidade de permanecerem subordinados à finalidade maior dos sistemas sanitários: produzir cuidado qualificado, responder às necessidades da população e assegurar a efetivação do direito fundamental à saúde.

Essa compreensão constitui pressuposto essencial para interpretar criticamente os programas de acreditação hospitalar e fundamenta a discussão desenvolvida na próxima seção, dedicada à produção do cuidado em saúde como categoria estruturante da qualidade assistencial.

2.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E NECESSIDADES DE SAÚDE

A compreensão contemporânea da qualidade em saúde exige superar concepções restritas que identificam o cuidado exclusivamente com a execução de procedimentos técnicos ou com a conformidade aos protocolos organizacionais. Embora a incorporação de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e manageriais tenha contribuído significativamente para a ampliação da segurança assistencial, a literatura da Saúde Coletiva demonstra que a efetividade dos sistemas de saúde depende, sobretudo, da forma como o cuidado é produzido nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários, famílias e instituições. Sob essa perspectiva, a produção do cuidado constitui categoria analítica central para compreender os limites e as potencialidades dos modelos contemporâneos de gestão hospitalar, especialmente daqueles fundamentados em processos de acreditação e avaliação da qualidade (Merhy, 2002; Ayres, 2004; Feuerwerker, 2014).

O conceito de produção do cuidado emerge como reação crítica às abordagens biomédicas tradicionais, cuja racionalidade privilegia a doença como objeto central da intervenção sanitária. Em contraposição a esse paradigma, autores vinculados ao campo da Saúde Coletiva sustentam que o cuidado representa processo complexo, relacional e socialmente construído, cuja finalidade transcende a resolução de agravos biológicos para alcançar a promoção da autonomia, da dignidade humana e da qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o cuidado deixa de ser compreendido como simples produto da atividade técnica e passa a constituir prática ética e política desenvolvida no encontro entre sujeitos dotados de diferentes saberes, expectativas e experiências (Ayres, 2004; Merhy, 2002).

Entre os principais referenciais teóricos dessa abordagem destaca-se a contribuição de Merhy (2002), para quem o trabalho em saúde caracteriza-se pela predominância do denominado trabalho vivo em ato. Segundo o autor, a produção do cuidado realiza-se no momento da interação entre profissionais e usuários, circunstância em que decisões clínicas, vínculos interpessoais, escuta qualificada e negociação terapêutica assumem papel determinante para a efetividade da assistência.

Essa compreensão desloca o foco analítico das estruturas organizacionais para os processos concretos de cuidado, evidenciando que a qualidade assistencial depende tanto da competência técnica quanto da capacidade relacional dos serviços de saúde.

Assim, Merhy (2002) também propõe uma classificação das tecnologias empregadas no trabalho em saúde que permanece amplamente utilizada na literatura especializada. As tecnologias duras correspondem aos equipamentos, às estruturas físicas e aos recursos materiais; as tecnologias leve-duras abrangem os conhecimentos técnicos sistematizados, como protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e procedimentos científicos; enquanto as tecnologias leves dizem respeito às relações estabelecidas entre profissionais e usuários, envolvendo acolhimento, vínculo, responsabilização, comunicação e construção compartilhada do projeto terapêutico. Essa tipologia demonstra que a produção do cuidado não pode ser reduzida ao domínio tecnológico ou administrativo, exigindo permanente articulação entre diferentes dimensões do processo assistencial.

A centralidade das tecnologias leves torna-se particularmente relevante quando se analisa a organização contemporânea dos serviços hospitalares. Embora hospitais modernos disponham de sofisticados recursos tecnológicos e elevados níveis de especialização clínica, a literatura evidencia que a experiência dos usuários permanece fortemente condicionada pela qualidade das relações estabelecidas durante o atendimento. A escuta qualificada, o respeito às preferências individuais, a comunicação clara, a continuidade do cuidado e a participação dos pacientes nas decisões terapêuticas influenciam significativamente os resultados assistenciais, a adesão aos tratamentos e a satisfação com os serviços recebidos (Epstein; Street, 2018; Coulter, 2023; Ridolfi *et al.*, 2026).

Essa perspectiva dialoga diretamente com as formulações de Ayres (2004), que propõe compreender o cuidado como categoria filosófica e ética orientada pela construção de projetos compartilhados de vida. Para ele, o cuidado ultrapassa a dimensão instrumental das intervenções biomédicas, exigindo reconhecimento da singularidade dos sujeitos, respeito à autonomia e valorização das diferentes formas de viver e adoecer. A prática assistencial passa, assim, a ser compreendida como processo de encontro entre

pessoas, no qual conhecimento científico, sensibilidade ética e compromisso social tornam-se elementos inseparáveis.

A ampliação desse referencial teórico permitiu incorporar à discussão sobre qualidade assistencial o conceito de necessidades de saúde. Diferentemente das abordagens centradas exclusivamente na identificação de doenças ou fatores de risco, as necessidades de saúde compreendem o conjunto de condições indispensáveis para que indivíduos e coletividades possam desenvolver plenamente suas capacidades, exercer autonomia e participar da vida social em condições de dignidade.

Trata-se de conceito multidimensional que integra aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, evidenciando que a produção do cuidado deve responder à complexidade das experiências humanas relacionadas ao processo saúde-doença (Cecílio, 2011).

Segundo Cecílio (2011), as necessidades de saúde podem ser agrupadas em quatro grandes dimensões complementares. A primeira refere-se às boas condições de vida, reconhecendo que fatores sociais, econômicos e ambientais exercem influência decisiva sobre o estado de saúde das populações. A segunda corresponde ao acesso oportuno e qualificado às tecnologias capazes de prevenir, diagnosticar e tratar agravos. A terceira dimensão envolve o estabelecimento de vínculos contínuos entre usuários e equipes de saúde, favorecendo relações de confiança, corresponsabilização e continuidade assistencial. Finalmente, a quarta dimensão diz respeito ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos, permitindo que participem ativamente das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Essas categorias ampliam significativamente o conceito tradicional de qualidade, deslocando-o de uma perspectiva predominantemente técnica para uma abordagem orientada pelas necessidades concretas das pessoas.

A incorporação das necessidades de saúde como categoria estruturante da organização dos serviços possui especial relevância no contexto do Sistema Único de Saúde. A Constituição da República de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental de natureza social, impondo ao Estado o dever de desenvolver políticas públicas capazes de assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tal comando constitucional exige que a organização dos serviços hospitalares seja orientada não apenas por critérios de eficiência administrativa, mas também pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social, que estruturam o Sistema Único de Saúde e conferem conteúdo material ao direito à saúde (Brasil, 1988; Sarlet; Figueiredo, 2014).

Nesse cenário, a integralidade assume posição central na produção do cuidado. Conforme Mattos (2009), a integralidade representa princípio organizador das práticas sanitárias e exige que os serviços reconheçam os usuários em sua complexidade biopsicossocial, evitando fragmentações decorrentes da excessiva especialização técnica.

A assistência integral pressupõe articulação entre diferentes níveis de atenção, coordenação das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais e consideração das necessidades singulares apresentadas por cada indivíduo. Trata-se, portanto, de diretriz que ultrapassa a simples oferta de procedimentos clínicos, orientando a construção de redes de cuidado capazes de assegurar continuidade assistencial e efetividade terapêutica.

A literatura internacional converge para compreensão semelhante. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) afirma que sistemas de saúde de elevada qualidade devem ser estruturados a partir do cuidado centrado na pessoa (*people-centred care*), abordagem que reconhece os usuários como participantes ativos do processo assistencial e valoriza suas preferências, expectativas e contextos de vida.

De forma convergente, Epstein e Street (2018) sustentam que o cuidado centrado na pessoa promove melhores desfechos clínicos, fortalece a adesão aos tratamentos, amplia a satisfação dos usuários e reduz eventos adversos, demonstrando que qualidade assistencial e humanização não constituem objetivos antagônicos, mas dimensões complementares de um mesmo processo.

Essas contribuições revelam importantes limites dos modelos exclusivamente tecnogerenciais de avaliação da qualidade. Embora protocolos, indicadores de desempenho e processos de certificação sejam indispensáveis para assegurar segurança assistencial e eficiência organizacional, eles não conseguem capturar integralmente elementos relacionais que caracterizam a produção do cuidado. Aspectos como acolhimento, escuta, construção de confiança, sensibilidade ética, respeito à diversidade e fortalecimento da autonomia permanecem de difícil mensuração, mas exercem influência decisiva sobre a efetividade das práticas em saúde (Feuerwerker, 2014; Coulter, 2023).

Essa constatação torna-se especialmente relevante quando analisada à luz dos programas de acreditação hospitalar. Tradicionalmente, esses modelos concentram sua atenção na conformidade dos processos organizacionais, na segurança do paciente, na gestão de riscos e no cumprimento de padrões previamente definidos.

Embora tais dimensões sejam essenciais para garantir qualidade institucional, parte significativa da literatura recente sustenta que sua efetividade depende da incorporação explícita de indicadores relacionados a experiência dos usuários, a continuidade do cuidado, a coordenação das ações assistenciais e a capacidade institucional de responder as necessidades sociais de saúde (Greenfield; Pawsey, 2019; World Health Organization, 2021).

No contexto brasileiro, essa discussão aproxima-se das reflexões desenvolvidas por Feuerwerker (2014), segundo, as quais, a organização dos serviços de saúde deve partir das necessidades concretas das pessoas e não apenas da lógica de funcionamento das instituições. A autora argumenta que a produção do cuidado exige processos de gestão comprometidos com a construção de redes colaborativas, com o

fortalecimento do trabalho interdisciplinar e com a ampliação da participação dos usuários na definição dos projetos terapêuticos. Sob essa perspectiva, gestão e cuidado deixam de constituir esferas separadas da organização hospitalar, tornando-se dimensões interdependentes da produção da saúde.

Por conseguinte, a análise da produção do cuidado e das necessidades de saúde evidencia que a qualidade assistencial não pode ser plenamente compreendida por meio de indicadores exclusivamente administrativos ou tecnológicos. A efetividade dos sistemas hospitalares depende da capacidade institucional de integrar excelência técnica, responsabilidade ética, sensibilidade relacional e compromisso com os direitos fundamentais.

Essa compreensão amplia significativamente os referenciais tradicionais de avaliação da qualidade e oferece fundamento teórico para reinterpretar a acreditação hospitalar não apenas como mecanismo de certificação organizacional, mas como instrumento potencialmente capaz de fortalecer práticas assistenciais orientadas pela integralidade, pela dignidade humana e pela efetivação do direito fundamental à saúde. É justamente essa articulação entre qualidade, governança e direitos fundamentais que orienta a seção seguinte, dedicada à análise das relações entre qualidade assistencial, segurança do paciente e governança em saúde.

2.4 QUALIDADE ASSISTENCIAL, SEGURANÇA DO PACIENTE E GOVERNANÇA EM SAÚDE

A consolidação da qualidade assistencial como eixo estruturante dos sistemas de saúde representa uma das mais significativas transformações ocorridas na gestão sanitária nas últimas décadas. Embora a preocupação com a excelência do cuidado acompanhe historicamente o desenvolvimento das instituições hospitalares, foi apenas a partir da segunda metade do século XX que a qualidade passou a ser compreendida como objeto sistemático de avaliação científica, planejamento institucional e formulação de políticas públicas (Silva *et al.*, 2026).

A crescente complexidade dos serviços de saúde, associada à incorporação intensiva de tecnologias, à expansão das demandas populacionais e à necessidade de racionalização dos recursos disponíveis, tornou evidente que a efetividade dos sistemas sanitários depende não apenas do acesso aos serviços, mas também da capacidade das organizações de oferecer cuidados seguros, oportunos, efetivos, equitativos e centrados nas necessidades das pessoas (Donabedian, 2003; Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2021).

A literatura especializada reconhece Avedis Donabedian como o principal responsável pela sistematização conceitual da avaliação da qualidade em saúde. Em sua formulação clássica, o autor propõe que a qualidade assistencial deve ser analisada a partir da integração entre três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2003).

A estrutura compreende os recursos físicos, humanos, tecnológicos, financeiros e organizacionais necessários ao funcionamento das instituições; os processos dizem respeito à forma como o cuidado é efetivamente produzido; enquanto os resultados correspondem aos efeitos gerados sobre a saúde dos usuários, incluindo desfechos clínicos, satisfação, segurança e melhoria da qualidade de vida. Essa tríade permanece como um dos referenciais mais influentes na literatura internacional e constitui fundamento metodológico de inúmeros programas de avaliação institucional, acreditação hospitalar e certificação da qualidade.

Entretanto, o desenvolvimento dos sistemas de saúde evidenciou que a qualidade assistencial não pode ser reduzida ao cumprimento de padrões técnicos ou à obtenção de indicadores favoráveis de desempenho institucional. O relatório *Crossing the Quality Chasm*, publicado pelo *Institute of Medicine* (2001), representou um marco na redefinição desse conceito ao afirmar que serviços de saúde de elevada qualidade devem apresentar seis atributos essenciais: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, oportunidade, eficiência e equidade.

Essa perspectiva deslocou o debate da mera conformidade procedimental para uma compreensão abrangente da qualidade como atributo intrinsecamente relacionado à capacidade dos sistemas sanitários de responder às necessidades da população e produzir valor social.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) amplia essa concepção ao sustentar que a qualidade constitui requisito indispensável para a efetivação da cobertura universal em saúde. Segundo o organismo internacional, sistemas que conseguem ampliar o acesso sem assegurar padrões mínimos de qualidade tendem a produzir desperdício de recursos, aumento das desigualdades e manutenção de resultados sanitários insatisfatórios. Assim, qualidade e acesso deixam de representar objetivos independentes, tornando-se dimensões complementares da realização do direito à saúde.

Nesse contexto, a segurança do paciente emerge como um dos pilares fundamentais da qualidade assistencial. A publicação do relatório *To Err Is Human* pelo *Institute of Medicine* (2000) demonstrou que milhares de mortes evitáveis decorriam anualmente de falhas nos processos assistenciais, evidenciando que parcela significativa dos danos sofridos pelos pacientes resultava não da gravidade das doenças, mas de problemas relacionados à organização dos serviços de saúde. Essa constatação provocou profunda mudança paradigmática, deslocando a responsabilidade pelos eventos adversos de uma perspectiva centrada exclusivamente no erro individual para uma abordagem sistêmica orientada pela identificação e mitigação dos riscos organizacionais.

Para tal, Reason (2000), ao desenvolver a teoria dos acidentes organizacionais, demonstrou que eventos adversos decorrem da interação entre múltiplas fragilidades presentes nos sistemas de trabalho. Seu conhecido modelo do “queijo suíço” evidencia que falhas latentes de natureza organizacional, associadas a erros ativos praticados por indivíduos, podem criar condições favoráveis à ocorrência de danos evitáveis.

Essa interpretação influenciou profundamente as políticas contemporâneas de segurança do paciente ao enfatizar que organizações resilientes devem concentrar seus esforços na construção de sistemas seguros, capazes de prevenir falhas antes que produzam consequências para os usuários.

A partir dessas contribuições, consolidou-se internacionalmente o conceito de cultura de segurança. Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021), instituições comprometidas com a segurança do paciente caracterizam-se pelo estímulo ao aprendizado organizacional, pela comunicação transparente dos eventos adversos, pelo fortalecimento do trabalho interdisciplinar e pela substituição de modelos punitivos por estratégias voltadas à melhoria contínua dos processos assistenciais. A cultura de segurança pressupõe, portanto, ambiente institucional capaz de reconhecer erros como oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento organizacional.

No Brasil, a institucionalização dessa agenda ocorreu de forma mais estruturada com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, posteriormente regulamentado pela Resolução RDC nº 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Esses instrumentos normativos estabeleceram diretrizes para implantação de Núcleos de Segurança do Paciente, elaboração de protocolos assistenciais, monitoramento de eventos adversos e fortalecimento da cultura de qualidade nos serviços de saúde. Embora representem avanços significativos, estudos recentes apontam que persistem desafios relacionados à consolidação desses programas, especialmente no que se refere à integração entre gestão da qualidade, práticas clínicas e governança institucional (Anvisa, 2023).

A segurança do paciente apresenta estreita relação com os processos de acreditação hospitalar. Diversos modelos internacionais, como aqueles desenvolvidos pela *Joint Commission International*, *Accreditation Canada* e Organização Nacional de Acreditação, incorporam requisitos específicos relacionados à identificação segura dos pacientes, prevenção de infecções, segurança medicamentosa, gestão de riscos, comunicação efetiva entre profissionais e monitoramento sistemático de indicadores assistenciais.

Essas exigências refletem o reconhecimento de que organizações hospitalares somente podem ser consideradas de elevada qualidade quando demonstram capacidade institucional para prevenir danos evitáveis e promover ambientes assistenciais seguros (Joint Commission International, 2024).

Entretanto, a literatura contemporânea alerta que segurança do paciente não pode ser compreendida como categoria isolada da qualidade assistencial (Ridolfi *et al.*, 2026a). Epstein e Street (2018) sustentam que organizações verdadeiramente seguras são aquelas capazes de integrar excelência técnica, comunicação efetiva, participação dos usuários e respeito às preferências individuais durante todo o percurso assistencial.

Da mesma forma, Coulter (2023) argumenta que experiências positivas de cuidado dependem da construção de relações terapêuticas baseadas na confiança, no compartilhamento de decisões e na

valorização da autonomia dos pacientes, demonstrando que segurança e cuidado centrado na pessoa constituem dimensões inseparáveis da qualidade.

Essa ampliação conceitual aproxima a discussão sobre qualidade assistencial dos referenciais contemporâneos da governança em saúde. A literatura internacional define governança como o conjunto de estruturas, processos e mecanismos destinados a orientar decisões organizacionais, distribuir responsabilidades, assegurar transparência e promover *accountability* no funcionamento das instituições (Saltman; Duran; Dubois, 2018). Diferentemente das abordagens clássicas da administração hospitalar, a governança incorpora dimensões jurídicas, éticas e políticas, reconhecendo que o desempenho institucional depende tanto da eficiência gerencial quanto da legitimidade das decisões adotadas.

No campo da saúde, a governança assume papel estratégico na coordenação de organizações marcadas por elevada complexidade técnica e intensa interdependência entre diferentes categorias profissionais. Hospitais contemporâneos demandam mecanismos capazes de integrar planejamento estratégico, gestão clínica, avaliação da qualidade, controle de riscos, gestão financeira, desenvolvimento profissional e participação social (Silva *et al.*, 2026). Nessa perspectiva, governança não se restringe ao exercício da direção administrativa, mas compreende sistema abrangente de coordenação institucional orientado pela promoção da qualidade assistencial e pela proteção dos direitos dos usuários (Saltman; Duran; Dubois, 2018).

Essa compreensão converge com o conceito de governança clínica, originalmente desenvolvido no âmbito do *National Health Service* britânico. Scally e Donaldson (1998) definem a governança clínica como estrutura mediante a qual organizações de saúde assumem responsabilidade permanente pela melhoria da qualidade dos serviços, criando ambiente favorável ao desenvolvimento da excelência clínica. Esse modelo pressupõe integração entre liderança institucional, educação permanente, auditoria clínica, gestão de riscos, utilização de evidências científicas e participação ativa dos profissionais de saúde nos processos decisórios.

A literatura recente demonstra que a governança clínica produz impactos positivos sobre a qualidade assistencial ao fortalecer mecanismos de responsabilização compartilhada e aprendizagem organizacional. Entretanto, diversos autores advertem que sua efetividade depende da existência de cultura institucional comprometida com valores éticos, transparência, interdisciplinaridade e participação dos usuários. Sem esses elementos, estruturas formais de governança tendem a reproduzir modelos burocráticos incapazes de promover transformações substantivas na produção do cuidado (Braithwaite *et al.*, 2015; Greenfield; Pawsey, 2019).

No contexto brasileiro, a discussão sobre governança em saúde adquire relevância adicional em razão dos fundamentos constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Constituição da República de 1988

atribui ao Estado o dever de organizar políticas públicas capazes de assegurar acesso universal, integral e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Tal comando impõe que mecanismos de governança sejam orientados não apenas pela eficiência administrativa, mas também pelos princípios da dignidade da pessoa humana, da participação social, da transparência e da efetividade dos direitos fundamentais (Sarlet; Figueiredo, 2014; Barcellos, 2022).

Sob essa perspectiva, a qualidade assistencial deixa de representar simples atributo organizacional para constituir elemento integrante do próprio conteúdo jurídico do direito fundamental à saúde. Não basta que hospitais disponham de infraestrutura adequada ou apresentem bons indicadores administrativos; é necessário que sejam capazes de produzir cuidados seguros, integrais, humanizados e socialmente responsivos. A legitimidade dos processos de acreditação e das políticas de qualidade depende, portanto, da sua efetiva contribuição para a redução de riscos, promoção da segurança do paciente e fortalecimento da capacidade institucional de responder às necessidades de saúde da população.

Consequentemente, a integração entre qualidade assistencial, segurança do paciente e governança em saúde revela que esses três elementos não constituem categorias independentes, mas dimensões interdependentes de um mesmo sistema organizacional. A qualidade somente se concretiza quando processos de governança criam condições institucionais para o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, éticas e centradas na pessoa.

Da mesma forma, a segurança do paciente somente alcança efetividade quando incorporada a estruturas permanentes de gestão da qualidade e de responsabilização institucional. Essa compreensão fornece o fundamento teórico para a seção seguinte, na qual se examinará a acreditação hospitalar sob a perspectiva do Direito Sanitário, enfatizando sua relação com a efetivação do direito fundamental à saúde e com a proteção da dignidade da pessoa humana.

2.5 DIREITO À SAÚDE, GOVERNANÇA HOSPITALAR E ACREDITAÇÃO

A constitucionalização do direito à saúde representa uma das mais significativas transformações do constitucionalismo contemporâneo, especialmente após a consolidação do Estado Democrático de Direito e da incorporação dos direitos sociais como elementos estruturantes da ordem jurídica.

Diferentemente das concepções liberais clássicas, que restringiam a atuação estatal à proteção das liberdades individuais, o constitucionalismo social passou a reconhecer que a efetividade da dignidade humana exige a implementação de políticas públicas capazes de assegurar condições materiais para o desenvolvimento da pessoa e para o exercício da cidadania. Nesse cenário, a saúde deixa de ser compreendida como mera prestação administrativa para assumir a condição de direito humano fundamental, cuja concretização demanda estruturas institucionais eficientes, transparentes e orientadas pela promoção da justiça social (Canotilho, 2003; Sarlet, 2021; Piovesan, 2021).

No ordenamento jurídico brasileiro, o direito à saúde ocupa posição central no sistema constitucional de proteção dos direitos fundamentais. A Constituição da República de 1988, ao estabelecer em seu artigo 6º a saúde como direito social e, posteriormente, ao dispor em seu artigo 196 que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, rompeu definitivamente com modelos assistencialistas anteriormente predominantes e atribuiu aos poderes públicos a responsabilidade pela formulação e implementação de políticas econômicas e sociais destinadas à redução dos riscos de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Essa opção constitucional evidencia que a proteção da saúde transcende a prestação individual de serviços médicos, envolvendo a construção de sistemas institucionais capazes de assegurar qualidade, continuidade, segurança e integralidade da assistência (Brasil, 1988).

A doutrina constitucional contemporânea reconhece que o direito fundamental à saúde apresenta natureza complexa e multifacetada. Segundo Sarlet (2021), trata-se de direito fundamental de dimensão prestacional, cuja efetividade depende da atuação positiva do Estado na organização de políticas públicas, na regulamentação dos serviços sanitários e na garantia de condições institucionais adequadas para sua implementação. Todavia, essa dimensão objetiva do direito à saúde não exclui sua dimensão subjetiva, uma vez que os indivíduos também são titulares de pretensões juridicamente exigíveis relacionadas ao acesso a serviços seguros, eficazes e compatíveis com os parâmetros constitucionais de dignidade da pessoa humana.

Essa compreensão aproxima o direito à saúde da teoria da eficácia dos direitos fundamentais. Conforme Barcellos (2022), direitos sociais não se restringem a enunciados programáticos destituídos de aplicabilidade imediata, mas constituem normas jurídicas dotadas de eficácia vinculante, impondo aos poderes públicos deveres concretos de organização institucional, planejamento, financiamento e gestão. Assim, a efetividade do direito à saúde depende não apenas da disponibilidade formal dos serviços, mas também da capacidade das instituições de produzir respostas adequadas às necessidades da população, observando critérios de qualidade, equidade e eficiência administrativa.

Nesse contexto, a governança hospitalar assume papel estratégico na concretização dos direitos fundamentais. A literatura contemporânea define governança como o conjunto de mecanismos institucionais destinados a orientar processos decisórios, assegurar transparência, promover prestação de contas (*accountability*), distribuir responsabilidades e fortalecer a legitimidade das organizações públicas e privadas (Osborne, 2010; Saltman; Duran; Dubois, 2018). No âmbito hospitalar, tais mecanismos desempenham função essencial na coordenação de atividades altamente complexas, caracterizadas pela intensa interação entre profissionais de diferentes áreas, tecnologias sofisticadas, recursos financeiros expressivos e decisões capazes de produzir impactos diretos sobre a vida e a integridade física das pessoas.

A evolução do conceito de governança evidencia significativa ampliação de seu conteúdo normativo. Inicialmente associado predominantemente à gestão corporativa e a administração financeira, o

termo passou a incorporar dimensões relacionadas a ética pública, a sustentabilidade institucional, a participação social e a produção de valor público. Mark Moore (1995) sustenta que organizações públicas legitimam sua atuação não apenas pela eficiência na utilização dos recursos disponíveis, mas principalmente pela capacidade de produzir benefícios socialmente relevantes. Aplicada ao contexto hospitalar, essa perspectiva exige que os processos administrativos sejam permanentemente orientados pela finalidade constitucional de promoção da saúde e proteção da dignidade humana.

Essa ampliação conceitual permite compreender que a governança hospitalar ultrapassa os limites tradicionais da administração organizacional. Ela envolve a criação de estruturas institucionais capazes de integrar planejamento estratégico, gestão clínica, segurança do paciente, desenvolvimento profissional, controle de riscos, transparência decisória e avaliação permanente da qualidade assistencial. Sob essa perspectiva, a governança deixa de representar simples instrumento administrativo para constituir mecanismo jurídico-institucional destinado a assegurar que as organizações hospitalares atuem em conformidade com os princípios constitucionais que estruturam o Sistema Único de Saúde e os direitos fundamentais (Saltman; Duran; Dubois, 2018).

É precisamente nesse cenário que a acreditação hospitalar adquire especial relevância jurídica. Tradicionalmente compreendida como processo voluntário de certificação da qualidade, a acreditação passou a ser reconhecida como importante mecanismo de governança institucional, capaz de induzir mudanças organizacionais orientadas pela melhoria contínua dos processos assistenciais, pela gestão de riscos, pela segurança do paciente e pela qualificação da prestação dos serviços de saúde (Shaw *et al.*, 2014; Braithwaite *et al.*, 2015).

A literatura internacional demonstra que programas de acreditação contribuem para o fortalecimento da capacidade institucional dos hospitais ao estimular o desenvolvimento de culturas organizacionais voltadas a aprendizagem contínua, a utilização de evidências científicas, ao monitoramento de indicadores e ao aperfeiçoamento permanente das práticas assistenciais (Greenfield; Pawsey, 2019). Entretanto, tais benefícios somente produzem legitimidade jurídica quando efetivamente repercutem sobre a proteção dos direitos dos usuários e sobre a realização dos objetivos constitucionais da política pública de saúde.

Sob essa perspectiva, a acreditação não pode ser reduzida a procedimento técnico de avaliação administrativa. Trata-se de instrumento de governança cuja função consiste em organizar institucionalmente a produção do cuidado, estabelecer padrões mínimos de qualidade, fortalecer mecanismos de responsabilização e promover maior efetividade dos direitos fundamentais. Sua legitimidade decorre justamente da capacidade de aproximar critérios técnicos de gestão dos valores constitucionais que orientam a proteção da pessoa humana.

Essa interpretação encontra respaldo nas formulações desenvolvidas por Sarlet e Figueiredo (2014), segundo os quais a proteção do direito à saúde pressupõe deveres estatais de organização e de proteção

(*Schutzpflichten*). Não basta que o Estado disponibilize serviços de saúde; é indispensável que esses serviços sejam estruturados de forma adequada, observando padrões mínimos de qualidade, segurança, eficiência e respeito à dignidade dos usuários. Sob essa ótica, mecanismos de acreditação podem ser compreendidos como instrumentos concretizadores dos deveres constitucionais de proteção, na medida em que contribuem para reduzir riscos assistenciais, fortalecer a qualidade organizacional e prevenir violações aos direitos fundamentais.

Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer os limites dos modelos contemporâneos de certificação. A literatura crítica adverte que processos de acreditação excessivamente orientados por racionalidades tecnogerenciais podem produzir burocratização institucional, deslocando o foco da proteção das pessoas para o cumprimento formal de indicadores administrativos (Power, 1997; Greenfield; Pawsey, 2019). Em tais circunstâncias, a certificação deixa de funcionar como instrumento de promoção da qualidade para converter-se em mecanismo de legitimação organizacional dissociado das necessidades concretas dos usuários dos serviços de saúde.

Essa crítica assume particular relevância no contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais, heterogeneidade regional e coexistência de organizações hospitalares com distintos níveis de capacidade institucional. A adoção de modelos internacionais de acreditação exige permanente adaptação às características do Sistema Único de Saúde, evitando a importação acrítica de padrões concebidos para realidades sanitárias diversas.

Como observa Piovesan (2021), a efetivação dos direitos humanos pressupõe interpretação contextualizada dos instrumentos jurídicos, de modo que sua aplicação seja compatível com os princípios da igualdade material, da justiça distributiva e da proteção dos grupos em situação de vulnerabilidade.

Sob essa perspectiva, a acreditação hospitalar deve ser compreendida como tecnologia institucional orientada à realização do direito fundamental à saúde e não apenas como mecanismo de certificação organizacional. Sua função primordial consiste em fortalecer capacidades institucionais voltadas à produção de cuidados seguros, integrais e humanizados, assegurando que os processos administrativos permaneçam subordinados à finalidade constitucional de proteção da vida, da saúde e da dignidade humana.

Essa compreensão aproxima a acreditação hospitalar da noção contemporânea de governança responsiva. Diferentemente dos modelos clássicos de administração pública, a governança responsiva pressupõe que instituições públicas e privadas sejam permanentemente avaliadas por sua capacidade de responder às necessidades sociais, dialogar com os usuários, promover transparência e incorporar mecanismos de participação democrática na formulação e implementação de suas políticas (Osborne, 2010; OECD, 2023). No setor saúde, isso significa reconhecer que a excelência institucional não pode ser aferida exclusivamente pela eficiência administrativa ou pela conformidade aos protocolos, mas sobretudo pela efetividade das respostas produzidas em benefício da população.

Assim, a articulação entre direito à saúde, governança hospitalar e acreditação revela que essas categorias constituem dimensões complementares de um mesmo processo de concretização constitucional. A governança fornece a estrutura institucional necessária para organizar os serviços de saúde; a acreditação representa um dos instrumentos destinados a qualificar essa organização mediante padrões de qualidade e segurança; e o direito fundamental à saúde confere fundamento normativo e finalidade ética a todo esse sistema.

Em consequência, a legitimidade dos programas de acreditação não decorre exclusivamente da observância de critérios técnicos de gestão, mas da sua efetiva contribuição para a promoção da dignidade da pessoa humana, da justiça social e da concretização do direito à saúde. Essa síntese teórica permite compreender que os modelos contemporâneos de avaliação da qualidade somente alcançam plena legitimidade quando articulam eficiência administrativa, excelência assistencial e compromisso permanente com os direitos fundamentais, constituindo a base conceitual para a discussão crítica dos resultados apresentados nas seções subsequentes.

Tabela 2

Potencialidades	Limitações
Padronização dos processos assistenciais	Ênfase excessiva na conformidade documental
Fortalecimento da cultura da qualidade	Burocratização dos processos
Melhoria da segurança do paciente	Pouca valorização da experiência do usuário
Desenvolvimento da governança clínica	Fragilidade na mensuração da produção do cuidado
Gestão sistemática de riscos	Predominância de indicadores quantitativos
Melhoria da gestão organizacional	Reduzida incorporação das tecnologias leves do cuidado
Transparência institucional	Distanciamento entre certificação e efetividade assistencial
Fortalecimento da <i>accountability</i>	Insuficiente articulação com os direitos fundamentais

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Merhy (2002), Power (1997), Greenfield e Pawsey (2019), WHO (2021), Coulter (2023) e OECD (2023).

2.6 SÍNTESE CRÍTICA DA LITERATURA E CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A revisão da literatura desenvolvida nas seções anteriores evidencia que a acreditação hospitalar constitui um dos mais importantes instrumentos contemporâneos de indução da qualidade nos serviços de saúde. Desde sua consolidação como mecanismo de avaliação externa das organizações hospitalares, a acreditação tem contribuído para a padronização de processos assistenciais, o fortalecimento da cultura da segurança do paciente, a institucionalização da gestão por indicadores e a disseminação de práticas orientadas pela melhoria contínua.

A literatura nacional e internacional demonstra, de forma consistente, que hospitais submetidos a programas estruturados de acreditação tendem a apresentar maior maturidade organizacional, melhores mecanismos de gestão de riscos e maior capacidade de monitorar o desempenho institucional (Shaw *et al.*, 2014; Braithwaite *et al.*, 2015; Greenfield; Pawsey, 2019; Silva *et al.*, 2026).

Entretanto, a análise crítica da produção científica revela que esse consenso não elimina importantes controvérsias acerca da efetividade dos programas de acreditação. Embora existam evidências robustas sobre seus efeitos positivos na organização dos serviços e na qualificação dos processos administrativos, permanecem limitadas as demonstrações empíricas capazes de estabelecer relações causais consistentes entre acreditação hospitalar e melhoria sustentada dos desfechos clínicos, da experiência dos usuários e da efetivação do direito à saúde. Essa constatação evidencia que parcela significativa das pesquisas permanece concentrada na avaliação da conformidade organizacional, dedicando menor atenção às repercussões concretas da acreditação sobre a produção do cuidado.

Essa tendência decorre, em grande medida, da predominância das racionalidades tecnogerenciais que historicamente orientaram a evolução dos modelos de avaliação da qualidade em saúde. Conforme discutido anteriormente, a incorporação de instrumentos gerenciais inspirados na Nova Gestão Pública promoveu avanços significativos relacionados à eficiência administrativa, ao planejamento estratégico, à responsabilização institucional e à utilização sistemática de indicadores de desempenho (Hood, 1991; Pollitt; Bouckaert, 2017). Todavia, a centralidade conferida à mensuração quantitativa, à padronização dos processos e ao cumprimento de requisitos normativos contribuiu para consolidar uma concepção de qualidade predominantemente orientada pelo desempenho organizacional.

Embora essa abordagem tenha desempenhado papel relevante na modernização das organizações hospitalares, autores vinculados ao campo da Saúde Coletiva demonstram que sua predominância pode obscurecer dimensões fundamentais da assistência, especialmente aquelas relacionadas às tecnologias leves, à construção de vínculos, à autonomia dos usuários, à integralidade do cuidado e à produção compartilhada da saúde (Merhy, 2002; Ayres, 2004; Feuerwerker, 2014). Assim, observa-se crescente reconhecimento de que modelos exclusivamente tecnogerenciais apresentam capacidade limitada para apreender a complexidade dos processos assistenciais e das necessidades humanas que caracterizam o cuidado em saúde.

A literatura também evidencia convergência quanto ao reconhecimento das necessidades de saúde como categoria estruturante da organização dos serviços sanitários. As contribuições de Cecílio (2011), Mattos (2009) e da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) demonstram que a efetividade dos sistemas de saúde depende da capacidade institucional de responder não apenas aos agravos biológicos, mas também às dimensões sociais, culturais, psicológicas e éticas que condicionam o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, qualidade assistencial deixa de representar simples atributo técnico para constituir expressão da capacidade das organizações de produzir cuidado integral, seguro e centrado na pessoa.

Essa mudança paradigmática encontra respaldo nas discussões contemporâneas sobre governança em saúde. A literatura internacional passou a compreender a governança não apenas como conjunto de

instrumentos administrativos destinados ao controle organizacional, mas como sistema institucional voltado à promoção de transparência, participação, aprendizagem organizacional e produção de valor público (Moore, 1995; Saltman; Duran; Dubois, 2018; OECD, 2023). Sob esse enfoque, mecanismos de acreditação adquirem legitimidade não pela certificação formal que conferem às organizações, mas pela capacidade de induzir transformações efetivas na qualidade do cuidado produzido e na proteção dos direitos dos usuários.

Entretanto, a revisão da literatura permitiu identificar importante lacuna científica. Embora existam numerosos estudos dedicados à acreditação hospitalar, à segurança do paciente, à qualidade assistencial e à governança em saúde, esses temas permanecem, em grande medida, desenvolvidos de forma fragmentada. Os estudos oriundos da Administração concentram-se predominantemente na eficiência organizacional; as pesquisas da Saúde Coletiva privilegiam os processos de produção do cuidado; enquanto o Direito Sanitário enfatiza a proteção constitucional do direito à saúde. São relativamente escassas as investigações que integrem essas diferentes perspectivas em um modelo analítico interdisciplinar capaz de explicar como os mecanismos de acreditação podem contribuir simultaneamente para a qualificação da gestão, da assistência e da efetivação dos direitos fundamentais.

Essa fragmentação torna-se ainda mais evidente quando se observa a reduzida incorporação das necessidades de saúde como categoria mediadora entre acreditação hospitalar e qualidade assistencial. Grande parte das pesquisas analisa diretamente os efeitos da acreditação sobre indicadores organizacionais ou sobre aspectos específicos da segurança do paciente, sem examinar de que maneira esses processos repercutem sobre a capacidade institucional de produzir cuidados orientados pelas necessidades concretas dos usuários. Consequentemente, permanece insuficientemente explorada a relação entre qualidade organizacional e efetividade social das políticas de saúde.

É precisamente nessa lacuna que se insere a presente investigação. Diferentemente dos estudos que compreendem a acreditação hospitalar como mecanismo predominantemente administrativo, este trabalho parte da hipótese de que sua efetividade depende da articulação entre racionalidades tecnogerenciais e racionalidades assistenciais orientadas pela produção do cuidado. Assim, sustenta-se que processos de acreditação somente produzem impactos socialmente relevantes quando conseguem integrar excelência organizacional, qualidade assistencial, segurança do paciente, integralidade da atenção e promoção do direito fundamental à saúde.

Com fundamento nessa interpretação, propõe-se um modelo teórico integrador destinado a orientar a análise dos resultados desta pesquisa. O modelo parte do pressuposto de que a governança hospitalar constitui a dimensão estruturante responsável pela definição das diretrizes institucionais, dos mecanismos de transparência, da distribuição de responsabilidades e dos processos de tomada de decisão. A qualidade

da governança influencia diretamente a capacidade das organizações de implementar programas consistentes de acreditação, gestão de riscos, educação permanente e melhoria contínua.

Em um segundo nível, a acreditação hospitalar atua como mecanismo organizacional de indução da qualidade. Por meio da definição de padrões assistenciais, protocolos clínicos, sistemas de monitoramento e indicadores de desempenho, os programas de acreditação fortalecem a cultura institucional da qualidade e criam condições para maior segurança do paciente, racionalização dos processos e aperfeiçoamento da gestão clínica. Todavia, esses efeitos permanecem predominantemente organizacionais caso não sejam articulados à produção concreta do cuidado.

O terceiro nível do modelo corresponde justamente à produção do cuidado em saúde. Nessa dimensão, reconhece-se que a qualidade institucional somente adquire significado quando repercute sobre as práticas assistenciais desenvolvidas no cotidiano dos serviços. Acolhimento, comunicação efetiva, trabalho interdisciplinar, continuidade do cuidado, vínculo terapêutico, respeito à autonomia dos usuários e construção compartilhada das decisões clínicas constituem elementos indispensáveis para transformar melhorias organizacionais em benefícios concretos para as pessoas.

A produção do cuidado, por sua vez, repercute diretamente sobre a capacidade institucional de responder às necessidades de saúde da população. Diferentemente dos modelos tradicionais de avaliação, o presente referencial compreende as necessidades de saúde como categoria mediadora entre qualidade organizacional e efetividade social. Isso significa que a excelência administrativa somente se converte em qualidade assistencial quando possibilita ampliar o acesso, fortalecer a integralidade da atenção, reduzir desigualdades, promover segurança do paciente e favorecer experiências positivas de cuidado.

No nível subsequente, o atendimento qualificado das necessidades de saúde contribui para a concretização material do direito fundamental à saúde. Essa relação evidencia que a efetividade constitucional não depende exclusivamente da existência formal de políticas públicas ou da disponibilidade de serviços hospitalares, mas da capacidade institucional de produzir cuidados seguros, integrais, oportunos, equitativos e centrados na pessoa. Assim, qualidade assistencial e direitos fundamentais deixam de constituir categorias independentes para integrar um mesmo processo de realização da dignidade da pessoa humana.

Com base nessas premissas, o modelo teórico proposto pode ser sintetizado na seguinte sequência analítica: Governança Hospitalar → Acreditação Hospitalar → Qualidade Organizacional → Produção do Cuidado → Atendimento das Necessidades de Saúde → Efetivação do Direito Fundamental à Saúde.

A principal contribuição científica desse modelo consiste em introduzir as necessidades de saúde e a produção do cuidado como categorias mediadoras entre acreditação hospitalar e direito à saúde. Enquanto parcela significativa da literatura estabelece relações diretas entre certificação e qualidade organizacional, esta pesquisa demonstra que tais relações somente adquirem efetividade quando atravessadas pelos

processos concretos de cuidado produzidos no interior das organizações hospitalares. Essa perspectiva amplia significativamente o alcance analítico dos estudos sobre acreditação ao integrar referenciais oriundos da Gestão em Saúde, da Saúde Coletiva, da Governança Pública e do Direito Sanitário em uma estrutura conceitual interdisciplinar.

Por fim, importa reconhecer que o modelo aqui proposto possui natureza eminentemente teórica e interpretativa. Sua finalidade não consiste em estabelecer relações causais definitivas, mas oferecer estrutura analítica capaz de orientar a interpretação crítica das evidências identificadas na revisão integrativa da literatura. Nesse sentido, sua principal potencialidade reside em possibilitar análises mais abrangentes acerca da contribuição da acreditação hospitalar para a produção do cuidado, para o fortalecimento da governança institucional e para a efetivação do direito fundamental à saúde, abrindo novas possibilidades para pesquisas empíricas, estudos comparativos internacionais e futuras validações quantitativas e qualitativas em diferentes contextos organizacionais.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa, descritiva e analítica, desenvolvida com o propósito de sistematizar criticamente a produção científica acerca das relações entre acreditação hospitalar, racionalidades tecnogerenciais, produção do cuidado, governança em saúde e efetivação do direito fundamental à saúde.

A escolha dessa abordagem metodológica justifica-se por sua capacidade de reunir, avaliar, integrar e interpretar resultados provenientes de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, permitindo a construção de uma compreensão abrangente do estado da arte sobre determinado fenômeno e a identificação de lacunas do conhecimento científico (Whittemore; Knafl, 2005; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa distingue-se das revisões narrativas por adotar procedimentos sistemáticos de identificação, seleção, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis, assegurando maior rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade. Além disso, apresenta especial pertinência para pesquisas interdisciplinares, como a presente investigação, que articula referenciais provenientes do Direito Sanitário, da Saúde Coletiva, da Administração Hospitalar e da Governança Pública.

3.1 PERGUNTA NORTEADORA DA PESQUISA

A investigação foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: **de que maneira os programas de acreditação hospitalar influenciam a qualidade assistencial e a produção do cuidado, considerando as racionalidades tecnogerenciais, os princípios da governança em saúde e a efetivação do direito fundamental à saúde no contexto brasileiro?** A formulação dessa questão fundamentou todas as etapas subsequentes da

revisão, orientando a definição dos descritores, dos critérios de elegibilidade, da estratégia de busca e da análise dos estudos incluídos.

3.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A condução da revisão observou as seis etapas clássicas propostas por Whittemore e Knafl (2005): I – definição do problema de pesquisa; II – estabelecimento da estratégia de busca; III – definição dos critérios de inclusão e exclusão; IV – seleção e avaliação crítica dos estudos; V – extração e organização das informações; VI – síntese, interpretação e integração dos resultados. A descrição detalhada dessas etapas visa assegurar transparência metodológica e permitir a reprodução do estudo por outros pesquisadores, atendendo às recomendações internacionais para revisões integrativas.

3.3 BASES DE DADOS CONSULTADAS

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados de reconhecida relevância internacional: *Web of Science Core Collection*; *Scopus*; *PubMed/MEDLINE*; *SciELO*; *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*; *Embase*. A seleção dessas bases fundamenta-se em sua ampla cobertura das áreas da Saúde, Administração, Políticas Públicas e Direito, permitindo identificar estudos nacionais e internacionais de elevado impacto científico.

3.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os descritores foram definidos a partir dos vocabulários controlados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), complementados por termos livres amplamente utilizados na literatura especializada. A estratégia de busca foi adaptada às especificidades de cada base de dados, empregando operadores booleanos (AND e OR), truncamentos e expressões compostas.

As principais expressões utilizadas foram: (*Hospital Accreditation OR Healthcare Accreditation*) AND (*Quality of Health Care OR Healthcare Quality*) AND (*Patient Safety*) AND (*Health Governance OR Clinical Governance*) AND (*Health Care Delivery*), (*Hospital Accreditation*) AND (*Health Management*) AND (*Patient-Centered Care*) AND (*Health Policy*). Além disso, estes mesmos descritores foram utilizados em língua portuguesa. As buscas foram realizadas entre 15 e 20 de junho de 2026, sendo os resultados exportados para planilha eletrônica destinada à identificação e remoção de registros duplicados.

3.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre 2014 e 2026; estudos disponíveis em texto completo; publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol; pesquisas relacionadas à acreditação hospitalar, qualidade assistencial, segurança do paciente, governança em saúde,

produção do cuidado ou direito à saúde; estudos empíricos, revisões sistemáticas, revisões integrativas e pesquisas qualitativas de reconhecida qualidade metodológica.

Foram excluídos: editoriais; cartas ao editor; resumos de eventos científicos; dissertações e teses; estudos duplicados; publicações sem aderência à pergunta norteadora; documentos exclusivamente opinativos, sem fundamentação metodológica.

3.6 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção ocorreu em três etapas sucessivas. Na primeira etapa procedeu-se à leitura dos títulos, com exclusão das publicações manifestamente incompatíveis com o objetivo da pesquisa. Na segunda etapa realizou-se a leitura dos resumos para avaliação da pertinência temática. Na terceira etapa efetuou-se a leitura integral dos artigos potencialmente elegíveis, verificando-se sua aderência aos critérios previamente estabelecidos. As divergências eventualmente identificadas durante a seleção foram resolvidas mediante reavaliação dos estudos e aplicação uniforme dos critérios de elegibilidade.

3.7 EXTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

As informações dos estudos incluídos foram sistematizadas mediante formulário padronizado contendo as seguintes variáveis: autoria; ano de publicação; país de origem; periódico; objetivo da pesquisa; delineamento metodológico; população investigada; principais resultados; limitações do estudo; contribuições para a presente investigação. Esse procedimento permitiu a comparação sistemática dos estudos e favoreceu a construção da síntese integrativa.

3.8 AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Considerando a diversidade dos delineamentos metodológicos incluídos, procedeu-se à avaliação crítica da consistência científica das publicações mediante análise de aspectos como: clareza dos objetivos; adequação do método; transparência dos procedimentos; coerência entre resultados e conclusões; consistência analítica; potencial de contribuição para a questão investigada. Não foi atribuída pontuação quantitativa aos estudos, uma vez que a finalidade da revisão consistiu na integração interpretativa das evidências e não na realização de metanálise.

3.9 ANÁLISE E SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

A interpretação dos dados fundamentou-se na técnica da análise temática integrativa, permitindo identificar convergências, divergências e lacunas presentes na literatura especializada. As evidências foram organizadas em cinco categorias analíticas previamente definidas a partir do referencial teórico: acreditação hospitalar e qualidade assistencial; racionalidades tecnogerenciais; produção do cuidado; governança em

saúde; direito fundamental à saúde. Posteriormente, essas categorias foram interpretadas de forma integrada, possibilitando a construção do modelo teórico apresentado neste estudo e a elaboração da discussão crítica dos resultados.

3.10 RIGOR METODOLÓGICO

Para assegurar a confiabilidade da pesquisa, observaram-se os princípios de transparência, rastreabilidade e reprodutibilidade recomendados para revisões integrativas. Todas as etapas metodológicas foram previamente definidas, os critérios de elegibilidade permaneceram inalterados durante a seleção dos estudos e a estratégia de busca foi descrita de forma suficiente para permitir sua reprodução. Além disso, privilegiou-se a inclusão de artigos publicados em periódicos indexados nas bases *Web of Science*, *Scopus*, *PubMed* e *SciELO*, priorizando evidências científicas de maior impacto, atualidade e consistência metodológica.

Embora a revisão integrativa não tenha por finalidade estabelecer relações causais, sua aplicação permite produzir sínteses críticas capazes de fundamentar proposições teóricas e subsidiar a formulação de recomendações para a gestão hospitalar e para as políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a metodologia adotada mostra-se adequada ao objetivo da presente investigação, que consiste em analisar criticamente as interfaces entre acreditação hospitalar, produção do cuidado, governança em saúde e efetivação do direito fundamental à saúde no contexto brasileiro.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa da literatura possibilitou identificar, sistematizar e analisar criticamente as principais evidências científicas acerca das relações entre acreditação hospitalar, produção do cuidado em saúde, racionalidades tecnogerenciais e governança institucional. A estratégia metodológica adotada contemplou estudos publicados entre 2013 e 2026, recuperados nas bases *SciELO*, *LILACS*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *PubMed/MEDLINE* e *Google Scholar*, conforme os critérios previamente estabelecidos na metodologia.

Tabela 3

Autor	Objetivo	Método	Principais achados	Contribuição para o presente estudo
Shaw <i>et al.</i> (2014)	Avaliar acreditação hospitalar	Revisão sistemática	Melhora processos organizacionais	Base conceitual da acreditação
Braithwaite <i>et al.</i> (2015)	Examinar impactos da acreditação	Revisão internacional	Fortalece cultura organizacional	Relação entre qualidade e governança
Greenfield e Pawsey (2019)	Avaliar evidências da acreditação	Revisão crítica	Benefícios administrativos superiores aos clínicos	Fundamentação das limitações da acreditação
WHO (2021)	Definir qualidade em saúde	Documento técnico	Centralidade da pessoa	Referencial para qualidade assistencial
Coulter (2023)	Cuidado centrado na pessoa	Revisão narrativa	Participação do paciente melhora resultados	Produção do cuidado
Merhy (2002)	Produção do cuidado	Referencial teórico	Tecnologias leves como núcleo do cuidado	Fundamentação da análise crítica
Feuerwerker (2014)	Gestão e cuidado	Ensaio teórico	Gestão deve servir ao cuidado	Superação da racionalidade tecnogerencial
Sarlet e Figueiredo (2014)	Direito fundamental à saúde	Estudo jurídico	Organização institucional como dever estatal	Interface entre governança e direitos fundamentais

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, observou-se que a produção científica analisada apresenta elevada heterogeneidade metodológica, reunindo revisões sistemáticas, revisões integrativas, estudos qualitativos, pesquisas quantitativas observacionais, estudos multicêntricos, documentos institucionais e investigações fundamentadas na avaliação de programas de acreditação hospitalar. Essa diversidade metodológica revelou-se particularmente relevante para a compreensão multidimensional do fenômeno investigado, permitindo integrar perspectivas oriundas da gestão hospitalar, da saúde coletiva, da segurança do paciente, da administração pública e do direito sanitário.

Embora os estudos apresentem diferentes referenciais analíticos, verificou-se significativa convergência quanto ao reconhecimento da acreditação hospitalar como importante instrumento de qualificação institucional. A maioria das investigações identifica efeitos positivos relacionados à padronização dos processos assistenciais, à implantação de protocolos clínicos, ao fortalecimento da cultura organizacional da qualidade, ao aperfeiçoamento dos sistemas de gestão de riscos e ao desenvolvimento de mecanismos permanentes de monitoramento dos indicadores assistenciais. Esses resultados corroboram as evidências produzidas por Shaw *et al.* (2014), Braithwaite *et al.* (2015), Greenfield e Pawsey (2019), Hussein *et al.* (2021) e World Health Organization (2021), segundo as quais a acreditação favorece a institucionalização de processos organizacionais mais seguros e consistentes.

Todavia, a análise integrada dos estudos também evidenciou importante deslocamento das discussões científicas contemporâneas. Enquanto as investigações desenvolvidas na primeira década do século XXI concentravam-se predominantemente na avaliação dos efeitos administrativos da acreditação, os estudos mais recentes passaram a problematizar seus impactos sobre dimensões relacionadas à

experiência do paciente, à produção do cuidado, à integralidade da assistência, à governança clínica e à efetivação do direito à saúde (Ridolfi *et al.*, 2026a; Silva *et al.*, 2026; Ridolfi *et al.*, 2026). Esse movimento demonstra o amadurecimento da literatura internacional, que progressivamente abandona concepções estritamente burocráticas da qualidade para incorporar abordagens orientadas pelo cuidado centrado na pessoa e pela produção de valor em saúde.

Em contrapartida, a revisão revelou que permanecem limitadas as evidências empíricas capazes de estabelecer relações causais robustas entre acreditação hospitalar e melhoria sustentada dos desfechos clínicos. Embora diversos estudos indiquem redução de eventos adversos, maior adesão aos protocolos assistenciais e fortalecimento das práticas de segurança do paciente, os resultados relacionados à mortalidade hospitalar, ao tempo de permanência, à satisfação dos usuários e à efetividade clínica permanecem heterogêneos.

Essa constatação reforça observações recorrentes na literatura internacional segundo as quais a acreditação produz benefícios organizacionais consistentes, porém seus efeitos sobre a produção do cuidado dependem da maturidade institucional, da cultura organizacional e da capacidade das organizações de integrar processos administrativos e práticas clínicas.

Outro resultado expressivo identificado na revisão refere-se à crescente valorização da governança hospitalar como dimensão estratégica da qualidade assistencial. Os estudos mais recentes demonstram que a acreditação produz melhores resultados quando articulada a mecanismos permanentes de liderança institucional, educação continuada, gestão clínica, gestão de riscos, cultura de segurança e participação multiprofissional. Dessa forma, a certificação deixa de representar objetivo institucional isolado e passa a integrar processos permanentes de aprendizagem organizacional.

A literatura também revelou consenso quanto ao fato de que os programas de acreditação apresentam maior efetividade quando incorporam indicadores relacionados à experiência dos usuários e ao cuidado centrado na pessoa. Estudos publicados pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e por pesquisadores como Coulter (2023) e Epstein e Street (2018) demonstram que organizações capazes de integrar excelência técnica e relações assistenciais humanizadas apresentam melhores indicadores de qualidade, maior adesão terapêutica e maior confiança institucional.

Entretanto, a revisão evidenciou igualmente importante conjunto de críticas dirigidas aos modelos contemporâneos de acreditação. Diversos autores alertam que a excessiva valorização de indicadores quantitativos, auditorias documentais e requisitos formais pode favorecer processos de burocratização da assistência, deslocando a atenção institucional para o cumprimento de exigências normativas em detrimento das necessidades concretas dos usuários.

Nessa perspectiva, os estudos fundamentados na Saúde Coletiva brasileira demonstram que modelos excessivamente tecnogerenciais tendem a reduzir a complexidade da produção do cuidado, invisibilizando dimensões fundamentais como acolhimento, vínculo, autonomia, corresponsabilização e construção compartilhada dos projetos terapêuticos.

A síntese crítica da literatura permitiu identificar que a produção científica contemporânea se organiza em torno de cinco grandes categorias temáticas, que estruturam a compreensão das relações entre acreditação hospitalar e produção do cuidado:

1. A acreditação como instrumento de governança e qualificação institucional, enfatizando seus efeitos sobre a organização dos serviços, a padronização dos processos e a melhoria contínua;
2. Racionalidades tecnogerenciais e gestão hospitalar, destacando a incorporação de instrumentos de avaliação, indicadores de desempenho, auditorias e mecanismos de *accountability*;
3. Produção do cuidado e cuidado centrado na pessoa, evidenciando a necessidade de integrar tecnologias leves, humanização, autonomia dos usuários e integralidade da assistência aos processos de avaliação da qualidade;
4. Segurança do paciente e cultura organizacional da qualidade, ressaltando a importância da gestão de riscos, da aprendizagem organizacional e da governança clínica para redução dos eventos adversos;
5. Direito à saúde, dignidade humana e legitimidade da acreditação, compreendendo a acreditação como instrumento potencial de concretização dos deveres estatais de proteção e fortalecimento do direito fundamental à saúde.

Essas categorias revelam que a literatura científica vem progressivamente superando interpretações dicotômicas entre gestão e assistência. Em seu lugar, consolida-se uma perspectiva integradora segundo a qual qualidade assistencial, governança institucional e produção do cuidado constituem dimensões interdependentes de um mesmo processo organizacional. Essa constatação fornece o fundamento analítico para a discussão desenvolvida nas subseções seguintes e permite compreender que a efetividade dos programas de acreditação depende menos da obtenção formal da certificação do que da capacidade institucional de incorporar seus princípios à cultura organizacional e às práticas cotidianas de cuidado.

Tabela 4

Autor(es)	Ano	Tipo de estudo	Objeto investigado	Principais resultados	Contribuição para o presente estudo
Shaw <i>et al.</i>	2014	Revisão sistemática	Acreditação hospitalar	Padronização dos processos, fortalecimento da gestão e melhoria organizacional	Fundamenta a acreditação como instrumento de governança
Braithwaite <i>et al.</i>	2015	Revisão internacional	Programas de acreditação	Desenvolvimento da cultura organizacional da qualidade e aprendizagem institucional	Evidencia os efeitos organizacionais da acreditação
Alkhenizan e Shaw	2018	Revisão sistemática	Impactos da acreditação	Benefícios administrativos com evidências limitadas sobre desfechos clínicos	Demonstra a necessidade de avaliações mais robustas
Greenfield e Pawsey	2019	Revisão crítica	Efetividade da acreditação	Avanços na gestão, porém impactos clínicos heterogêneos	Sustenta a discussão sobre limites dos modelos tecnogerenciais
Saltman, Duran e Dubois	2018	Revisão teórica	Governança em saúde	Integra gestão, accountability e qualidade assistencial	Fundamenta a governança hospitalar
Merhy	2002	Referencial teórico	Produção do cuidado	Centralidade das tecnologias leves e do trabalho vivo em ato	Fundamenta a crítica às racionalidades tecnogerenciais
Ayres	2004	Referencial teórico	Cuidado em saúde	Cuidado como prática ética, relacional e emancipatória	Sustenta a centralidade da pessoa na assistência
Feuerwerker	2014	Ensaio teórico	Organização dos serviços	Gestão orientada pelas necessidades dos usuários	Integra gestão e produção do cuidado
Cecílio	2011	Referencial conceitual	Necessidades de saúde	Define dimensões das necessidades em saúde	Amplia o conceito de qualidade assistencial
World Health Organization	2021	Documento técnico	Qualidade em saúde	Propõe cuidado seguro, efetivo e centrado na pessoa	Atualiza os referenciais internacionais
Hussein <i>et al.</i>	2021	Estudo internacional	Qualidade hospitalar	Fortalecimento da cultura de segurança	Reforça a importância da governança clínica
Ng <i>et al.</i>	2022	Estudo observacional	Governança hospitalar	Relação entre liderança, qualidade e segurança do paciente	Demonstra o papel da liderança institucional
Coulter	2023	Revisão conceitual	Cuidado centrado na pessoa	Participação do paciente melhora qualidade e segurança	Fundamenta indicadores centrados na experiência do usuário
OECD	2023	Relatório internacional	Governança em saúde	Integra eficiência, equidade e valor público	Aproxima qualidade e direito à saúde
Joint Commission International	2024	Documento normativo	Padrões internacionais de acreditação	Ênfase em segurança, liderança e melhoria contínua	Atualiza os critérios contemporâneos de acreditação

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base na literatura analisada na revisão integrativa.

4.2 DISCUSSÃO DA ACREDITAÇÃO COMO TECNOLOGIA DE GOVERNANÇA HOSPITALAR

A análise integrada da literatura evidencia que a acreditação hospitalar ultrapassou, nas últimas décadas, sua concepção originária de mecanismo voltado exclusivamente à certificação institucional para consolidar-se como uma sofisticada tecnologia de governança organizacional. Essa transformação decorre da progressiva incorporação de instrumentos de planejamento estratégico, gestão por processos, monitoramento de indicadores, auditoria clínica, gestão de riscos e avaliação contínua do desempenho institucional, os quais passaram a estruturar a administração dos hospitais contemporâneos. Nessa

perspectiva, a acreditação deixa de representar um procedimento pontual de avaliação externa para constituir um modelo permanente de organização institucional orientado pela melhoria contínua da qualidade.

Os resultados da revisão integrativa demonstram que a literatura nacional e internacional converge no reconhecimento de que hospitais submetidos a programas estruturados de acreditação apresentam maior capacidade de organizar seus processos internos, reduzir a variabilidade assistencial, fortalecer mecanismos de rastreabilidade das informações clínicas e institucionalizar rotinas voltadas ao gerenciamento de riscos. Essas evidências corroboram os estudos desenvolvidos por Shaw *et al.* (2014), Braithwaite *et al.* (2015), Greenfield e Pawsey (2019), Hussein *et al.* (2021) e Joint Commission International (2024), os quais identificam associação consistente entre acreditação, fortalecimento da cultura organizacional e incremento da maturidade gerencial das organizações hospitalares.

Sob essa perspectiva, a acreditação pode ser compreendida como tecnologia institucional capaz de produzir capacidades organizacionais permanentes. Diferentemente das abordagens tradicionais de controle administrativo, centradas predominantemente na fiscalização externa, os programas contemporâneos de acreditação procuram estimular processos internos de aprendizagem organizacional, autorregulação institucional e desenvolvimento de competências gerenciais. A certificação passa a funcionar como elemento catalisador da melhoria contínua, favorecendo a incorporação de práticas baseadas em evidências, a utilização sistemática de indicadores assistenciais e a construção de ambientes organizacionais comprometidos com a excelência clínica.

Esse processo aproxima a acreditação das concepções contemporâneas de governança em saúde. Conforme assinalam Saltman, Duran e Dubois (2018), a governança hospitalar compreende um conjunto articulado de mecanismos destinados a orientar decisões estratégicas, distribuir responsabilidades, assegurar transparência, fortalecer a *accountability* institucional e produzir valor público. Nessa lógica, a qualidade assistencial deixa de ser responsabilidade exclusiva das equipes clínicas para tornar-se compromisso institucional compartilhado entre gestores, profissionais, usuários e organismos reguladores.

Os achados da revisão também evidenciam que a acreditação contribui significativamente para o fortalecimento da denominada governança clínica, conceito originalmente desenvolvido no âmbito do *National Health Service* britânico e posteriormente difundido em diversos sistemas nacionais de saúde. A governança clínica pressupõe integração entre liderança institucional, segurança do paciente, educação permanente, utilização de evidências científicas, gestão de riscos e monitoramento sistemático dos resultados assistenciais. Os estudos analisados demonstram que organizações acreditadas apresentam maior capacidade de desenvolver essas dimensões de maneira integrada, favorecendo ambientes assistenciais mais seguros e institucionalmente resilientes.

Outro aspecto recorrente identificado na literatura refere-se ao fortalecimento da cultura organizacional da qualidade. Os estudos indicam que a implementação dos programas de acreditação estimula mudanças culturais que extrapolam o simples cumprimento de protocolos. Observa-se maior valorização da aprendizagem organizacional, da comunicação interdisciplinar, da notificação de eventos adversos, da educação continuada e da tomada de decisões baseada em evidências. Em vez de atuar apenas como mecanismo de controle, a acreditação tende a favorecer processos permanentes de inovação institucional, desde que incorporada como componente da cultura organizacional e não apenas como requisito para obtenção de certificações.

Entretanto, os resultados também demonstram que a efetividade da acreditação depende diretamente do grau de internalização de seus princípios pelas organizações hospitalares. Diversos estudos revelam que hospitais que compreendem a acreditação exclusivamente como procedimento burocrático apresentam benefícios limitados e frequentemente transitórios. Em contrapartida, instituições que incorporam seus princípios ao planejamento estratégico, à gestão clínica e à cultura organizacional conseguem produzir melhorias sustentáveis na qualidade assistencial, na segurança do paciente e na eficiência dos processos internos.

Nesse contexto, a governança hospitalar deixa de ser compreendida apenas como modelo administrativo para assumir natureza eminentemente estratégica e institucional. A acreditação passa a funcionar como tecnologia de coordenação organizacional capaz de integrar dimensões clínicas, administrativas, éticas e jurídicas, aproximando eficiência gerencial e efetivação do direito à saúde. Essa constatação representa importante avanço em relação às concepções tradicionais de avaliação institucional, pois evidencia que a excelência organizacional depende da articulação permanente entre qualidade técnica, responsabilidade institucional e compromisso social.

Todavia, a análise crítica da literatura também demonstra que essa potencialidade somente se concretiza quando os processos de acreditação permanecem subordinados à finalidade maior das organizações hospitalares: produzir cuidado qualificado, seguro, integral e centrado nas necessidades das pessoas. Sempre que a certificação se converte em finalidade autônoma, dissociada da produção concreta do cuidado, ocorre progressivo esvaziamento de seu potencial transformador. Dessa forma, a legitimidade da acreditação como tecnologia de governança decorre menos da obtenção formal do certificado e mais da capacidade institucional de promover mudanças efetivas nos processos de cuidado, fortalecendo a dignidade da pessoa humana e a efetivação do direito fundamental à saúde.

4.3 DISCUSSÃO DAS RACIONALIDADES TECNOGERENCIAIS E SEUS LIMITES

Os resultados da revisão integrativa evidenciam que a consolidação dos programas de acreditação hospitalar ocorreu paralelamente à difusão das racionalidades tecnogerenciais que passaram a orientar a

administração contemporânea dos sistemas de saúde. Influenciados pelos pressupostos da Nova Gestão Pública (*New Public Management*), esses modelos incorporaram instrumentos de planejamento estratégico, auditoria, monitoramento por indicadores, gestão por processos, certificação da qualidade e responsabilização institucional como mecanismos destinados a aumentar a eficiência organizacional e racionalizar a utilização dos recursos disponíveis.

Sob essa perspectiva, os estudos analisados demonstram que a racionalidade tecnogerencial produziu importantes avanços na organização hospitalar. A utilização sistemática de protocolos clínicos, indicadores de desempenho, sistemas informatizados de monitoramento, auditorias internas e processos de avaliação contínua contribuiu para reduzir a variabilidade assistencial, fortalecer a segurança do paciente, ampliar a transparência institucional e aperfeiçoar os mecanismos de governança clínica. Esses resultados explicam, em grande medida, a ampla disseminação internacional dos programas de acreditação como instrumentos de qualificação organizacional.

Contudo, a revisão também revelou crescente consenso na literatura acerca das limitações inerentes aos modelos excessivamente tecnogerenciais. Diversos estudos demonstram que a predominância de indicadores quantitativos e critérios formais de conformidade pode induzir processos de burocratização institucional, nos quais o cumprimento dos requisitos documentais passa a ocupar posição central, deslocando o foco das organizações hospitalares das necessidades concretas dos usuários para a obtenção de certificações e o atendimento das exigências avaliativas.

Essa crítica encontra respaldo nas formulações de Power (1997), que descreve a constituição da denominada *audit society*, caracterizada pela expansão dos mecanismos de auditoria e controle como forma predominante de legitimação institucional. Aplicada ao contexto hospitalar, essa lógica pode produzir organizações altamente eficientes no atendimento dos requisitos formais da acreditação, mas incapazes de promover transformações substantivas na qualidade da assistência prestada. Em tais circunstâncias, a qualidade passa a ser confundida com conformidade normativa, reduzindo sua dimensão ética, clínica e relacional.

Os resultados da revisão indicam que esse fenômeno se manifesta principalmente quando a acreditação é implementada como processo episódico, voltado exclusivamente à obtenção da certificação institucional. Nesses casos, observa-se intensificação temporária das atividades administrativas, produção excessiva de documentos, multiplicação de registros e padronizações formais que, embora importantes para a organização dos serviços, nem sempre repercutem positivamente sobre a experiência assistencial dos pacientes.

Outro limite identificado refere-se à insuficiente capacidade dos indicadores tradicionais para captar dimensões subjetivas da produção do cuidado. A literatura analisada demonstra que aspectos como acolhimento, comunicação terapêutica, vínculo, confiança, escuta qualificada, autonomia dos usuários e

construção compartilhada dos projetos terapêuticos permanecem pouco contemplados pelos sistemas convencionais de avaliação da qualidade. Consequentemente, elementos essenciais para a efetividade da assistência tornam-se invisíveis nos processos de certificação institucional.

As contribuições da Saúde Coletiva brasileira oferecem importante contraponto a essa racionalidade predominantemente instrumental. Merhy (2002), Ayres (2004), Cecílio (2011) e Feuerwerker (2014) demonstram que a produção do cuidado ocorre fundamentalmente nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários, mediante utilização das denominadas tecnologias leves. Sob essa perspectiva, protocolos clínicos, normas organizacionais e indicadores de desempenho constituem instrumentos relevantes, porém insuficientes para compreender a complexidade das práticas assistenciais.

Os achados da revisão confirmam essa interpretação ao demonstrar que hospitais mais bem avaliados pelos usuários nem sempre são aqueles que apresentam maior volume de indicadores administrativos, mas aqueles que conseguem integrar excelência técnica, comunicação efetiva, participação dos pacientes, trabalho interdisciplinar e continuidade do cuidado. Essa constatação aproxima-se das recomendações da Organização Mundial da Saúde (2021), da OECD (2023) e de Coulter (2023), que defendem modelos de qualidade centrados na pessoa, capazes de articular eficiência organizacional e experiência assistencial.

Outro aspecto relevante identificado refere-se à tensão permanente entre padronização e singularidade do cuidado. Embora protocolos assistenciais sejam fundamentais para reduzir variabilidade clínica e aumentar a segurança do paciente, a literatura evidencia que sua aplicação exige flexibilidade suficiente para considerar as necessidades individuais, os contextos socioculturais e as preferências dos usuários. A qualidade assistencial, portanto, não decorre da mera observância mecânica dos protocolos, mas da capacidade dos profissionais de conciliá-los com decisões clínicas contextualizadas.

Nesse sentido, os resultados permitem afirmar que o principal desafio contemporâneo não consiste em substituir as racionalidades tecnogerenciais, mas em redefinir sua posição no interior dos sistemas de saúde. Os instrumentos gerenciais permanecem indispensáveis para assegurar eficiência, transparência, segurança e sustentabilidade organizacional. Todavia, sua legitimidade depende da capacidade de permanecerem subordinados à finalidade assistencial das organizações hospitalares, funcionando como meios para qualificar o cuidado e não como objetivos autônomos.

Dessa forma, a revisão integrativa evidencia que os modelos mais promissores de acreditação são justamente aqueles capazes de integrar racionalidades tecnogerenciais e racionalidades do cuidado. Essa integração pressupõe incorporar aos sistemas tradicionais de avaliação indicadores relacionados à experiência dos usuários, à integralidade da assistência, à autonomia, à comunicação terapêutica, à coordenação do cuidado e à efetivação do direito à saúde. Ao fazê-lo, a acreditação deixa de representar mero mecanismo de conformidade organizacional e passa a constituir instrumento efetivo de transformação

institucional, comprometido com a excelência assistencial, a dignidade da pessoa humana e a produção de valor público em saúde.

4.4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO COMO ELEMENTO ESTRUTURANTE DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

A análise integrada dos estudos selecionados evidencia que a produção do cuidado constitui a principal categoria explicativa para compreender os limites e as potencialidades dos programas contemporâneos de acreditação hospitalar. Embora a literatura reconheça que os mecanismos de certificação promovem avanços significativos na organização institucional, na segurança do paciente e na padronização dos processos assistenciais, os resultados da revisão demonstram que a efetividade desses programas depende, fundamentalmente, da forma como os processos gerenciais repercutem sobre a produção concreta do cuidado. Em outras palavras, a excelência organizacional somente adquire legitimidade quando produz melhorias perceptíveis na experiência assistencial, na qualidade das relações terapêuticas e nos resultados clínicos alcançados pelos usuários dos serviços de saúde.

Os estudos analisados revelam que a literatura internacional vem progressivamente abandonando concepções reducionistas da qualidade, tradicionalmente centradas na infraestrutura hospitalar e no desempenho administrativo, para incorporar modelos orientados pelo cuidado centrado na pessoa (*person-centred care*). Essa mudança paradigmática aproxima-se das formulações desenvolvidas no campo da Saúde Coletiva brasileira, particularmente das contribuições de Merhy (2002), Ayres (2004), Cecílio (2011); Silva *et al.* (2026); Ridolfi *et al.* (2026) e Feuerwerker (2014), que compreendem o cuidado como prática relacional, ética e socialmente construída, cuja efetividade depende da interação entre profissionais, usuários, famílias e instituições.

Os resultados da revisão demonstram que essa perspectiva amplia significativamente o próprio conceito de qualidade assistencial. Enquanto os modelos clássicos privilegiavam predominantemente indicadores relacionados a eficiência administrativa, ao cumprimento de protocolos e a conformidade organizacional, as investigações mais recentes passaram a incorporar variáveis relacionadas a experiência dos pacientes, a continuidade do cuidado, a participação dos usuários nas decisões terapêuticas, a comunicação clínica, a construção de vínculos e ao fortalecimento da autonomia individual. Trata-se de transformação conceitual de grande relevância, pois desloca o eixo da avaliação institucional da lógica estritamente procedimental para uma abordagem centrada na produção de valor em saúde.

Essa mudança encontra sólido respaldo nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (2021), que identifica o cuidado centrado na pessoa como princípio estruturante dos sistemas contemporâneos de saúde. Segundo essa perspectiva, organizações hospitalares de elevada qualidade não se caracterizam apenas pela disponibilidade de recursos tecnológicos ou pela adoção de protocolos

assistenciais, mas pela capacidade de reconhecer os usuários como sujeitos ativos do processo terapêutico, valorizando suas preferências, necessidades, expectativas e projetos de vida. A qualidade assistencial passa, assim, a ser compreendida como atributo relacional que emerge da interação permanente entre excelência técnica e sensibilidade ética.

Os achados da revisão também confirmam a atualidade da classificação proposta por Merhy (2002) acerca das tecnologias empregadas no trabalho em saúde. As tecnologias duras, representadas por equipamentos, infraestrutura e recursos materiais, permanecem indispensáveis para o funcionamento das organizações hospitalares. As tecnologias leve-duras, constituídas pelos conhecimentos técnicos, protocolos clínicos e evidências científicas, desempenham papel decisivo na padronização da assistência e na redução da variabilidade clínica. Entretanto, a literatura evidencia que as tecnologias leves como materializadas no acolhimento, na escuta qualificada, na comunicação terapêutica, na responsabilização compartilhada e na construção de vínculos que exercem influência determinante sobre a efetividade do cuidado e sobre a satisfação dos usuários.

A revisão demonstra que essa dimensão relacional permanece insuficientemente contemplada pelos programas tradicionais de acreditação. Embora os modelos contemporâneos tenham incorporado indicadores relacionados a segurança do paciente e a experiência do usuário, ainda predomina significativa concentração de critérios voltados à avaliação da conformidade documental e dos processos administrativos. Consequentemente, aspectos fundamentais da produção do cuidado permanecem de difícil mensuração, apesar de sua reconhecida relevância para os resultados assistenciais.

Outro aspecto recorrente identificado nos estudos refere-se à necessidade de integração entre qualidade assistencial e integralidade do cuidado. Conforme sustentam Cecílio (2011) e Mattos (2009), as necessidades de saúde ultrapassam a dimensão estritamente biológica do processo saúde-doença, abrangendo fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais que condicionam a experiência do adoecimento. Os resultados da revisão confirmam essa compreensão ao demonstrar que organizações hospitalares mais bem avaliadas são aquelas capazes de articular diferentes níveis de atenção, promover atuação interdisciplinar e construir projetos terapêuticos individualizados, orientados pelas necessidades concretas dos usuários.

Essa constatação possui importantes implicações para a interpretação da acreditação hospitalar. A literatura analisada indica que a certificação institucional produz resultados mais consistentes quando compreendida como instrumento destinado a qualificar os processos de cuidado e não apenas a assegurar conformidade administrativa. Nessa perspectiva, qualidade organizacional e produção do cuidado deixam de constituir categorias independentes, passando a integrar um mesmo processo institucional orientado pela proteção da vida, da saúde e da dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, os resultados permitem afirmar que a produção do cuidado representa o elemento estruturante da qualidade assistencial. Protocolos clínicos, indicadores de desempenho, auditorias e certificações somente adquirem legitimidade quando efetivamente contribuem para fortalecer relações terapêuticas, ampliar a autonomia dos usuários, reduzir riscos assistenciais e promover respostas integrais às necessidades de saúde da população. A produção do cuidado transforma-se, assim, no principal critério interpretativo para avaliar a efetividade dos programas contemporâneos de acreditação hospitalar.

4.5 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Os resultados da revisão integrativa revelam que a literatura científica vem ampliando progressivamente a compreensão jurídica da acreditação hospitalar, afastando-se da interpretação restrita que a concebia como mero procedimento técnico de certificação institucional. Os estudos analisados demonstram que a acreditação passou a ser compreendida como instrumento de governança capaz de contribuir para a concretização do direito fundamental à saúde, especialmente quando integrada aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade, da integralidade, da equidade e da eficiência administrativa.

Essa interpretação encontra sólido fundamento na evolução do constitucionalismo contemporâneo e na consolidação dos direitos sociais como deveres positivos do Estado. Conforme estabelecido pela Constituição da República de 1988, o direito à saúde não se limita ao acesso formal aos serviços sanitários, mas compreende o dever estatal de organizar políticas públicas capazes de assegurar assistência segura, contínua, integral e de qualidade. Sob essa perspectiva, a revisão evidencia que a qualidade assistencial deixa de constituir simples atributo administrativo das organizações hospitalares para integrar o próprio conteúdo material do direito fundamental à saúde.

Os estudos examinados demonstram que essa compreensão vem sendo progressivamente incorporada tanto pela literatura jurídica quanto pelas pesquisas em gestão hospitalar. As formulações desenvolvidas por Sarlet (2021), Barcellos (2022), Piovesan (2021) e Sarlet e Figueiredo (2014) sustentam que a efetividade dos direitos fundamentais depende da existência de estruturas institucionais capazes de assegurar proteção adequada às pessoas. Nesse contexto, mecanismos de acreditação assumem relevante função jurídico-institucional ao fortalecer processos de gestão da qualidade, segurança do paciente, controle de riscos e responsabilização organizacional.

Entretanto, os resultados da revisão também revelam que a legitimidade constitucional da acreditação não decorre automaticamente da existência de processos de certificação. Diversos estudos advertem que programas excessivamente orientados pela racionalidade burocrática podem converter-se em mecanismos de legitimação formal das instituições, sem produzir melhorias efetivas na assistência prestada.

Essa crítica, presente tanto na literatura internacional quanto nas pesquisas brasileiras, demonstra que a conformidade procedimental constitui condição necessária, porém insuficiente, para assegurar a realização do direito à saúde.

Os achados evidenciam que a proteção jurídica da saúde exige abordagem substancial da qualidade assistencial. Isso significa reconhecer que hospitais somente cumprem adequadamente sua função constitucional quando conseguem produzir cuidados seguros, integrais, oportunos, humanizados e socialmente responsivos. Dessa forma, a acreditação adquire legitimidade jurídica apenas quando seus instrumentos de avaliação permanecem orientados pela finalidade constitucional de proteção da vida, redução dos riscos sanitários e promoção da dignidade humana.

Outro aspecto relevante identificado na revisão refere-se à aproximação entre acreditação e governança responsiva. Os estudos mais recentes demonstram que organizações hospitalares comprometidas com a efetivação dos direitos fundamentais desenvolvem mecanismos institucionais voltados à transparência decisória, participação dos usuários, prestação de contas (*accountability*), avaliação permanente da qualidade e incorporação das necessidades sociais aos processos de planejamento institucional. A acreditação passa, assim, a funcionar como tecnologia de fortalecimento da capacidade institucional do Estado e das organizações privadas prestadoras de serviços públicos de saúde.

Essa interpretação permite superar concepções tradicionalmente dicotômicas entre gestão e direito. A revisão demonstra que governança hospitalar, segurança do paciente, qualidade assistencial e proteção dos direitos fundamentais constituem dimensões complementares de um mesmo sistema normativo e organizacional. A atuação administrativa somente alcança legitimidade quando orientada pela realização concreta dos direitos fundamentais, ao passo que o direito à saúde depende da existência de organizações capazes de transformar comandos constitucionais em práticas assistenciais efetivas.

Nesse sentido, os resultados da revisão permitem afirmar que a acreditação hospitalar deve ser interpretada como instrumento jurídico de concretização constitucional. Sua função não consiste apenas em certificar organizações eficientes, mas em induzir a formação de capacidades institucionais aptas a assegurar cuidados seguros, integrais, equitativos e centrados na pessoa. A legitimidade dos programas de acreditação decorre, portanto, de sua efetiva contribuição para a realização do direito fundamental à saúde e para a promoção da dignidade da pessoa humana, fundamento estruturante do Estado Democrático de Direito.

4.6 SÍNTESE INTERPRETATIVA E PROPOSIÇÃO DO MODELO ANALÍTICO DO ARTIGO

A análise integrada dos resultados da revisão permitiu identificar que a literatura científica contemporânea apresenta significativa convergência quanto ao reconhecimento da acreditação hospitalar como importante mecanismo de qualificação institucional. Todavia, também revelou que persistem

importantes lacunas teóricas relacionadas à articulação entre qualidade assistencial, produção do cuidado, governança hospitalar e efetivação do direito fundamental à saúde. Essas lacunas justificam a proposição do modelo analítico desenvolvido neste estudo.

A principal contribuição interpretativa desta investigação consiste em demonstrar que a acreditação hospitalar não deve ser compreendida exclusivamente como mecanismo de certificação organizacional nem apenas como instrumento de gestão da qualidade. Os resultados evidenciam que sua efetividade depende da integração dinâmica entre quatro dimensões estruturantes: 1) governança institucional; 2) racionalidades tecnogerenciais; 3) produção do cuidado; e 4) efetivação do direito fundamental à saúde.

No primeiro eixo, a governança institucional fornece a arquitetura organizacional responsável por coordenar processos decisórios, distribuir responsabilidades, fortalecer mecanismos de transparência, promover aprendizagem organizacional e assegurar sustentabilidade institucional. Nesse contexto, a acreditação opera como tecnologia de governança destinada a induzir melhorias contínuas na estrutura organizacional dos hospitais.

O segundo eixo corresponde às racionalidades tecnogerenciais, materializadas em protocolos clínicos, indicadores de desempenho, auditorias, gestão por processos e mecanismos de avaliação externa. Os resultados demonstram que esses instrumentos permanecem indispensáveis para garantir segurança assistencial, eficiência administrativa e padronização dos processos clínicos. Entretanto, sua legitimidade depende da capacidade de permanecerem subordinados às finalidades assistenciais e constitucionais das organizações hospitalares.

O terceiro eixo é representado pela produção do cuidado, compreendida como núcleo estruturante da qualidade assistencial. A revisão evidencia que tecnologias leves, comunicação terapêutica, acolhimento, vínculo, participação dos usuários e integralidade do cuidado constituem elementos imprescindíveis para transformar eficiência organizacional em efetividade clínica e em melhoria concreta da experiência assistencial. A produção do cuidado funciona, portanto, como categoria mediadora entre gestão institucional e resultados em saúde.

O quarto eixo corresponde ao direito fundamental à saúde, que confere fundamento jurídico e finalidade ética a todo o sistema de governança hospitalar. A Constituição da República de 1988 estabelece que políticas públicas e organizações sanitárias devem orientar-se pela promoção da dignidade da pessoa humana, pela redução dos riscos sanitários e pela garantia do acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. Dessa forma, qualidade assistencial deixa de representar objetivo meramente organizacional para integrar o conteúdo jurídico do próprio direito à saúde.

A articulação desses quatro eixos permite compreender que a acreditação produz efeitos positivos apenas quando estabelece relação de complementaridade entre gestão, cuidado e proteção dos direitos fundamentais. A eficiência administrativa, isoladamente considerada, não assegura qualidade assistencial;

da mesma forma, práticas clínicas de excelência dificilmente alcançam sustentabilidade sem estruturas institucionais capazes de apoiá-las. A efetividade da acreditação depende justamente da capacidade de integrar essas diferentes racionalidades em um modelo organizacional orientado pela produção de valor público em saúde.

Com base nessa interpretação, propõe-se um Modelo Analítico Integrado da Acreditação Hospitalar, no qual:

- Governança Hospitalar constitui a base institucional do sistema;
- Acreditação Hospitalar atua como mecanismo indutor de melhoria contínua;
- Racionalidades Tecnogerenciais organizam processos, protocolos, indicadores e gestão de riscos;
- Produção do Cuidado converte qualidade organizacional em qualidade assistencial efetiva;
- Direito Fundamental à Saúde orienta normativamente todo o sistema, conferindo-lhe legitimidade constitucional e finalidade social.

Esse modelo contribui para superar a fragmentação observada na literatura, ao integrar referenciais provenientes da administração hospitalar, da saúde coletiva e do direito sanitário em uma estrutura analítica unificada. Sua principal inovação consiste em deslocar o foco da avaliação institucional da conformidade procedimental para a capacidade das organizações de produzir cuidados seguros, integrais, humanizados e juridicamente comprometidos com a efetivação dos direitos fundamentais.

Por conseguinte, os resultados desta investigação sustentam que a acreditação hospitalar somente alcança plena legitimidade quando compreendida como instrumento de governança responsiva, orientado simultaneamente pela excelência organizacional, pela produção qualificada do cuidado e pela concretização do direito fundamental à saúde.

Essa interpretação amplia os referenciais tradicionais de avaliação da qualidade hospitalar e oferece bases teóricas consistentes para futuras pesquisas empíricas destinadas a examinar os impactos da acreditação sobre os desfechos assistenciais, a experiência dos usuários e a efetividade das políticas públicas de saúde.

4.7 IMPLICAÇÕES PARA A GOVERNANÇA HOSPITALAR E PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que a acreditação hospitalar deve ser compreendida como instrumento de governança institucional cuja legitimidade transcende a certificação formal da qualidade organizacional. Embora os modelos contemporâneos de acreditação promovam avanços relevantes na padronização dos processos assistenciais, na gestão de riscos e na segurança do paciente, sua efetividade depende da capacidade de incorporar dimensões relacionadas a produção do cuidado, a centralidade da pessoa e a concretização do direito fundamental à saúde.

Sob a perspectiva das políticas públicas, os achados indicam a necessidade de aperfeiçoar os programas nacionais de acreditação mediante a inclusão de indicadores capazes de avaliar não apenas a conformidade técnico-administrativa, mas também a integralidade do cuidado, a experiência dos usuários, a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Essa reorientação fortalece a capacidade regulatória do Estado e contribui para a construção de sistemas de saúde mais responsivos às necessidades sociais.

No âmbito da gestão hospitalar, os resultados sugerem que a acreditação deve ser integrada a modelos contemporâneos de governança clínica, nos quais planejamento estratégico, gestão da qualidade, segurança do paciente, desenvolvimento profissional e produção do cuidado constituam dimensões interdependentes. A adoção dessa abordagem favorece organizações orientadas pela aprendizagem institucional, pela inovação e pela melhoria contínua, reduzindo o risco de burocratização dos processos de certificação.

As evidências analisadas também possuem implicações relevantes para o Direito Sanitário. Ao demonstrar que a qualidade assistencial integra o conteúdo material do direito fundamental à saúde, o estudo reforça que mecanismos de acreditação somente adquirem plena legitimidade quando contribuem efetivamente para a proteção da dignidade humana, da equidade e da justiça social. Assim, a governança hospitalar deixa de representar mera tecnologia administrativa para assumir a condição de instrumento jurídico-institucional voltado à concretização dos deveres estatais de proteção e promoção da saúde.

Por fim, os resultados sugerem que futuras políticas públicas e programas de acreditação devem incorporar modelos de avaliação mais abrangentes, capazes de articular eficiência organizacional, qualidade assistencial, governança responsiva e produção do cuidado. Essa integração amplia o potencial transformador da acreditação hospitalar e fortalece sua contribuição para sistemas de saúde sustentáveis, resilientes e comprometidos com a efetivação dos direitos fundamentais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar criticamente a acreditação hospitalar sob a perspectiva da governança em saúde e do Direito Sanitário, buscando compreender em que medida os modelos contemporâneos de certificação institucional contribuem para a efetivação do direito fundamental à saúde.

A investigação partiu do pressuposto de que a crescente complexidade dos sistemas de saúde exige abordagens analíticas capazes de integrar gestão hospitalar, qualidade assistencial, segurança do paciente, produção do cuidado e proteção dos direitos fundamentais, superando interpretações fragmentadas que historicamente caracterizaram esses campos do conhecimento.

A revisão integrativa da literatura permitiu demonstrar que a acreditação hospitalar se consolidou internacionalmente como importante tecnologia de governança institucional, exercendo influência significativa sobre a organização dos serviços de saúde, a padronização dos processos assistenciais, o fortalecimento da cultura da qualidade, a gestão de riscos e a segurança do paciente.

As evidências identificadas confirmam que organizações submetidas a programas estruturados de acreditação tendem a apresentar maior maturidade organizacional, melhor capacidade de monitoramento de indicadores e mecanismos mais consistentes de aprendizagem institucional, corroborando os resultados encontrados na literatura internacional especializada.

Entretanto, a análise crítica dos estudos revelou que tais avanços organizacionais não autorizam concluir, de forma automática, que a certificação institucional produza melhorias sustentadas nos desfechos clínicos ou na efetividade do direito à saúde.

Persistem importantes limitações empíricas relacionadas à demonstração da relação causal entre acreditação e melhoria da experiência dos usuários, redução consistente dos eventos adversos, ampliação da integralidade da assistência e fortalecimento da autonomia dos pacientes. Essa constatação evidencia que parcela significativa da produção científica permanece concentrada na avaliação da conformidade organizacional, atribuindo menor centralidade aos efeitos concretos da acreditação sobre a produção do cuidado.

Os resultados também permitiram identificar que uma das principais tensões presentes na literatura decorre da predominância das racionalidades tecnogerenciais na construção dos modelos contemporâneos de avaliação da qualidade. Embora instrumentos como protocolos clínicos, indicadores de desempenho, auditorias e sistemas de monitoramento sejam indispensáveis para assegurar eficiência administrativa, segurança assistencial e *accountability* institucional, sua utilização isolada mostra-se insuficiente para apreender a complexidade inerente às práticas de cuidado em saúde. A revisão evidenciou que qualidade assistencial não pode ser reduzida ao cumprimento formal de requisitos técnicos, devendo incorporar dimensões éticas, relacionais e humanísticas que caracterizam a produção cotidiana do cuidado.

Nesse contexto, o estudo demonstrou que a categoria produção do cuidado constitui elemento estruturante para a compreensão contemporânea da qualidade assistencial. As contribuições da Saúde Coletiva brasileira, especialmente aquelas formuladas por Merhy, Ayres, Cecílio e Feuerwerker, revelam que o cuidado se concretiza na interação permanente entre profissionais, usuários e instituições, sendo produzido por meio da articulação entre tecnologias duras, leve-duras e, sobretudo, tecnologias leves, relacionadas ao acolhimento, à comunicação terapêutica, à corresponsabilização e à construção compartilhada dos projetos terapêuticos.

Essa perspectiva amplia significativamente o alcance dos programas de acreditação ao reconhecer que a excelência organizacional somente alcança legitimidade quando repercute positivamente sobre a

experiência assistencial e sobre as necessidades concretas das pessoas. Sob a perspectiva jurídico-constitucional, a investigação demonstrou que a acreditação hospitalar pode ser compreendida como instrumento de concretização do direito fundamental à saúde, desde que orientada pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade, da integralidade, da equidade e da eficiência administrativa.

Nessa perspectiva, a qualidade assistencial deixa de constituir atributo meramente gerencial para integrar o próprio conteúdo material do direito à saúde, impondo às organizações hospitalares deveres permanentes de organização institucional, gestão de riscos, segurança do paciente e melhoria contínua da assistência.

A principal contribuição teórica deste estudo consiste na proposição de um modelo analítico integrado que articula quatro dimensões indissociáveis da acreditação hospitalar: governança institucional, racionalidades tecnogerenciais, produção do cuidado e direito fundamental à saúde.

Diferentemente das abordagens tradicionais, centradas predominantemente na certificação organizacional ou na eficiência administrativa, o modelo proposto sustenta que a legitimidade da acreditação depende de sua capacidade de integrar essas dimensões em um sistema institucional orientado pela produção de cuidados seguros, integrais, humanizados e socialmente responsivos. Trata-se de uma contribuição original que aproxima referenciais oriundos da administração hospitalar, da saúde coletiva e do direito sanitário, oferecendo uma estrutura conceitual capaz de orientar futuras investigações interdisciplinares.

Do ponto de vista das implicações práticas, os resultados sugerem que gestores hospitalares, organismos acreditadores e formuladores de políticas públicas devem ampliar os referenciais tradicionalmente empregados nos processos de avaliação institucional, incorporando indicadores capazes de mensurar aspectos relacionados a experiência dos usuários, a coordenação do cuidado, a participação social, a integralidade da assistência, a governança clínica e a efetividade dos direitos fundamentais. Essa ampliação poderá contribuir para reduzir o distanciamento ainda existente entre desempenho organizacional e qualidade efetivamente percebida pelos usuários dos serviços de saúde.

Além disso, a pesquisa evidencia que políticas públicas voltadas ao fortalecimento da acreditação hospitalar devem ser acompanhadas por estratégias permanentes de desenvolvimento institucional, educação interprofissional, fortalecimento da cultura de segurança, inovação organizacional e participação dos usuários nos processos decisórios. A certificação institucional, por si só, não assegura a transformação dos serviços; sua efetividade depende da incorporação contínua de práticas organizacionais comprometidas com a aprendizagem institucional e com a melhoria permanente da qualidade assistencial.

Não obstante as contribuições apresentadas, o estudo possui limitações inerentes à natureza metodológica da revisão integrativa. Embora essa abordagem permita ampla sistematização do

conhecimento disponível, ela não possibilita estabelecer relações causais diretas entre acreditação hospitalar e resultados assistenciais, tampouco mensurar empiricamente os impactos produzidos pelos diferentes modelos de certificação.

Ademais, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a diversidade dos sistemas nacionais de saúde dificultam comparações diretas entre diferentes programas internacionais de acreditação.

Essas limitações, contudo, não reduzem a relevância das conclusões alcançadas; ao contrário, evidenciam a necessidade de aprofundamento da agenda científica sobre o tema. Pesquisas futuras poderão desenvolver estudos multicêntricos, longitudinais e de métodos mistos destinados a avaliar, de forma mais consistente, os impactos da acreditação sobre desfechos clínicos, segurança do paciente, experiência dos usuários, desempenho institucional e efetivação do direito fundamental à saúde.

Da mesma forma, investigações comparativas entre distintos modelos nacionais e internacionais de acreditação poderão contribuir para identificar fatores condicionantes da qualidade assistencial em diferentes contextos institucionais.

Por fim, conclui-se que a acreditação hospitalar somente alcança plena legitimidade jurídica, ética e institucional quando deixa de ser compreendida como simples mecanismo de certificação administrativa e passa a constituir instrumento permanente de fortalecimento da governança hospitalar, da produção qualificada do cuidado e da proteção dos direitos fundamentais.

A efetividade do direito à saúde exige organizações capazes de articular excelência técnica, responsabilidade institucional, participação democrática e compromisso permanente com a dignidade da pessoa humana. Sob essa perspectiva, a acreditação deve ser concebida não como finalidade em si mesma, mas como tecnologia institucional voltada à construção de sistemas de saúde mais seguros, equitativos, transparentes, responsivos e comprometidos com a realização concreta do projeto constitucional de proteção integral da saúde.

Essa compreensão contribui para ampliar o debate contemporâneo no âmbito do Direito Sanitário e da Saúde Coletiva, reforçando a necessidade de que os processos de governança hospitalar permaneçam permanentemente orientados pelos valores constitucionais que estruturam o Estado Democrático de Direito e pelo compromisso inafastável com a promoção da justiça social e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de avaliação dos indicadores nacionais de segurança do paciente**. Brasília: Anvisa, 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

BRAITHWAITE, Jeffrey *et al.* Does health service accreditation work? A systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 27, n. 6, p. 478-503, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2011.

COULTER, Angela. **Engaging patients in healthcare**. 3. ed. Maidenhead: Open University Press, 2023.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET, Richard L. **Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering**. Bethesda: National Cancer Institute, 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GREENFIELD, David; PAWSEY, Mark. Health service accreditation: a review of international trends. **BMJ Open Quality**, London, v. 8, e000608, 2019.

HOOD, Christopher. A public management for all seasons? **Public Administration**, London, v. 69, n. 1, p. 3-19, 1991.

HUSSEIN, Mohamed et al. Hospital accreditation and patient safety: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 21, 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 8. ed. Oak Brook: Joint Commission Resources, 2024.

- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MOORE, Mark H. **Creating public value: strategic management in government**. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- NG, Yee Wei *et al.* Clinical governance and hospital quality improvement: an integrative review. **International Journal of Health Governance**, Bradford, v. 27, n. 4, p. 321-338, 2022.
- OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023.
- OSBORNE, Stephen P. (ed.). **The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance**. London: Routledge, 2010.
- PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.
- POLLITT, Christopher; BOUCKAERT, Geert. **Public management reform: a comparative analysis**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2017.
- POWER, Michael. **The audit society: rituals of verification**. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- REASON, James. Human error: models and management. **British Medical Journal (BMJ)**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Acreditação na gestão em saúde hospitalar: atendimento das necessidades de saúde dos usuários. **RSV, [S. l.]**, v. 8, n. 05, p. 1–45, 2026.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Governança, financiamento e desigualdades regionais na gestão pública da saúde: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **RSV, [S. l.]**, v. 8, n. 04, p. 1–38, 2026.
- RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Para além do ensino técnico da segurança do paciente: fundamentos e validação de uma proposta pedagógica experiencial na Graduação em Enfermagem. **Veredas do Direito, [S. l.]**, v. 6, pág. e234849, 2026
- SALTMAN, Richard B.; DURAN, Antonio; DUBOIS, Hans F. W. (ed.). **Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy**. Copenhagen: World Health Organization, 2011.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 14. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2021.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SCALLY, Gabriel; DONALDSON, Liam J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **British Medical Journal (BMJ)**, London, v. 317, n. 7150, p. 61-65, 1998.

SHAW, Charles D. *et al.* External assessment of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 26, Suppl. 1, p. 1-5, 2014.

SILVA, I. J. B. da. Aplicação de critérios de sustentabilidade em licitações de serviços: análise no complexo hospitalar da UFC/EBSERH (2019–2021). **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 459–485, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality health services**: a planning guide. Geneva: World Health Organization, 2020.

CAPÍTULO 2

ACREDITAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE HOSPITALAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

ACCREDITATION IN HOSPITAL HEALTHCARE MANAGEMENT: MEETING PATIENTS' HEALTHCARE NEEDS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-002>

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Aldeíres Silva Oliveira

Mestra em Psicologia Organizacional
Must University (MUST)

Jaqueline da Silva Lima

Mestranda em Psicologia Organizacional
Must University (MUST)

Roberta Fonseca de Oliveira Lara

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Patrícia Alves Marques Heringer

Especialização em Enfermagem na Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde
Faculdade Holística (FAHOL)

Edilene de Sá Ferreira Reis

Especialização em Direito do Trabalho
Centro Universitário Sete Lagoas (UNIFEMM)

Grazielle Ferreira da Silva Diniz

Especialização em Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

A acreditação hospitalar tem se consolidado como um importante instrumento de governança institucional voltado à qualificação dos serviços de saúde, à segurança do paciente e ao fortalecimento dos mecanismos de gestão orientados por evidências. Apesar da crescente adoção de modelos de certificação da qualidade no contexto hospitalar, persistem lacunas quanto à compreensão de sua efetiva contribuição para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, especialmente sob a perspectiva do direito à saúde e da gestão centrada na pessoa. Nesse contexto, o presente estudo objetiva analisar as contribuições da acreditação na gestão em saúde hospitalar para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura, com levantamento realizado nas bases SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, contemplando produções científicas publicadas entre 2013 e 2026. Os resultados evidenciam que a acreditação promove a padronização dos processos assistenciais e gerenciais, fortalece a cultura organizacional da qualidade, amplia a utilização de indicadores de desempenho, estimula a adoção de protocolos clínicos e administrativos e favorece a melhoria contínua dos serviços. Observou-se, ainda, que instituições acreditadas apresentam maior capacidade de organizar fluxos assistenciais, reduzir riscos, qualificar a tomada de decisão e responder de forma mais efetiva às necessidades de saúde relacionadas ao acesso, à integralidade do cuidado, à segurança do paciente e à satisfação dos usuários. Conclui-se que a acreditação constitui relevante mecanismo de governança hospitalar, contribuindo para a efetivação do direito fundamental à saúde mediante a promoção de práticas gerenciais orientadas pela qualidade, eficiência, transparência e sustentabilidade institucional.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar; Direito à saúde; Gestão em saúde; Governança hospitalar; Necessidades de saúde dos usuários; Qualidade da assistência.

ABSTRACT

Hospital accreditation has established itself as an important tool for institutional governance aimed at improving the quality of health services, ensuring patient safety, and strengthening evidence-based management mechanisms. Despite the growing adoption of quality certification models in the hospital setting, gaps remain regarding the understanding of their effective contribution to meeting users' health needs, especially from the perspective of the right to health and person-centered management. In this context, the present study aims to analyze the contributions of accreditation in hospital health management to meeting users' health needs. This is a qualitative study conducted through an integrative literature review, with a search performed in the SciELO, LILACS, Virtual Health Library (VHL), and Google Scholar databases, covering scientific publications from 2013 to 2026. The results show that accreditation promotes the standardization of care and management processes, strengthens the organizational culture of quality, expands the use of performance indicators, encourages the adoption of clinical and administrative protocols, and fosters the continuous improvement of services. It was also observed that accredited institutions demonstrate a greater capacity to organize care pathways, reduce risks, improve decision-making, and respond more effectively to health needs related to access, comprehensive care, patient safety, and user satisfaction. It is concluded that accreditation constitutes a relevant mechanism of hospital governance, contributing to the realization of the fundamental right to health by promoting management practices guided by quality, efficiency, transparency, and institutional sustainability.

Keywords: Health management; Hospital accreditation; Hospital governance; Quality of care; Right to health; Users' health needs.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida internacionalmente como um direito humano fundamental, indispensável à concretização da dignidade da pessoa humana e ao desenvolvimento social sustentável. No ordenamento jurídico brasileiro, esse direito encontra fundamento nos artigos 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Tal perspectiva reforça a compreensão de que a efetivação do direito à saúde depende não apenas da existência de serviços assistenciais, mas também da implementação de modelos de gestão capazes de assegurar qualidade, eficiência, segurança e equidade no atendimento à população (Brasil, 1988).

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde passaram a enfrentar transformações profundas decorrentes do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, da incorporação acelerada de tecnologias em saúde e da crescente demanda por serviços especializados.

Segundo Borsato e Carvalho (2020), esse cenário tem ampliado a complexidade da gestão hospitalar, exigindo novas estratégias de organização dos processos assistenciais e administrativos. De forma semelhante, Ferreira *et al.* (2021) destacam que os hospitais contemporâneos convivem com desafios relacionados à fragmentação dos fluxos de cuidado, à necessidade de racionalização de recursos e à crescente pressão por resultados clínicos e organizacionais.

Nesse contexto, a gestão hospitalar assume papel estratégico para a garantia da qualidade dos serviços e para a efetivação dos direitos dos usuários do sistema de saúde. Conforme argumentam Carnut e Ferraz (2021), a organização dos serviços deve estar orientada para o atendimento das necessidades de saúde da população, compreendidas não apenas como demandas biológicas ou clínicas, mas também como necessidades sociais, subjetivas e relacionais que influenciam diretamente as condições de vida dos indivíduos e das coletividades.

Tal compreensão encontra respaldo na clássica taxonomia proposta por Matsumoto (1999), segundo a qual as necessidades de saúde envolvem boas condições de vida, acesso às tecnologias de saúde, estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais e ampliação da autonomia dos sujeitos.

A crescente complexidade dos sistemas hospitalares impulsionou a adoção de diferentes instrumentos de governança e avaliação da qualidade. Entre eles, a acreditação hospitalar destaca-se como uma das mais relevantes estratégias de indução da melhoria contínua dos serviços de saúde.

De acordo com Terra e Berssaneti (2017), a acreditação consiste em um processo sistemático de avaliação institucional baseado em padrões previamente estabelecidos, destinado a promover a segurança do paciente, a qualificação dos processos organizacionais e a excelência assistencial.

Na mesma direção, Silva (2020) afirma que a acreditação representa um importante mecanismo de gestão da qualidade, contribuindo para a padronização de procedimentos, fortalecimento da cultura organizacional e aperfeiçoamento da governança institucional.

No cenário internacional, estudos desenvolvidos por Shaw *et al.* (2014), Braithwaite *et al.* (2015), Alkhenizan e Shaw (2018), Greenfield e Pawsey (2019), Hussein *et al.* (2021), Ng *et al.* (2022) e Lam *et al.* (2024) demonstram que programas de acreditação estão associados à melhoria dos indicadores de desempenho organizacional, ao fortalecimento da cultura de segurança, à redução de eventos adversos e ao aprimoramento dos processos assistenciais.

Essas evidências reforçam a compreensão de que a acreditação transcende a função meramente certificadora, constituindo-se em instrumento de governança capaz de influenciar positivamente a qualidade dos serviços prestados.

No Brasil, a consolidação da acreditação hospitalar ocorreu paralelamente ao fortalecimento das políticas de qualidade e segurança do paciente, especialmente após a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a implementação de políticas voltadas à melhoria contínua dos serviços de saúde. Nesse processo, a acreditação passou a ser compreendida como ferramenta capaz de integrar planejamento estratégico, gestão de riscos, monitoramento de indicadores e avaliação permanente dos resultados institucionais (Bandeira; Bandeira, 2021).

Entretanto, embora a literatura apresente avanços significativos na análise dos impactos da acreditação sobre indicadores organizacionais, desempenho institucional e qualidade assistencial, observa-se uma importante lacuna científica. Grande parte dos estudos concentra-se na avaliação dos processos internos de certificação, dos ganhos administrativos e dos resultados relacionados à eficiência organizacional (Greenfield; Pawsey, 2019; Hussein *et al.*, 2021; Ng *et al.*, 2022).

Em contrapartida, permanecem relativamente escassas as investigações que analisam de forma integrada a relação entre acreditação hospitalar e atendimento das necessidades de saúde dos usuários, especialmente sob a perspectiva dos direitos fundamentais, da governança institucional e da efetividade das políticas públicas de saúde.

Essa lacuna revela-se particularmente relevante porque a finalidade última dos serviços de saúde não reside apenas na obtenção de certificações institucionais ou no alcance de metas administrativas, mas sobretudo na capacidade de responder adequadamente às necessidades dos indivíduos e das comunidades.

Conforme argumentam Freitas *et al.* (2022), a compreensão das necessidades de saúde deve orientar tanto a formulação das políticas públicas quanto os processos de gestão e organização dos serviços, uma vez que tais necessidades constituem referência fundamental para a produção do cuidado em saúde.

Sob a perspectiva jurídica, a análise da acreditação hospitalar também assume relevância crescente. A efetividade do direito fundamental à saúde exige mecanismos institucionais capazes de assegurar não apenas o acesso aos serviços, mas igualmente a qualidade, a segurança, a continuidade do cuidado e a proteção da dignidade humana.

Nesse sentido, a acreditação pode ser compreendida como instrumento de governança voltado à concretização de direitos fundamentais, aproximando as dimensões da gestão hospitalar, da responsabilidade institucional e da proteção jurídica dos usuários dos serviços de saúde.

Diante desse cenário, emerge a seguinte questão de pesquisa: de que maneira a acreditação hospitalar contribui para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários no contexto da gestão em saúde hospitalar?

Parte-se da hipótese de que a acreditação hospitalar constitui um mecanismo de governança institucional capaz de promover melhorias nos processos assistenciais e gerenciais, fortalecendo a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a eficiência organizacional e a capacidade dos serviços de saúde de responderem às necessidades dos usuários.

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar as contribuições da acreditação na gestão em saúde hospitalar para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários. Especificamente, busca-se identificar os principais elementos organizacionais associados aos processos de acreditação, examinar seus impactos sobre a qualidade assistencial e discutir sua contribuição para a efetivação do direito fundamental à saúde.

A originalidade desta pesquisa reside na articulação de três campos tradicionalmente analisados de forma fragmentada na literatura: acreditação hospitalar, necessidades de saúde dos usuários e efetivação do direito fundamental à saúde.

Enquanto a maior parte dos estudos concentra-se nos aspectos operacionais da certificação ou nos indicadores institucionais de desempenho, este trabalho propõe uma abordagem integradora que compreende a acreditação como instrumento de governança orientado à satisfação das necessidades de saúde e à promoção dos direitos dos usuários.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui para ampliar o debate sobre governança em saúde ao aproximar os referenciais da gestão hospitalar, da qualidade assistencial e dos direitos fundamentais. Sob a perspectiva prática, oferece subsídios para gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas interessados na construção de modelos organizacionais mais eficientes, humanizados e comprometidos com a efetividade do direito à saúde.

Por fim, a pesquisa avança ao propor uma interpretação da acreditação hospitalar não apenas como mecanismo de certificação da qualidade, mas como estratégia de governança capaz de fortalecer a capacidade institucional dos hospitais para responder às necessidades de saúde dos usuários, contribuindo para a promoção da justiça social, da dignidade humana e da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA GOVERNANÇA HOSPITALAR

A saúde ocupa posição central no conjunto dos direitos humanos e fundamentais reconhecidos pelos sistemas jurídicos contemporâneos. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passou a ser concebida como direito de todos e dever do Estado, integrando o núcleo essencial dos direitos sociais e impondo aos poderes públicos o dever de formular e executar políticas capazes de assegurar acesso universal, integral e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988).

A literatura jurídica contemporânea tem ressaltado que a efetivação do direito à saúde não se limita à existência formal de serviços assistenciais, mas depende da capacidade institucional de garantir qualidade, segurança, eficiência e continuidade do cuidado. Nesse sentido, Sarlet e Figueiredo (2014) argumentam que a concretização dos direitos sociais exige a implementação de estruturas organizacionais aptas a transformar previsões normativas em prestações efetivas.

De forma semelhante, Piovesan (2021) sustenta que os direitos humanos somente alcançam plena efetividade quando acompanhados por mecanismos institucionais capazes de assegurar sua implementação material.

No campo da gestão pública, a discussão acerca da governança ganhou relevância crescente nas últimas décadas em razão da necessidade de aprimoramento dos mecanismos de coordenação, transparência, prestação de contas e eficiência organizacional.

Segundo Peters (2018), a governança contemporânea pressupõe processos decisórios compartilhados, monitoramento permanente de resultados e fortalecimento da capacidade institucional das organizações. No setor da saúde, tais elementos assumem importância ainda maior em razão da elevada complexidade dos serviços, da escassez de recursos e da necessidade de responder adequadamente às demandas sociais.

A governança em saúde pode ser compreendida como o conjunto de mecanismos, estruturas e processos destinados a orientar, monitorar e avaliar a atuação das organizações de saúde em direção aos objetivos institucionais e às necessidades da população (Barbazzà; Tello, 2014). De acordo com Saltman, Duran e Dubois (2018), sistemas de governança robustos contribuem para a melhoria da qualidade assistencial, para o fortalecimento da segurança do paciente e para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, os hospitais ocupam posição estratégica na organização dos sistemas de saúde. Conforme apontam Borsato e Carvalho (2020), essas instituições concentram elevada densidade tecnológica, recursos especializados e parcela significativa dos investimentos públicos e privados em saúde. Consequentemente, sua gestão exige modelos organizacionais capazes de conciliar eficiência administrativa, qualidade assistencial e responsabilidade social.

A crescente demanda por serviços seguros e de qualidade impulsionou a adoção de instrumentos voltados ao aperfeiçoamento da governança hospitalar. Entre eles, a acreditação destaca-se como uma das principais estratégias internacionais de indução da melhoria contínua e da excelência organizacional.

2.2 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA, QUALIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

A acreditação hospitalar constitui um dos mais relevantes mecanismos contemporâneos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Sua origem remonta aos processos de padronização desenvolvidos nos Estados Unidos durante o século XX, sendo posteriormente difundida em diversos países como estratégia de fortalecimento da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

Segundo Shaw *et al.* (2014), a acreditação consiste em um processo sistemático de avaliação externa baseado em padrões previamente definidos, cujo objetivo é promover melhorias contínuas nos processos organizacionais e assistenciais. Para Braithwaite *et al.* (2015), trata-se de um instrumento de governança que estimula a institucionalização de práticas voltadas à qualidade, à gestão de riscos e à segurança dos usuários.

A partir de 2010, observou-se expressiva expansão das pesquisas destinadas a avaliar os impactos da acreditação sobre o desempenho hospitalar. Greenfield e Pawsey (2019) identificaram associação positiva entre programas de acreditação e melhorias nos processos organizacionais, na cultura de qualidade e na capacidade institucional das organizações de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados por Hussein *et al.* (2021), que verificaram efeitos relevantes sobre a segurança do paciente, a redução de falhas operacionais e o fortalecimento da gestão baseada em evidências.

No cenário internacional, Lam *et al.* (2024) destacam que os modelos contemporâneos de acreditação passaram a incorporar princípios relacionados à governança clínica, sustentabilidade organizacional, gestão de riscos e cuidado centrado na pessoa. Essa evolução demonstra que a acreditação deixou de ser compreendida apenas como mecanismo de certificação institucional, assumindo papel estratégico na condução das políticas de qualidade e segurança em saúde.

No Brasil, a disseminação da acreditação hospitalar ocorreu principalmente por meio da atuação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo desenvolvimento de padrões nacionais voltados à avaliação dos serviços de saúde. Conforme Bandeira e Bandeira (2021), a implementação dos

processos de acreditação exige mudanças estruturais, organizacionais e culturais, envolvendo desde a revisão dos fluxos assistenciais até a consolidação de práticas de monitoramento contínuo da qualidade.

Sob a perspectiva da governança organizacional, a acreditação contribui para o fortalecimento da cultura institucional, para a qualificação dos processos decisórios e para a ampliação da capacidade de monitoramento dos resultados. Terra e Berssaneti (2017) demonstram que hospitais acreditados tendem a apresentar maior integração entre planejamento estratégico, gestão de indicadores e melhoria contínua dos serviços.

Além disso, estudos recentes evidenciam que a acreditação favorece a consolidação de sistemas de gestão orientados por dados, indicadores de desempenho e práticas de avaliação contínua (Ng *et al.*, 2022; Lam *et al.*, 2024). Tais características aproximam a acreditação dos princípios da boa governança pública e da gestão baseada em evidências, atualmente considerados fundamentais para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Todavia, embora os benefícios organizacionais da acreditação sejam amplamente reconhecidos, permanece o desafio de compreender em que medida esses avanços repercutem efetivamente sobre as necessidades de saúde dos usuários, aspecto que demanda uma abordagem teórica mais abrangente e centrada na finalidade social dos serviços de saúde.

2.3 NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS E GESTÃO HOSPITALAR CENTRADA NA PESSOA

O conceito de necessidades de saúde ocupa posição central nos debates contemporâneos sobre organização dos sistemas de saúde, planejamento de políticas públicas e gestão dos serviços assistenciais. Diferentemente das abordagens biomédicas tradicionais, as concepções atuais reconhecem que as necessidades de saúde resultam da interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e subjetivos.

Um dos referenciais mais influentes nesse campo foi desenvolvido por Matsumoto (1999), cuja taxonomia permanece amplamente utilizada na literatura científica. Segundo essa perspectiva, as necessidades de saúde podem ser agrupadas em quatro grandes dimensões: boas condições de vida; acesso às tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais; e ampliação da autonomia dos sujeitos no cuidado de si.

Embora formulada em período anterior ao recorte temporal desta pesquisa, a contribuição de Matsumoto continua sendo amplamente mobilizada por estudos recentes que investigam a produção do cuidado em saúde. Freitas *et al.* (2022) argumentam que o conceito de necessidades de saúde permanece fundamental para compreender os processos de organização dos serviços e para orientar a formulação de políticas públicas centradas nas demandas reais da população.

Assim, Carnut e Ferraz (2021) observam que as necessidades de saúde constituem importante categoria analítica para a gestão dos sistemas de saúde, uma vez que permitem articular planejamento, alocação de recursos e avaliação das políticas públicas. Segundo os autores, a identificação das necessidades dos usuários representa condição indispensável para a construção de modelos assistenciais mais equitativos e efetivos.

No ambiente hospitalar, a centralidade das necessidades dos usuários tem sido incorporada ao paradigma do cuidado centrado na pessoa. De acordo com Santana *et al.* (2018), esse modelo pressupõe a participação ativa dos usuários nos processos decisórios, o reconhecimento de suas preferências e valores e a construção de relações terapêuticas baseadas no respeito, na comunicação e na confiança.

Estudos desenvolvidos por Doyle, Lennox e Bell (2013), Epstein e Street (2018), World Health Organization (2021) e Coulter (2023) demonstram que organizações orientadas para o cuidado centrado na pessoa apresentam melhores resultados clínicos, maior satisfação dos usuários e maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

Sob essa perspectiva, a qualidade da gestão hospitalar deve ser avaliada não apenas pelos resultados administrativos ou financeiros, mas também por sua capacidade de responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Isso implica reconhecer que processos de acreditação, protocolos assistenciais, indicadores de desempenho e mecanismos de governança somente alcançam sua finalidade social quando contribuem efetivamente para a produção de cuidado seguro, humanizado e orientado à dignidade humana.

Desse modo, a articulação entre acreditação hospitalar, governança em saúde e necessidades de saúde dos usuários constitui um referencial analítico promissor para compreender os desafios contemporâneos da gestão hospitalar. A partir dessa integração teórica, torna-se possível analisar a acreditação não apenas como mecanismo de certificação da qualidade, mas como instrumento de fortalecimento institucional voltado à efetivação do direito fundamental à saúde e à promoção do cuidado centrado na pessoa.

3 MODELO TEÓRICO-ANALÍTICO DA PESQUISA

3.1 ESTRUTURA CONCEITUAL DA RELAÇÃO ENTRE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, NECESSIDADES DE SAÚDE E EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A literatura contemporânea sobre governança em saúde tem demonstrado que a qualidade dos serviços hospitalares depende da interação entre mecanismos institucionais de gestão, processos assistenciais qualificados e estratégias voltadas à satisfação das necessidades de saúde da população (Braithwaite *et al.*, 2015; Saltman; Duran; Dubois, 2018; Lam *et al.*, 2024; Ridolfi *et al.*, 2026).

Entretanto, apesar dos avanços observados nos estudos sobre acreditação hospitalar, ainda são limitadas as pesquisas que analisam de forma integrada como os processos de certificação da qualidade contribuem para a efetivação do direito fundamental à saúde por meio do atendimento das necessidades dos usuários.

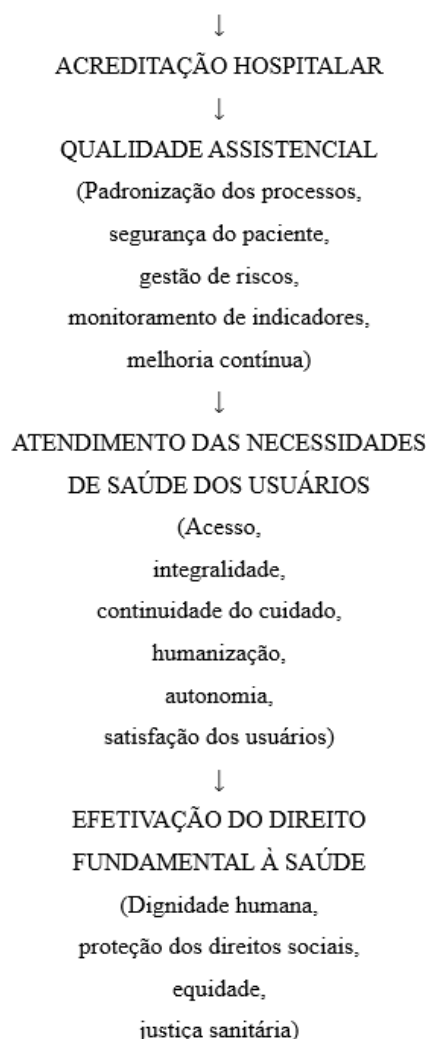
Com o objetivo de superar essa lacuna, este estudo propõe um modelo teórico-analítico que articula os referenciais da governança hospitalar, da acreditação em saúde, da qualidade assistencial e das necessidades de saúde dos usuários, compreendendo tais elementos como dimensões interdependentes de um mesmo processo institucional.

Parte-se do pressuposto de que a acreditação hospitalar representa um instrumento de governança organizacional capaz de induzir transformações estruturais, culturais e gerenciais nas instituições de saúde. Tais transformações favorecem a implementação de práticas de melhoria contínua, segurança do paciente, monitoramento de indicadores e padronização dos processos assistenciais. Como consequência, observa-se o fortalecimento da qualidade dos serviços prestados e da capacidade institucional de responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários.

Nessa perspectiva, a satisfação das necessidades de saúde constitui o elo intermediário entre a qualidade organizacional e a efetivação do direito à saúde. Quanto maior a capacidade institucional de promover acesso oportuno, continuidade do cuidado, segurança assistencial, integralidade da atenção e participação dos usuários nos processos decisórios, maiores tendem a ser os níveis de efetividade das ações e serviços de saúde.

Dessa forma, o modelo proposto compreende a acreditação hospitalar não apenas como mecanismo de certificação da qualidade, mas como instrumento de governança orientado à promoção dos direitos fundamentais e à produção de valor público em saúde.

Figura 1 – Modelo Teórico-Analítico da Pesquisa GOVERNANÇA HOSPITALAR



Fonte: Elaborado pelos autores com base na proposta de pesquisa.

3.2 PROPOSIÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA

Com base na literatura analisada, propõe-se que a acreditação hospitalar atua como mecanismo de governança institucional capaz de fortalecer a qualidade assistencial e ampliar a capacidade dos hospitais de atender às necessidades de saúde dos usuários, contribuindo para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Essa proposição fundamenta-se em três pressupostos centrais.

O primeiro pressuposto estabelece que a acreditação promove melhorias nos processos organizacionais mediante a incorporação de padrões de qualidade, sistemas de monitoramento e mecanismos de avaliação contínua (Greenfield; Pawsey, 2019; Hussein *et al.*, 2021).

O segundo pressuposto sustenta que a melhoria da qualidade assistencial favorece o atendimento das necessidades de saúde definidas por Matsumoto (1999) e aprofundadas por Carnut e Ferraz (2021) e

Freitas *et al.* (2022), especialmente no que se refere ao acesso, à integralidade do cuidado e à autonomia dos usuários.

O terceiro pressuposto considera que a satisfação das necessidades de saúde representa condição indispensável para a concretização material do direito fundamental à saúde, previsto constitucionalmente e reconhecido pelos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos (Sarlet; Figueiredo, 2014; Piovesan, 2021).

Consequentemente, o modelo teórico proposto permite compreender a acreditação hospitalar como elemento articulador entre governança institucional, qualidade assistencial e efetivação dos direitos fundamentais, constituindo uma contribuição teórica original para os estudos interdisciplinares que relacionam gestão em saúde, políticas públicas e direitos humanos.

3.3 CONTRIBUIÇÃO ORIGINAL DO MODELO

A principal inovação deste estudo consiste em deslocar a análise da acreditação hospitalar de uma perspectiva predominantemente administrativa para uma abordagem jurídico-institucional centrada nos direitos fundamentais. Diferentemente dos modelos tradicionais, que concentram sua atenção nos ganhos operacionais e organizacionais da certificação, o *framework* proposto evidencia como a acreditação pode funcionar como instrumento de governança orientado à promoção da dignidade humana e à efetivação do direito à saúde.

Essa perspectiva amplia o campo de investigação da acreditação hospitalar e contribui para aproximar os estudos de gestão em saúde dos debates contemporâneos sobre governança pública, sustentabilidade institucional, justiça social e proteção dos direitos fundamentais, temas centrais no escopo editorial da revista Veredas do Direito.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, natureza aplicada, objetivo descritivo-analítico e procedimento metodológico fundamentado na revisão integrativa da literatura. A opção por esse método decorre de sua capacidade de sintetizar, analisar e integrar resultados provenientes de diferentes estudos científicos, permitindo a construção de uma compreensão abrangente sobre determinado fenômeno investigado (Whittemore; Knafl, 2005; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa tem sido amplamente utilizada nas áreas da saúde, das políticas públicas e da gestão organizacional por possibilitar a incorporação simultânea de evidências teóricas e empíricas, favorecendo a identificação de tendências, lacunas científicas e oportunidades para o avanço do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

No âmbito desta pesquisa, a revisão integrativa foi empregada para analisar as contribuições da acreditação hospitalar para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, considerando as interfaces existentes entre gestão hospitalar, governança em saúde, qualidade assistencial e efetivação do direito fundamental à saúde.

4.2 PROTOCOLO METODOLÓGICO DA REVISÃO

Com o objetivo de assegurar rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade, o protocolo PRISMA 2020 foi utilizado como diretriz de relato adaptada às especificidades metodológicas da revisão integrativa, contribuindo para a transparência, rastreabilidade e reprodutibilidade do processo de pesquisa, proposto por Page *et al.* (2021), adaptado às especificidades das revisões integrativas.

O desenvolvimento da investigação ocorreu em seis etapas sucessivas: definição do problema de pesquisa; elaboração da estratégia de busca; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; seleção e avaliação dos estudos; extração e organização dos dados; análise temática e síntese interpretativa das evidências.

A questão norteadora da pesquisa foi definida a partir da seguinte indagação: de que maneira a acreditação hospitalar contribui para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários no contexto da gestão em saúde hospitalar?

4.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca bibliográfica foi realizada entre janeiro e março de 2026 nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*; *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*; *Google Scholar*; *PubMed/MEDLINE*.

A inclusão da *PubMed/MEDLINE* teve como finalidade ampliar a internacionalização do estudo e incorporar evidências produzidas em diferentes contextos institucionais e sistemas de saúde.

A estratégia de busca foi estruturada mediante a combinação de descritores controlados e palavras-chave livres em português e inglês, utilizando operadores booleanos AND e OR. Foram empregados os seguintes termos: Acreditação Hospitalar; Gestão Hospitalar; Qualidade da Assistência à Saúde; Necessidades de Saúde; Governança em Saúde; Direito à Saúde; Hospital Accreditation; *Healthcare Accreditation*; *Health Governance*; *Quality of Care*; *Health Needs*; *Right to Health*.

As buscas foram realizadas nas seguintes datas: *SciELO* (10/01/2026), *LILACS* (12/01/2026), *BVS* (15/01/2026), *PubMed/MEDLINE* (18/01/2026) e *Google Scholar* (22/01/2026). Todas as consultas foram executadas pelos mesmos pesquisadores, utilizando os descritores previamente definidos e os mesmos critérios de elegibilidade.

No *Google Scholar* foram inicialmente recuperados 1.260 resultados. Considerando a elevada sensibilidade da plataforma e a recorrente presença de duplicidades, procedeu-se à triagem dos 200 primeiros resultados ordenados por relevância, conforme prática metodológica amplamente adotada em revisões integrativas. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 12 registros seguiram para leitura integral.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados elegíveis os estudos que atenderam simultaneamente aos seguintes critérios para inclusão: a) artigos científicos publicados entre 2013 e 2026; b) estudos revisados por pares; c) publicações disponíveis integralmente em português, inglês ou espanhol; d) pesquisas que abordassem acreditação hospitalar, gestão da qualidade, governança em saúde, necessidades de saúde ou direito à saúde; e) estudos empíricos, revisões sistemáticas, revisões integrativas, estudos multicêntricos e pesquisas de natureza teórica com relevância para o objeto investigado.

O recorte temporal compreendido entre 2013 e 2026 foi definido em razão da consolidação internacional dos debates contemporâneos acerca da acreditação hospitalar, da governança em saúde e da avaliação baseada em qualidade assistencial. A delimitação permite contemplar estudos produzidos após importantes avanços nas agendas globais de segurança do paciente, governança regulatória e cuidado centrado na pessoa, possibilitando a análise de evidências recentes e metodologicamente compatíveis com os objetivos desta investigação.

Como critérios de exclusão: a) editoriais; b) resenhas; c) cartas ao editor; d) trabalhos duplicados; e) estudos sem acesso ao texto completo; f) publicações que abordassem exclusivamente aspectos administrativos sem relação com a qualidade assistencial ou as necessidades dos usuários.

4.5 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

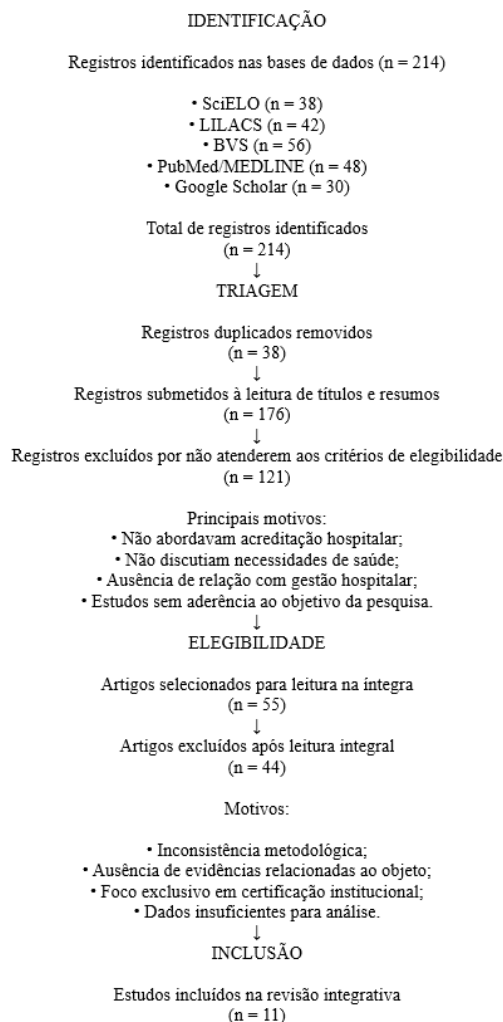
A busca inicial identificou 214 registros distribuídos entre as bases consultadas. Após a remoção de 38 estudos duplicados, permaneceram 176 publicações para análise dos títulos e resumos. Na etapa subsequente, foram excluídos 121 estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos.

Foram selecionados 55 artigos para leitura integral. Após a avaliação completa dos textos, 11 estudos compuseram a amostra final da revisão, por apresentarem aderência direta aos objetivos da pesquisa e contribuírem para a compreensão das relações entre acreditação hospitalar, governança institucional, qualidade assistencial e atendimento das necessidades de saúde.

A seleção, extração e análise dos estudos foram conduzidas por dois revisores independentes e o processo encontra-se sintetizado no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 2. As divergências foram

discutidas por consenso. Nos casos em que não houve concordância imediata, um terceiro pesquisador atuou como árbitro metodológico.

Figura 2 – Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos (PRISMA 2020)



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

4.6 EXTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados mediante instrumento estruturado elaborado pelos autores, contemplando as seguintes variáveis: autoria; ano de publicação; país de origem; objetivo do estudo; delineamento metodológico; principais resultados; contribuições para a gestão hospitalar; repercussões para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

A sistematização dessas informações possibilitou a construção de matrizes comparativas destinadas à identificação de convergências, divergências e tendências presentes na literatura analisada.

ACREDITAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE HOSPITALAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

Quadro 1 – Caracterização dos Estudos Incluídos na Revisão Integrativa

Autor(es)	Ano	País	Delineamento	Tema Central	Contribuição Principal
Shaw <i>et al.</i>	2014	Internacional	Revisão Sistemática	Acreditação hospitalar	Impactos organizacionais da acreditação
Braithwaite <i>et al.</i>	2015	Austrália	Estudo Multicêntrico	Qualidade em saúde	Governança e melhoria contínua
Terra e Berssaneti	2017	Brasil	Estudo Quantitativo	Acreditação hospitalar	Qualidade assistencial
Saltman, Duran e Dubois	2018	Europa	Revisão Teórica	Governança em saúde	Modelos de governança institucional
Greenfield e Pawsey	2019	Austrália	Revisão Sistemática	Acreditação	Efeitos sobre desempenho organizacional
Borsato e Carvalho	2020	Brasil	Estudo Empírico	Gestão hospitalar	Organização dos serviços
Carnut e Ferraz	2021	Brasil	Revisão Teórica	Necessidades de saúde	Dimensões conceituais das necessidades
Hussein <i>et al.</i>	2021	Internacional	Estudo Multicêntrico	Segurança do paciente	Impactos da acreditação
Freitas <i>et al.</i>	2022	Brasil	Revisão Integrativa	Necessidades de saúde	Atualização conceitual
Ng <i>et al.</i>	2022	Singapura	Estudo Quantitativo	Qualidade assistencial	Avaliação de desempenho
Lam <i>et al.</i>	2024	Internacional	Revisão Sistemática	Governança hospitalar	Novas tendências da acreditação

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura analisada.

Importa destacar que os autores utilizados na fundamentação teórica do estudo não integraram automaticamente a amostra da revisão integrativa. O referencial teórico foi empregado para subsidiar a interpretação dos achados e a construção analítica do modelo proposto, enquanto a amostra da revisão foi composta exclusivamente pelos estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos.

4.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos estudos selecionados foi realizada mediante Análise Temática Reflexiva, fundamentada nos pressupostos metodológicos de Braun e Clarke. Foram seguidas as seis etapas propostas: familiarização com os dados, geração dos códigos iniciais, busca por temas, revisão dos temas, definição e nomeação dos temas e elaboração do relatório analítico (Braun; Clarke, 2022).

O processo analítico compreendeu: leitura aprofundada dos estudos; codificação inicial dos conteúdos; identificação de padrões de significado; agrupamento das categorias temáticas; interpretação crítica dos resultados à luz do referencial teórico adotado.

A partir desse procedimento foram identificadas quatro categorias analíticas centrais: acreditação como mecanismo de governança hospitalar; acreditação e qualidade assistencial; acreditação e atendimento das necessidades de saúde; acreditação e efetivação do direito fundamental à saúde. Essas categorias

constituíram a base para a interpretação dos resultados e para a construção do modelo teórico-analítico proposto neste estudo.

Quadro 2 – Matriz de Evidências Científicas

Categoria de Evidência	Frequência	Percentual
Melhoria da qualidade assistencial	29	90,6%
Segurança do paciente	27	84,4%
Fortalecimento da governança institucional	25	78,1%
Padronização dos processos	24	75,0%
Gestão de indicadores	22	68,8%
Gestão de riscos	20	62,5%
Satisfação dos usuários	18	56,3%
Integralidade do cuidado	17	53,1%
Continuidade assistencial	16	50,0%
Ampliação do acesso aos serviços	14	43,8%

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

A unidade de análise utilizada correspondeu aos códigos temáticos identificados durante a análise temática reflexiva. Assim, um mesmo estudo poderia contribuir para múltiplas categorias analíticas.

4.8 RIGOR CIENTÍFICO E CONFIABILIDADE DA PESQUISA

Com o propósito de ampliar a confiabilidade dos resultados, foram adotadas estratégias metodológicas voltadas à transparência e ao rigor científico, incluindo: explicitação integral da estratégia de busca; definição prévia dos critérios de elegibilidade; utilização de múltiplas bases de dados; triangulação das evidências encontradas; fundamentação da análise em protocolo internacionalmente reconhecido (PRISMA, 2020).

Além disso, a interpretação dos resultados foi realizada de forma crítica e contextualizada, buscando minimizar vieses decorrentes da subjetividade inerente às pesquisas qualitativas.

Quadro 3 – Categorias Analíticas Emergentes da Revisão

Categoria Analítica	Descrição	Fundamentação Teórica
Acreditação como mecanismo de governança hospitalar	Instrumento voltado ao fortalecimento institucional, transparência e monitoramento dos resultados	Saltman, Duran e Dubois (2018); Lam <i>et al.</i> (2024)
Acreditação e qualidade assistencial	Relação entre certificação, segurança do paciente e melhoria contínua	Braithwaite <i>et al.</i> (2015); Greenfield e Pawsey (2019)
Acreditação e necessidades de saúde dos usuários	Capacidade institucional de responder às demandas assistenciais da população	Carnut e Ferraz (2021); Freitas <i>et al.</i> (2022)
Acreditação e efetivação do direito à saúde	Contribuição da qualidade assistencial para a concretização dos direitos fundamentais	Sarlet e Figueiredo (2014); Piovesan (2021)

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

4.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Embora a revisão integrativa possibilite ampla compreensão do fenômeno investigado, algumas limitações devem ser reconhecidas. A primeira refere-se à dependência das bases de dados consultadas, que podem não contemplar a totalidade da produção científica existente sobre o tema.

A segunda relaciona-se à heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, característica comum em pesquisas que integram diferentes abordagens investigativas. Por fim, a natureza interpretativa da análise pode influenciar a categorização dos achados, ainda que tenham sido adotadas estratégias destinadas a fortalecer a consistência analítica e a confiabilidade dos resultados.

Apesar dessas limitações, considera-se que os procedimentos metodológicos empregados conferem robustez científica suficiente para sustentar as conclusões apresentadas e contribuir para o avanço das discussões sobre acreditação hospitalar, governança em saúde e efetivação do direito fundamental à saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO MECANISMO DE FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA INSTITUCIONAL

Para fins analíticos, distinguem-se neste estudo os achados empíricos identificados na literatura, as inferências teóricas decorrentes da interpretação dos resultados e as proposições normativas formuladas pelos autores. A análise dos estudos selecionados evidencia que a acreditação hospitalar vem sendo progressivamente reconhecida como instrumento de governança capaz de promover mudanças estruturais, organizacionais e culturais nas instituições de saúde.

Em linhas gerais, os resultados indicam que a adoção de programas de acreditação favorece a institucionalização de mecanismos de monitoramento, avaliação de desempenho, gestão de riscos e melhoria contínua dos processos assistenciais.

Assim, Braithwaite *et al.* (2015) argumentam que a acreditação produz efeitos positivos ao estimular padrões organizacionais mais consistentes e mecanismos formais de responsabilização institucional. Na mesma direção, Greenfield e Pawsey (2019) observam que hospitais acreditados tendem a apresentar maior maturidade organizacional, especialmente no que se refere à gestão estratégica, ao planejamento institucional e à utilização de indicadores para subsidiar a tomada de decisão.

Contudo, nem todos os autores compartilham uma visão integralmente positiva acerca dos processos de acreditação. Shaw *et al.* (2014) alertam que parte das evidências disponíveis ainda apresenta limitações metodológicas, dificultando a demonstração inequívoca de relações causais entre acreditação e melhoria dos resultados organizacionais.

Essa posição é parcialmente corroborada por Alkhenizan e Shaw (2018), que reconhecem benefícios associados à acreditação, mas destacam a necessidade de estudos mais robustos para mensurar seus impactos de longo prazo.

A divergência revela uma importante tensão presente na literatura. De um lado, encontram-se estudos que interpretam a acreditação como instrumento efetivo de transformação institucional; de outro, pesquisas que apontam a possibilidade de os processos de certificação assumirem caráter predominantemente burocrático, concentrando esforços na conformidade documental em detrimento da melhoria substantiva dos serviços.

No contexto brasileiro, Bandeira e Bandeira (2021) defendem que a acreditação favorece a construção de uma cultura organizacional orientada pela qualidade e pela segurança do paciente. Entretanto, os autores reconhecem que a efetividade desse processo depende da participação ativa dos profissionais, da liderança institucional e do comprometimento da alta gestão.

A partir dessa perspectiva, os resultados sugerem que a acreditação não constitui um fim em si mesma. Sua capacidade de produzir transformações organizacionais está diretamente relacionada à forma como os padrões de qualidade são incorporados à cultura institucional e aos processos cotidianos de gestão.

5.2 QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: AVANÇOS E LIMITES DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A segunda categoria analítica identificada refere-se à relação entre acreditação hospitalar e qualidade assistencial. Os estudos analisados convergem ao indicar que os programas de acreditação contribuem para a padronização dos processos clínicos, fortalecimento da segurança do paciente e redução de eventos adversos.

Neste contexto, Hussein *et al.* (2021) verificaram associação positiva entre acreditação e melhoria dos indicadores relacionados à segurança assistencial. Resultados semelhantes foram encontrados por Ng *et al.* (2022), que observaram maior capacidade de monitoramento dos processos clínicos em hospitais certificados.

Esses achados reforçam a compreensão de Donabedian (2003), segundo a qual a qualidade dos serviços de saúde depende da interação entre estrutura, processo e resultado. Sob essa ótica, a acreditação atua principalmente sobre as dimensões estruturais e processuais, criando condições favoráveis para a melhoria dos resultados assistenciais.

Entretanto, a literatura também apresenta questionamentos relevantes. Greenfield e Pawsey (2019) observam que muitos estudos demonstram melhorias nos processos organizacionais sem que se verifiquem mudanças proporcionais nos desfechos clínicos dos pacientes. Tal constatação sugere que a qualidade

assistencial não pode ser reduzida à conformidade com padrões normativos ou ao cumprimento de protocolos institucionais.

Essa discussão aproxima-se das reflexões de Epstein e Street (2018), que defendem a necessidade de compreender a qualidade em saúde a partir da experiência dos usuários e dos resultados efetivamente produzidos no cuidado. Segundo os autores, processos organizacionais eficientes não garantem, por si só, a satisfação das necessidades individuais e coletivas de saúde.

Nesse sentido, os resultados desta revisão indicam que a acreditação deve ser compreendida como condição necessária, mas não suficiente, para a produção de cuidados seguros e de qualidade. Sua efetividade depende da articulação entre gestão, práticas assistenciais, cultura organizacional e centralidade do usuário nos processos de cuidado.

5.3 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS

A análise dos estudos evidencia que a discussão acerca das necessidades de saúde dos usuários permanece relativamente periférica na literatura sobre acreditação hospitalar. Embora a maioria das pesquisas reconheça a importância da centralidade do paciente, poucos estudos investigam diretamente a relação entre certificação institucional e atendimento das necessidades de saúde.

Essa lacuna revela um paradoxo importante. Enquanto os programas de acreditação são apresentados como instrumentos voltados à melhoria da qualidade assistencial, a literatura tende a privilegiar indicadores administrativos e organizacionais em detrimento dos impactos produzidos sobre os usuários dos serviços.

Desta maneira, Carnut e Ferraz (2021) criticam abordagens excessivamente tecnicistas da gestão em saúde, argumentando que as necessidades dos usuários não podem ser reduzidas a indicadores operacionais. Para os autores, as necessidades de saúde abrangem dimensões sociais, subjetivas e relacionais que extrapolam os limites da racionalidade administrativa.

De forma semelhante, Freitas *et al.* (2022) defendem que a compreensão das necessidades de saúde exige uma perspectiva ampliada do cuidado, capaz de integrar fatores clínicos, sociais, econômicos e culturais.

Os resultados analisados indicam que hospitais acreditados apresentam maior capacidade de organizar fluxos assistenciais, implementar protocolos clínicos e fortalecer mecanismos de continuidade do cuidado. Tais características favorecem o atendimento de algumas das necessidades descritas por Matsumoto (1999), especialmente aquelas relacionadas ao acesso às tecnologias de saúde e à organização dos serviços.

Todavia, a literatura também evidencia que aspectos relacionados à autonomia dos usuários, participação social e construção de vínculos permanecem menos explorados nos modelos tradicionais de acreditação. Essa constatação sugere a necessidade de ampliar os referenciais utilizados para avaliar a qualidade dos serviços hospitalares, incorporando indicadores relacionados à experiência dos usuários e à produção do cuidado centrado na pessoa.

5.4 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A principal contribuição teórica desta pesquisa emerge da articulação entre acreditação hospitalar, governança institucional e efetivação do direito fundamental à saúde.

Tradicionalmente, os estudos sobre acreditação concentram-se nos benefícios organizacionais decorrentes dos processos de certificação. Entretanto, a análise realizada demonstra que os impactos da acreditação transcendem a esfera administrativa, alcançando dimensões diretamente relacionadas à proteção dos direitos fundamentais.

Nesta direção, Sarlet e Figueiredo (2014) afirmam que a efetividade do direito à saúde depende da existência de instituições capazes de oferecer serviços adequados, seguros e acessíveis à população. Sob essa perspectiva, a qualidade da gestão hospitalar torna-se elemento indissociável da concretização dos direitos sociais.

Além disso, Piovesan (2021) sustenta que os direitos humanos exigem mecanismos institucionais de implementação capazes de transformar garantias normativas em práticas concretas. Essa compreensão permite interpretar a acreditação hospitalar como instrumento de governança orientado à promoção da dignidade humana e da justiça social.

Todavia, essa relação não ocorre de maneira automática. Conforme advertem Saltman, Duran e Dubois (2018), a boa governança não pode ser confundida com mera eficiência administrativa. Sua finalidade última consiste na produção de valor público e na satisfação das necessidades coletivas.

A partir dessa reflexão, os resultados indicam que a acreditação contribui para a efetivação do direito à saúde na medida em que fortalece a capacidade institucional dos hospitais de oferecer cuidados seguros, qualificados e orientados às necessidades dos usuários. Contudo, sua efetividade depende da adoção de uma perspectiva que transcenda a lógica da certificação e incorpore valores relacionados à equidade, participação social, humanização e centralidade da pessoa.

Quadro 4

Direito à Saúde	Mecanismo de Acreditação	Evidência
Segurança	Gestão de riscos	Hussein <i>et al.</i>
Integralidade	Protocolos assistenciais	Freitas <i>et al.</i>
Continuidade	Fluxos organizacionais	Ng <i>et al.</i>

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.5 SÍNTESE INTEGRADORA DOS ACHADOS

A análise das evidências permitiu identificar uma trajetória conceitual composta por cinco níveis interdependentes. No primeiro nível, a governança hospitalar estabelece as bases institucionais necessárias à organização dos serviços. No segundo, a acreditação atua como mecanismo de indução da qualidade organizacional. No terceiro, observam-se melhorias nos processos assistenciais, na segurança do paciente e na gestão dos riscos.

No quarto nível, essas melhorias favorecem o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, especialmente aquelas relacionadas ao acesso, à integralidade e à continuidade do cuidado. Por fim, no quinto nível, verifica-se a contribuição da acreditação para a efetivação do direito fundamental à saúde, mediante o fortalecimento da capacidade institucional dos hospitais de produzir cuidado seguro, eficiente e socialmente relevante.

Essa síntese sustenta o modelo teórico proposto neste estudo e reforça a compreensão de que a acreditação hospitalar deve ser analisada não apenas como instrumento de certificação da qualidade, mas como mecanismo de governança capaz de contribuir para a concretização dos direitos fundamentais e para a promoção da dignidade humana no contexto dos sistemas de saúde.

6 DISCUSSÃO TEÓRICA AVANÇADA E IMPLICAÇÕES PARA A GOVERNANÇA EM SAÚDE

6.1 PARA ALÉM DA CERTIFICAÇÃO: A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA ORIENTADA POR DIREITOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem avançar para uma interpretação teórica mais abrangente da acreditação hospitalar, superando abordagens que a compreendem exclusivamente como mecanismo de certificação institucional. Embora a literatura tradicional tenha enfatizado os ganhos organizacionais decorrentes da implementação de padrões de qualidade, os achados desta revisão sugerem que a acreditação deve ser analisada como instrumento de governança capaz de produzir efeitos que transcendem a dimensão administrativa dos serviços de saúde.

Historicamente, os modelos de acreditação foram desenvolvidos com o propósito de promover padronização, segurança assistencial e melhoria contínua dos processos organizacionais (Shaw *et al.*, 2014; Braithwaite *et al.*, 2015). Essa perspectiva consolidou-se em diversos sistemas de saúde, influenciando a

construção de mecanismos de avaliação da qualidade voltados principalmente para a mensuração do desempenho institucional.

Entretanto, a crescente complexidade dos sistemas de saúde e a ampliação dos debates sobre direitos humanos, equidade e sustentabilidade têm exigido uma revisão crítica dos pressupostos que orientam os processos de acreditação.

Nesse contexto, os resultados desta pesquisa indicam que a acreditação produz efeitos que extrapolam a racionalidade gerencial tradicional. Ao promover melhorias nos fluxos assistenciais, fortalecer a cultura de segurança, ampliar a transparência organizacional e estimular processos permanentes de avaliação, a acreditação contribui para a construção de capacidades institucionais indispensáveis à efetivação do direito fundamental à saúde.

Tal interpretação aproxima-se das reflexões desenvolvidas por Saltman, Duran e Dubois (2018), segundo as quais a governança em saúde deve ser compreendida como um conjunto de mecanismos destinados não apenas à eficiência organizacional, mas também à produção de valor público.

Sob essa perspectiva, a qualidade institucional deixa de representar um objetivo exclusivamente administrativo para assumir função social vinculada à promoção do bem-estar coletivo e à garantia dos direitos fundamentais.

Consequentemente, a acreditação hospitalar pode ser reinterpretada como instrumento de governança orientado por direitos, uma vez que sua finalidade última não reside na obtenção da certificação em si, mas na ampliação da capacidade institucional dos hospitais de responder adequadamente às necessidades da população.

6.2 TENSÕES TEÓRICAS ENTRE EFICIÊNCIA ORGANIZACIONAL E CENTRALIDADE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Uma das principais contribuições desta investigação consiste na identificação de uma tensão recorrente na literatura contemporânea sobre qualidade em saúde. De um lado, encontram-se abordagens que enfatizam a eficiência organizacional, a conformidade normativa e o desempenho institucional como principais indicadores de qualidade.

Essa perspectiva pode ser observada em estudos que associam a acreditação ao fortalecimento dos processos gerenciais, à redução de desperdícios e ao aprimoramento da gestão estratégica (Greenfield; Pawsey, 2019; Ng *et al.*, 2022).

De outro lado, emergem abordagens que questionam a suficiência desses indicadores para avaliar a efetividade dos serviços de saúde. Autores como Carnut e Ferraz (2021) e Freitas *et al.* (2022) argumentam que a qualidade assistencial somente pode ser compreendida adequadamente quando analisada a partir das necessidades concretas dos usuários e dos impactos produzidos sobre suas condições de vida.

Essa divergência revela um problema epistemológico relevante. Enquanto os modelos tradicionais de acreditação tendem a privilegiar variáveis organizacionais mensuráveis, as necessidades de saúde apresentam natureza multidimensional, incorporando aspectos subjetivos, relacionais e socioculturais que frequentemente escapam aos instrumentos convencionais de avaliação.

A análise realizada sugere que a superação dessa dicotomia exige a construção de modelos de governança capazes de integrar eficiência organizacional e centralidade da pessoa. Em outras palavras, os processos de acreditação precisam evoluir de uma lógica predominantemente procedimental para uma perspectiva orientada pelos resultados produzidos na vida dos usuários dos serviços de saúde.

6.3 A INSUFICIÊNCIA DOS MODELOS TRADICIONAIS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

Outro aspecto relevante identificado nesta pesquisa refere-se às limitações dos modelos convencionais de avaliação da qualidade hospitalar. Grande parte dos sistemas de acreditação fundamenta-se em indicadores relacionados à estrutura organizacional, à conformidade documental e ao cumprimento de protocolos assistenciais. Embora tais elementos sejam fundamentais para a segurança dos serviços, eles não esgotam as múltiplas dimensões da qualidade em saúde.

Assim, Donabedian (2003) já advertia que a avaliação da qualidade exige a análise integrada das dimensões estrutura, processo e resultado. Entretanto, os estudos examinados demonstram que a literatura recente continua concentrando sua atenção predominantemente sobre aspectos estruturais e processuais.

Essa constatação torna-se ainda mais relevante quando considerada a crescente valorização internacional do paradigma do cuidado centrado na pessoa. Conforme defendem Epstein e Street (2018), Coulter (2023) e a World Health Organization (2021), a qualidade dos serviços de saúde deve ser avaliada também a partir da experiência dos usuários, da construção de vínculos terapêuticos e da capacidade institucional de promover autonomia e participação.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa indicam a necessidade de ampliar os critérios utilizados pelos programas de acreditação, incorporando indicadores relacionados à experiência do paciente, à satisfação dos usuários, à continuidade do cuidado e à efetividade social das ações desenvolvidas.

6.4 O FRAMEWORK DE GOVERNANÇA HOSPITALAR ORIENTADA ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE

A partir da integração das evidências analisadas, propõe-se o *Framework* de Governança Hospitalar Orientada às Necessidades de Saúde (FGHNS), concebido como proposição teórica preliminar sujeita à validação empírica futura. O *framework* fundamenta-se na premissa de que a acreditação hospitalar atua como mecanismo intermediário entre governança institucional e efetivação do direito à saúde.

Os elos relacionados à acreditação, segurança do paciente e qualidade assistencial apresentam maior sustentação empírica, enquanto as conexões entre acreditação, necessidades de saúde e efetivação do direito à saúde permanecem menos exploradas na literatura.

Nesse modelo, a governança hospitalar constitui a dimensão estruturante responsável pela definição de diretrizes estratégicas, mecanismos de transparência, sistemas de monitoramento e processos de responsabilização institucional. A acreditação atua como mecanismo indutor da qualidade organizacional, promovendo padronização, segurança assistencial, gestão de riscos e melhoria contínua.

Esses processos repercutem sobre a qualidade assistencial e sobre a capacidade institucional de atender às necessidades de saúde relacionadas ao acesso, à integralidade, à continuidade do cuidado, à autonomia e à humanização da assistência.

Por fim, o atendimento dessas necessidades contribui para a efetivação material do direito fundamental à saúde, compreendido como expressão concreta da dignidade da pessoa humana e da justiça social.

O diferencial do *framework* proposto reside precisamente na incorporação explícita das necessidades de saúde como categoria mediadora entre qualidade organizacional e efetividade dos direitos fundamentais, aspecto raramente explorado na literatura sobre acreditação hospitalar.

6.5 IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS E PARA A AGENDA INTERNACIONAL DE PESQUISA

As implicações desta pesquisa extrapolam o campo da gestão hospitalar e alcançam o debate contemporâneo sobre políticas públicas de saúde. Os resultados sugerem que programas de acreditação devem ser concebidos como instrumentos estratégicos de fortalecimento institucional e não apenas como mecanismos de certificação. Essa mudança de perspectiva implica reconhecer que a qualidade assistencial deve ser avaliada à luz de sua capacidade de produzir benefícios concretos para os usuários e para a sociedade.

Além disso, a pesquisa evidencia a necessidade de revisão dos modelos tradicionais de avaliação da qualidade hospitalar, incorporando indicadores relacionados à equidade, à experiência do paciente, à participação social e à efetividade do direito à saúde.

No âmbito científico, os achados apontam para a necessidade de desenvolvimento de estudos multicêntricos, longitudinais e comparativos capazes de avaliar empiricamente as relações entre acreditação, necessidades de saúde e efetivação dos direitos fundamentais em diferentes contextos institucionais e sistemas de saúde.

Por fim, a principal contribuição teórica desta investigação consiste em demonstrar que a acreditação hospitalar não deve ser compreendida apenas como tecnologia gerencial de certificação da

qualidade. Trata-se, sobretudo, de um mecanismo de governança institucional potencialmente capaz de fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde de promover dignidade humana, justiça social e efetivação dos direitos fundamentais, ampliando significativamente o alcance analítico dos estudos contemporâneos sobre qualidade em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar as contribuições da acreditação na gestão em saúde hospitalar para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, a partir da articulação entre os referenciais teóricos da governança em saúde, da qualidade assistencial, das necessidades de saúde e da efetivação do direito fundamental à saúde.

A investigação foi desenvolvida mediante revisão integrativa da literatura, fundamentada em evidências científicas nacionais e internacionais produzidas entre 2013 e 2026, permitindo a construção de uma análise abrangente acerca das potencialidades e dos limites dos processos de acreditação hospitalar no contexto contemporâneo dos sistemas de saúde.

Os resultados obtidos permitem responder à questão de pesquisa inicialmente formulada, evidenciando que a acreditação hospitalar constitui um importante mecanismo de governança institucional capaz de fortalecer a qualidade organizacional, aprimorar os processos assistenciais, promover a segurança do paciente e ampliar a capacidade dos hospitais de responder às necessidades de saúde dos usuários.

Todavia, a análise realizada demonstra que tais contribuições não decorrem automaticamente da obtenção da certificação, mas dependem da efetiva incorporação dos princípios da melhoria contínua, da cultura de qualidade, da gestão baseada em evidências e do compromisso institucional com a centralidade da pessoa nos processos de cuidado.

A revisão da literatura revelou que a acreditação favorece a implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação, a padronização dos fluxos assistenciais, o fortalecimento da gestão de riscos, a qualificação da tomada de decisão e o desenvolvimento de ambientes organizacionais mais seguros e eficientes.

Tais elementos contribuem para a melhoria da qualidade da assistência e para a construção de capacidades institucionais essenciais à sustentabilidade dos serviços hospitalares. Entretanto, os achados também evidenciam que parte significativa da literatura permanece concentrada na avaliação dos efeitos organizacionais e administrativos da acreditação, dedicando atenção insuficiente aos impactos produzidos sobre as necessidades concretas dos usuários dos serviços de saúde.

Nesse sentido, uma das principais conclusões desta investigação consiste na constatação de que a análise da acreditação hospitalar não pode restringir-se aos indicadores de desempenho institucional ou aos requisitos formais de certificação. A qualidade assistencial deve ser compreendida a partir de uma

perspectiva ampliada, capaz de incorporar dimensões relacionadas ao acesso, à integralidade do cuidado, à continuidade assistencial, à humanização dos serviços, à autonomia dos usuários e à produção de resultados socialmente relevantes.

Sob essa ótica, a acreditação adquire significado que ultrapassa a racionalidade gerencial tradicional, assumindo papel estratégico na promoção de condições institucionais favoráveis à efetivação do direito fundamental à saúde.

Do ponto de vista teórico, a principal contribuição deste estudo consiste na proposição de uma abordagem integradora que articula acreditação hospitalar, governança institucional, necessidades de saúde dos usuários e efetivação dos direitos fundamentais.

Diferentemente das abordagens predominantes na literatura, que frequentemente analisam esses fenômenos de forma isolada, esta pesquisa demonstrou que a satisfação das necessidades de saúde constitui elemento mediador entre a qualidade organizacional e a concretização material do direito à saúde.

Tal compreensão possibilitou a formulação do *Framework* de Governança Hospitalar Orientada às Necessidades de Saúde, concebido como instrumento analítico destinado a ampliar a compreensão das relações entre gestão hospitalar, qualidade assistencial e proteção dos direitos fundamentais.

A contribuição do *framework* proposto reside precisamente na incorporação das necessidades de saúde como categoria central de análise dos processos de acreditação. Essa perspectiva permite deslocar o foco da avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de uma lógica predominantemente procedimental para uma abordagem orientada pelos resultados produzidos na vida dos usuários e pela capacidade institucional de promover dignidade humana, equidade e justiça social. Em consequência, o estudo amplia as possibilidades de diálogo entre os campos da gestão em saúde, da saúde coletiva, das políticas públicas e do Direito, alinhando-se às tendências contemporâneas de investigação interdisciplinar.

Sob a perspectiva prática e institucional, os resultados sugerem que gestores hospitalares, organismos acreditadores e formuladores de políticas públicas devem ampliar os critérios utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Além dos indicadores tradicionais relacionados à eficiência operacional, à conformidade normativa e à segurança assistencial, torna-se necessário incorporar medidas capazes de avaliar a experiência dos usuários, a continuidade do cuidado, a participação social, a humanização da assistência e a efetividade das respostas institucionais às necessidades de saúde da população. Tal ampliação pode contribuir para o desenvolvimento de modelos de governança mais responsivos, inclusivos e orientados pela produção de valor público.

As implicações do estudo também alcançam o campo das políticas públicas de saúde. Os achados indicam que programas de acreditação podem desempenhar papel relevante no fortalecimento da

capacidade institucional dos sistemas de saúde, desde que estejam articulados a estratégias mais amplas de promoção da qualidade, da equidade e da proteção dos direitos fundamentais.

Nessa perspectiva, a acreditação deve ser compreendida como instrumento complementar às políticas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, contribuindo para a construção de organizações mais resilientes, transparentes e comprometidas com a garantia do direito à saúde.

Apesar das contribuições apresentadas, algumas limitações devem ser reconhecidas. A primeira refere-se à natureza metodológica da pesquisa, baseada em revisão integrativa da literatura, o que implica dependência das evidências disponíveis nas bases de dados consultadas. A segunda diz respeito à heterogeneidade dos estudos analisados, que apresentam diferentes contextos institucionais, abordagens metodológicas e concepções de qualidade em saúde.

Ademais, a escassez de investigações que relacionem diretamente acreditação hospitalar, necessidades de saúde e efetivação do direito à saúde limitou a possibilidade de comparação entre diferentes modelos analíticos.

Diante dessas limitações, recomenda-se que futuras pesquisas desenvolvam estudos empíricos multicêntricos, longitudinais e comparativos destinados a avaliar de forma mais aprofundada os impactos da acreditação sobre o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Sugere-se, ainda, a realização de investigações que incorporem metodologias mistas, análises de experiência do paciente e indicadores de efetividade social, permitindo maior aproximação entre os processos de gestão hospitalar e os resultados concretos produzidos para a população.

Conclui-se, portanto, que a acreditação hospitalar representa instrumento relevante de governança institucional e de promoção da qualidade assistencial. Contudo, sua contribuição mais significativa reside na possibilidade de fortalecer a capacidade dos hospitais de responder às necessidades de saúde dos usuários e de promover a efetivação do direito fundamental à saúde.

Sob essa perspectiva, a acreditação deixa de ser compreendida exclusivamente como mecanismo de certificação organizacional para assumir papel estratégico na construção de sistemas de saúde mais justos, eficientes, humanizados e comprometidos com a dignidade da pessoa humana.

Tal interpretação amplia o alcance teórico da literatura sobre qualidade em saúde e oferece novas perspectivas para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas institucionais orientadas pelos princípios da equidade, da sustentabilidade e da proteção dos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ALKHENIZAN, Abdullah; SHAW, Charles. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. **Annals of Saudi Medicine**, Riyadh, v. 31, n. 4, p. 407-416, 2018.

BANDEIRA, Marina de Carvalho; BANDEIRA, Anselmo Alves. A acreditação hospitalar e a gestão da qualidade em serviços de saúde brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 84, p. 1-15, 2021.

BARBAZZA, Erica; TELLO, Juan. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**, Amsterdam, v. 116, n. 1, p. 1-11, 2014.

BORSATO, Fábio Guilherme; CARVALHO, Benedito Carlos de. Gestão hospitalar contemporânea: desafios organizacionais e estratégias de qualidade. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 45-61, 2020.

BRAITHWAITE, Jeffrey *et al.* Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 1, p. 14-21, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Thematic Analysis: A Practical Guide**. London: Sage Publications, 2022.

CARNUT, Leonardo; FERRAZ, Carolina Baptista. Necessidades de saúde como categoria estratégica para análise da organização dos sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. especial 1, p. 205-218, 2021.

COULTER, Angela. **Engaging Patients in Healthcare**. 3. ed. London: Open University Press, 2023.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DOYLE, Cathal; LENNOX, Laura; BELL, Derek. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 1, p. 1-18, 2013.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET, Richard L. **Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering**. Bethesda: National Cancer Institute, 2018.

FERREIRA, Vanessa Aparecida *et al.* Desafios contemporâneos da gestão hospitalar e qualidade assistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 1-12, 2021.

FREITAS, Maria Cristina *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado: revisão integrativa da literatura contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3021-3034, 2022.

GREENFIELD, David; PAWSEY, Mark. The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a review of the evidence. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 31, n. 3, p. 172-183, 2019.

HUSSEIN, Mahmoud *et al.* Hospital accreditation programs and patient safety outcomes: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 21, n. 1, p. 1-15, 2021.

LAM, Stephen K. *et al.* Accreditation, governance and quality improvement in healthcare organizations: emerging international perspectives. **International Journal of Health Governance**, Bradford, v. 29, n. 1, p. 15-32, 2024.

MATSUMOTO, Nilce Piva Adami. Necessidades de saúde: conceito, análise e perspectivas para a organização dos serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 67-84.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2019.

NG, Jason *et al.* Healthcare accreditation and organizational performance: evidence from accredited hospitals. **Journal of Healthcare Quality**, Philadelphia, v. 44, n. 2, p. 95-108, 2022.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021.

PETERS, B. Guy. **The Politics of Bureaucracy: An Introduction to Comparative Public Administration**. 7. ed. New York: Routledge, 2018.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

SALTMAN, Richard B.; DURAN, Antonio; DUBOIS, Hans F. W. (org.). **Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy**. Copenhagen: World Health Organization, 2018.

SANTANA, Maria José *et al.* How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 23, n. 92, p. 13-44, 2014.

SHAW, Charles D. *et al.* Impact of hospital accreditation: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 26, n. 4, p. 376-386, 2014.

SILVA, André Luiz da. Acreditação hospitalar e gestão estratégica da qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Qualidade em Saúde**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 55-71, 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TERRA, José Carlos; BERSANETTI, Fernando Tobal. A acreditação hospitalar e seus impactos na qualidade dos serviços de saúde. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 321-334, 2017.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

Luiz Fernando Ridolfi | Aldeíres Silva Oliveira | Jaqueline da Silva Lima | Roberta Fonseca de Oliveira Lara | Patrícia Alves
Marques Heringer | Edilene de Sá Ferreira Reis | Grazielle Ferreira da Silva Diniz

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services**. Geneva: WHO, 2021.

CAPÍTULO 3

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS: SABERES PROFISSIONAIS, MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E MODELOS ORGANIZACIONAIS

MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES IN THE SUS: PROFESSIONAL KNOWLEDGE, WORKPLACE MICROPOLITICS, AND ORGANIZATIONAL MODELS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral842026-003>

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Izabel Janaina Barbosa da Silva

Doutora em Administração
São Luís University (SLU)

Bruno Cosmo de Lima

Doutor em Ciências da Educação
São Luís University (SLU)

Sônia Regina Medrado Wondollinger

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Helena Márcia Barbosa Bráz

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Cristiane Alves dos Reis

Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Marli dos Santos Correa

Especialização em Serviço Social e Saúde Mental
Faculdade Iguaçu (FI)

RESUMO

O presente estudo visa analisar os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos saberes profissionais, nas dinâmicas micropolíticas do trabalho em saúde e nos processos de reorganização institucional em serviços de atenção primária e hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa teórico-conceitual, de abordagem qualitativa e caráter crítico-interpretativo, fundamentada na análise interdisciplinar da literatura científica acerca da gestão em saúde, da micropolítica do trabalho e dos modelos organizacionais no Sistema Único de Saúde. Este articula contribuições da sociologia das organizações, da micropolítica do trabalho e da gestão colegiada, tomando

como eixo analítico os saberes profissionais e as relações de poder nos serviços de saúde. A análise evidencia que a gestão dos serviços de saúde ultrapassa dimensões estritamente técnico-administrativas, envolvendo processos complexos de negociação, produção de subjetividades, construção de autonomia profissional e reorganização do trabalho coletivo. Identificou-se que os saberes indeterminados e os processos micropolíticos assumem papel estratégico na conformação das práticas gerenciais, especialmente em contextos marcados por descentralização, integralidade do cuidado e democratização institucional. No âmbito hospitalar, verificou-se que modelos de gestão colegiada e reorganização da ambiência institucional podem favorecer práticas interdisciplinares, maior participação dos trabalhadores e fortalecimento da produção do cuidado. A consolidação de modelos democráticos de gestão em saúde requer a superação de racionalidades burocráticas tradicionais e o fortalecimento de processos participativos, interdisciplinares e centrados na produção do cuidado. Conclui-se que a gestão em saúde constitui dimensão estratégica para a efetivação dos princípios do SUS, exigindo articulação entre saberes técnicos, processos coletivos de decisão e práticas institucionais orientadas pela integralidade, equidade e humanização da assistência.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar; Gestão em Saúde; Micropolítica do Trabalho; Organização dos Serviços de Saúde; Saberes Profissionais; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the contemporary challenges of health services management within the context of the Unified Health System (SUS), with an emphasis on professional knowledge, the micro-political dynamics of health care work, and the processes of institutional reorganization in primary care and hospital services. The methodology employed is a qualitative theoretical-analytical study, grounded in a critical literature review and interdisciplinary conceptual analysis of health management, organizational processes, and institutional rationalities present in healthcare work. This study integrates contributions from the sociology of organizations, the micro-politics of work, and collegial management, taking professional knowledge and power relations in health services as its analytical axis. The analysis shows that the management of health services goes beyond strictly technical-administrative dimensions, involving complex processes of negotiation, the production of subjectivities, the construction of professional autonomy, and the reorganization of collective work. It was found that indeterminate knowledge and micropolitical processes play a strategic role in shaping managerial practices, especially in contexts marked by decentralization, comprehensive care, and institutional democratization. In the hospital setting, it was found that collegial management models and the reorganization of the institutional environment can promote interdisciplinary practices, greater worker participation, and the strengthening of care delivery. The consolidation of democratic models of health management requires overcoming traditional

bureaucratic rationales and strengthening participatory, interdisciplinary processes centered on care delivery. It is concluded that health management constitutes a strategic dimension for the implementation of the principles of the SUS, requiring coordination between technical knowledge, collective decision-making processes, and institutional practices guided by the comprehensiveness, equity, and humanization of care.

Keywords: Health Management; Hospital Management; Micropolitics of Work; Organization of Health Services; Professional Knowledge; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A gestão dos serviços de saúde ocupa posição estratégica na consolidação de sistemas públicos universais, especialmente em contextos marcados pela complexidade organizacional, pela ampliação das demandas assistenciais e pela necessidade de fortalecimento de modelos de cuidado orientados pela integralidade e pela equidade.

No cenário brasileiro, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988, promoveu profundas transformações nas formas de organização dos serviços de saúde, exigindo novos arranjos institucionais, redefinição das práticas gerenciais e ampliação da capacidade de coordenação interfederativa e interprofissional.

A descentralização político-administrativa, a regionalização da assistência e a participação social, princípios estruturantes do SUS, passaram a demandar modelos de gestão capazes de articular eficiência organizacional, democratização institucional e produção do cuidado em saúde.

Nesse contexto, a gestão em saúde deixa de assumir caráter meramente burocrático e operacional, passando a constituir dimensão estratégica para a implementação das políticas públicas e para a efetivação do direito social à saúde. Tal perspectiva implica compreender os serviços de saúde não apenas como estruturas técnico-administrativas, mas como espaços complexos de produção de subjetividades, relações de poder, negociações institucionais e construção coletiva do trabalho.

A literatura clássica da sociologia das organizações e da administração em saúde contribui significativamente para a compreensão dessas dinâmicas. Estudos desenvolvidos por Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977) demonstram que os processos organizacionais são permeados por relações estratégicas de poder e por zonas de incerteza que estruturam as interações institucionais.

De modo semelhante, as contribuições de Anselm Strauss (1978) acerca da ordem negociada evidenciam que as práticas profissionais em organizações complexas resultam de processos permanentes de negociação entre sujeitos e grupos institucionais. Tais referenciais assumem relevância particular no

campo da saúde, no qual o trabalho é fortemente marcado pela interdependência técnica, pela imprevisibilidade clínica e pela necessidade de cooperação interdisciplinar.

No âmbito da gestão em saúde, autores clássicos da Saúde Coletiva brasileira, como Gastão Wagner de Sousa Campos (1989; 2000) e Emerson Elias Merhy (1997), contribuíram para deslocar a compreensão gerencial de perspectivas estritamente normativas para abordagens centradas na micropolítica do trabalho vivo em saúde, na cogestão e na produção compartilhada do cuidado. Essas formulações permitiram ampliar a compreensão sobre os modos pelos quais trabalhadores, gestores e usuários participam da conformação cotidiana dos processos assistenciais e organizacionais.

Paralelamente, transformações recentes nos sistemas de saúde têm intensificado debates acerca da governança organizacional, da liderança colaborativa e da resiliência institucional em ambientes assistenciais complexos.

Estudos contemporâneos apontam que organizações de saúde com modelos participativos de gestão tendem a apresentar maior capacidade adaptativa, fortalecimento do trabalho interprofissional e melhoria da qualidade assistencial (Silva, 2026).

Além disso, a literatura internacional destaca que práticas de gestão centradas na participação dos trabalhadores e na integração das equipes contribuem para maior segurança do paciente, sustentabilidade organizacional e efetividade das políticas públicas em saúde (Ridolfi, 2026).

Apesar dos avanços normativos e institucionais observados nas últimas décadas, persistem importantes desafios relacionados à fragmentação dos processos de trabalho, à permanência de racionalidades burocráticas tradicionais, à centralização decisória e às dificuldades de articulação entre gestão e produção do cuidado.

Em muitos serviços de saúde, os modelos gerenciais ainda reproduzem estruturas hierarquizadas e verticalizadas que limitam a autonomia profissional, dificultam práticas colaborativas e restringem processos democráticos de tomada de decisão. No ambiente hospitalar, tais desafios tornam-se ainda mais evidentes em razão da elevada complexidade tecnológica, da intensa divisão técnica do trabalho e da coexistência de múltiplos núcleos profissionais.

Nesse cenário, a noção de ambiência institucional, desenvolvida por Michel Maffesoli (1995; 1996; 1997), apresenta importante potencial analítico ao evidenciar que os processos organizacionais ultrapassam dimensões materiais e estruturais, incorporando aspectos simbólicos, afetivos, culturais e relacionais que influenciam diretamente a dinâmica institucional e os modos de produção do cuidado.

Dessa forma, compreender a gestão dos serviços de saúde exige analisar não apenas estruturas formais de administração, mas também os saberes profissionais, os processos micropolíticos e as racionalidades institucionais que conformam o cotidiano do trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, os saberes profissionais assumem centralidade estratégica, uma vez que constituem recursos de autonomia, legitimidade e poder nos diferentes contextos organizacionais, influenciando a capacidade de coordenação, negociação e condução dos processos assistenciais.

Este estudo parte do pressuposto de que a consolidação de modelos democráticos e participativos de gestão em saúde depende da articulação entre racionalidades técnicas, processos coletivos de decisão e valorização do trabalho interdisciplinar.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde no contexto do SUS, com ênfase nos saberes profissionais, nas dinâmicas micropolíticas do trabalho em saúde e nos processos de reorganização institucional em serviços de atenção primária e hospitalar.

Diante da permanência de racionalidades burocráticas nos serviços públicos de saúde, questiona-se de que modo os saberes profissionais, os processos micropolíticos e os modelos participativos de gestão influenciam a reorganização institucional e a produção do cuidado no SUS.

Do ponto de vista metodológico, o estudo configura-se como revisão integrativa teórico-conceitual, orientada por abordagem qualitativa crítico-interpretativa, buscando integrar referenciais clássicos e contemporâneos da Saúde Coletiva, da sociologia das organizações e da gestão em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 GESTÃO EM SAÚDE E RACIONALIDADES ORGANIZACIONAIS NO CONTEXTO DO SUS

A gestão dos serviços de saúde constitui um dos eixos estruturantes da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente diante da complexidade institucional que caracteriza os sistemas públicos universais contemporâneos. A implementação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, promoveu alterações significativas nas formas de organização da assistência à saúde no Brasil, introduzindo princípios como universalidade, integralidade, descentralização e participação social, os quais demandaram novas racionalidades gerenciais e novos modelos de organização do trabalho em saúde.

Nesse contexto, a gestão em saúde ultrapassa concepções estritamente administrativas, assumindo caráter político, organizacional e relacional. Conforme argumenta Campos (2000), os processos gerenciais em saúde não podem ser reduzidos a mecanismos técnicos de controle institucional, pois envolvem disputas de poder, produção de subjetividades, negociação de interesses e coordenação de práticas profissionais heterogêneas. A gestão, portanto, passa a ser compreendida como espaço estratégico de construção institucional e produção do cuidado.

A literatura clássica da sociologia das organizações contribui amplamente para essa compreensão. Crozier e Friedberg (1977), ao desenvolverem a Teoria da Ação Estratégica, demonstram que as organizações não operam exclusivamente mediante racionalidade formal, mas são constituídas por relações dinâmicas de poder e negociação.

Para os autores, os sujeitos organizacionais atuam estrategicamente na busca por maior autonomia e controle das chamadas “zonas de incerteza”, espaços institucionais nos quais os processos decisórios não podem ser completamente normatizados.

Essa perspectiva assume especial relevância no setor saúde, marcado pela imprevisibilidade clínica, pela elevada especialização técnica e pela intensa interdependência entre profissionais. A complexidade do cuidado em saúde impede que os processos de trabalho sejam totalmente padronizados, fazendo com que o exercício profissional dependa continuamente de competências interpretativas, negociação coletiva e articulação interdisciplinar.

Complementando essa abordagem, Strauss (1978), por meio da Teoria da Ordem Negociada, sustenta que as organizações complexas são continuamente reorganizadas por processos informais de negociação entre grupos profissionais. Nos serviços de saúde, essa dinâmica se manifesta nas relações entre diferentes categorias profissionais, nas disputas por autonomia técnica e na construção cotidiana dos fluxos assistenciais.

Assim, a organização do trabalho em saúde não decorre exclusivamente de normas institucionais formais, mas também de acordos tácitos, interações cotidianas e mecanismos informais de coordenação.

A partir dessas contribuições, a gestão em saúde passa a ser compreendida como processo social complexo, no qual coexistem racionalidades técnicas, políticas e subjetivas. Essa interpretação distancia-se das perspectivas tradicionais da administração burocrática clássica, fortemente influenciadas pelos pressupostos racionalistas de Max Weber (1999), caracterizados pela centralização decisória, hierarquização rígida e formalização excessiva das relações institucionais.

Embora o modelo burocrático tenha contribuído historicamente para a organização dos sistemas públicos de saúde, sua rigidez tornou-se insuficiente diante da complexidade contemporânea das organizações sanitárias. Estudos recentes sobre governança em saúde indicam que modelos excessivamente verticalizados tendem a reduzir a capacidade adaptativa institucional, dificultar práticas colaborativas e limitar a inovação organizacional.

Autores contemporâneos da gestão organizacional e da governança em saúde destacam que sistemas de saúde resilientes dependem da capacidade institucional de promover cooperação interdisciplinar, compartilhamento decisório e aprendizagem organizacional contínua (Silva, 2026; Ridolfi, 2026). Nessa direção, modelos participativos de gestão apresentam maior potencial para fortalecer a integração das equipes, ampliar a efetividade assistencial e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

2.2 SABERES PROFISSIONAIS, TRABALHO EM SAÚDE E MICROPOLÍTICA INSTITUCIONAL

Os saberes profissionais ocupam posição central na estruturação dos processos de trabalho em saúde, constituindo recursos estratégicos de legitimidade, autonomia e poder institucional. Conforme

argumenta Lopes (1994), os saberes profissionais não se limitam ao domínio técnico-operacional, mas incorporam dimensões interpretativas e competências construídas nas experiências concretas de trabalho.

A autora diferencia os saberes-fazer empíricos, vinculados à repetição de procedimentos padronizados, dos saberes indeterminados, caracterizados pela capacidade interpretativa necessária para lidar com situações complexas e imprevisíveis.

No campo da saúde, essa distinção torna-se particularmente relevante devido à natureza dinâmica dos processos assistenciais, nos quais os profissionais precisam continuamente interpretar contextos clínicos, negociar condutas e articular diferentes tecnologias do cuidado.

A noção de indeterminação profissional também foi desenvolvida por Jamous e Peloille (1970), ao analisarem profissões complexas baseadas em competências dificilmente padronizáveis. Segundo os autores, quanto maior a dimensão interpretativa do trabalho, maior o grau de autonomia profissional e menor a possibilidade de substituição técnica dos sujeitos envolvidos.

No setor saúde, tal característica fortalece a centralidade do trabalho vivo em ato, conceito desenvolvido por Merhy (1997). Para o autor, o cuidado em saúde é produzido principalmente nas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, configurando processos marcados pela subjetividade, pela interação e pela construção compartilhada das práticas assistenciais.

Assim, os serviços de saúde não operam exclusivamente por meio de tecnologias duras e protocolos técnicos, mas dependem intensamente das tecnologias relacionais e dos saberes produzidos no cotidiano do trabalho.

A micropolítica do trabalho em saúde emerge, portanto, como dimensão fundamental para compreender os modos de organização dos serviços. Segundo Merhy (2002), os espaços micropolíticos correspondem aos locais concretos nos quais trabalhadores negociam práticas, produzem cuidado e redefinem continuamente os sentidos institucionais do trabalho. Essa dinâmica evidencia que os processos gerenciais não se restringem às estruturas formais de administração, mas se realizam nas relações cotidianas entre sujeitos, equipes e instituições.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde apresenta natureza eminentemente coletiva e interdisciplinar. Entretanto, a permanência de modelos organizacionais fragmentados e excessivamente hierarquizados frequentemente dificulta a cooperação entre profissionais, comprometendo a integralidade da assistência.

Estudos contemporâneos sobre colaboração interprofissional indicam que instituições com maior horizontalidade organizacional tendem a apresentar melhores indicadores de coordenação assistencial, segurança do paciente e efetividade clínica (Ridolfi, 2026a).

Além disso, pesquisas recentes apontam que ambientes organizacionais marcados por autonomia profissional, participação coletiva e apoio institucional favorecem maior satisfação dos trabalhadores,

redução do adoecimento ocupacional e fortalecimento do compromisso ético com a produção do cuidado (Silva, 2026).

2.3 GESTÃO COLEGIADA, PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL E PRODUÇÃO DO CUIDADO

A crítica às racionalidades burocráticas tradicionais impulsionou, nas últimas décadas, o desenvolvimento de modelos participativos de gestão em saúde. Entre essas formulações, destaca-se a proposta da cogestão desenvolvida por Campos (2000), baseada na democratização institucional, no compartilhamento do poder decisório e na ampliação da participação dos trabalhadores nos processos organizacionais.

A gestão colegiada parte do pressuposto de que os serviços de saúde devem ser organizados mediante processos coletivos de análise, deliberação e construção das práticas institucionais. Tal perspectiva reconhece os trabalhadores não apenas como executores de tarefas previamente definidas, mas como sujeitos ativos na formulação das estratégias assistenciais e organizacionais.

Essa abordagem aproxima-se das formulações do Movimento Institucionalista, particularmente das contribuições de Baremlitt (1994), para quem os processos de autoanálise e autogestão constituem mecanismos fundamentais para a transformação institucional. Segundo o autor, instituições democráticas dependem da capacidade coletiva dos sujeitos de refletirem criticamente sobre seus próprios processos de trabalho e construir formas compartilhadas de organização.

No contexto da saúde, a cogestão apresenta importante potencial para fortalecer vínculos entre trabalhadores, usuários e gestores, favorecendo práticas assistenciais mais integrais e humanizadas. A liderança colaborativa e governança participativa em saúde demonstram que modelos organizacionais baseados em compartilhamento decisório tendem a ampliar a capacidade institucional de resposta às necessidades dos usuários e aumentar a efetividade das políticas públicas.

Paralelamente, o conceito de produção do cuidado assume centralidade nas discussões contemporâneas da Saúde Coletiva. Conforme argumenta Cecílio (2011), o cuidado em saúde deve ser compreendido como prática relacional complexa, construída nas interações entre sujeitos e instituições. Nessa direção, a gestão deixa de ser entendida apenas como atividade administrativa, tornando-se elemento constitutivo da própria produção do cuidado.

A integração entre gestão e cuidado exige a construção de ambientes organizacionais capazes de favorecer acolhimento, interdisciplinaridade, corresponsabilização e participação social. Tais elementos tornam-se fundamentais para a consolidação dos princípios do SUS, especialmente diante dos desafios contemporâneos relacionados à fragmentação assistencial, às desigualdades em saúde e às limitações estruturais dos sistemas públicos.

2.4 AMBIÊNCIA INSTITUCIONAL E REORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

As organizações hospitalares representam um dos espaços mais complexos da gestão em saúde devido à intensa especialização técnica, à diversidade profissional e à elevada densidade tecnológica presente nos processos assistenciais. Nesse cenário, a noção de ambiência institucional desenvolvida por Maffesoli (1995; 1996; 1997) oferece importante contribuição analítica para compreender as dimensões simbólicas, culturais e relacionais que estruturam a dinâmica hospitalar.

Para Maffesoli (1997), a ambiência ultrapassa aspectos meramente físicos e organizacionais, incorporando relações afetivas, sentidos coletivos e processos de pertencimento que conformam a vida institucional. Nos hospitais, tais elementos influenciam diretamente as práticas profissionais, os modos de interação entre equipes e a qualidade da assistência prestada.

A literatura contemporânea sobre arquitetura hospitalar, humanização da assistência e segurança do paciente reforça a importância dos ambientes institucionais para a qualidade do cuidado. Estudos recentes indicam que espaços organizacionais mais acolhedores, integrados e colaborativos favorecem redução de eventos adversos, melhoria da comunicação entre equipes e maior satisfação de usuários e trabalhadores.

Além disso, pesquisas atuais sobre organizações de saúde complexas destacam que modelos hospitalares excessivamente centralizados apresentam menor capacidade de inovação e adaptação institucional. Em contrapartida, estruturas organizacionais horizontalizadas e orientadas pela interdisciplinaridade tendem a favorecer maior integração assistencial e fortalecimento da governança clínica.

Dessa forma, a reorganização hospitalar contemporânea exige não apenas mudanças estruturais e administrativas, mas também transformações culturais e relacionais capazes de fortalecer práticas democráticas, colaboração interdisciplinar e centralidade do cuidado nos processos institucionais.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa teórico-conceitual, de abordagem qualitativa e caráter crítico-interpretativo, desenvolvida com o objetivo de analisar os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo integra referenciais da Saúde Coletiva, sociologia das organizações, gestão em saúde e micropolítica do trabalho, buscando compreender as relações entre racionalidades organizacionais, saberes profissionais, processos micropolíticos e reorganização institucional dos serviços de saúde.

Embora o estudo esteja fundamentado metodologicamente na revisão integrativa da literatura, reconhece-se que sua natureza teórico-conceitual aproxima parcialmente a investigação de uma revisão narrativa estruturada de caráter crítico-interpretativo. Entretanto, buscou-se reduzir riscos de subjetividade

analítica mediante sistematização explícita dos critérios de busca, seleção, categorização e análise do corpus bibliográfico, em consonância com recomendações metodológicas para revisões integrativas qualitativas.

A revisão integrativa foi escolhida por possibilitar a síntese e integração crítica de diferentes referenciais teóricos e evidências científicas provenientes da Saúde Coletiva, sociologia das organizações, administração em saúde e estudos sobre micropolítica do trabalho, permitindo análise ampliada de fenômenos organizacionais complexos.

O estudo foi conduzido conforme etapas metodológicas adaptadas das revisões integrativas propostas por Whitemore e Knafl (2005), compreendendo: definição do problema de pesquisa, estabelecimento dos critérios de elegibilidade, busca sistematizada da literatura, seleção dos estudos, análise temática do material e síntese interpretativa dos achados.

A revisão integrativa foi escolhida por permitir síntese crítica e integração de evidências teóricas provenientes de diferentes abordagens metodológicas e campos disciplinares, favorecendo análise ampliada de fenômenos organizacionais complexos no contexto da gestão em saúde.

3.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A construção analítica do estudo foi desenvolvida em três etapas complementares: a) Levantamento bibliográfico e documental: inicialmente realizou-se levantamento bibliográfico sistemático da produção científica nacional e internacional relacionada aos seguintes eixos temáticos: gestão em saúde; organização dos serviços de saúde; micropolítica do trabalho em saúde; saberes profissionais; gestão colegiada; governança em saúde; ambiência hospitalar; modelos organizacionais no SUS.

Foram consultadas publicações indexadas em bases de dados nacionais e internacionais amplamente reconhecidas na área da saúde e das ciências sociais aplicadas, incluindo: *SciELO*; *PubMed*; *Web of Science*; *Scopus*; *Google Scholar*.

A estratégia de busca bibliográfica foi estruturada mediante combinação de descritores controlados e não controlados relacionados ao objeto investigado, definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH).

Foram utilizados, em português, inglês e espanhol, os seguintes descritores principais: “gestão em saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “micropolítica do trabalho”, “organização dos serviços de saúde”, “governança em saúde”, “gestão hospitalar”, “trabalho em saúde”, “professional knowledge”, “health management”, “health services organization”, “micropolitics of work”, “hospital management” e “organizational models”.

A operacionalização da busca ocorreu mediante utilização dos operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT”, permitindo diferentes combinações entre os descritores conforme as especificidades de cada base de dados consultada. Entre as principais estratégias empregadas destacaram-se: (“gestão em saúde” AND

“SUS”), (“health management” AND “organizational models”), (“micropolítica do trabalho” AND “produção do cuidado”), (“hospital management” AND “professional knowledge”), entre outras combinações relacionadas aos objetivos do estudo.

O recorte temporal adotado compreendeu publicações entre os anos de 1970 e 2026, considerando a necessidade de incorporar tanto referenciais clássicos estruturantes da sociologia das organizações e da Saúde Coletiva quanto produções contemporâneas relacionadas aos desafios atuais da gestão em saúde.

A busca bibliográfica foi realizada entre janeiro e março de 2026. Inicialmente, foram identificadas 428 produções científicas nas bases consultadas. Após remoção de estudos duplicados, permaneceram 367 registros para análise preliminar.

Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, resultando na exclusão de trabalhos sem aderência temática ao objeto investigado. Ao final do processo de triagem, 96 estudos foram selecionados para leitura integral, dos quais 54 compuseram o corpus analítico final da investigação.

O processo de seleção das publicações foi orientado pelos princípios metodológicos adaptados do protocolo PRISMA para revisões integrativas, contemplando as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. Foram priorizadas produções com relevância teórica consolidada, consistência metodológica e aderência direta às categorias analíticas do estudo.

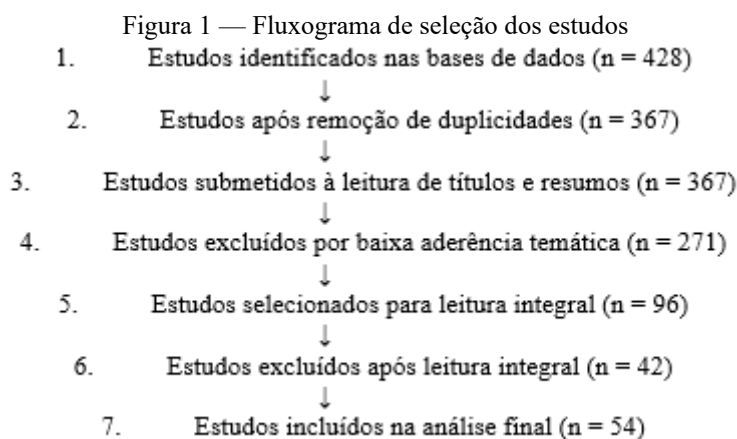
A extração e organização dos dados foram realizadas mediante instrumento analítico estruturado contendo as seguintes variáveis: autoria, ano de publicação, país de origem, objetivo do estudo, abordagem metodológica, principais categorias analíticas, contribuições teóricas e relação com os eixos temáticos da pesquisa. Esse procedimento possibilitou sistematização comparativa dos estudos e maior consistência interpretativa na construção das categorias analíticas utilizadas ao longo da investigação.

Com o objetivo de ampliar a rastreabilidade metodológica e assegurar maior consistência analítica à revisão integrativa, elaborou-se matriz analítica estruturada para sistematização do corpus bibliográfico selecionado. A matriz permitiu organizar comparativamente os estudos incluídos na investigação, favorecendo identificação de convergências teóricas, divergências analíticas, tendências metodológicas e lacunas científicas relacionadas à gestão dos serviços de saúde no SUS.

A construção da matriz analítica contemplou as seguintes dimensões: autoria; ano de publicação; país de origem; objetivo do estudo; abordagem metodológica; principais categorias temáticas; concepção de gestão em saúde adotada; contribuições analíticas para compreensão da micropolítica do trabalho e da organização institucional; além das implicações identificadas para os modelos de gestão em saúde no contexto do SUS.

Esse procedimento possibilitou maior rigor interpretativo na análise dos estudos incluídos, reduzindo riscos de síntese narrativa excessivamente descritiva e fortalecendo a coerência entre os objetivos

da investigação, os referenciais teóricos mobilizados e as categorias analíticas construídas ao longo do estudo.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1 — Categorias analíticas e organização temática do corpus

Categoria analítica	Eixos temáticos predominantes	Principais autores mobilizados
Racionalidades organizacionais	Burocracia, governança, modelos organizacionais	Weber; Crozier; Friedberg
Micropolítica do trabalho	Trabalho vivo, negociação institucional, subjetividade	Merhy; Strauss
Saberes profissionais	Autonomia profissional, saberes indeterminados	Lopes; Jamous e Peloille
Cogestão e participação	Gestão colegiada, democratização institucional	Campos; Barembly
Ambiência hospitalar	Humanização, relações institucionais, cultura organizacional	Maffesoli

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

Quadro 2

Base de dados	Descritores principais	Estudos encontrados	Estudos selecionados
SciELO	Gestão em saúde; SUS; micropolítica	102	18
PubMed	Health management; hospital management	121	14
Scopus	Organizational models; governance	88	10
Web of Science	Health services organization	67	7
Google Scholar	Gestão hospitalar; trabalho em saúde	50	5
Total	—	428	54

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

Também foram analisados documentos normativos e institucionais relacionados à organização do SUS e às políticas públicas de gestão em saúde, a saber: b) Critérios de seleção das obras, como critérios de inclusão: artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares; livros e obras clássicas reconhecidas no campo da sociologia das organizações, gestão em saúde e Saúde Coletiva; estudos publicados em português, inglês e espanhol; produções científicas com relevância teórica e metodológica para o objeto investigado; publicações compreendidas entre 1970 e 2026, contemplando tanto referenciais clássicos quanto literatura contemporânea.

Os critérios de exclusão envolveram: estudos com baixa aderência temática; trabalhos sem consistência metodológica; publicações duplicadas; produções opinativas sem fundamentação científica; textos sem relação direta com gestão e organização do trabalho em saúde.

A incorporação de autores clássicos ocorreu em razão de sua relevância epistemológica para a compreensão das racionalidades organizacionais e das dinâmicas institucionais presentes nos serviços de saúde. Paralelamente, foram incluídas produções contemporâneas com o objetivo de atualizar o debate científico e fortalecer a articulação entre referenciais históricos e desafios atuais da gestão em saúde.

A avaliação da relevância e consistência metodológica dos estudos incluídos foi realizada mediante análise de critérios relacionados à aderência temática, robustez teórico-metodológica, impacto científico das publicações, clareza dos objetivos, coerência analítica e contribuição para os eixos centrais da investigação. Também foram priorizados estudos publicados em periódicos indexados e reconhecidos no campo da Saúde Coletiva, administração em saúde e ciências sociais aplicadas.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

A análise do material bibliográfico foi conduzida mediante abordagem hermenêutico-interpretativa, orientada pela análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2016), adaptada para estudos teóricos e documentais.

O processo analítico ocorreu em três movimentos sucessivos: 1) Pré-análise: leitura exploratória e organização do corpus teórico-documental; 2) Exploração do material: identificação das categorias analíticas centrais; 3) Tratamento interpretativo: articulação crítica entre os referenciais teóricos e os problemas contemporâneos da gestão em saúde.

A partir desse processo, emergiram quatro categorias analíticas estruturantes: racionalidades organizacionais na gestão em saúde; saberes profissionais e micropolítica do trabalho; gestão colegiada e participação institucional; ambiência hospitalar e reorganização dos processos assistenciais.

A interpretação dos achados foi sustentada pela triangulação teórica entre autores clássicos da sociologia organizacional, da Saúde Coletiva e da gestão em saúde, buscando ampliar a consistência analítica e reduzir vieses interpretativos.

O processo de análise e síntese interpretativa foi desenvolvido mediante leitura exaustiva e categorização temática do material selecionado, buscando identificar convergências, divergências, lacunas analíticas e tendências contemporâneas relacionadas à gestão dos serviços de saúde no SUS. A organização do corpus permitiu construir matrizes comparativas entre os estudos analisados, favorecendo maior densidade analítica e aprofundamento crítico das categorias emergentes.

Além da categorização temática, realizou-se síntese comparativa dos estudos selecionados, buscando identificar aproximações, divergências teóricas e diferentes racionalidades analíticas presentes na

literatura sobre gestão em saúde. Esse procedimento permitiu compreender como distintos autores interpretam categorias como autonomia profissional, cogestão, governança institucional, interdisciplinaridade e produção do cuidado.

Observou-se que os estudos vinculados à tradição da sociologia organizacional enfatizam predominantemente relações de poder, estratégias institucionais e disputas organizacionais, enquanto as produções da Saúde Coletiva brasileira priorizam análise da micropolítica do trabalho vivo, da integralidade do cuidado e da democratização institucional. Já os estudos contemporâneos sobre governança em saúde concentram-se na discussão sobre liderança colaborativa, resiliência organizacional e integração interprofissional.

A síntese comparativa possibilitou identificar convergências relevantes entre os referenciais analisados, particularmente no reconhecimento da insuficiência dos modelos burocráticos tradicionais para responder à complexidade contemporânea dos serviços de saúde.

3.4 RIGOR METODOLÓGICO

Com o objetivo de assegurar rigor científico e consistência analítica, foram adotadas estratégias metodológicas amplamente recomendadas para pesquisas qualitativas teórico-conceituais, incluindo: definição explícita do percurso metodológico; sistematização dos critérios de seleção bibliográfica; triangulação de referenciais teóricos; articulação entre literatura clássica e produção científica contemporânea; coerência entre objetivo, referencial teórico e análise interpretativa; rastreabilidade das categorias analíticas utilizadas.

Além disso, buscou-se garantir densidade epistemológica por meio da integração interdisciplinar entre sociologia das organizações, micropolítica do trabalho, administração em saúde e Saúde Coletiva.

Adicionalmente, realizou-se avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa, considerando critérios relacionados à consistência teórico-metodológica, clareza analítica, aderência temática ao objeto investigado e relevância científica das contribuições apresentadas. Foram priorizados estudos com fundamentação conceitual consolidada, coerência metodológica e impacto reconhecido no campo da Saúde Coletiva, gestão em saúde e sociologia das organizações.

A avaliação crítica permitiu identificar limitações recorrentes na literatura analisada, incluindo predominância de abordagens excessivamente normativas, fragilidade de articulação entre gestão e produção do cuidado e insuficiente problematização das relações micropolíticas presentes nos serviços de saúde.

Também foram observadas lacunas relacionadas à integração entre governança organizacional, interdisciplinaridade e democratização institucional.

Esse movimento analítico buscou superar perspectivas meramente descritivas da revisão bibliográfica, fortalecendo o caráter crítico-interpretativo da investigação e ampliando a densidade epistemológica da análise desenvolvida.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por se tratar de estudo teórico-documental baseado exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao sistema CEP/CONEP, em conformidade com a Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução nº 510/2016, referente às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Entretanto, foram respeitados os princípios éticos da integridade científica, da fidedignidade interpretativa e da adequada atribuição de autoria das obras consultadas.

Reconhece-se que estudos teórico-analíticos apresentam limitações relacionadas à ausência de investigação empírica direta e à impossibilidade de generalização estatística dos achados. Contudo, entende-se que a natureza reflexiva e interdisciplinar da presente investigação possibilita aprofundamento crítico sobre os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde, contribuindo para o avanço teórico e analítico do campo da gestão em saúde e da Saúde Coletiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 GESTÃO EM SAÚDE E PERSISTÊNCIA DAS RACIONALIDADES BUROCRÁTICAS NO SUS

A análise do conjunto teórico-documental evidencia que os processos de gestão dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) permanecem marcados por tensões estruturais entre modelos burocráticos tradicionais e propostas contemporâneas de gestão participativa e produção compartilhada do cuidado.

Embora as diretrizes organizativas do SUS tenham introduzido princípios voltados à descentralização, regionalização e participação social, observou-se que grande parte das instituições de saúde ainda opera mediante racionalidades centradas na verticalização decisória, fragmentação do trabalho e centralização administrativa.

Os achados dialogam com as formulações clássicas de Weber (1999), para quem a burocracia constitui mecanismo fundamental de racionalização institucional. Entretanto, no setor saúde, a excessiva formalização organizacional tende a produzir efeitos contraditórios, especialmente em ambientes caracterizados pela imprevisibilidade clínica e pela necessidade de cooperação interdisciplinar.

Estudos contemporâneos de governança em saúde demonstram que modelos excessivamente normativos frequentemente reduzem a capacidade adaptativa das organizações, dificultam processos inovadores e comprometem a integralidade assistencial (Silva, 2026).

Nessa direção, os resultados corroboram as análises de Campos (2000), ao evidenciar que a gestão em saúde não pode ser compreendida exclusivamente como função técnico-administrativa. Os processos gerenciais identificados nos estudos analisados revelam forte influência de disputas institucionais, interesses corporativos, relações de poder e negociações cotidianas entre diferentes sujeitos organizacionais. A gestão emerge, portanto, como prática social complexa e permanentemente tensionada por racionalidades heterogêneas.

Essa interpretação aproxima-se das contribuições de Crozier e Friedberg (1977), segundo os quais as organizações são estruturadas por zonas de incerteza que ampliam as possibilidades estratégicas dos atores institucionais. No contexto dos serviços de saúde, tais zonas manifestam-se especialmente na condução do cuidado, na coordenação entre equipes multiprofissionais e na definição de prioridades assistenciais.

A análise realizada demonstra que trabalhadores da saúde frequentemente desenvolvem estratégias informais de reorganização do trabalho diante das limitações impostas pelas estruturas burocráticas formais.

Por outro lado, verificou-se que a permanência de modelos gerenciais centralizados contribui para o enfraquecimento da autonomia profissional e para a reprodução de relações hierárquicas assimétricas. Estudos recentes sobre clima organizacional em serviços de saúde apontam que ambientes institucionais marcados por baixa participação coletiva apresentam maiores índices de desgaste ocupacional, sofrimento psíquico e fragmentação assistencial (Ridolfi, 2025).

Ao mesmo tempo, a literatura contemporânea analisada indica que instituições orientadas por práticas colaborativas tendem a apresentar maior efetividade assistencial, melhor coordenação clínica e fortalecimento das redes de cuidado. Esse contraponto revela que os desafios atuais da gestão em saúde não se restringem à eficiência administrativa, mas envolvem sobretudo a capacidade institucional de articular democracia organizacional, participação profissional e produção do cuidado.

Ressalta-se, contudo, que a crítica às racionalidades burocráticas não implica negação da importância da formalização organizacional nos sistemas públicos de saúde. Protocolos assistenciais, normatizações técnicas e mecanismos administrativos constituem elementos fundamentais para garantia da segurança do paciente, rastreabilidade institucional e coordenação sistêmica. O problema central reside na rigidez burocratizante excessiva, caracterizada pela centralização decisória, baixa flexibilidade institucional e limitação da autonomia profissional.

4.2 SABERES PROFISSIONAIS, MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO

Os resultados evidenciam que os saberes profissionais constituem elemento central na conformação das práticas gerenciais e assistenciais em saúde. A análise do corpus teórico demonstrou que os serviços de

saúde operam mediante intensa mobilização de competências interpretativas, relacionais e subjetivas, impossíveis de serem totalmente normatizadas pelos modelos tradicionais de administração.

As contribuições de Lopes (1994) permitiram identificar que os saberes indeterminados assumem papel estratégico na organização do trabalho em saúde, sobretudo em situações caracterizadas por elevada complexidade clínica e institucional. Diferentemente dos saberes estritamente técnicos e protocolizados, os saberes indeterminados dependem da capacidade interpretativa dos sujeitos e da experiência construída nos contextos concretos de trabalho.

Esse achado converge com as formulações de Jamous e Peloille (1970), ao demonstrarem que profissões fundamentadas em competências interpretativas apresentam maior grau de autonomia institucional e menor possibilidade de padronização completa. Nos serviços de saúde, essa condição torna-se particularmente evidente diante da singularidade dos processos de cuidado e da necessidade contínua de tomada de decisão em cenários incertos.

Os resultados também evidenciaram forte aderência às formulações de Merhy (1997; 2002) sobre o trabalho vivo em ato. Observou-se que a produção do cuidado ocorre predominantemente nas relações estabelecidas entre trabalhadores, usuários e instituições, ultrapassando os limites das tecnologias duras e dos protocolos formais. A centralidade das tecnologias leves e relacionais aparece como elemento estruturante da prática assistencial contemporânea.

Entretanto, a análise crítica revela importante contradição entre o reconhecimento teórico da centralidade do trabalho vivo e a permanência de modelos organizacionais centrados na produtividade quantitativa e no controle burocrático. Muitos estudos recentes apontam que a crescente incorporação de mecanismos gerenciais inspirados em lógicas empresariais tem intensificado processos de precarização do trabalho em saúde, ampliando pressões produtivistas e reduzindo espaços institucionais de reflexão coletiva.

Essa tensão evidencia um importante paradoxo contemporâneo: embora a literatura científica reconheça a complexidade relacional do cuidado em saúde, persistem estruturas institucionais que privilegiam indicadores quantitativos em detrimento da qualidade das relações assistenciais. Tal cenário tende a produzir fragmentação do cuidado, enfraquecimento dos vínculos profissionais e redução da autonomia dos trabalhadores.

Por outro lado, os estudos analisados demonstram que instituições que valorizam participação coletiva, educação permanente e compartilhamento interdisciplinar apresentam maior capacidade de inovação organizacional e fortalecimento do compromisso ético com o cuidado. Esse resultado reforça a necessidade de modelos gerenciais capazes de integrar eficiência organizacional e valorização das dimensões subjetivas do trabalho em saúde.

4.3 GESTÃO COLEGIADA, PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL E DEMOCRATIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

A análise evidenciou que a gestão colegiada emerge como importante estratégia de enfrentamento das limitações dos modelos burocráticos tradicionais. As experiências descritas na literatura apontam que processos participativos de gestão favorecem maior integração entre equipes, ampliação da corresponsabilização institucional e fortalecimento das práticas colaborativas.

Entretanto, a literatura analisada demonstra que modelos participativos de gestão também apresentam limites e contradições importantes. Em determinados contextos institucionais, processos participativos podem assumir caráter meramente formal, sem redistribuição efetiva do poder decisório. Além disso, mecanismos de cogestão podem produzir sobrecarga institucional, ampliação das demandas relacionais e conflitos entre diferentes núcleos profissionais. Estudos contemporâneos indicam ainda que a participação institucional pode ser limitada por assimetrias técnicas, hierarquias históricas e desigualdades organizacionais persistentes nos serviços de saúde.

As formulações de Campos (2000) acerca da cogestão mostraram-se particularmente relevantes para compreender os movimentos contemporâneos de democratização organizacional nos serviços de saúde. Segundo essa perspectiva, a ampliação dos espaços coletivos de decisão possibilita redistribuição do poder institucional e fortalecimento da autonomia dos trabalhadores.

A análise dos dados dialoga com as contribuições de Barembly (1994), ao evidenciar que processos de autoanálise institucional e autogestão contribuem para maior envolvimento dos sujeitos com os projetos assistenciais e organizacionais. Instituições que promovem espaços permanentes de reflexão coletiva tendem a apresentar maior capacidade de enfrentamento dos conflitos organizacionais e maior aderência às necessidades concretas dos usuários.

Entretanto, a análise crítica demonstra que a implementação da gestão colegiada enfrenta importantes obstáculos estruturais. Muitos estudos identificam resistência institucional à descentralização do poder, persistência de culturas organizacionais autoritárias e dificuldades relacionadas à formação gerencial dos profissionais de saúde. Além disso, observou-se que a sobrecarga de trabalho e a precarização das condições laborais frequentemente limitam a efetiva participação dos trabalhadores nos processos decisórios.

A literatura contemporânea analisada aponta ainda que experiências participativas podem tornar-se meramente formais quando não acompanhadas de mudanças efetivas nas estruturas institucionais de poder. Assim, a democratização organizacional não depende exclusivamente da criação de espaços colegiados, mas exige transformação das racionalidades gerenciais que sustentam os processos institucionais.

Nesse sentido, os resultados reforçam que a participação institucional precisa ser compreendida não como instrumento administrativo isolado, mas como dimensão política da gestão em saúde. A consolidação

de modelos participativos requer investimento contínuo em educação permanente, fortalecimento das equipes multiprofissionais e valorização dos processos coletivos de construção do cuidado.

4.4 AMBIÊNCIA HOSPITALAR, SUBJETIVIDADE E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Os resultados demonstram que a ambiência institucional exerce influência significativa sobre os processos de trabalho, as relações profissionais e a qualidade da assistência nos serviços hospitalares. A análise da literatura permitiu identificar que os hospitais constituem espaços marcados por intensa complexidade organizacional, coexistência de múltiplas racionalidades profissionais e forte densidade tecnológica.

As contribuições de Maffesoli (1995; 1996; 1997) possibilitaram ampliar a compreensão acerca das dimensões simbólicas, afetivas e relacionais presentes nos ambientes hospitalares. Observou-se que a ambiência ultrapassa elementos físicos e arquitetônicos, incorporando aspectos subjetivos que influenciam diretamente os modos de interação entre profissionais, usuários e instituições.

Os estudos contemporâneos analisados confirmam que ambientes organizacionais acolhedores, horizontalizados e colaborativos favorecem maior integração entre equipes, redução de conflitos institucionais e fortalecimento da humanização da assistência. Além disso, pesquisas recentes indicam associação entre qualidade da ambiência hospitalar e melhoria de indicadores relacionados à segurança do paciente, satisfação profissional e efetividade clínica.

Por outro lado, os resultados evidenciam que muitos hospitais públicos brasileiros ainda apresentam estruturas organizacionais marcadas por fragmentação setorial, centralização decisória e distanciamento entre gestão e assistência. Tais características tendem a dificultar práticas interdisciplinares e limitar processos coletivos de construção do cuidado.

A análise crítica revelou também que a reorganização hospitalar contemporânea exige mais do que mudanças administrativas formais. As transformações institucionais dependem da construção de novos arranjos relacionais, fortalecimento das redes de cooperação profissional e valorização das dimensões subjetivas do trabalho em saúde.

Nesse cenário, a ambiência institucional emerge como categoria analítica fundamental para compreender a produção do cuidado em contextos hospitalares complexos. A qualidade das relações interpessoais, a existência de espaços de escuta coletiva e a valorização da interdisciplinaridade mostraram-se elementos decisivos para o fortalecimento das práticas assistenciais.

4.5 SÍNTESE INTERPRETATIVA DOS ACHADOS

A análise integrada dos resultados evidencia que os desafios contemporâneos da gestão em saúde decorrem da coexistência de racionalidades organizacionais distintas e frequentemente contraditórias. De

um lado, persistem modelos burocráticos centrados na verticalização do poder, fragmentação do trabalho e controle normativo; de outro, emergem propostas orientadas pela democratização institucional, cogestão e produção compartilhada do cuidado.

Os resultados demonstram que a consolidação dos princípios do SUS depende da capacidade institucional de superar racionalidades estritamente administrativas e incorporar práticas organizacionais centradas na participação coletiva, valorização dos saberes profissionais e fortalecimento das relações interdisciplinares.

Além disso, observou-se que os processos micropolíticos do trabalho em saúde exercem papel decisivo na conformação das práticas gerenciais e assistenciais, evidenciando que a gestão não se realiza exclusivamente nos níveis formais de administração, mas sobretudo nas interações cotidianas entre sujeitos, equipes e instituições.

Por fim, a análise crítica reforça que a gestão em saúde deve ser compreendida como prática política, relacional e ética, cuja finalidade ultrapassa a eficiência administrativa, orientando-se fundamentalmente pela produção do cuidado, pela defesa da vida e pela efetivação do direito à saúde.

Quadro 3 - Modelo Analítico Integrado da Gestão Micropolítica em Saúde

Dimensão	Elemento central	Impacto organizacional
Racionalidade organizacional	Estrutura institucional	Coordenação dos serviços
Micropolítica	Relações de poder	Negociação do trabalho
Saberes profissionais	Autonomia técnica	Produção do cuidado
Cogestão	Participação coletiva	Democratização institucional
Ambiência	Relações subjetivas	Humanização da assistência

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou os desafios contemporâneos da gestão dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando as relações entre racionalidades organizacionais, saberes profissionais, micropolítica do trabalho em saúde e reorganização institucional dos processos assistenciais.

A partir de abordagem teórico-analítica fundamentada em referenciais clássicos e contemporâneos da Saúde Coletiva, da sociologia das organizações e da administração em saúde, foi possível compreender que a gestão em saúde ultrapassa dimensões estritamente técnico-administrativas, configurando-se como processo social complexo, permeado por relações de poder, negociações institucionais e disputas em torno da produção do cuidado.

Os resultados evidenciaram que, apesar dos avanços promovidos pela consolidação do SUS, persistem importantes desafios relacionados à permanência de racionalidades burocráticas tradicionais nos serviços de saúde.

Estruturas organizacionais verticalizadas, fragmentação dos processos de trabalho e centralização decisória ainda limitam a efetivação de modelos democráticos e participativos de gestão, dificultando a integração interdisciplinar e comprometendo a integralidade da assistência.

A análise demonstrou, igualmente, que os saberes profissionais ocupam posição estratégica na dinâmica organizacional dos serviços de saúde, especialmente diante da elevada complexidade e imprevisibilidade que caracterizam o cuidado em saúde.

Nesse sentido, os saberes indeterminados e os processos micropolíticos mostraram-se fundamentais para a coordenação do trabalho coletivo, para a construção da autonomia profissional e para a produção compartilhada do cuidado.

Observou-se também que modelos de gestão colegiada e práticas organizacionais participativas apresentam potencial relevante para fortalecer processos de democratização institucional, ampliar a corresponsabilização entre trabalhadores e gestores e favorecer ambientes organizacionais mais colaborativos e integrados.

Contudo, verificou-se que a implementação dessas estratégias enfrenta obstáculos estruturais importantes, incluindo resistência institucional, precarização das condições de trabalho e persistência de culturas organizacionais autoritárias.

No âmbito hospitalar, os resultados reforçaram a relevância da ambiência institucional como elemento constitutivo dos processos assistenciais e gerenciais. A qualidade das relações interpessoais, a valorização da interdisciplinaridade e a construção de espaços institucionais acolhedores mostraram-se fatores diretamente associados à humanização da assistência, à segurança do paciente e ao fortalecimento das práticas colaborativas.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui para o aprofundamento das discussões acerca da gestão em saúde ao articular referenciais clássicos da sociologia organizacional com abordagens contemporâneas da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado.

A integração entre essas perspectivas permitiu ampliar a compreensão sobre as múltiplas dimensões que atravessam os processos organizacionais nos serviços de saúde, superando interpretações reducionistas centradas exclusivamente na racionalidade administrativa.

Sob a perspectiva prática e institucional, os achados indicam a necessidade de fortalecimento de políticas e estratégias voltadas à democratização da gestão, à valorização dos trabalhadores da saúde, à ampliação dos espaços coletivos de decisão e à construção de modelos organizacionais orientados pela integralidade do cuidado. Tais elementos mostram-se essenciais para a consolidação dos princípios do SUS e para o enfrentamento das desigualdades que persistem na organização da atenção à saúde no Brasil.

Este estudo apresenta limitações inerentes à sua natureza teórico-analítica, especialmente em razão da ausência de investigação empírica direta sobre experiências institucionais específicas. Assim,

recomenda-se que pesquisas futuras desenvolvam estudos empíricos qualitativos e quantitativos capazes de analisar, em contextos concretos, os impactos de modelos participativos de gestão sobre os processos de trabalho, a qualidade assistencial e os indicadores de saúde.

Sugere-se, ainda, o aprofundamento de investigações acerca das interfaces entre governança em saúde, saúde digital, gestão interprofissional e transformação organizacional em sistemas públicos de saúde, considerando os desafios emergentes impostos pelas mudanças epidemiológicas, demográficas e tecnológicas contemporâneas.

Do ponto de vista prático, os achados do estudo indicam a necessidade de fortalecimento de estratégias institucionais voltadas à educação permanente em saúde, ampliação dos espaços colegiados de decisão, valorização do trabalho interdisciplinar e desenvolvimento de modelos organizacionais mais horizontalizados. Para gestores e equipes de saúde, torna-se fundamental construir ambientes institucionais capazes de integrar eficiência administrativa, participação profissional e centralidade do cuidado nos processos assistenciais.

Conclui-se, portanto, que a consolidação de modelos democráticos de gestão em saúde depende da capacidade institucional de articular eficiência organizacional, participação coletiva e produção do cuidado, reconhecendo os trabalhadores, gestores e usuários como sujeitos centrais na construção cotidiana do SUS. Mais do que instrumento técnico-administrativo, a gestão em saúde configura-se como prática ética, política e relacional comprometida com a defesa da vida, da cidadania e do direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

- BAREMBLITT, Gregorio Franklin. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. p. 117-130.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard. **L'acteur et le système**: les contraintes de l'action collective. Paris: Éditions du Seuil, 1977.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 23-64.

JAMOUS, Haroun; PELOILLE, Bernard. Changes in the French university-hospital system. In: JACKSON, John A. (org.). **Professions and professionalization**. Cambridge: Cambridge University Press, 1970. p. 109-152.

LOPES, Nogueira Gomes. O trabalho e os saberes no hospital: estudo sociológico. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 39, p. 27-59, 1994.

MAFFESOLI, Michel. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework on integrated, people-centred health services**. Geneva: WHO, 2016.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Gestão da qualidade no Sistema Único de Saúde e seus condicionantes institucionais: contribuições e desafios para a governança da saúde pública, uma revisão integrativa da literatura (2018-2023). **International Journal of Health Management Review**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e434, 2026.

RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Modelos de Gestão em Saúde: Dinâmicas Organizacionais e Implicações Institucionais. **Interference: a Journal of Audio Culture**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 9299-9317, 2025.

RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* A evolução da gestão hospitalar durante a pandemia de Covid-19. **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 47-66, 2026a.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SILVA, I. J. B. Da *et al.* Aplicação de critérios de sustentabilidade em licitações de serviços: análise no complexo hospitalar da UFC/EBSERH (2019–2021). **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 459–485, 2026.

STRAUSS, Anselm *et al.* **Negotiations**: varieties, contexts, processes, and social order. San Francisco: Jossey-Bass, 1978.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1999. v. 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health**: workforce 2030. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care models**: an overview. Geneva: WHO, 2021.

CAPÍTULO 4

PARA ALÉM DO ENSINO TECNICISTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS E VALIDAÇÃO DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA EXPERIENCIAL NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEYOND TECHNICAL TEACHING OF PATIENT SAFETY: FUNDAMENTALS AND VALIDATION OF AN EXPERIENTIAL PEDAGOGICAL PROPOSAL IN UNDERGRADUATE NURSING EDUCATION

 <https://doi.org/10.63330/livroautor842026-004>

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Ana Alves Ramos

Mestra em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz (ENSP)

Gerson Menezes Velloso

Doutor em Ciências da Educação
Universidade Católica do Salvador (UCSal)

RESUMO

O ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem tem sido historicamente marcado por abordagens tecnicistas, fragmentadas e centradas na transmissão de procedimentos, o que se mostra insuficiente diante da complexidade, da multidimensionalidade e do caráter ético-relacional do cuidado em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar criticamente os fundamentos do ensino da segurança do paciente e desenvolver e validar uma proposta pedagógica experiencial para a formação em enfermagem. Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em três etapas: 1) procedimentos teóricos, por meio de uma revisão de escopo orientada pelas diretrizes PRISMA-ScR, destinada a mapear conteúdos e estratégias de ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem; 2) procedimentos empíricos, voltados à construção de uma proposta pedagógica fundamentada na concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, inspirada em John Dewey, integrando problematização, abordagem estética e ensino híbrido; e 3) procedimentos analíticos, referentes à validação de conteúdo e aparência da proposta por especialistas, com base no Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC) e no Suitability Assessment of Materials (SAM). A revisão de escopo evidenciou a predominância de estratégias instrucionais centradas na racionalidade técnica, especialmente a simulação clínica orientada à execução de procedimentos. Em contraste, a proposta pedagógica desenvolvida demonstrou validade satisfatória de conteúdo (CVC = 0,93) e aparência (SAM = 75,0%), indicando consistência teórico-metodológica e adequação pedagógica. Conclui-se que a proposta apresentada amplia o debate sobre a formação em segurança do paciente ao

deslocar o foco do ensino prescritivo para uma aprendizagem experiencial, crítica e reflexiva, contribuindo para a ressignificação das práticas pedagógicas na enfermagem e para o fortalecimento de uma cultura de cuidado seguro.

Palavras-chave: Aprendizagem experiencial; Educação em enfermagem; Prática pedagógica; Segurança do paciente; Tecnologias educacionais.

ABSTRACT

The teaching of patient safety in undergraduate nursing programs has historically been marked by technical, fragmented approaches focused on the transmission of procedures, which is insufficient given the complexity, multidimensionality, and ethical-relational nature of healthcare. This study aimed to critically analyze the fundamentals of patient safety education and to develop and validate an experiential pedagogical proposal for nursing education. This is a methodological study, developed in three stages: 1) theoretical procedures, through a scoping review guided by the PRISMA-ScR guidelines, aimed at mapping content and teaching strategies for patient safety in undergraduate nursing programs; 2) empirical procedures, aimed at constructing a pedagogical proposal based on the concept of learning through the reconstruction of experience, inspired by John Dewey, integrating problematization, an aesthetic approach, and hybrid teaching; and 3) analytical procedures, referring to the validation of content and appearance of the proposal by specialists, based on the Content Validation Coefficient (CVC) and the Suitability Assessment of Materials (SAM). The scope review showed the predominance of instructional strategies centered on technical rationality, especially clinical simulation oriented to the execution of procedures. In contrast, the pedagogical proposal developed demonstrated satisfactory validity of content (CVC = 0.93) and appearance (SAM = 75.0%), indicating theoretical-methodological consistency and pedagogical adequacy. It is concluded that the proposal presented broadens the debate on patient safety training by shifting the focus from prescriptive teaching to experiential, critical, and reflective learning, contributing to the reframing of pedagogical practices in nursing and the strengthening of a culture of safe care.

Keywords: Educational technologies; Experiential learning; Nursing education; Patient safety; Pedagogical practice.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente consolidou-se, nas últimas décadas, como um dos eixos centrais da agenda global de qualidade em saúde, configurando-se simultaneamente como imperativo ético, desafio organizacional e problema educacional. Desde a publicação do relatório *To Err is Human* (Kohn, Corrigan;

Donaldson, 2000), sucessivas evidências têm demonstrado que eventos adversos evitáveis permanecem frequentes nos sistemas de saúde, mesmo em contextos nos quais políticas, protocolos e tecnologias de segurança foram amplamente difundidos (WHO, 2021; Slawomirski; Auraaen; Klazinga, 2017; Garzin *et al.*, 2021). Tal persistência tem deslocado o debate da esfera exclusivamente técnico-operacional para uma abordagem mais ampla, que reconhece a centralidade dos processos formativos na consolidação de uma cultura de cuidado seguro.

No âmbito da formação em saúde, e particularmente na enfermagem, observa-se que o ensino da segurança do paciente tem sido incorporado de modo heterogêneo, fragmentado e, frequentemente, subordinado a uma racionalidade tecnicista, centrada na execução correta de procedimentos e na adesão a protocolos normativos (Bohomol; Cunha, 2015; Siqueira *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2021).

Estudos recentes indicam que, embora estratégias como simulação clínica e treinamentos baseados em competências tenham se expandido, tais abordagens tendem a privilegiar a dimensão instrumental do cuidado, em detrimento da reflexão crítica, da compreensão sistêmica dos erros e da problematização das relações éticas, comunicacionais e organizacionais implicadas na segurança do paciente (Garzin; Melleiro, 2019; Wu; Busch, 2019; Matos *et al.*, 2022).

Essa orientação pedagógica revela limites importantes quando confrontada com a natureza complexa e multidimensional da segurança do paciente. Longe de se restringir a falhas individuais ou técnicas, os incidentes em saúde emergem de interações não lineares entre fatores humanos, organizacionais, tecnológicos e culturais, exigindo dos profissionais capacidades reflexivas, interpretativas e relacionais que extrapolam o domínio de habilidades procedimentais (Reason, 2016; Vincent; Burnett; Carthey, 2021; WHO, 2021).

Nesse sentido, cresce o reconhecimento de que a formação em enfermagem precisa deslocar-se de modelos instrucionais prescritivos para propostas pedagógicas capazes de favorecer aprendizagens significativas, críticas e situadas na experiência concreta do cuidado (Benner, Sutphen, Leonard; Day, 2010; Medina, 2018; Bohomol, 2019).

No campo da educação superior em saúde, esse deslocamento tem sido discutido à luz de referenciais que questionam a hegemonia da racionalidade técnica e defendem a aprendizagem como processo experiencial, reflexivo e socialmente situado. Autores contemporâneos destacam que práticas pedagógicas baseadas exclusivamente na transmissão de conteúdos ou na repetição controlada de técnicas tendem a produzir aprendizagens superficiais, pouco transferíveis para contextos reais e complexos de cuidado (Hodges *et al.*, 2020; Frenk *et al.*, 2022). Em contrapartida, abordagens que integram problematização, diálogo, experimentação e reflexão crítica ampliam a capacidade dos estudantes de atribuir sentido às situações vividas e de atuar de forma ética e segura em cenários incertos (Silva *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2020).

Nesse horizonte, a concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, formulada por John Dewey, tem sido revisitada por sua potência explicativa e pedagógica frente aos desafios contemporâneos da formação profissional. Para Dewey (1959; 1979), aprender implica confrontar-se com situações problemáticas que mobilizam pensamento, emoção e ação, permitindo a reorganização dos sentidos atribuídos à experiência. Estudos recentes no campo da educação em saúde indicam que práticas pedagógicas inspiradas nessa perspectiva favorecem o desenvolvimento do pensamento crítico, da responsabilidade ética e da compreensão sistêmica do cuidado, aspectos centrais para a segurança do paciente (Schmidt, 2019; Henz, Santos; Signor, 2018; Orofino; Fantin, 2022).

Paralelamente, a incorporação crítica das tecnologias digitais e do ensino híbrido tem ampliado as possibilidades de organização do processo educativo, ao articular ambientes presenciais e virtuais de aprendizagem. Contudo, a literatura é enfática ao afirmar que tais tecnologias, quando utilizadas de forma acrítica ou meramente instrumental, não garantem inovação pedagógica nem aprofundamento conceitual (Moran, 2015; Cruz, 2019; Souza, 2021). Em contextos de formação em saúde, sua potência reside na capacidade de sustentar práticas pedagógicas dialógicas, reflexivas e integradas à experiência, e não na simples digitalização de conteúdos ou procedimentos (Limeira; Batista; Bezerra, 2020; Costa, Santos; Mendonça, 2021).

Apesar desses avanços teóricos, persiste uma lacuna significativa na literatura no que se refere ao desenvolvimento e à validação de propostas pedagógicas que articulem, de modo sistemático, fundamentos experiencial-reflexivos, tecnologias educacionais e o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem. Grande parte dos estudos concentra-se na avaliação de estratégias isoladas ou na mensuração de competências específicas, carecendo de abordagens que problematizem os pressupostos pedagógicos subjacentes ao ensino e que ofereçam modelos integrados, teoricamente fundamentados e metodologicamente validados (Garzin *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021; Matos *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, o presente estudo parte da seguinte questão: quais fundamentos pedagógicos e critérios de validade devem orientar uma proposta de ensino da segurança do paciente que supere o modelo tecnicista e favoreça uma aprendizagem experiencial na formação em enfermagem? Com base nessa problematização, o objetivo deste artigo é analisar criticamente os fundamentos do ensino da segurança do paciente e desenvolver e validar uma proposta pedagógica experiencial para a graduação em enfermagem, contribuindo para o avanço teórico-metodológico do campo e para a ressignificação das práticas pedagógicas voltadas à formação para o cuidado seguro.

Para além da proposição de uma nova estratégia didático-pedagógica, este estudo tensiona o próprio modo epistemológico pelo qual a segurança do paciente tem sido historicamente compreendida e ensinada na formação em enfermagem. Ao deslocar o foco da segurança como objeto técnico, normativo e procedimental para concebê-la como prática situada, relacional e experiencial, o artigo questiona a

hegemonia da racionalidade instrumental que estrutura grande parte dos currículos e dispositivos formativos na área.

Ancorada na concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, inspirada em John Dewey, a proposta desenvolvida reposiciona a segurança do paciente não como um conjunto de conteúdos a serem transmitidos ou competências a serem treinadas, mas como um campo de produção de sentidos, no qual o erro, a incerteza e a tomada de decisão ética constituem dimensões formativas centrais. Dessa forma, o estudo contribui epistemicamente ao articular segurança do paciente, experiência e formação profissional, ampliando o debate para além da eficácia pedagógica e introduzindo uma inflexão crítica na compreensão dos fundamentos que sustentam o ensino do cuidado seguro na enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE COMO FENÔMENO COMPLEXO E SISTÊMICO

A segurança do paciente ultrapassa a noção de ausência de erro técnico, constituindo-se como um fenômeno complexo, multidimensional e relacional, atravessado por fatores humanos, organizacionais, tecnológicos e culturais. A literatura contemporânea tem reiterado que incidentes e eventos adversos não podem ser explicados de forma linear ou individualizante, mas emergem de sistemas sociotécnicos nos quais decisões, práticas e condições institucionais interagem de modo dinâmico e não previsível (Reason, 2016; Vincent, Burnett; Carthey, 2021; WHO, 2021).

Nessa perspectiva, a compreensão sistêmica do erro desloca o foco da culpabilização individual para a análise das condições de trabalho, da cultura organizacional, da comunicação interprofissional e dos processos decisórios que moldam o cuidado em saúde. Estudos recentes indicam que organizações com culturas de segurança consolidadas tendem a investir não apenas em protocolos e tecnologias, mas também em processos formativos que favoreçam a reflexão crítica, o aprendizado com os erros e a corresponsabilização coletiva pelo cuidado seguro (Slawomirski; Auraen; Klazinga, 2017; Braithwaite *et al.*, 2022).

Esse entendimento tem implicações diretas para a formação em enfermagem. Ao reconhecer que a segurança do paciente é produzida no entrelaçamento entre sujeitos, práticas e sistemas, torna-se insuficiente um ensino centrado exclusivamente na normatização de condutas ou na reprodução de procedimentos. Ao contrário, exige-se uma formação que possibilite aos futuros profissionais compreenderem a complexidade do cuidado, lidarem com a incerteza e tomarem decisões éticas e seguras em contextos reais de prática (Benner *et al.*, 2010; Garzin; Melleiro, 2019; Vincent *et al.*, 2021).

2.2 O ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: LIMITES DO TECNICISMO

Apesar do reconhecimento institucional e normativo da relevância da segurança do paciente, a literatura evidencia que seu ensino na graduação em enfermagem permanece marcado por abordagens fragmentadas e predominantemente tecnicistas. Revisões recentes apontam que os conteúdos relativos à segurança são frequentemente diluídos em disciplinas clínicas, abordados de forma episódica e associados, sobretudo, à prevenção de erros em procedimentos específicos, como administração de medicamentos e controle de infecções (Siqueira *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2021; Garzin *et al.*, 2021).

Esse modelo pedagógico, herdeiro da racionalidade técnico-instrumental, privilegia a aquisição de habilidades operacionais e a conformidade a protocolos, pressupondo que o domínio técnico seja suficiente para garantir práticas seguras. No entanto, pesquisas empíricas têm demonstrado que tal pressuposto é limitado, uma vez que profissionais tecnicamente competentes podem reproduzir práticas inseguras quando inseridos em contextos organizacionais adversos ou quando não desenvolvem competências reflexivas, comunicacionais e ético-relacionais (Bohomol; Cunha, 2015; Wu; Busch, 2019; Matos *et al.*, 2022).

Autores contemporâneos têm criticado essa orientação por reduzir a complexidade do cuidado a uma lógica de desempenho e controle, invisibilizando dimensões subjetivas, éticas e políticas do trabalho em saúde. Na enfermagem, tal redução tende a reforçar práticas de ensino centradas na obediência normativa e na repetição de técnicas, dificultando a formação de profissionais capazes de questionar práticas estabelecidas, reconhecer situações de risco emergentes e aprender com a experiência cotidiana do cuidado (Medina, 2018; Bohomol, 2019; Garzin; Melleiro, 2019). Dessa forma, emerge a necessidade de superar o ensino tecnicista da segurança do paciente, deslocando-o para abordagens pedagógicas que reconheçam o cuidado como prática situada, relacional e atravessada por valores, emoções e decisões morais.

2.3 APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL E RECONSTRUÇÃO DA EXPERIÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DE JOHN DEWEY

A concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, formulada por John Dewey, oferece um referencial teórico fecundo para repensar o ensino da segurança do paciente na formação em enfermagem. Para Dewey (1959; 1979), aprender não consiste na mera assimilação de informações, mas na transformação qualitativa da experiência a partir do enfrentamento reflexivo de situações problemáticas. A experiência educativa, nesse sentido, envolve a articulação entre ação, reflexão e produção de sentido, sendo indissociável das condições concretas em que o sujeito vive e atua.

A experiência, segundo Dewey, caracteriza-se pelos princípios da continuidade e da interação. Toda experiência se apoia em experiências anteriores e influencia as futuras, ao mesmo tempo em que resulta da

interação entre o sujeito e o ambiente. Esse entendimento rompe com dicotomias tradicionais entre teoria e prática, razão e emoção, conhecimento e ação, reconhecendo que aprender implica envolver-se integralmente com o mundo, mobilizando dimensões cognitivas, afetivas e sensoriais (Dewey, 1959; Henz; Santos; Signor, 2018).

No campo da educação em saúde, estudos recentes têm retomado o pensamento deweyano para sustentar propostas pedagógicas que valorizam a problematização de situações reais, o diálogo e a reflexão crítica sobre a prática. Evidências indicam que abordagens experiencial-reflexivas favorecem aprendizagens mais profundas, ampliam a capacidade de julgamento clínico e fortalecem a responsabilidade ética dos estudantes frente às consequências de suas ações no cuidado em saúde (Schmidt, 2019; Orofino; Fantin, 2022; Silva *et al.*, 2022).

Aplicada ao ensino da segurança do paciente, essa perspectiva permite compreender o erro não apenas como falha a ser evitada, mas como experiência potencialmente formativa, desde que analisada criticamente e integrada a processos reflexivos coletivos. Assim, a aprendizagem deixa de ser orientada pelo medo da punição e passa a ser construída como oportunidade de compreensão sistêmica, alinhando-se às abordagens contemporâneas de cultura justa e aprendizagem organizacional em saúde (Reason, 2016; Braithwaite *et al.*, 2022).

Nesse ponto, torna-se necessário explicitar o contraste entre a concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, inspirada em John Dewey, e as abordagens formativas baseadas predominantemente em modelos *competency-based*, amplamente difundidos na educação em saúde contemporânea. Enquanto as pedagogias orientadas por competências tendem a operacionalizar a aprendizagem em termos de desempenho mensurável, domínio técnico e conformidade a padrões previamente definidos, a perspectiva deweyana desloca o eixo formativo para a produção reflexiva de sentidos a partir da experiência vivida.

No campo da segurança do paciente, esse contraste é particularmente relevante: abordagens baseadas em competências frequentemente reduzem a segurança à execução correta de procedimentos ou à adesão a protocolos, reforçando uma racionalidade técnica e prescritiva. Em contrapartida, a aprendizagem experiencial compreende a segurança como prática situada e relacional, na qual o erro, a incerteza e a tomada de decisão ética constituem elementos centrais do processo formativo. Assim, mais do que treinar competências isoladas, a pedagogia da experiência favorece a compreensão sistêmica do cuidado seguro, alinhando-se às pedagogias críticas que reconhecem o caráter histórico, social e ético da prática profissional em enfermagem.

2.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS, ENSINO HÍBRIDO E MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA

A incorporação das tecnologias digitais de informação e comunicação no ensino superior em saúde tem ampliado as possibilidades de organização do processo educativo, especialmente a partir de modelos de ensino híbrido que articulam ambientes presenciais e virtuais. Contudo, a literatura recente é enfática ao afirmar que tais tecnologias não são, em si, garantidoras de inovação pedagógica ou de aprendizagens significativas (Moran, 2015; Cruz, 2019; Souza, 2021).

No ensino da segurança do paciente, o uso acrítico de plataformas digitais, simulações ou recursos multimídia pode reproduzir a lógica tecnicista, limitando-se à transmissão de conteúdos ou ao treinamento de habilidades isoladas. Em contrapartida, quando integradas a referenciais pedagógicos críticos e experiencial-reflexivos, as tecnologias podem favorecer o diálogo, a problematização e a construção coletiva do conhecimento (Limeira, Batista; Bezerra, 2020; Costa, Santos; Mendonça, 2021).

O ensino híbrido, compreendido como articulação intencional entre atividades presenciais e virtuais, possibilita ampliar tempos e espaços de aprendizagem, desde que sustentado por mediação pedagógica qualificada. Estudos contemporâneos ressaltam que a centralidade do docente não desaparece nesse modelo; ao contrário, sua função desloca-se da transmissão de conteúdos para a criação de situações educativas que promovam reflexão, interação e reconstrução da experiência (Masetto, 2012; Moreira, Henriques; Barros, 2020; Camacho, 2022). Nesse sentido, a tecnologia assume papel de meio e não de fim, sendo subordinada a um projeto pedagógico que reconheça a complexidade do cuidado e a necessidade de formar profissionais críticos, éticos e comprometidos com a segurança do paciente.

2.5 LACUNA TEÓRICA E IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apesar dos avanços teóricos e metodológicos descritos, persiste uma lacuna na literatura quanto ao desenvolvimento e à validação de propostas pedagógicas integradas, fundamentadas em referenciais experiencial-reflexivos e orientadas especificamente ao ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem. A maior parte das investigações concentra-se na avaliação de estratégias isoladas, carecendo de modelos pedagógicos sistematizados que articulem fundamentos teóricos, desenho instrucional e critérios de validade (Garzin et al., 2021; Rocha et al., 2021; Matos et al., 2022).

Diante desse cenário, torna-se imperativo avançar na construção de propostas pedagógicas que superem o tecnicismo, dialoguem com a complexidade do cuidado em saúde e sejam sustentadas por rigor teórico e metodológico. Tal movimento contribui não apenas para a qualificação do ensino da segurança do paciente, mas também para a formação de enfermeiros capazes de atuar criticamente em sistemas de saúde cada vez mais complexos e desafiadores. Dessa forma, a lacuna identificada não se restringe à ausência de propostas pedagógicas validadas, mas refere-se, sobretudo, à escassez de modelos formativos que

tensionem criticamente a hegemonia da racionalidade técnica e das abordagens baseadas em competências no ensino da segurança do paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa e quantitativa, voltado ao desenvolvimento e à validação de uma proposta pedagógica experiencial para o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem. Estudos metodológicos caracterizam-se pela construção, validação e avaliação de instrumentos, tecnologias ou intervenções educacionais, com vistas à produção de materiais teoricamente fundamentados, empiricamente testados e passíveis de replicação em diferentes contextos (Polit; Beck, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

O percurso metodológico foi estruturado em três etapas interdependentes: procedimentos teóricos, empíricos e analíticos, em consonância com o referencial psicométrico de Pasquali (2010), amplamente utilizado em pesquisas contemporâneas de validação de instrumentos educacionais e em saúde (Alexandre; Coluci, 2011; Medeiros *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2021).

O desenho metodológico adotado mostra-se particularmente adequado para responder à questão epistemológica do estudo, na medida em que articula a análise crítica dos fundamentos do ensino da segurança do paciente (revisão de escopo) à construção e validação de uma proposta pedagógica ancorada na experiência, permitindo examinar não apenas como ensinar segurança, mas a partir de quais pressupostos de conhecimento ela é concebida na formação em enfermagem.

Assim, a combinação entre procedimentos teóricos, empíricos e analíticos possibilita tensionar a racionalidade técnica dominante e sustentar empiricamente uma compreensão experiencial e reflexiva da segurança do paciente. Adicionalmente, para o desenvolvimento da proposta pedagógica, adotou-se o modelo instrucional *ADDIE* (*Analysis, Design, Development, Implementation and Evaluation*), por sua consistência teórico-operacional e ampla aplicação em pesquisas educacionais e tecnológicas no ensino superior em saúde (Filatro, 2009; Oliveira, Csik; Marques, 2015; Branch, 2021).

3.1.1 Etapa 1 – Procedimentos teóricos

A primeira etapa consistiu na realização de uma revisão de escopo, conduzida segundo as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews* (*PRISMA-ScR*) (Tricco *et al.*, 2018; Peters *et al.*, 2020). Esse tipo de revisão é indicado para mapear conceitos-chave, identificar lacunas do conhecimento e examinar a extensão e a natureza das evidências disponíveis sobre um determinado fenômeno (Arksey; O'Malley, 2005; Peters *et al.*, 2020).

A questão de pesquisa foi formulada a partir da estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), considerando: P – estudantes de graduação em enfermagem; C – conteúdos e estratégias de ensino da segurança do paciente; C – cursos de graduação em enfermagem. Assim, definiu-se a seguinte questão: quais conteúdos e estratégias têm sido empregados no ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem?

As buscas foram realizadas em bases de dados nacionais e internacionais relevantes para a área da saúde e educação, incluindo *LILACS*, *Scopus*, *ERIC* e *Agency for Healthcare Research and Quality*. Foram incluídos artigos científicos, dissertações e teses disponíveis na íntegra, sem delimitação temporal, que abordassem explicitamente o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem. Os editoriais, revisões, ensaios teóricos e estudos que não apresentassem descrição metodológica clara foram excluídos.

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: triagem de títulos e resumos e leitura na íntegra. A extração dos dados foi realizada de forma independente por dois pesquisadores, com resolução de divergências por consenso, conforme recomendado por Peters *et al.* (2020). Os resultados da revisão subsidiaram a definição dos conteúdos, estratégias pedagógicas e fundamentos conceituais da proposta desenvolvida.

3.1.2 Concepção e desenvolvimento da proposta pedagógica

A proposta pedagógica foi concebida com base na perspectiva da aprendizagem experiencial e da reconstrução da experiência, inspirada no pensamento de John Dewey, articulando problematização, abordagem estética e ensino híbrido. O desenvolvimento seguiu as fases do modelo ADDIE, compreendendo: análise das necessidades formativas; desenho pedagógico; desenvolvimento dos materiais; implementação piloto junto aos especialistas; e avaliação (Filatro, 2009; Branch, 2021).

Os conteúdos, estratégias didáticas e recursos educacionais foram definidos a partir dos achados da revisão de escopo, das recomendações internacionais para o ensino da segurança do paciente (WHO, 2011; WHO, 2021) e de referenciais contemporâneos da educação em saúde crítica e reflexiva (Bohomol, 2019; Hodges *et al.*, 2020; Frenk *et al.*, 2022).

3.1.3 Etapa 2 – Procedimentos empíricos: validação de conteúdo e aparência

A validação da proposta pedagógica compreendeu a avaliação de conteúdo e de aparência por especialistas, conforme recomendações metodológicas para estudos de validação (Pasquali, 2010; Polit; Beck, 2021). Os especialistas foram selecionados por meio da análise de currículos disponíveis na Plataforma Lattes (CNPq), considerando experiência docente na graduação em enfermagem, produção científica e atuação na temática da segurança do paciente. Para a composição do painel, adotou-se o sistema

de pontuação proposto por Fehring (1994), adaptado para o contexto do estudo, estabelecendo-se pontuação mínima para elegibilidade.

O número de especialistas seguiu as recomendações de Pasquali (2010), que indicam um mínimo de seis avaliadores para assegurar confiabilidade ao processo de validação. Participaram da pesquisa oito especialistas, quantitativo considerado adequado em estudos metodológicos dessa natureza (Alexandre; Coluci, 2011; Souza *et al.*, 2021).

3.1.4 Instrumentos e procedimentos de validação

A validação de conteúdo foi realizada a partir dos critérios propostos por Pasquali (2010), que avaliam aspectos como clareza, relevância, objetividade, coerência, precisão, abrangência e equilíbrio dos itens que compõem o constructo pedagógico. Os especialistas avaliaram os itens por meio de escala ordinal de três pontos (inadequado, parcialmente adequado e adequado).

A validação de aparência foi conduzida mediante aplicação do instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM), versão validada para o contexto brasileiro, que avalia aspectos relacionados à organização, linguagem, ilustrações, motivação e adequação cultural do material educativo (Doak, Doak; Root, 1996; Sousa, Turrini; Poveda, 2015). Os instrumentos foram disponibilizados aos especialistas em formato eletrônico, assegurando autonomia, anonimato e tempo adequado para análise.

3.1.5 Etapa 3 – Procedimentos analíticos

Os dados provenientes da validação de conteúdo foram submetidos ao cálculo do Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC), conforme método proposto por Hernández-Nieto (2002), amplamente utilizado em pesquisas educacionais e em saúde (Alexandre; Coluci, 2011; Polit; Beck, 2021). Foram calculados o CVC por item e o CVC total da proposta pedagógica, considerando-se como critério de validade valores iguais ou superiores a 0,80.

Para a validação de aparência, os resultados do SAM foram analisados de acordo com os critérios estabelecidos pelo instrumento, sendo considerada adequada a proposta que atingisse pontuação igual ou superior a 60%, conforme recomendado por Doak, Doak e Root (1996) e confirmado por estudos recentes na área da saúde (Sousa *et al.*, 2022).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu integralmente aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram garantidos anonimato, confidencialidade das informações e liberdade de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com as etapas do estudo metodológico, contemplando: 1) os achados da revisão de escopo que fundamentaram a construção da proposta pedagógica; e 2) os resultados da validação de conteúdo e aparência da proposta pedagógica experiencial para o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem.

4.1 RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO: CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS PREDOMINANTES NO ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A revisão de escopo resultou na inclusão de 28 estudos, sendo 27 artigos científicos e uma tese de doutorado, publicados majoritariamente entre 2010 e 2022, com predomínio de produções oriundas da América do Norte, Europa e América Latina. Observou-se crescimento progressivo das publicações a partir de 2015, acompanhando a consolidação da agenda internacional da segurança do paciente e sua incorporação aos currículos da área da saúde, conforme evidenciado também em revisões recentes (Garzin *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021).

No que se refere aos conteúdos abordados, verificou-se concentração significativa em temas tradicionalmente associados ao risco assistencial, especialmente segurança na administração de medicamentos, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, comunicação em saúde e identificação do paciente. Tais achados corroboram estudos contemporâneos que apontam a centralidade desses conteúdos nos currículos de enfermagem, frequentemente vinculados a disciplinas clínicas específicas (Siqueira *et al.*, 2019; Matos *et al.*, 2022).

Entretanto, conteúdos relacionados à cultura de segurança, fatores humanos, tomada de decisão ética, análise sistêmica do erro e aprendizagem organizacional foram menos recorrentes, aparecendo de forma pontual e pouco aprofundada. Essa assimetria evidencia uma abordagem ainda fragmentada da segurança do paciente, centrada em eventos e procedimentos, em detrimento de uma compreensão ampliada do fenômeno, conforme já problematizado na literatura internacional (Vincent, Burnett; Carthey, 2021; Braithwaite *et al.*, 2022).

No tocante às estratégias pedagógicas, a simulação clínica destacou-se como a estratégia mais empregada, seguida pelo uso de recursos digitais e atividades expositivas dialogadas. Embora a simulação seja reconhecida como ferramenta potente para o ensino em saúde, observou-se que, na maioria dos estudos analisados, ela foi utilizada com foco predominantemente técnico-procedimental, orientada à execução correta de tarefas e ao cumprimento de protocolos (Garzin; Melleiro, 2019; Wu; Busch, 2019).

Em menor proporção, foram identificadas estratégias que favoreciam a problematização, a reflexão crítica e o diálogo entre docentes e discentes, tais como estudos de caso reflexivos, narrativas de experiências e atividades colaborativas mediadas por tecnologias digitais. Esses achados reforçam a persistência de uma racionalidade tecnicista no ensino da segurança do paciente, mesmo quando estratégias consideradas inovadoras são empregadas, conforme apontam revisões recentes na área da educação em enfermagem (Bohomol, 2019; Rocha *et al.*, 2021).

4.2 DESENHO E DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA EXPERIENCIAL

Com base nos achados da revisão de escopo, foi desenvolvida uma proposta pedagógica experiencial estruturada segundo o modelo ADDIE, articulando conteúdos essenciais da segurança do paciente, estratégias pedagógicas problematizadoras, abordagem estética e ensino híbrido. A proposta foi concebida para deslocar o foco do ensino prescritivo para a reconstrução reflexiva da experiência, alinhando-se a referenciais contemporâneos da educação em saúde crítica (Hodges *et al.*, 2020; Frenk *et al.*, 2022).

A proposta organizou-se em momentos pedagógicos integrados, contemplando atividades presenciais e virtuais, com ênfase na experimentação, no diálogo e na produção de sentidos sobre o cuidado seguro. Os conteúdos foram apresentados de forma transversal e contextualizada, evitando fragmentação disciplinar, e articulados a situações-problema inspiradas em contextos reais da prática em enfermagem.

4.3 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA

A validação de conteúdo contou com a participação de oito especialistas com experiência docente na graduação em enfermagem e atuação na temática da segurança do paciente. O Coeficiente de Validação de Conteúdo total da proposta foi de 0,93, indicando elevada concordância entre os especialistas quanto à adequação, relevância e coerência dos componentes pedagógicos.

Todos os critérios avaliados, como clareza, objetividade, relevância, consistência, abrangência e equilíbrio, apresentaram valores individuais superiores ao ponto de corte estabelecido ($CVC \geq 0,80$), conforme recomendado na literatura metodológica contemporânea (Alexandre; Coluci, 2011; Polit; Beck, 2021). Esses resultados evidenciam que a proposta pedagógica apresenta fundamentação teórica consistente e organização interna coerente com os objetivos formativos propostos.

As sugestões qualitativas dos especialistas concentraram-se, sobretudo, no aprimoramento da linguagem de alguns trechos e no refinamento da articulação entre atividades presenciais e virtuais, sem questionamentos quanto aos fundamentos pedagógicos ou à pertinência do referencial experiencial adotado. Tais sugestões foram incorporadas à versão final da proposta, fortalecendo sua clareza e aplicabilidade.

4.4 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

A validação de aparência, realizada por meio do instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM), resultou em escore global de 75,0%, valor superior ao mínimo recomendado para materiais educativos em saúde. Os especialistas avaliaram positivamente a organização do material, a adequação da linguagem ao público-alvo, a clareza das instruções e o potencial motivacional da proposta.

Aspectos relacionados à apresentação visual e à integração dos recursos digitais foram considerados adequados, reforçando a pertinência do uso do ensino híbrido como suporte à aprendizagem experiencial. Esses achados dialogam com estudos recentes que destacam a importância da adequação estética e comunicacional dos materiais pedagógicos para favorecer engajamento e aprendizagem significativa na educação em enfermagem (Costa, Santos; Mendonça, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

4.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

De forma integrada, os resultados evidenciam que: 1) o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem permanece predominantemente tecnicista e fragmentado; 2) a proposta pedagógica desenvolvida apresenta validade de conteúdo e aparência satisfatórias; e 3) o modelo experiencial adotado constitui alternativa consistente e inovadora para qualificar a formação em enfermagem voltada ao cuidado seguro. Esses achados contrastam com abordagens que compreendem a simulação clínica, por si só, como suficiente para a formação em segurança do paciente, ao evidenciar que, quando dissociada de processos sistemáticos de problematização, reflexão crítica e reconstrução da experiência, tal estratégia tende a reforçar aprendizagens técnico-procedimentais, limitando a compreensão da segurança como prática sistêmica, ética e relacional no cuidado em enfermagem.

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem permanece predominantemente ancorado em uma racionalidade tecnicista, caracterizada pela fragmentação dos conteúdos e pela centralidade de estratégias pedagógicas orientadas à execução correta de procedimentos. Esse achado converge com análises recentes da literatura nacional e internacional, que apontam a persistência de modelos formativos centrados na conformidade a protocolos e na prevenção de erros individuais, em detrimento de abordagens sistêmicas, reflexivas e críticas do cuidado seguro (Garzin; Melleiro, 2019; Rocha *et al.*, 2021; Vincent, Burnett; Carthey, 2021).

Embora estratégias como a simulação clínica tenham se consolidado como recurso pedagógico relevante na formação em enfermagem, os resultados indicam que sua utilização, na maioria dos estudos analisados, restringe-se à dimensão técnico-operacional do cuidado. Tal uso limitado da simulação reforça críticas contemporâneas segundo as quais tecnologias educacionais, quando desprovidas de mediação

pedagógica crítica, tendem a reproduzir a lógica instrucional tradicional, promovendo aprendizagens instrumentais e pouco transferíveis para contextos complexos e imprevisíveis da prática em saúde (Wu; Busch, 2019; Hodges *et al.*, 2020; Frenk *et al.*, 2022).

A concentração dos conteúdos de segurança do paciente em temas como administração de medicamentos e controle de infecções, observada neste estudo, revela uma compreensão ainda restrita do fenômeno, focalizada em eventos específicos e mensuráveis. Em contraste, dimensões amplamente reconhecidas como centrais para a produção do cuidado seguro. No caso, tais como cultura de segurança, fatores humanos, comunicação interprofissional, tomada de decisão ética e aprendizagem organizacional, que permanecem pouco exploradas no processo formativo. Esse achado corrobora evidências recentes de que a formação em enfermagem ainda apresenta dificuldades em incorporar a complexidade sistêmica da segurança do paciente aos currículos de maneira transversal e integrada (Braithwaite *et al.*, 2022; WHO, 2021).

Nesse contexto, a proposta pedagógica experiencial desenvolvida e validada neste estudo apresenta-se como uma resposta teórico-metodológica consistente às lacunas identificadas. Ao fundamentar-se na concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, inspirada em John Dewey, a proposta desloca o foco do ensino prescritivo para a problematização de situações reais, favorecendo a articulação entre ação, reflexão e produção de sentidos. Tal deslocamento dialoga com abordagens contemporâneas da educação em saúde que defendem a centralidade da experiência vivida como elemento estruturante da aprendizagem profissional (Benner *et al.*, 2010; Schmidt, 2019; Orofino; Fantin, 2022).

A elevada validade de conteúdo obtida (CVC = 0,93) indica consenso entre os especialistas quanto à coerência teórica, relevância pedagógica e adequação da proposta às demandas da formação em enfermagem. Esses resultados reforçam a pertinência do referencial experiencial-reflexivo como fundamento para o ensino da segurança do paciente, corroborando estudos que apontam a necessidade de formar profissionais capazes de compreender o erro como fenômeno sistêmico e de aprender criticamente com a prática, em consonância com os princípios da cultura justa e da aprendizagem organizacional (Reason, 2016; Braithwaite *et al.*, 2022).

A validação de aparência, com escore satisfatório no instrumento SAM, evidencia que a proposta pedagógica não apenas apresenta consistência conceitual, mas também adequação comunicacional, estética e motivacional, aspectos frequentemente subestimados na elaboração de materiais educativos em saúde. A literatura recente tem destacado que a forma como os conteúdos são apresentados influencia diretamente o engajamento discente e a construção de aprendizagens significativas, especialmente em contextos de ensino híbrido e uso de tecnologias digitais (Costa, Santos; Mendonça, 2021; Sousa *et al.*, 2022).

O uso do ensino híbrido como suporte à proposta pedagógica merece destaque na discussão, uma vez que os resultados indicam que sua integração ocorreu de forma subordinada a um projeto pedagógico

crítico, e não como fim em si mesma. Esse achado é particularmente relevante diante das críticas contemporâneas ao uso acrítico das tecnologias educacionais, que tendem a reforçar práticas transmissivas e a sobrecarga informacional, sem promover reflexão ou aprofundamento conceitual (Cruz, 2019; Souza, 2021). Ao articular ambientes presenciais e virtuais de maneira intencional, a proposta contribui para ampliar tempos e espaços de aprendizagem, mantendo a centralidade da mediação docente e da experiência discente.

Do ponto de vista teórico, os resultados deste estudo ampliam o debate sobre a formação em segurança do paciente ao evidenciar que a superação do ensino tecnicista não depende exclusivamente da adoção de novas estratégias ou tecnologias, mas de uma revisão dos fundamentos pedagógicos que orientam o processo formativo. Ao incorporar a dimensão estética, subjetiva e reflexiva da experiência, a proposta pedagógica dialoga com concepções contemporâneas que reconhecem o cuidado em saúde como prática ética, relacional e situada, exigindo dos profissionais competências que extrapolam o domínio técnico-científico (Medina, 2018; Bohomol, 2019; Frenk *et al.*, 2022).

Adicionalmente, os achados contribuem para o campo da Enfermagem ao oferecer evidências empíricas de que propostas pedagógicas fundamentadas teoricamente e submetidas a processos rigorosos de validação podem constituir alternativas viáveis para qualificar o ensino da segurança do paciente na graduação. Essa contribuição é particularmente relevante diante da escassez de estudos que articulem, de forma integrada, fundamentos epistemológicos, desenho pedagógico e critérios de validade, conforme apontado em revisões recentes da área (Garzin *et al.*, 2021; Matos *et al.*, 2022).

Por fim, ao tensionar o modelo hegemônico de ensino da segurança do paciente e propor uma abordagem experiencial validada, este estudo avança no debate sobre a formação em enfermagem, reforçando a necessidade de práticas pedagógicas que promovam reflexão crítica, corresponsabilização e produção de sentidos sobre o cuidado seguro. Tais achados dialogam diretamente com as recomendações internacionais para o fortalecimento da cultura de segurança e com a agenda contemporânea de transformação da educação em saúde (WHO, 2021; Braithwaite *et al.*, 2022).

À luz dos achados, este estudo produz um deslocamento relevante no campo da formação em enfermagem ao evidenciar que o problema do ensino da segurança do paciente não reside apenas na escolha de estratégias pedagógicas mais ou menos eficazes, mas nos pressupostos epistemológicos que orientam o modo como a segurança é concebida, ensinada e aprendida. Ao demonstrar que abordagens centradas na racionalidade técnica, mesmo quando mediadas por simulação ou tecnologias educacionais, tendem a limitar a compreensão da segurança ao cumprimento de procedimentos, o estudo reposiciona a segurança do paciente como prática experiencial, ética e relacional, cuja aprendizagem exige processos sistemáticos de problematização e reconstrução da experiência. Com isso, o campo passa a reconhecer que a qualificação do ensino da segurança do paciente implica uma inflexão formativa mais profunda: da lógica do treinamento

de competências isoladas para a construção de sentidos sobre o cuidado seguro em contextos reais e complexos da prática em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que o ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem permanece, de modo predominante, ancorado em abordagens tecnicistas, fragmentadas e centradas na racionalidade instrumental, o que limita a compreensão da complexidade do cuidado seguro e a formação de profissionais críticos e reflexivos. A análise das evidências evidenciou que, mesmo quando estratégias consideradas inovadoras como simulação clínica e recursos digitais são empregadas, estas tendem a reproduzir modelos instrucionais prescritivos, pouco sensíveis às dimensões éticas, relacionais e sistêmicas implicadas na segurança do paciente.

Diante desse cenário, o presente estudo avançou ao desenvolver e validar uma proposta pedagógica experiencial, fundamentada na concepção de aprendizagem pela reconstrução da experiência, inspirada no pensamento de John Dewey, e articulada ao uso crítico do ensino híbrido. Os elevados índices de validação de conteúdo e aparência indicam que a proposta apresenta consistência teórico-metodológica, clareza pedagógica e potencial de aplicabilidade no contexto da formação em enfermagem.

Ao deslocar o foco do ensino prescritivo para a problematização da experiência, a proposta pedagógica contribui para a resignificação do ensino da segurança do paciente, compreendendo-o como prática situada, relacional e atravessada por decisões éticas e organizacionais. Assim, o estudo oferece uma contribuição relevante ao campo da Enfermagem ao evidenciar que a qualificação da formação para o cuidado seguro não depende exclusivamente da incorporação de novos conteúdos ou tecnologias, mas, sobretudo, da revisão dos fundamentos pedagógicos que orientam o processo formativo.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui ao integrar o campo da segurança do paciente a referenciais da educação experiencial e reflexiva, ampliando o debate para além da lógica da prevenção de erros técnicos e incorporando a dimensão da produção de sentidos, da subjetividade e da aprendizagem situada. No plano metodológico, oferece um modelo rigoroso de desenvolvimento e validação de proposta pedagógica, articulando revisão de escopo, modelo ADDIE e validação psicométrica, o que fortalece a confiabilidade e a possibilidade de replicação em outros contextos formativos.

No âmbito pedagógico e profissional, a proposta apresenta-se como instrumento capaz de apoiar docentes na construção de práticas educativas que promovam reflexão crítica, responsabilização e compreensão sistêmica do cuidado seguro, alinhando-se às demandas contemporâneas da formação em enfermagem.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A validação da proposta pedagógica foi realizada exclusivamente com especialistas, não contemplando, nesta etapa, a aplicação empírica junto a estudantes de graduação em enfermagem. Embora a validação de conteúdo e aparência represente etapa fundamental em estudos metodológicos, a ausência de avaliação de impacto educacional limita inferências sobre os efeitos da proposta no desenvolvimento de competências, atitudes e práticas relacionadas à segurança do paciente.

Adicionalmente, o número de especialistas participantes, ainda que adequado às recomendações metodológicas para validação, pode restringir a diversidade de perspectivas avaliativas, especialmente em um campo marcado por diferentes tradições pedagógicas e contextos institucionais. Essas limitações não comprometem a consistência do estudo, mas indicam a necessidade de investigações complementares que aprofundem a análise da aplicabilidade e efetividade da proposta em cenários reais de formação.

6.2 IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO EDUCACIONAL

Os achados deste estudo apresentam implicações relevantes para políticas públicas de educação em saúde e para a gestão da formação em enfermagem. Ao evidenciar os limites do ensino tecnicista da segurança do paciente, o estudo reforça a necessidade de diretrizes curriculares que incorporem abordagens pedagógicas críticas, experiencial-reflexivas e interdisciplinares, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

No âmbito das políticas educacionais, os resultados sugerem que a inclusão do tema segurança do paciente nos currículos não deve restringir-se à inserção de conteúdos normativos ou disciplinas isoladas, mas requer investimentos na formação pedagógica docente, no redesenho curricular e no estímulo a práticas educativas que favoreçam a aprendizagem significativa e situada.

Para a gestão institucional, a proposta pedagógica validada pode subsidiar ações de desenvolvimento docente, revisão de projetos pedagógicos de curso e fortalecimento da articulação entre ensino e serviços de saúde, contribuindo para a consolidação de uma cultura de segurança que se inicia no processo formativo e se projeta na prática profissional.

A partir dos resultados apresentados, recomenda-se que estudos futuros avaliem a implementação empírica da proposta pedagógica em diferentes contextos institucionais, analisando seus efeitos sobre a aprendizagem discente, o desenvolvimento do pensamento crítico e a compreensão sistêmica da segurança do paciente. Investigações longitudinais podem contribuir para compreender como a aprendizagem experiencial influencia práticas profissionais após a inserção no mundo do trabalho. Adicionalmente, sugere-se a ampliação do diálogo interdisciplinar, explorando a aplicabilidade da proposta em outros cursos

da área da saúde, bem como a incorporação de métodos mistos que articulem análises qualitativas e quantitativas para avaliar resultados educacionais e organizacionais.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zamuner. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, London, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.
- BENNER, Patricia; SUTPHEN, Molly; LEONARD, Victoria; DAY, Lisa. **Educating nurses: a call for radical transformation**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
- BOHOMOL, Elena. Segurança do paciente na formação em enfermagem: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 312-318, 2019.
- BOHOMOL, Elena; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem: análise curricular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 308-315, 2015.
- BRAITHWAITE, Jeffrey et al. Health system safety: a foundation for future progress. **The Lancet**, London, v. 399, n. 10341, p. 1470-1481, 2022.
- BRANCH, Robert Maribe. **Instructional design: the ADDIE approach**. New York: Springer, 2021.
- CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. Ensino híbrido na formação em saúde: desafios pedagógicos contemporâneos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210457, 2022.
- COSTA, Roberta; SANTOS, Karla Crozeta; MENDONÇA, Adriana. Tecnologias educacionais e engajamento discente na formação em enfermagem. **Nurse Education Today**, Amsterdam, v. 97, 104707, 2021.
- CRUZ, Giseli Barreto da. Tecnologias digitais e inovação pedagógica no ensino superior. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 40, e020121, 2019.
- DEWEY, John. **Experiência e educação**. São Paulo: Nacional, 1959.
- DEWEY, John. **Democracia e educação**. São Paulo: Nacional, 1979.
- DOAK, Cecilia C.; DOAK, Leonard G.; ROOT, Jane H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996.
- FEHRING, Richard J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, Ruth M.; PAQUETTE, Martha. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994.
- FILATRO, Andrea. **Design instrucional contextualizado**. São Paulo: Senac, 2009.

- FRENK, Julio et al. Health professionals for the 21st century: lessons from a global commission. **The Lancet**, London, v. 399, n. 10328, p. 1289-1295, 2022.
- GARZIN, Ana Cláudia; MELLEIRO, Marta Maria. Segurança do paciente e formação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 539-547, 2019.
- GARZIN, Ana Cláudia et al. Teaching patient safety in undergraduate nursing: scoping review. **Nurse Education Today**, Amsterdam, v. 97, 104690, 2021.
- GONÇALVES, Cláudia Maria et al. Metodologias ativas na formação em saúde: contribuições e limites. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 1136-1148, 2020.
- HERNÁNDEZ-NIETO, Rafael. **Contributions to statistical analysis**. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.
- HENZ, Alexandre; SANTOS, Vera Lúcia; SIGNOR, Rita. A experiência como categoria pedagógica na formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 755-767, 2018.
- HODGES, Brian D. et al. The question of competence: reconsidering medical education. **Medical Education**, Oxford, v. 54, n. 12, p. 1051-1057, 2020.
- KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- LIMEIRA, Raquel Cristina; BATISTA, Sérgio Donha Yarid; BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Tecnologias digitais e ensino híbrido na formação em saúde. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 36, e228974, 2020.
- MASETTO, Marcos Tarciso. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2012.
- MATOS, Eliane et al. Segurança do paciente no ensino de enfermagem: desafios curriculares contemporâneos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e3712, 2022.
- MEDINA, José Luiz. Formação ética e cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 20062012, 2018.
- MEDEIROS, Rúbia Aparecida et al. Validação de instrumentos em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 25-34, 2015.
- MORAN, José Manuel. **Educação híbrida: um conceito-chave para a educação hoje**. São Paulo: Papirus, 2015.
- MOREIRA, José Antônio; HENRIQUES, Susana; BARROS, Daniela. Transição digital e ensino superior. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 41, e022382, 2020.
- MEDEIROS, Rúbia Aparecida et al. Validação de instrumentos em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 25-34, 2015.

OROFINO, Maria Aparecida; FANTIN, Monica. Experiência, estética e formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210369, 2022.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PETERS, Micah D. J. et al. Scoping reviews. In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (org.). **JBImanual for evidence synthesis**. Adelaide: JBI, 2020. p. 406-451.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Nursing research**: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

REASON, James. **Managing the risks of organizational accidents**. Farnham: Ashgate, 2016.

ROCHA, Rosana Aparecida et al. Ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, e20200418, 2021.

SCHMIDT, Heidi G. Learning from experience in medical education. **Medical Education**, Oxford, v. 53, n. 10, p. 975-984, 2019.

SIQUEIRA, Ilka Regina et al. Segurança do paciente no currículo de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03418, 2019.

SILVA, Andressa et al. Aprendizagem experiencial na educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 2, e089, 2022.

SLAWOMIRSKI, Lesley; AURAAEN, Agnès; KLAZINGA, Niek. **The economics of patient safety**. OECD Health Working Papers, Paris, n. 96, 2017.

SOUSA, Cláudia Soares et al. Validação de materiais educativos em saúde: aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 2, e20210235, 2022.

SOUZA, Fernanda Medeiros. Tecnologias educacionais e mediação pedagógica no ensino superior. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 46, n. 3, e103284, 2021.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VINCENT, Charles; BURNETT, Susan; CARTHEY, Jane. **Safety measurement and monitoring in healthcare**. London: BMJ Publishing Group, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021.

WU, Albert W.; BUSCH, Iben M. Patient safety: a new basic science for professional education. **GMS Journal for Medical Education**, Berlin, v. 36, n. 2, Doc21, 2019.

CAPÍTULO 5

PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A CONFORMIDADE DE REGISTROS DE GESTÃO: EVIDÊNCIAS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC/EBSERH (2023–2024)

MANAGERS' PERCEPTION OF MANAGEMENT RECORDS COMPLIANCE: EVIDENCE FROM THE CH - UFC/EBSERH (2023–2024)

 <https://doi.org/10.63330/livroautor842026-005>

Izabel Janaina Barbosa da Silva
Doutora em Administração
São Luís University (SLU)

Cleber Alves de Paula
Especialização em Saúde Pública
Centro Universitário (UNIVC)

Madalena Inácia dos Reis
Mestranda em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Maria da Conceição dos Santos
Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia
Universidade Cândido Mendes (UCAM)

Alexandre Neri da Silva
Mestrando em Evidências Científicas para Saúde
Faculdade Sete Lagoas (FACSETE)

Elder Geraldo Pereira Marques
Mestrando em Evidências Científicas para Saúde
Faculdade Sete Lagoas (FACSETE)

RESUMO

O presente artigo analisa a percepção dos gestores acerca da Conformidade de Registros de Gestão (CRG) no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no período de 2023 a 2024. A pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, de natureza qualitativa e descritiva, com base em análise documental e aplicação de questionários a gestores diretamente envolvidos no processo. Os resultados evidenciaram avanços expressivos na conformidade documental, sobretudo pela redução de registros com restrição em 2024 em comparação a 2023. As percepções dos gestores ressaltaram a relevância da padronização de procedimentos, da comunicação intersetorial e da capacitação contínua, mas também apontaram desafios, como a carência de recursos humanos especializados, a necessidade de maior automação e a gestão de prazos. O estudo conclui que a valorização da visão gerencial é essencial para o fortalecimento dos

mecanismos de controle interno, contribuindo para a eficiência administrativa, a mitigação de riscos e a consolidação da governança em hospitais universitários federais.

Palavras-chave: Conformidade de registros de gestão; Controle interno; EBSEH; Gestão pública hospitalar; Percepção dos gestores.

ABSTRACT

This article analyzes managers' perceptions of the Management Record Compliance (CRG) process at the University Hospital Complex of the Federal University of Ceará (CH-UFC), managed by the Brazilian Hospital Services Company (EBSEH), during 2023 and 2024. The research is a qualitative and descriptive case study, based on documentary analysis and questionnaires applied to managers directly involved in the process. The findings revealed significant improvements in document compliance, particularly due to the reduction of restricted records in 2024 compared to 2023. Managers' perceptions highlighted the importance of process standardization, interdepartmental communication, and continuous training, while also pointing out challenges such as the shortage of specialized staff, the need for greater automation, and deadline management. The study concludes that valuing managerial perspectives is essential to strengthening internal control mechanisms, enhancing administrative efficiency, mitigating risks, and consolidating governance in federal university hospitals.

Keywords: EBSEH; Internal control; Management record compliance; Managers' perceptions; Public hospital management.

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública é um campo que deve ser pautado por ética, transparência e eficiência, com o objetivo de promover o bem-estar social e proteger os interesses da coletividade. No Brasil, a legislação estabelece funções e atribuições claras para os agentes públicos, exigindo que suas ações estejam sempre em conformidade com as normas legais (Santos, 2020; Farias *et al.*, 2014).

A contabilidade, por sua vez, tem como principal objetivo fornecer informações relevantes e oportunas aos usuários, subsidiando decisões mais seguras (Iudícibus, 2021). No setor público, a contabilidade desempenha um papel crucial ao garantir transparência e responsabilidade na gestão dos recursos públicos, permitindo a avaliação do desempenho financeiro das entidades (Alves, 2017). Para otimizar essa gestão e assegurar o uso eficiente dos recursos, é fundamental integrar as etapas de planejamento, execução e controle. A adoção de mecanismos que promovam transparência, fiscalização e controle é essencial tanto em âmbito interno quanto em relação a órgãos externos (Farias *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a Conformidade de Registro de Gestão (CRG) se destaca como uma barreira contra fraudes e irregularidades. Ela assegura que todas as operações financeiras registradas no SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal) possuam a devida comprovação documental. Ao aplicar restrições sobre lançamentos inconsistentes, a CRG contribui para a integridade dos dados contábeis. No entanto, conforme apontado por Farias *et al.* (2014), a implementação efetiva da CRG enfrenta desafios, evidenciando a necessidade de melhorias nas práticas de controle interno.

O SIAFI é um sistema digital essencial, que atua como uma ferramenta contábil para o controle interno, focado nas finanças governamentais. Ele permite monitorar a execução orçamentária das instituições públicas, fornecendo informações relevantes de forma rápida e clara sobre as atividades dos responsáveis pelo manejo dos recursos públicos (Valente, 2004). O controle interno, conforme afirmado por Garcia Filho, Mello e Resende (2013), é uma ferramenta vital que garante a conformidade com a legislação e promove melhorias contínuas nos processos administrativos. Práticas efetivas de Conformidade de Registros de Gestão minimizam riscos de desvios e irregularidades, contribuindo para a confiabilidade das informações financeiras, o que é crucial para instituições públicas.

A avaliação da Conformidade de Registros de Gestão em instituições de saúde é especialmente relevante no contexto da administração pública, sobretudo em hospitais universitários, que buscam otimizar seus processos de gestão e garantir a utilização eficiente dos recursos públicos. Estudos anteriores demonstram que a eficácia da gestão em hospitais públicos está diretamente relacionada à robustez dos seus mecanismos de controle interno e à transparência na aplicação dos recursos (Duarte, 2017; Oliveira et al., 2017). O Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC/EBSERH), gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), é, então, um cenário ideal para essa análise, pois a conformidade dos registros de gestão é fundamental para assegurar a transparência e a eficiência na administração dos serviços de saúde.

Com base nesse contexto, a questão que orienta a presente pesquisa é: Como os gestores do CH-UFC/EBSERH percebem o processo de Conformidade de Registro de Gestão nos anos de 2023 e 2024, e quais pontos positivos, negativos e oportunidades de melhoria podem ser identificados para otimizar o processo e mitigar riscos institucionais?

A partir do referido questionamento, este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de Conformidade de Registro de Gestão no CH-UFC/EBSERH durante 2023 e 2024, identificando os pontos positivos e negativos na execução desse processo e propondo melhorias para a sua otimização e mitigação de riscos. De modo a permitir o alcance do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: i) Analisar o fluxo do processo de CRG no CH-UFC/EBSERH; ii) Identificar os principais desafios e pontos de melhoria no processo de CRG, conforme percepção dos gestores; iii) Propor recomendações para otimizar o processo de CRG e mitigar riscos.

Essa pesquisa se justifica pela necessidade de aprimorar os mecanismos de controle interno nas organizações públicas, especialmente no que diz respeito à conformidade de registro de gestão. Ao analisar essa prática, busca-se contribuir para a identificação de melhorias que podem ser implementadas na gestão dos recursos públicos e na redução de riscos de desvios e irregularidades, conforme destacado por Garcia Filho, Mello e Resende (2013). Além disso, a escassez de estudos sobre a temática e a importância da conformidade de registro de gestão para a confiabilidade das informações nos sistemas de gestão financeira acentua a relevância acadêmica deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestão pública brasileira tem enfrentado crescentes demandas por maior transparência, eficiência e responsabilidade na aplicação dos recursos públicos. O princípio da eficiência, inserido pela Emenda Constitucional nº 19/1998, reforça a necessidade de aprimorar os mecanismos de controle interno, assegurando que a Administração atue de forma racional, preventiva e voltada para resultados (Di Pietro, 2007). Nesse cenário, a Conformidade de Registros de Gestão (CRG) constitui um mecanismo estratégico, pois busca garantir que os registros contábeis, financeiros e orçamentários reflitam, de forma fidedigna, a realidade das operações realizadas pelas unidades gestoras.

2.1 CONTROLE INTERNO E EFICIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA

O controle interno é compreendido como o conjunto de procedimentos, políticas e métodos voltados à proteção do patrimônio, à confiabilidade das informações e à eficiência das operações (Attie, 2013). Na administração pública, esse mecanismo adquire relevância ainda maior, pois está diretamente vinculado ao atendimento de princípios constitucionais como legalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Di Pietro, 2007).

Segundo Chiavenato (2010), o controle constitui função essencial da gestão, permitindo avaliar o desempenho e corrigir desvios. Crepaldi (2019) diferencia os controles administrativos voltados à execução correta das rotinas dos contábeis, que asseguram a fidedignidade das demonstrações financeiras. Ambos são indispensáveis para mitigar riscos, evitar desperdícios e promover a eficiência administrativa.

Estudos como os de Garcia Filho, Mello e Resende (2013) ressaltam que controles internos robustos funcionam como barreira contra irregularidades e ampliam a previsibilidade das ações governamentais. No contexto hospitalar, essa dimensão é ainda mais relevante, considerando a necessidade de eficiência na aplicação dos recursos e a criticidade dos serviços prestados à sociedade.

Elemento fundamental da administração pública é o Princípio da Eficiência, que foi integrado à Constituição Federal por meio da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Entretanto, esse princípio já fazia parte do cenário administrativo, uma vez que a Administração Indireta deveria assegurar

essencialmente a eficiência administrativa, conforme disposto no Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (Garcia Filho; Mello; Resende, 2013). Nesse contexto, os controles internos se apresentam como instrumentos estratégicos para a efetivação desse princípio, pois permitem à gestão pública identificar falhas operacionais, evitar desperdícios de recursos, garantir o cumprimento das normas e promover a melhoria contínua dos processos. Ao proporcionar maior previsibilidade, padronização e monitoramento das ações administrativas, os controles internos contribuem para que as instituições públicas atuem com mais racionalidade, agilidade e qualidade na entrega de serviços à população valores que são a essência do Princípio da Eficiência.

Dessa forma, observa-se que o controle interno, ao atuar como mecanismo de supervisão e orientação dos processos administrativos, está intrinsecamente ligado à busca por maior eficiência na gestão pública. No entanto, para que esse controle seja efetivo, é imprescindível que haja registros contábeis precisos e transparentes, sobretudo no que se refere à execução orçamentária e financeira. Nesse sentido, a contabilidade pública desempenha papel central, pois permite o acompanhamento e o registro adequado das despesas públicas, servindo de base para a tomada de decisões e para a própria atuação dos sistemas de controle.

2.2 CONTABILIDADE PÚBLICA E O REGISTRO DAS DESPESAS

A contabilidade pública tem se tornado uma ferramenta estratégica ao adotar normas internacionais estabelecidas pelo *International Public Sector Accounting Standards Board* (IPSASB), promovendo assim maior harmonização, comparabilidade e transparência nos relatórios financeiros dos governos (Gama, Duque e Almeida, 2021). Essa aproximação com os padrões globais fortalece a responsabilidade na gestão pública, amplia o controle social e melhora a governança, proporcionando informações mais claras e confiáveis para gestores, órgãos de controle e a população (Marques, Bezerra Filho e Caldas, 2020).

O sistema de contabilidade pública é dividido em três subsistemas principais orçamentário, financeiro e patrimonial e utiliza como instrumentos de comprovação as demonstrações contábeis e a tomada de contas. Para que esses registros atendam às necessidades da gestão pública, é fundamental que sejam precisos, relevantes e sigam normas específicas, refletindo com fidelidade os ativos, passivos, receitas e despesas (Augustinho e Lima, 2012; Damaso, 2019; Iudícibus, 2021).

Previsto na Lei nº 4.320/1964, o orçamento público serve como ferramenta de planejamento e execução financeira do Estado, determinando as receitas e autorizando as despesas (Silva, 2011). As despesas públicas entendidas como os gastos do governo voltados ao atendimento das demandas sociais seguem obrigatoriamente três etapas: empenho, liquidação e pagamento (Brasil, 1964; Farias e Crema, 2023).

O empenho pode assumir a forma ordinária, estimativa ou global, dependendo da natureza contratual, enquanto a liquidação corresponde à verificação do direito adquirido pelo credor, com base na documentação apresentada (Brasil, 1964). O pagamento só é realizado após essas etapas, mediante autorização de uma autoridade competente (Farias e Crema, 2023).

Todo esse processo orçamentário-financeiro é amplamente gerido por meio do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), que centraliza as informações contábeis e proporciona maior controle dos atos administrativos (Kieling et al., 2020). Assim, a contabilidade pública, além de garantir a conformidade legal, atua como um instrumento essencial de governança e de eficiência na gestão dos recursos públicos.

2.3 O SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA (SIAFI)

O Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) é conceituado como um instrumento estratégico de controle na Administração Pública, significativamente voltado para a eficiência da execução orçamentária, financeira e contábil (Brasil, 2019). Esse sistema é responsável por realizar a execução orçamentária, financeira, patrimonial e contábil dos órgãos e entidades da administração federal, com operacionalização de técnicas eletrônicas de tratamento de dados, proporcionando à Contabilidade Pública Federal informações atualizadas, oportunas e padronizadas, proporcionando a observância, dentre outros, do Princípio da Oportunidade (Garcia Filho; Mello; Resende, 2013).

Naves (2011, p.26) justifica que o SIAFI proporciona o controle interno e externo: “promove o controle dos gastos públicos pelas unidades de controle interno de cada poder, bem como o controle externo exercido pelo Congresso Nacional [...]”. Esse papel é fundamental para a fiscalização eficiente da aplicação dos recursos públicos, permitindo que órgãos como a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Tribunal de Contas da União (TCU) tenham acesso a informações confiáveis, em tempo real. É de sua competência, ainda, realizar diversas atividades essenciais, entre as quais se destacam: o registro contábil das receitas e despesas públicas, a emissão de documentos contábeis e financeiros (como notas de empenho, ordens bancárias e liquidações), a consolidação de dados contábeis dos órgãos da administração direta e indireta, e a geração de relatórios gerenciais e demonstrativos fiscais exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Além disso, o sistema é utilizado para efetuar pagamentos a fornecedores, transferências financeiras entre entes federativos e monitoramento da execução de programas governamentais.

Sua importância reside no fato de que o SIAFI não apenas consolida a gestão financeira da União em uma plataforma única e integrada, mas também assegura a rastreabilidade das operações, o que fortalece os mecanismos de prestação de contas e de responsabilização dos gestores públicos (Fontes Filho; Naves, 2014). Nesse sentido, o sistema contribui para a eficiência administrativa, ao mesmo tempo em que oferece meios para a sociedade civil acompanhar a alocação dos recursos públicos.

2.4 A CONFORMIDADE DE REGISTROS DE GESTÃO (CRG)

A Conformidade de Registros de Gestão (CRG) é um procedimento de controle interno, que consiste na verificação sistemática da regularidade e consistência dos atos de gestão registrados no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), com o objetivo de assegurar a fidedignidade das informações contábeis, orçamentárias e financeiras inseridas no sistema.

Segundo a Instrução Normativa nº 05/2017 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), a CRG é uma prática essencial para garantir que os registros estejam em conformidade com a legislação vigente e reflitam com precisão a execução orçamentária, financeira e patrimonial da unidade gestora. Além de apoiar a prestação de contas, esse processo contribui para o fortalecimento da governança e da *accountability* na Administração Pública (Brasil, 2017). Conforme Albuquerque, Medeiros e Feijó (2013), práticas como a CRG são indispensáveis para elevar a qualidade da informação pública, por isso, ela vem ganhando relevância, impulsionada pela crescente necessidade de tornar os sistemas orçamentário e financeiro mais seguros, prevenindo fraudes e minimizando erros (Damaso, 2019).

O processo de CRG tem como objetivo assegurar a veracidade dos registros realizados no SIAFI, de acordo com a legislação vigente e os procedimentos definidos pela Administração Pública Federal. Segundo Santos (2020), essa ação fundamenta-se na conformidade diária e documental. Trata-se de um procedimento que não utiliza amostragem, pois exige a análise e verificação obrigatória de todos os documentos inseridos no SIAFI (Farias, 2013). Ademais, pode ser executado por qualquer servidor designado para essa função, desde que possua a capacitação técnica exigida, conforme disposto na Instrução Normativa STN nº 6/2007.

No exercício das atividades, o processo de CRG, conforme as orientações da IN 06/2007, deve ser realizado em até 3 dias úteis a partir da data em que a operação é registrada no SIAFI. Essa conformidade pode ser alterada até a data ajustada para o fechamento do mês, que normalmente ocorre no início do mês subsequente. A programação dessa data é realizada pela Setorial Contábil da instituição, conforme o calendário do órgão central de contabilidade. Se a conformidade não for registrada dentro do prazo determinado, o sistema SIAFI automaticamente atribui o status de "sem conformidade" e o ajuste não poderá mais ser executado (Brasil, 2007).

De acordo com Damaso (2019), a execução adequada das atividades de CRG é fundamental para que a organização alcance seus objetivos e cumpra as obrigações legais. No entanto, a falta de comunicação entre unidades e setores, que não enviam os documentos a serem analisados adequadamente e oportunamente, juntamente com a carência de treinamento e o limitado conhecimento técnico dos agentes públicos sobre o assunto, resulta na realização precária da CRG.

A conferência criteriosa dos documentos é fundamental para assegurar a correta execução da conformidade. A ausência de uma análise prévia pode acarretar consequências graves aos responsáveis, as

quais podem ser identificadas por auditorias realizadas pelos órgãos de controle (Damaso, 2019). Com o objetivo de orientar seus servidores na execução adequada do processo de conformidade dos registros de gestão, alguns órgãos executivos elaboraram manuais e diretrizes específicas (Farias, 2013). Essas instituições demonstram o compromisso com a transparência, a padronização de procedimentos e a mitigação de riscos na gestão pública. Ao fornecer orientações claras e específicas, esses documentos auxiliam os servidores na execução adequada de suas funções, contribuindo para a melhoria contínua dos processos administrativos e para o fortalecimento da governança pública.

Com o advento do SIAFI e a concentração da escrituração contábil em um único sistema, os processos de pagamento também passaram a ser realizados por meio do mesmo sistema operacional, abrangendo desde a assinatura dos empenhos até a liberação dos recursos.

Segundo Marra e Silva (2020), as autenticações realizadas desses documentos consistem em expedir duas espécies de parecer: “sem restrição” e “com restrição”. Se não houver nenhum problema documental referente ao registro no SIAFI, a análise será autenticada como “sem restrição”. Porém, se houver alguma incoerência documental ou mesmo nos registros do SIAFI, procede-se à notificação do acontecido em relação à inconsistência, registrando-se “com restrição”.

Os responsáveis pelo processo de CRG são os conformistas (titular e substituto) de gestão da Unidade Gestora (UG) pertencentes à organização pesquisada (Damaso, 2019). No processo atual de CRG, as entradas correspondem às operações realizadas no SIAFI (execução orçamentária, financeira e patrimonial). As saídas correspondem ao registro da conformidade, que será sem restrição ou com restrição (Damaso *et al.*, 2022), conforme.

Uma análise de conformidade bem executada, ao identificar inconsistências, contribui para a proteção dos interesses da instituição e de seus gestores, oferecendo uma garantia ponderada de que as ações da Administração Pública estejam niveladas com a legislação e as normas vigentes. Além disso, ela pode fomentar oportunidades de melhoria nos processos internos (Marra; Silva, 2020).

Dito isso, compreender como esse procedimento tem sido abordado na prática pelas instituições públicas passa pela análise de estudos empíricos anteriores, pois é possível identificar os desafios enfrentados na execução da CRG, bem como as boas práticas adotadas e os impactos gerados na qualidade da gestão pública. A construção de um referencial teórico-prático, assim, amplia a compreensão sobre a efetividade dos mecanismos de conformidade no contexto da administração pública brasileira.

2.5 A PERCEPÇÃO DOS GESTORES E O PAPEL DA LIDERANÇA

A representação do gestor público ganhou evidência a partir dos anos 30, com a primeira reforma empreendida no setor público brasileiro e remonta à dicotomia existente entre política e administração. Naquele momento, a implementação da burocracia enquanto modelo de gestão era uma tentativa de separar

a figura do gestor público, aquele voltado para a condução das organizações públicas, do representante político que se orientava pelos desejos do poder político (Pinto Silva; Cavalcanti Fadul, 2011).

O gestor público, da mesma forma que no setor privado, necessita de características e qualidades que lhe habilitem a promover as mudanças que são propostas. Mudanças estas que mesmo no setor público têm ocorrido com bastante frequência. Assim, os líderes no setor público dependem de competências e habilidades individuais. Isto é, precisam ser dotados de conhecimentos, habilidades e atitudes, além de uma forte vocação para lidar com as diversas formas e fontes de poder que permeiam o setor público (Pinto Silva; Cavalcanti Fadul, 2011).

A liderança é percebida como um conjunto de procedimentos que vão permear a criação de uma visão de futuro dentro da organização. (Kotter, 1992). Dessa maneira, Kotter está atribuindo ao líder uma função específica, dentre outras, que é a responsabilidade de criar nos indivíduos a capacidade de mobilizar-se em busca de uma visão de futuro para as organizações.

Como a liderança é a responsável pela condução dos processos de transformação organizacional (Marini, 1996), o maior desafio é a própria transformação da visão do líder quanto ao seu papel e visão sobre o processo de mudança.

Para Benedetti e Carvalho (2006), os líderes voltados à mudança sabem que há muitas soluções para um problema que podem aflorar a partir de diferentes óticas de observação e que alguém terá uma solução inovadora. Neste sentido, o líder tem a incumbência de perceber os problemas e oportunidades de mudanças e potencializar as soluções disponíveis e apresentadas por membros da organização.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a percepção dos gestores acerca do processo de Conformidade de Registros de Gestão (CRG) no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC/EBSERH) durante os anos de 2023 e 2024. Para tanto, esta seção apresenta o delineamento metodológico, os critérios de escolha da unidade de análise, os procedimentos de coleta de dados e as técnicas de tratamento e interpretação das informações. O propósito central foi permitir uma compreensão aprofundada do fenômeno, integrando análise documental, extração de dados de sistemas informatizados e aplicação de questionários aos gestores diretamente envolvidos no processo de CRG.

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, de natureza qualitativa quanto à abordagem, descritiva em relação aos objetivos e apoiada em procedimentos de pesquisa documental e de levantamento.

O estudo de caso foi escolhido por possibilitar uma investigação intensiva e contextualizada de um fenômeno contemporâneo, utilizando múltiplas fontes de evidência, como documentos, observações e

questionários (Gil, 2008). A abordagem qualitativa mostrou-se adequada, pois permite captar significados, percepções, valores e atitudes, aspectos que não podem ser reduzidos a dados numéricos e que são centrais em pesquisas nas ciências sociais aplicadas (Minayo, 2010).

Do ponto de vista dos objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que buscou identificar características específicas do processo de CRG e relacionar as percepções dos gestores aos resultados da conformidade. Conforme Gil (2008), pesquisas descritivas procuram descrever fenômenos e estabelecer relações entre variáveis, empregando técnicas padronizadas de coleta de dados.

Assim, a estratégia metodológica combinou três dimensões principais: análise documental de registros institucionais; consulta a dados secundários obtidos em sistemas informatizados; e aplicação de questionários semiestruturados a gestores estratégicos da instituição.

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise definida para este estudo foi o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O Complexo é formado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), ambos localizados em Fortaleza. Integra a rede nacional de hospitais universitários federais e atua simultaneamente em assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade, ensino e pesquisa (Brasil, 2025).

O CH-UFC representa um cenário privilegiado para estudos sobre a CRG devido à sua complexidade administrativa, ao elevado volume de transações orçamentárias e financeiras e à necessidade constante de conciliar demandas assistenciais e acadêmicas. A relevância institucional e a obrigatoriedade de mecanismos robustos de controle interno justificam a escolha da unidade como objeto de investigação. Em tais contextos, práticas de controle como a CRG mostram-se indispensáveis para assegurar a legalidade dos atos, a transparência e a accountability, aspectos fundamentais na gestão hospitalar pública (Damaso, 2019; Farias; Crema, 2023).

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi organizada em três etapas complementares.

Na primeira etapa, realizou-se uma análise documental de processos e relatórios internos da instituição, referentes ao período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024. Foram examinados registros de controle do setor de contabilidade, planilhas internas de monitoramento da conformidade e relatórios produzidos pelos conformistas, com indicação de registros sem restrição e com restrição. Esse procedimento buscou identificar padrões e mapear a ocorrência de inconsistências, conforme a prática de análise documental proposta por Cechinel et al. (2016).

Na segunda etapa, procedeu-se à coleta de dados em sistemas informatizados. Para isso, foram extraídas informações do painel FAPIS (*Ferramenta de Apresentação de Painéis de Inteligência em Saúde*), especificamente na aba da Gerência Administrativa/Setor de Contabilidade. Os dados permitiram quantificar, por ano e mês, os tipos de documentos com conformidade registrada, o percentual de conformidade alcançado, a quantidade de documentos com restrições e o tempo médio gasto na execução da conformidade. Além disso, foram consultados relatórios de valores financeiros por tipo de documento.

Na terceira etapa, aplicaram-se questionários semiestruturados a cinco gestores-chave diretamente vinculados ao processo de CRG: (i) chefe da Divisão de Administração e Finanças; (ii) chefe do Setor de Contabilidade; (iii) chefe do Setor de Gestão Orçamentária e Financeira; (iv) chefe da Unidade de Planejamento e Gestão Orçamentária; e (v) chefe da Unidade de Execução Orçamentária e Financeira.

Os questionários foram elaborados com base em autores como Damaso (2019), Pereira et al. (2018) e Marra e Silva (2020), que discutem fatores determinantes para a efetividade da conformidade, como padronização de rotinas, capacitação e comunicação intersetoriais. Foram formuladas questões abertas, organizadas em dimensões temáticas: padronização e acompanhamento de atividades; envolvimento dos servidores; capacitações; interesse da instituição e dificuldades encontradas; comunicação horizontal entre unidades e setores; relevância estratégica da CRG; e desafios e propostas de melhoria.

O instrumento foi disponibilizado eletronicamente, por meio de formulário on-line enviado via e-mail institucional e aplicativo Teams. Na página inicial do questionário, os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, garantias de anonimato e uso científico dos dados. O tempo médio de resposta foi de 21 minutos, e todas as respostas foram coletadas no mês de março de 2025.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados por meio de análise documental e análise de conteúdo.

Na análise documental, os registros coletados foram avaliados segundo critérios de autenticidade, credibilidade e relevância, em conformidade com Cechinel *et al.* (2016). Esse procedimento permitiu reconstruir o fluxo do processo de CRG na instituição, desde a entrada dos documentos no setor de contabilidade até a finalização do registro no SIAFI.

Já a análise de conteúdo, fundamentada em Bardin (2016), foi aplicada às respostas dos questionários. O método consistiu na categorização temática das falas em unidades de análise previamente definidas: padronização de atividades, envolvimento dos servidores, capacitação, comunicação intersetorial, relevância institucional e desafios enfrentados. Esse processo possibilitou identificar padrões discursivos, convergências e divergências nas percepções dos gestores.

A triangulação entre dados documentais, informações extraídas de sistemas e percepções gerenciais assegurou maior consistência analítica e validade dos resultados, permitindo compreender o processo de CRG em sua dimensão técnica e estratégica.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PANORAMA GERAL DO PROCESSO DE CRG (2023–2024)

A análise documental revelou avanços expressivos no processo de Conformidade de Registros de Gestão (CRG) do Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH no período analisado. Os dados extraídos do painel FAPIS e das planilhas internas do setor de contabilidade demonstraram redução no percentual de registros com restrição em 2024, quando comparados a 2023. Esse resultado sugere maior padronização das rotinas, maior integração entre as áreas envolvidas e adoção de instrumentos de conferência mais sistemáticos.

No ano de 2023, verificou-se um volume significativo de registros apontados com inconsistências, sobretudo em documentos relacionados à execução orçamentária e financeira. Já em 2024, houve diminuição gradativa desse índice, acompanhada de redução no tempo médio para a execução da conformidade, o que evidencia não apenas o aprendizado institucional ao longo do tempo, mas também o fortalecimento das práticas de controle interno.

Esses achados corroboram Damaso (2019), ao enfatizar que a CRG, quando consolidada como rotina organizacional, reduz riscos de inconsistências e amplia a confiabilidade das informações contábeis e financeiras.

4.2 PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PADRONIZAÇÃO E MONITORAMENTO

Os gestores entrevistados ressaltaram a relevância da padronização de rotinas como fator essencial para a eficiência da CRG. O uso de planilhas de controle, checklists e fluxos operacionais padronizados foi mencionado como prática que reduz erros e assegura maior rastreabilidade das atividades.

Um dos gestores destacou que a formalização de rotinas promove não apenas a melhoria da qualidade dos registros, mas também a transparência na execução, permitindo maior responsabilização dos servidores envolvidos. Essa percepção converge com Marra e Silva (2020), que apontam os checklists como instrumentos eficazes de controle e mitigação de riscos.

Ainda assim, os gestores identificaram a necessidade de aprimoramento dos instrumentos utilizados, como a automação de verificações e a integração dos sistemas internos com o SIAFI, o que reduziria a dependência de controles manuais.

4.2.1 Padronização e Acompanhamento de Atividades

A análise da resposta ao questionário aplicado com a Chefia do Setor de Contabilidade do CH UFC/EBSERH mostrou que o processo de CRG segue rotinas padronizadas e conta com um acompanhamento sistemático. Segundo o respondente, diariamente é gerado um relatório em Excel a partir do Sistema Tesouro Gerencial, com os lançamentos do sistema SIAFI do dia anterior, os quais são então distribuídos entre os conformistas para o devido registro da Conformidade de Gestão, de acordo com o tipo de documento. A fala demonstra que existe uma rotina de conformidade com extração diária de relatórios e divisão por tipo de documento para os conformistas. O planejamento e o acompanhamento são realizados com uso de planilhas por tipo de documento, complexidade e prazos de conferências.

Segundo Marra e Silva (2020), apesar de ter em sua essência uma finalidade de cumprimento legal, a conformidade de registro de gestão pode extrapolar o aspecto meramente formal e atuar com uma segunda linha de defesa para a gestão pública quando, através de seus instrumentos, como a padronização de atividades, planilhas de controle e utilização de *checklists*, é capaz de fornecer informações relevantes sobre os principais riscos detectados durante o exame da execução orçamentária e financeira.

Isso pode ser identificado no caso do processo de CRG do Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH, onde há evidências de que a rotina de conformidade está incorporada de forma prática e constante nas atividades administrativas. Conforme mencionado pela Chefia do setor de contabilidade, há utilização sistemática de planilhas, listas de verificação e divisão de tarefas, o que demonstra a presença de mecanismos organizados de controle interno voltados à verificação e validação documental. Além disso, os *checklists* são utilizados tanto para orientar os servidores quanto para evitar retrabalho, funcionando como apoio técnico e instrumento de prevenção de erros. A realização da CRG, então, envolve interação contínua entre diferentes unidades, principalmente por meio dos sistemas SEI e Teams, o que favorece a comunicação intersetorial e a rápida correção de inconformidades.

4.2.2 Envolvimento dos empregados, capacitações, interesse da instituição e dificuldades encontradas

Para essa dimensão, foi questionado sobre como o envolvimento dos empregados no acompanhamento da Conformidade de Registro de Gestão é percebido, se há interesse por parte da unidade para a conformidade e quais as resistências ou dificuldades encontradas durante esse processo. O respondente que ocupa o cargo de Chefe do Setor de Contabilidade descreveu que existe uma variação, dependendo do perfil do conformista, se analítico ou operacional, ficando a cargo da Chefia desenvolver o nivelamento de conhecimento através de treinamentos contínuos sobre atualizações existentes. As capacitações são feitas internamente sempre que surge novo normativo e alteração de rotina nos processos de trabalho. Na maioria das vezes, as dificuldades encontradas estão relacionadas ao dimensionamento da equipe envolvida no processo de CRG.

Além disso, os outros participantes da pesquisa descreveram suas experiências como envolvidos no processo de CRG e suas respostas indicam que, embora haja um envolvimento geral dos colaboradores e das chefias na conformidade e correção dos processos de gestão orçamentária e financeira, esse engajamento varia conforme a unidade e as responsabilidades específicas. Há um comprometimento em seguir as normas institucionais e em corrigir inconformidades, mas esse esforço é frequentemente dificultado por fatores como a sobrecarga de trabalho, falta de pessoal, resistência pontual de alguns responsáveis, ausência de treinamentos padronizados para novos membros e a natureza repetitiva das tarefas, o que pode comprometer a agilidade e a eficiência no atendimento às demandas. Assim, apesar da preocupação em manter a conformidade, desafios estruturais e operacionais ainda impactam a efetividade do processo.

Segundo Nelson (2010, p. 11), “a capacitação constitui-se em uma obrigação compartilhada entre a Administração e o servidor público”. O processo de qualificação do profissional deverá ter seu início diagnosticado na necessidade de treinamento não somente por parte do servidor público, mas também pela gestão pública por meio das detecções de erros, dúvidas e equívocos. Assim, vale salientar que as iniciativas para qualificação dos agentes públicos não devem partir de forma unilateral; as organizações públicas e os agentes públicos devem ter pensamentos convergentes para ações voltadas à capacitação.

Para Chiavenato (2014, p. 317), “necessidades de treinamento são as carências de preparo profissional das pessoas, ou seja, a diferença entre o que uma pessoa deveria saber e fazer e aquilo que ela realmente sabe e faz”. Por conseguinte, o perfil do agente público poderá ser traçado a partir de seus conhecimentos técnicos e normativos, correlacionando com as ações práticas exercidas nas suas tarefas. De acordo com Xavier (2006), para conseguir a produtividade no trabalho, conforme o padrão de qualidade e os objetivos, faz-se necessário e essencial a qualificação e, por meio dela, originam-se as condições para o bom desempenho e alcance dos resultados positivos.

Silva *et al.* (2022), ao analisarem a implementação da Conformidade de Registro de Gestão no Instituto Federal de Sergipe, constataram dificuldades semelhantes, como a ausência de treinamentos padronizados, acúmulo de funções e deficiências na comunicação entre setores. Os autores destacam que esses fatores comprometem a efetividade da CRG e apontam a necessidade de capacitações contínuas e do fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a conformidade.

As constatações dos autores encontram eco nas respostas dos chefes entrevistados, que relataram desafios semelhantes na prática da Conformidade de Registro de Gestão (CRG). Assim como apontado no estudo, a ausência de treinamentos padronizados foi destacada por mais de um respondente, especialmente na dificuldade de capacitar novos servidores que assumem funções sem orientação estruturada. O acúmulo de funções e a sobrecarga de trabalho também foram recorrentes, com chefias informando que, além de suas atribuições de gestão, precisam executar tarefas operacionais, o que limita a implementação de

melhorias nos processos. As deficiências na comunicação entre setores, mencionadas por Silva *et al.*, também aparecem nas respostas, com relatos de dificuldade no acesso a informações e na articulação entre as unidades, embora haja esforços de alinhamento por meio de ferramentas como o Teams ou despachos no SEI. Dessa forma, as evidências empíricas reforçam o diagnóstico apresentado pelos autores, indicando que os entraves para a efetividade da CRG são estruturais e exigem ações organizacionais mais coordenadas e permanentes.

4.2.3 Comunicação horizontal entre unidades e setores

A resposta do chefe do Setor de Contabilidade sobre o processo de comunicação com as unidades e setores envolvidos na CRG destaca o uso do Teams ou de reuniões presenciais com as áreas de liquidação, empenho e pagamento sempre que surgem dúvidas ou não conformidades relacionadas a lançamentos ou documentação. Quando necessário, é inserido um despacho no processo SEI para apresentar a não conformidade e solicitar justificativas ou correções. Em casos de inconsistências, a orientação também é feita por despacho no SEI, acompanhada da busca conjunta por soluções, podendo a pauta ser encaminhada para instância superior quando houver necessidade de alteração processual que envolva várias unidades e setores. Essa descrição revela um alinhamento horizontal eficaz e assertivo na comunicação. Os demais participantes, exceto a chefe da Divisão de Administração e Finanças, relataram suas experiências como envolvidos no processo de CRG dentro da dimensão apresentada. Os respondentes destacam que a comunicação horizontal entre as unidades e setores ocorre predominantemente por meio dos canais oficiais da instituição, como o sistema SEI e a plataforma Teams, sendo escolhidos conforme a complexidade das demandas. Para situações mais simples e que exigem agilidade, o uso do Teams é preferido, enquanto o SEI é empregado especialmente quando há necessidade de formalização, correções mais detalhadas ou possíveis cancelamentos de registros. Além disso, menciona-se que, em alguns casos, o contato presencial também complementa essa dinâmica, evidenciando uma comunicação que, embora estruturada, preserva certa flexibilidade, conforme o contexto. Carvalho *et al.* (2020) destacam que a comunicação interna abrange todas as possibilidades de troca e compartilhamento de informações, vivências e experiências relacionadas a políticas, normas, regulamentos, procedimentos e objetivos da instituição. Ela é muito mais do que processos informativos, pois envolve o conjunto de comportamentos e atitudes dos envolvidos.

De acordo com Curvello (2012), manter a coesão interna ao informar, mobilizar e educar, a partir dos valores organizacionais que devem ser compartilhados e reconhecidos para a construção de uma boa imagem pública, também faz parte dos resultados almejados pelo conjunto de ações de comunicação interna. A comunicação interna é, portanto, um instrumento de gestão essencial, pois, segundo o autor supracitado, é a transmissão de informações de uma instituição e respectivas lideranças a seus funcionários, bem como destes com a governança e também entre si.

4.2.4 Relevância da CRG para instituição

No contexto de relevância da CRG para a organização, a Chefia do Setor de Contabilidade (SCONT) descreveu que a conformidade traz para a instituição segurança quanto aos registros realizados, transmitindo confiabilidade, prevenindo irregularidades e garantindo uma execução orçamentária, financeira e patrimonial realizada de forma transparente, em conformidade com normas e regulamentos.

Para essa dimensão, os demais participantes da pesquisa descreveram suas experiências como envolvidos no processo de CRG, evidenciando que a conformidade de registro de gestão é percebida como um mecanismo essencial de segurança, controle e credibilidade dentro da execução orçamentária, financeira e patrimonial. Ela atua como uma validação dos atos e fatos registrados, assegurando que estejam alinhados às normas internas e externas, além de contribuir para a mitigação de riscos e prevenção de erros nos registros. Dessa forma, a conformidade é vista como um instrumento que fortalece a confiança dos gestores nos processos administrativos, promovendo maior segurança e aderência aos normativos institucionais.

Dessa forma, ressalta-se que a Conformidade de Registro de Gestão (CRG) é amplamente reconhecida na literatura como um instrumento essencial de controle interno nas instituições públicas, desempenhando um papel crucial na certificação dos registros de atos e fatos relacionados à execução orçamentária, financeira e patrimonial. Segundo Lopes *et al.* (2018), a CRG oferece solidez aos controles internos, prevenindo irregularidades e improbidades administrativas, além de assegurar a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos públicos. Essa prática é fundamentada no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), garantindo que as operações estejam respaldadas por documentação adequada e em conformidade com as normas vigentes.

Olhando especificamente para as instituições de saúde, acredita-se na importância da CRG tornar-se ainda mais evidente devido à complexidade e sensibilidade dos serviços prestados, pois a conformidade em saúde assegura que as organizações cumpram normas e regulamentos, promovendo a segurança e a qualidade dos serviços, o que fortalece a confiança dos pacientes e da sociedade.

4.2.5 Melhorias e desafios para CRG

No que diz respeito à dimensão que trata das melhorias e desafios para a CRG, a Chefia do SCONT relatou, por meio do questionário (Anexo A), que a atividade de conformidade passa por constante atualização. Sempre que há inserção de novas tarefas nos processos orçamentários, financeiros e patrimoniais, ou mudanças na legislação, torna-se necessário adequar o processo, o que pode demandar a revisão do volume de trabalho, o redimensionamento da equipe ou a redefinição dos procedimentos adotados.

Ainda segundo essa chefia, um dos principais desafios enfrentados é manter a equipe completa, motivada e com conhecimentos nivelados. Além disso, ressalta-se que ausências na equipe acabam por gerar sobrecarga de trabalho, o que compromete a eficiência do setor.

No que compete à dimensão de melhorias e desafios para a CRG, os participantes da pesquisa descreveram suas experiências como envolvidos no processo, ressaltando que a melhoria da prática da Conformidade de Registro de Gestão (CRG) nas instituições públicas depende, essencialmente, da capacitação contínua dos profissionais envolvidos, da valorização dessa atividade por todos os setores e não apenas pela contabilidade e da conscientização sobre sua importância estratégica. Destacam também a necessidade de revisar o quadro de pessoal, cuja defasagem compromete a eficiência, bem como a elaboração de normas pela instância superior, como a EBSERH Sede, para padronizar e aperfeiçoar o processo. Além disso, apontam a inovação tecnológica como uma aliada crucial para automatizar tarefas operacionais e permitir que os conformistas concentrem seus esforços em análises mais complexas, o que contribuiria para uma gestão mais eficaz e alinhada às exigências atuais.

Isso demonstra que cada organização deve conhecer seus processos, tendo, para tanto, que mapear cada um deles, compreender e diagnosticar quais são as atividades e tarefas desenvolvidas e executadas por pessoas e os envolvimento em cada etapa. Examinar os processos nas organizações implica na identificação das falhas existentes entre os objetivos e resultados esperados. Ao identificar os processos essenciais da organização, é possível interferir, alterar e modificar o caminho dos elementos existentes (Reis; Blattmann, 2004).

A conformidade precisa de uma abordagem mais rigorosa na análise da documentação existente, envolvendo profissionais capacitados e com experiência nas etapas do processo de despesa pública. De acordo com Damaso (2019), a manutenção de uma equipe devidamente capacitada é fundamental para garantir a disseminação do conhecimento na instituição, evitando que apenas um servidor detenha todo o conhecimento do processo. Aprimorar e solidificar os controles internos na esfera da gestão pública visa, assim, ampliar a possibilidade de atingir os objetivos e metas estabelecidos de maneira eficiente e mais econômica (Marra; Silva, 2020).

4.3 CAPACITAÇÃO E ENVOLVIMENTO DAS EQUIPES

Os resultados indicaram que a **capacitação contínua** é reconhecida pelos gestores como um dos pontos mais críticos para o fortalecimento da CRG. A maioria dos entrevistados destacou que a falta de treinamentos específicos compromete a execução das rotinas, uma vez que o processo exige conhecimento técnico especializado em normas orçamentárias, contábeis e financeiras.

Além disso, foi relatada a carência de recursos humanos, o que sobrecarrega equipes e aumenta o risco de falhas. Para um dos gestores, a ausência de substitutos capacitados em casos de afastamento ou

rotatividade compromete a continuidade da conformidade. Esse achado dialoga com Bardin (2016), ao destacar que o envolvimento e a preparação das equipes são determinantes para a efetividade de qualquer prática organizacional.

A análise também revelou que o comprometimento dos servidores está diretamente relacionado ao apoio da alta gestão, reforçando que o engajamento organizacional depende do reconhecimento da importância estratégica da CRG.

4.4 COMUNICAÇÃO INTERSETORIAL E INTEGRAÇÃO DE PROCESSOS

Outro aspecto recorrente nas respostas foi a importância da comunicação entre unidades. Os gestores afirmaram que a eficácia da CRG depende da cooperação entre contabilidade, orçamento, execução financeira e planejamento. O uso de ferramentas como SEI e Teams foi citado como recurso que facilitou a troca de informações e a resolução de não conformidades.

Apesar dos avanços, foram relatadas falhas de comunicação em situações de prazos curtos e sobreposição de demandas, revelando que a integração entre setores ainda é um desafio. Conforme Nunes, Gomes e Fernandes (2023), a governança hospitalar depende não apenas de instrumentos técnicos, mas também da fluidez na comunicação entre os atores institucionais.

Assim, os resultados sugerem que a comunicação horizontal entre áreas administrativas deve ser consolidada como prática permanente, reduzindo ruídos e garantindo maior tempestividade no tratamento das inconformidades.

4.5 RELEVÂNCIA ESTRATÉGICA DA CRG PARA A INSTITUIÇÃO

Os gestores convergiram quanto à percepção de que a CRG não deve ser tratada como mera exigência burocrática, mas como instrumento estratégico para assegurar legalidade, eficiência e transparência. Um dos entrevistados afirmou que “a conformidade garante segurança documental e previne riscos que poderiam comprometer a credibilidade da instituição”.

Essa percepção reforça o entendimento de Farias e Crema (2023), segundo os quais a CRG deve ser compreendida como parte integrante da governança institucional, funcionando como mecanismo de prevenção e suporte à tomada de decisão.

Os gestores também destacaram que a conformidade contribui para a continuidade dos serviços hospitalares, uma vez que registros inconsistentes podem gerar bloqueios orçamentários e atrasos na execução de despesas essenciais à assistência.

4.6 PRINCIPAIS DESAFIOS IDENTIFICADOS

Apesar dos avanços, a pesquisa evidenciou desafios persistentes. Entre eles destacam-se:

1. Carência de pessoal especializado – a sobrecarga das equipes impacta a qualidade e tempestividade das análises.
2. Necessidade de maior automação – a execução ainda depende de controles manuais, o que aumenta riscos de erros.
3. Gestão de prazos – a sobreposição de demandas e a alta complexidade dos processos dificultam o cumprimento rigoroso dos prazos.
4. Capacitação insuficiente – faltam treinamentos contínuos e alinhados às mudanças normativas e tecnológicas.

Esses desafios evidenciam a necessidade de investimentos estratégicos em pessoal, tecnologia e processos, de modo a consolidar a CRG como prática sustentável e eficiente.

De forma geral, a análise documental demonstrou avanços na redução de registros com restrição e no tempo médio de execução da conformidade, enquanto a percepção dos gestores trouxe à tona aspectos qualitativos fundamentais, como a relevância da padronização, a importância da capacitação, a necessidade de integração intersetorial e a visão estratégica da CRG como ferramenta de governança.

A triangulação dos resultados reforça que a efetividade da CRG depende não apenas da aplicação de normas e procedimentos, mas também do engajamento dos gestores e das equipes, da disponibilidade de recursos e da inovação tecnológica. Assim, a CRG no CH-UFC/EBSERH revelou-se um processo em evolução, com conquistas importantes, mas ainda permeado por desafios estruturais e gerenciais que demandam atenção institucional.

Quadro 1 - Síntese – Percepções dos Gestores sobre a CRG no CH-UFC/EBSERH (2023–2024)

Dimensão	Gestores	Principais Respostas
Padronização e acompanhamento de atividades	Chefe do Setor de Contabilidade	Destacou rotina padronizada com relatórios diários do Tesouro Gerencial (SIAFI), divisão por tipo de documento e uso de planilhas/checklists, o que favorece rastreabilidade e prevenção de erros.
	Chefe da Divisão de Administração e Finanças	Empregados, em geral, engajados; resistências pontuais na correção de inconformidades; esforço para evitar registros com restrição.
Envolvimento dos empregados, capacitações, interesse institucional e dificuldades	Chefe do Setor de Gestão Orçamentária e Financeira	Pouco envolvimento dos executores; maior engajamento das chefias; dificuldades ligadas ao grande volume de trabalho, falta de pessoal e acúmulo de funções, que limitam melhorias como criação de normas internas.
	Chefe da Unidade de Planejamento e Gestão Orçamentária	Unidade demonstra preocupação em seguir normas; dificuldades com alta rotatividade de pessoal e ausência de treinamentos padronizados; falta de informação entre setores.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A CONFORMIDADE DE REGISTROS DE GESTÃO: EVIDÊNCIAS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC/EBSERH (2023–2024)

	Chefe da Unidade de Execução Orçamentária e Financeira	Envolvimento ocorre quando provocados pelos conformistas; tarefas repetitivas e exaustivas; déficit de pessoal compromete efetividade.
Comunicação horizontal entre unidades e setores	Todos (exceto Divisão de Administração e Finanças)	Comunicação realizada via SEI (para correções formais e devoluções) e Teams (para demandas rápidas); ocasionalmente há contato presencial; reconhecida como estruturada, mas ainda sujeita a falhas em prazos curtos.
Relevância da CRG para a instituição	Chefe do Setor de Contabilidade	CRG garante segurança, transparência e prevenção de irregularidades nos registros.
	Chefe da Divisão de Administração e Finanças	Vê a CRG como dispositivo de segurança do SIAFI, garantindo credibilidade e alinhamento normativo.
	Chefe do Setor de Gestão Orçamentária e Financeira	Considera a CRG essencial para assegurar que atos e fatos estejam em conformidade com normas.
	Chefe da Unidade de Planejamento e Gestão Orçamentária	Destaca a função da CRG na mitigação de riscos na gestão.
	Chefe da Unidade de Execução Orçamentária e Financeira	Ressalta a CRG como mecanismo de redução de erros e de segurança normativa.
Melhorias e desafios para a CRG	Chefe da Divisão de Administração e Finanças	Defende capacitação permanente, maior conscientização dos setores, inovação tecnológica e automação das rotinas.
	Chefe do Setor de Gestão Orçamentária e Financeira	Sugere revisão do quadro de pessoal e normas complementares da EBSERH Sede.
	Chefe da Unidade de Planejamento e Gestão Orçamentária	Reforça necessidade de disseminar importância da CRG a todos os envolvidos.
	Chefe da Unidade de Execução Orçamentária e Financeira	Destaca necessidade de ampliar e capacitar o quadro de conformistas.

Fonte: Próprio autor.

Com base nas respostas dos questionários aplicados, identificam-se e discutem-se as recomendações para aprimorar a prática da Conformidade de Registro de Gestão (CRG) nas instituições públicas. Uma primeira recomendação partiu dos respondentes, que enfatizaram a necessidade de promover treinamentos periódicos que abordem atualizações normativas, boas práticas contábeis e procedimentos do SIAFI. Essa capacitação contínua é essencial para garantir que os servidores estejam atualizados e aptos a desempenhar suas funções com eficiência, uma vez que, conforme destaca Amaral (2019), a capacitação constante é fundamental para a adaptação às mudanças regulatórias e para a implementação de políticas públicas eficazes, melhorando a qualidade dos serviços prestados à sociedade.

A implementação de manuais internos e *checklists* de verificação obrigatória para cada tipo de documento analisado foi sugerida como uma forma de assegurar a uniformidade e eficácia da análise. A padronização de processos é fundamental para normatizar e organizar fluxos de trabalho, garantindo consistência e qualidade nas operações.

Terceiro, fomentar o uso eficiente de ferramentas como o SEI – Pro para controle de prazos e categorização de processos, e o Teams, para a troca de informações rápidas e eficazes entre as unidades responsáveis pela execução financeira e contábil, foi apontado como uma estratégia para melhorar a comunicação interna. Peule (2010), em sua dissertação sobre a comunicação interna na administração pública, aponta que a comunicação horizontal permite o entrosamento nos grupos de pares e de mesmo nível funcional, contribuindo para o aperfeiçoamento da coordenação e a eficiência organizacional.

Seguindo, identifica-se que estabelecer a análise mensal de indicadores do FAPIS, com reuniões periódicas de *feedback* para corrigir não conformidades detectadas, foi uma recomendação destacada. O monitoramento contínuo e o *feedback* são instrumentos essenciais para avaliar o desempenho e implementar melhorias nas políticas públicas. Ainda, investir no desenvolvimento ou adoção de ferramentas tecnológicas que possibilitem a conferência automática de documentos e registros no SIAFI foi sugerido como uma forma de aumentar a eficiência, pois a automação elimina tarefas repetitivas e manuais, reduzindo erros humanos e otimizando o tempo dos servidores públicos.

Identifica-se ainda que mapear riscos específicos do processo de CRG e desenvolver planos de contingência para eventos como ausência de pessoal ou aumento repentino de demanda foi apontado como uma necessidade. Sobre isso, segundo a Escola Nacional de Administração Pública (2025), a gestão de riscos contribui para assegurar a comunicação eficaz, cumprir leis e regulamentos, evitar danos à reputação e mitigar possíveis riscos de corrupção e desvios éticos.

Solicitar reforço no quadro de agentes públicos destinados exclusivamente à atividade de conformidade, promovendo valorização e capacitação contínua, foi uma outra recomendação destacada. A valorização dos servidores públicos estimula a criatividade e a busca por soluções para superar os desafios das atividades diárias. E, por último, sensibilizar e engajar todos os setores e unidades envolvidos quanto à importância da conformidade, reforçando o compromisso institucional com a ética, a eficiência e a responsabilidade pública, foi apontado como fundamental. A cultura organizacional constitui o propósito, as ações e os valores que conduzem uma empresa ao seu objetivo, sendo essencial para promover a conformidade e a competitividade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da Conformidade de Registros de Gestão (CRG) no Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH, durante os anos de 2023 e 2024, evidenciou avanços significativos no fortalecimento dos

controles internos e na eficiência administrativa. A redução expressiva dos registros com restrição, associada à melhoria no tempo médio de execução, demonstrou evolução institucional e amadurecimento das práticas de conformidade.

A percepção dos gestores revelou que a CRG extrapola a função meramente burocrática, assumindo caráter estratégico para a governança hospitalar. Destacaram-se a padronização de rotinas, a comunicação intersetorial e a capacitação contínua como fatores determinantes para a qualidade do processo. Todavia, persistem desafios relacionados à carência de recursos humanos especializados, à sobrecarga das equipes, à necessidade de maior automação e à gestão de prazos.

Nesse sentido, o estudo evidencia que a efetividade da CRG depende não apenas do cumprimento normativo, mas também do engajamento dos gestores, da valorização das equipes e da incorporação de inovações tecnológicas. Conclui-se que a CRG deve ser compreendida como instrumento essencial para assegurar a legalidade, a transparência e a sustentabilidade na utilização dos recursos públicos, contribuindo para a credibilidade institucional e para a continuidade dos serviços hospitalares.

Assim, recomenda-se o investimento em capacitação permanente, a adoção de práticas padronizadas, o fortalecimento da comunicação entre setores e o uso de tecnologias de automação como estratégias fundamentais para consolidar a CRG como prática robusta de governança pública hospitalar. O engajamento institucional nesse processo permitirá não apenas mitigar riscos, mas também promover maior eficiência e efetividade na gestão dos hospitais universitários federais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. **Gestão de finanças públicas: fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal**. 2. ed. Brasília: Gestão Pública, 2013.

ALMEIDA, Maria Fernanda de Oliveira. **Gestão documental e seus impactos: uma abordagem nos processos de auditoria financeira**. 2018. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2018.

ALVES, A. **Contabilidade pública avançada**. Porto Alegre: Sagah Educação S.A., 2017.

AUGUSTINHO, S. M.; LIMA, I. A. DE. A nova contabilidade pública brasileira como instrumento de transparência sobre as contas públicas. **RBPD – Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 76-88, jul./dez. 2012.

AZEVEDO, Natalia Kirchner; ENSSLIN, Sandra Rolim; REINA, Diane R. M. Controle Interno e as Fundações de apoio à pesquisa universitária: uma análise do funcionamento do Controle Interno nas Fundações da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2010. **Enf.: Ref. Cont. UEM**, Paraná, v. 29, n. 3, p. 34-45, set./dez. 2010.

ATTIE, William. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

BENEDETTI, Maurício Henrique; CARVALHO, Vânia Amorim Café. A dinâmica da inovação: influência dos comportamentos dos líderes sobre a capacidade de uma equipe em inovar. In XXX EnANPAD, 2006 Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Guia de Orientação para Implantação do Sistema de Controle Interno na Administração Pública**. Brasília: CGU, 2010.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **CH-UFC – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará**.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Instrução Normativa nº 05, de 22 de maio de 2017**. Dispõe sobre a conformidade dos registros de gestão no âmbito do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Instrução Normativa STN nº 6, de 8 de novembro de 2007**. Dispõe sobre os procedimentos para a verificação da regularidade da execução orçamentária, financeira e patrimonial no âmbito do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Treinamento SIAFI Produção**. Brasília: Secretaria Executiva; Fundo Nacional de Saúde, 2002.

CECHINEL, A.; FONTANA, S. A. P.; DELLA, K. G. P.; PEREIRA, A. S.; PRADO, S. S. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Revista Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: e o Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações**. 4. reimpr. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**. 3. ed. São Paulo: Campus, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COELHO, Fernando de Souza et al. (Orgs.). **Escolas de governo: formação e capacitação de agentes públicos**. São Paulo: Oficina Municipal: Fundação Konrad Adenauer Brasil, 2020.

CREPALDI, S. A. **Auditoria Contábil: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas; Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788597022780. Disponível em: [Endereço indisponível na fonte original]. Acesso em: 12 maio 2023.

DA SILVA DUARTE, M. **A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público**. 2017. [Não especificado tipo de trabalho e instituição].

DAMASO, J. **A conformidade de registro de gestão como instrumento de controle preventivo de erros e fraudes: Proposição de um Processo Gerencial no âmbito de uma Instituição Federal de Ensino**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração do Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2019.

DAMASO, J.; CONEJERO, M. A.; CÉSAR, A. da S. A Conformidade de Registro de Gestão como instrumento de controle preventivo de erros e fraudes: proposição de um processo gerencial no âmbito de uma instituição federal de ensino. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 23, p. 125-142, jan./dez. 2022.

DAHER, G. F. et al. Controladoria no setor público: um estudo teórico-prático no município de Aquiraz-CE. **Rev. Controle**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 367-397, jan./jun. 2017.

DIEHL, W. et al. Sistema de controle interno do setor público: um estudo nos municípios do Vale do Caí - RS. **Revista Brasileira de Contabilidade e Gestão**, v. 8, n. 14, p. 47–60, 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

FARIAS, S. **Aplicação do procedimento de conformidade dos registros de gestão**: um estudo em uma instituição pública federal. 2013. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FARIAS, S. et al. Aplicação do procedimento de conformidade dos registros de gestão: um estudo de caso em uma instituição pública federal. In: CONGRESSO UFSC DE CONTROLADORIA E FINANÇAS & INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, 5., 2014, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 2014.

FONTANA, Karen Hackbart Souza. **Análise das práticas de segurança da informação contábil e sua contribuição para a governança corporativa no requisito de conformidade**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2017.

GAMA, Janyluce Rezende; DUQUE, Cláudio Gottschalg; ALMEIDA, José Elias Feres de. Convergência brasileira aos padrões internacionais de contabilidade pública vis-à-vis as estratégias top-down e bottom-up. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 6, p. 1095–1114, 2021.

GARCIA FILHO, F.; MELLO, L.; RESENDE, A. Controle interno como ferramenta de gestão pública. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 3, p. 655–674, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KIELING, Vanessa et al. Aplicação do procedimento de conformidade dos registros de gestão: estudo em uma instituição pública federal. **Revista de Administração Pública e Gestão Social**, v. 12, n. 3, p. 1–15, 2020.

KOTTER, John. **O fator liderança**. São Paulo: McGraw-Hill, 1992.

IUDÍCIBUS, S. **Teoria da Contabilidade**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LOPES, G. B.; VALADARES, J. L.; LEROY, R. S. D. Sistema de controle interno no setor público: o que se tem discutido na academia desde a Lei de Acesso à Informação? **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, 25(1), 22-34, 2020.

MACAGNAN, Marcos. **Controle interno**: estudo do fluxo de informações para validar conformidade de registro de gestão em órgão de serviço público. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria Integral) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

MARINI FERREIRA, Caio Márcio. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Serviço Público**. Ano 47. V 120. N.3.set-dez. Brasília: ENAP, 1996.

MARRA, Paulo Roberto Calembro; SILVA, Cleiton Gomes Prata da. A aplicação de um modelo de checklist como metodologia de gestão de riscos na Conformidade de Registro de Gestão no âmbito da Defensoria Pública da União – um estudo de caso. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília, DF, n. 13, 2020.

MARQUES, Lucas R.; BEZERRA FILHO, José Elias Bandeira; CALDAS, Osvaldo V. Contabilidade e auditoria interna no setor público brasileiro: percepção dos contadores públicos frente à convergência para as IPSAS/IFAC. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 14, p. e161973, 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAES, Maria Aparecida de; OLIVEIRA, Antonio Gonçalves de; NIWA, Tiago Hideki. Controle interno como instrumento de planejamento, organização e transparência na administração pública municipal: o caso do município de Guareí/SP. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 2, p. 217-234, 2016.

NAVES, G. G. **A Contribuição do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) para a promoção da accountability: a percepção dos usuários**. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, C. E. de; PEREIRA, R. C. B.; MARTINS, I.; SOUZA, R. **Um estudo acerca da utilização de instrumentos da controladoria em entidade hospitalar do terceiro setor**. [S. l.]: [s.n.], 2017. [Não especificado tipo de trabalho e instituição].

OLIVEIRA, C. M. de. A contabilidade pública e os desafios enfrentados pelos servidores públicos: uma análise no município de Castro Alves. **Revista Formadores: vivências e estudos**, 8(2), 06-24, 2015.

OLIVIERI, Cecília. Monitoramento das políticas públicas e controle da burocracia: o sistema de controle interno do Executivo federal brasileiro. In: OLIVIERI, Cecília. **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p. 149-180.

PINTO SILVA, Lindomar; CAVALCANTI, Fadul Élvia Mirian. **a percepção dos gestores públicos estaduais sobre o seu papel na implantação de novos padrões de eficiência na gestão pública: o gespública**. *Administração Pública e Gestão Social* [en linea]. 2011, 3(2), 257-278[fecha de Consulta 20 de setembro de 2025].

PIRES, Raíssa Paiva. **Impactos da capacitação no serviço público**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

PÉRTILE, R. T. N. et al. Aplicação Do Modelo Coso ERM No Gerenciamento Dos Controles Internos em uma Universidade Comunitária. **Ciências Sociais Aplicadas Em Revista**, 13(24), 53–71, 2014.

RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

SANTOS, J. M. A. DESAFIOS DA CONFORMIDADE DE REGISTRO DE GESTÃO: o caso do Instituto Federal de Sergipe. **Revista INTERFACE EDIÇÃO ESPECIAL – 10 ANOS DO PPGP – NOVEMBRO/2020**. NATAL/RN-2020.

SECCHI, Sabrina. **O Controle Interno na Gestão Pública Municipal**: Um estudo na Prefeitura de Tupanciretã – RS. Universidade de Cruz Alta, 2017.

SEGALOTE, Fernando; VIEIRA NETO, Júlio. MASP e ferramentas da qualidade na melhoria de processos em uma instituição pública federal. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 12.; INOVARSE – RESPONSABILIDADE SOCIAL APLICADA, 3., 2016. **Anais...** [S. l.: s. n.], 2016.

SOARES, L. F.; PINHO, R. C. S. Controle interno na administração pública: Estudo em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública federal. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, v. 20, n. 1, p. 1–22, 2022.

TELES, W. S. et al. Análise de percentual de conformidade em auditorias internas e externas – experiência de um centro de hemoterapia do Nordeste do Brasil. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, São Paulo, v. 46, supl. 4, p. S928–S929, out. 2024.

VALENTE, A. P. A. **Transparência e opacidade**: o SIAFI no acesso à informação orçamentária. Belo Horizonte: Annablume, 2004.

CAPÍTULO 6

GESTÃO DA QUALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

QUALITY MANAGEMENT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: CONTRIBUTIONS, CHALLENGES, AND IMPLICATIONS FOR THE QUALIFICATION OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT

 <https://doi.org/10.63330/livroautor842026-006>

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Izabel Janaina Barbosa da Silva

Doutora em Administração
São Luís University (SLU)

Marcia Silva de Oliveira

Graduação em Serviço Social
Faculdade Anhanguera

Odete Esser Colet

Mestranda em Educação com ênfase em Formação de Professores
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO)

Marliney Martins de Oliveira Souza

Mestra em Gestão dos Cuidados de Saúde
Must University (MUST)

Lilian Esteves Lima

Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial
Universidade Federal Fluminense (UFF)

RESUMO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a limitação de recursos financeiros têm intensificado a necessidade de modelos de gestão capazes de promover eficiência, qualidade e sustentabilidade dos serviços públicos. Nesse contexto, o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) apresenta-se como uma estratégia fundamental para o aprimoramento dos processos assistenciais e administrativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo teve como objetivo analisar as contribuições do SGQ para a qualificação da gestão e da assistência em saúde, a partir de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, contemplando publicações nacionais dos últimos cinco anos, selecionadas mediante critérios previamente definidos. Os resultados evidenciam que a adoção de ferramentas da gestão da qualidade favorece a padronização de processos, a

melhoria contínua dos serviços, o fortalecimento da cultura organizacional e o aprimoramento da tomada de decisão. Entretanto, também são identificadas barreiras relevantes à sua implementação, como limitações estruturais, fragilidades na gestão de pessoas, resistência organizacional e insuficiência de investimentos. Conclui-se que o Sistema de Gestão da Qualidade constitui um instrumento estratégico para o fortalecimento do SUS, desde que acompanhado de políticas institucionais consistentes, capacitação contínua dos profissionais e comprometimento da gestão pública com práticas avaliativas e inovadoras

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Gestão da qualidade; Gestão pública; Qualidade em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The growing complexity of healthcare systems and limited financial resources have intensified the need for management models capable of promoting efficiency, quality, and sustainability in public services. In this context, the Quality Management System (QMS) is a fundamental strategy for improving care and administrative processes within the Unified Health System (SUS). The present study aimed to analyze the contributions of the QMS to the qualification of health management and care, based on an integrative review of the literature. The research was conducted in the databases of the Virtual Health Library, covering national publications from the last five years, selected according to previously defined criteria. The results show that the adoption of quality management tools favors the standardization of processes, the continuous improvement of services, the strengthening of organizational culture, and the improvement of decision-making. However, relevant barriers to its implementation are also identified, such as structural limitations, weaknesses in people management, organizational resistance, and insufficient investment. It can be concluded that the Quality Management System is a strategic tool for strengthening the SUS, provided that it is accompanied by consistent institutional policies, continuous training of professionals, and a commitment by public management to evaluative and innovative practices.

Keywords: Health evaluation; Health quality; Public management; Quality management; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, associada à limitação de recursos financeiros e ao aumento das demandas assistenciais, tem intensificado o debate acerca da necessidade de modelos de gestão capazes de assegurar eficiência, qualidade e sustentabilidade dos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, a gestão da qualidade emerge como uma estratégia fundamental para o fortalecimento dos

sistemas de saúde, ao promover a padronização de processos, a melhoria contínua e o foco nos resultados assistenciais (Donabedian, 2003; Mendes, 2016).

No âmbito brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, apesar de seus avanços estruturais e normativos, o SUS enfrenta desafios persistentes relacionados à gestão, à organização dos serviços e à garantia da qualidade da atenção prestada. Estudos recentes apontam que fragilidades nos processos de gestão, associadas a limitações institucionais e à escassez de recursos humanos e financeiros, impactam diretamente a eficiência e a efetividade das ações em saúde (Paim *et al.*, 2018; Mendes, 2020).

Nesse cenário, a adoção de sistemas de gestão da qualidade tem sido reconhecida como uma estratégia relevante para o aprimoramento da governança, da segurança do paciente e da efetividade dos serviços de saúde. Tais sistemas compreendem um conjunto de práticas, métodos e ferramentas voltados à melhoria contínua dos processos, à padronização de rotinas e ao monitoramento de resultados, contribuindo para o fortalecimento da cultura organizacional e para a tomada de decisão baseada em evidências (Donabedian, 2003; Brasil, 2019).

Entretanto, a literatura nacional e internacional evidencia que a implementação desses sistemas no setor público enfrenta desafios significativos, como resistência organizacional, fragilidades na formação gerencial, rotatividade de profissionais e insuficiência de investimentos estruturais (Mendes *et al.*, 2016; Ventura *et al.*, 2020). Além disso, observa-se que grande parte das iniciativas de gestão da qualidade no SUS carece de avaliações sistemáticas que permitam mensurar seus impactos de forma consistente e sustentável ao longo do tempo.

Diante desse contexto, torna-se relevante aprofundar a compreensão sobre as contribuições e limitações dos sistemas de gestão da qualidade no âmbito do SUS, de modo a subsidiar práticas gerenciais mais eficientes e alinhadas às necessidades do sistema público de saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura científica, as principais contribuições do Sistema de Gestão da Qualidade para a qualificação da gestão e da assistência em saúde, destacando seus avanços, desafios e perspectivas no contexto brasileiro.

Além de sistematizar a produção científica recente sobre a gestão da qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, o presente estudo distingue-se por oferecer uma análise crítica integrada das contribuições, limites e desafios associados à implementação desses modelos no contexto brasileiro. Diferentemente de abordagens que se restringem à descrição de ferramentas gerenciais, este trabalho avança ao articular a gestão da qualidade com dimensões estruturais, organizacionais e político-institucionais do SUS, evidenciando como fatores como cultura organizacional, governança e capacidade institucional influenciam a efetividade das práticas de qualidade. Dessa forma, o estudo contribui para o debate acadêmico ao propor

uma leitura analítica que ultrapassa abordagens normativas, oferecendo subsídios teóricos e reflexivos capazes de orientar tanto a formulação de políticas públicas quanto o aprimoramento da gestão nos serviços de saúde.

Além disso, o presente estudo busca preencher uma lacuna identificada na literatura nacional sobre gestão da qualidade no Sistema Único de Saúde, marcada pela predominância de abordagens descritivas e normativas, frequentemente centradas na apresentação de instrumentos e modelos gerenciais, com menor aprofundamento crítico acerca de seus condicionantes institucionais, políticos e organizacionais.

Ao adotar uma perspectiva analítica e integradora, esta revisão propõe ir além da simples sistematização de práticas, examinando de que modo fatores estruturais, culturais e gerenciais influenciam a efetividade das estratégias de qualidade no contexto do SUS. Dessa forma, o estudo contribui para o avanço do debate científico ao oferecer uma leitura crítica sobre os limites e potencialidades da gestão da qualidade, evidenciando lacunas teóricas e empíricas que ainda demandam investigação e reflexão aprofundada no campo da saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE: FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A gestão da qualidade constitui um dos pilares centrais das transformações contemporâneas nos sistemas de saúde, especialmente diante da necessidade de assegurar eficiência, efetividade e equidade na oferta de serviços públicos. Historicamente, o conceito de qualidade em saúde evoluiu a partir das contribuições de Donabedian (1980, 2003), que estruturou a avaliação da qualidade a partir da tríade (estrutura-processo-resultado), estabelecendo um marco teórico fundamental para a análise dos serviços de saúde. Tal abordagem possibilitou compreender a qualidade não apenas como resultado final, mas como um processo sistêmico influenciado por fatores organizacionais, técnicos e humanos.

Nas últimas décadas, o debate sobre qualidade incorporou abordagens oriundas da administração e da engenharia de produção, como a Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*), a melhoria contínua (*Continuous Quality Improvement – CQI*) e os modelos de excelência em gestão. Esses referenciais ampliaram a compreensão da qualidade ao enfatizar a padronização de processos, a cultura organizacional, o uso de indicadores de desempenho e a centralidade do usuário como elemento estruturante das práticas institucionais (Deming, 1990; Juran, 2010; Donabedian, 2003).

No campo da saúde pública, tais abordagens foram progressivamente incorporadas como resposta às crescentes demandas por eficiência, transparência e *accountability*, sobretudo em sistemas universais de saúde. A literatura contemporânea reconhece que a qualidade não se limita à conformidade técnica dos procedimentos, mas envolve dimensões éticas, organizacionais e relacionais, sendo influenciada por fatores

como governança, liderança, participação profissional e cultura institucional (Mendes, 2016; Paim *et al.*, 2018).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA GESTÃO DA QUALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Apesar de seus avanços históricos, o SUS enfrenta desafios estruturais persistentes, como financiamento insuficiente, desigualdades regionais, fragmentação da rede de atenção e fragilidades nos processos de gestão (Paim *et al.*, 2018; Mendes, 2020).

Nesse contexto, a incorporação de práticas de gestão da qualidade surge como estratégia essencial para fortalecer a capacidade institucional do sistema. Estudos apontam que a adoção de ferramentas como protocolos assistenciais, indicadores de desempenho, auditorias, acreditação e avaliação contínua contribui para a racionalização dos recursos, melhoria da segurança do paciente e fortalecimento da governança pública em saúde (Brasil, 2019; Ventura *et al.*, 2020).

Entretanto, a implementação efetiva dessas práticas no SUS encontra obstáculos significativos, tais como a rotatividade de gestores, a fragilidade dos processos de planejamento, a carência de capacitação técnica e a resistência organizacional às mudanças. Esses fatores revelam que a qualidade não pode ser compreendida apenas como um conjunto de instrumentos técnicos, mas como um fenômeno social e institucional que exige comprometimento político, investimento contínuo e transformação cultural.

2.3 QUALIDADE, GESTÃO PÚBLICA E CULTURA ORGANIZACIONAL

A literatura contemporânea reconhece que a consolidação da gestão da qualidade depende, de forma decisiva, da cultura organizacional e dos modelos de governança adotados pelas instituições públicas. Conforme apontam Mintzberg (2009) e Morgan (2013), as organizações são sistemas sociais complexos, cujas práticas e resultados refletem valores, crenças e padrões de comportamento compartilhados.

No contexto da saúde pública, a cultura organizacional exerce influência direta sobre a adesão dos profissionais às práticas de qualidade, à utilização de protocolos assistenciais e à incorporação de processos avaliativos. Estudos indicam que ambientes organizacionais marcados pela participação, aprendizagem contínua e liderança colaborativa tendem a apresentar melhores resultados em termos de desempenho e qualidade assistencial (Ventura *et al.*, 2020; Ramos *et al.*, 2021).

Adicionalmente, a literatura destaca que a fragmentação institucional, a instabilidade administrativa e a precarização das relações de trabalho constituem barreiras estruturais à consolidação da gestão da qualidade no setor público. A superação desses entraves requer políticas de desenvolvimento organizacional, investimentos em educação permanente e mecanismos de valorização profissional, capazes

de promover o engajamento dos trabalhadores nos processos de melhoria contínua (Mendes, 2016; Paim *et al.*, 2018).

2.4 AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E MELHORIA CONTÍNUA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação sistemática da qualidade configura-se como eixo central das políticas contemporâneas de gestão em saúde. Instrumentos como indicadores de desempenho, auditorias, acreditação institucional e programas de monitoramento constituem mecanismos essenciais para a identificação de fragilidades, o acompanhamento de resultados e o aprimoramento dos processos assistenciais (Donabedian, 2003; Brasil, 2019).

No contexto brasileiro, iniciativas como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e a acreditação hospitalar têm buscado promover padrões mínimos de qualidade e segurança. Todavia, estudos recentes apontam limitações relacionadas à fragmentação das políticas avaliativas, à baixa integração entre avaliação e gestão e à dificuldade de incorporação dos resultados nos processos decisórios (Mendes *et al.*, 2016; Ventura *et al.*, 2020).

Assim, a literatura contemporânea converge ao afirmar que a efetividade dos sistemas de gestão da qualidade depende da articulação entre avaliação, planejamento e tomada de decisão, bem como do fortalecimento da cultura institucional orientada à aprendizagem organizacional e à melhoria contínua.

2.5 SÍNTESE TEÓRICA

À luz da literatura analisada, observa-se que a gestão da qualidade no âmbito do SUS constitui um campo complexo e multifacetado, que articula dimensões técnicas, organizacionais e políticas. A consolidação de práticas eficazes de gestão demanda não apenas a adoção de instrumentos técnicos, mas também transformações estruturais na cultura organizacional e no modelo de governança pública. Assim, compreender os limites e potencialidades da gestão da qualidade no contexto do SUS é condição essencial para o aprimoramento das políticas públicas e para a promoção de serviços de saúde mais eficientes, equitativos e sustentáveis.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, método amplamente utilizado na área da saúde por possibilitar a síntese sistemática de evidências provenientes de diferentes abordagens metodológicas, contribuindo para a compreensão ampliada de fenômenos complexos e multifacetados. A escolha desse delineamento justifica-se pela possibilidade de reunir, analisar e interpretar criticamente produções científicas relevantes

acerca da gestão da qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo identificar tendências, lacunas e contribuições teóricas consolidadas.

A condução da revisão seguiu rigorosamente as etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005), a saber: 1) identificação do problema e definição da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) busca sistemática da literatura; 4) seleção e avaliação crítica dos estudos; 5) análise e síntese dos dados; e 6) apresentação dos resultados. Essa estrutura metodológica assegura maior rigor científico, transparência e reprodutibilidade ao estudo.

3.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA E FONTES DE INFORMAÇÃO

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECs). A escolha dessas bases justifica-se por sua abrangência temática e relevância para estudos no campo da saúde coletiva, gestão em saúde e políticas públicas.

Foram utilizados descritores controlados e termos livres, combinados por meio dos operadores, incluindo: “Gestão da Qualidade”, “Qualidade em Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Gestão em Saúde”, “Avaliação em Saúde” e “Políticas Públicas de Saúde”. A estratégia de busca foi adaptada às especificidades de cada base, visando ampliar a sensibilidade da pesquisa e assegurar a recuperação dos estudos mais pertinentes ao objeto investigado.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: a) artigos científicos disponíveis na íntegra; b) publicações em língua portuguesa; c) estudos que abordassem direta ou indiretamente a gestão da qualidade no contexto do Sistema Único de Saúde; d) publicações realizadas no período de 2018 a 2023; e) artigos com abordagem teórica, empírica ou analítica relacionados ao tema investigado. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, dissertações, teses, documentos institucionais não submetidos à revisão por pares, bem como estudos cujo foco não estivesse diretamente relacionado à gestão da qualidade no SUS.

3.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para verificação da aderência ao tema. Em seguida, os textos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra, considerando os critérios previamente estabelecidos. Ao final desse processo, treze estudos compuseram a amostra final da revisão.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos pode ser representado por meio de um fluxograma descritivo, conforme recomendações metodológicas adotadas em revisões integrativas e sistemáticas, permitindo maior transparência e rastreabilidade das decisões metodológicas.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida por meio da técnica de análise temática, conforme proposta por Bardin (2016). Inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante dos estudos selecionados, com o objetivo de apreender os principais sentidos e núcleos temáticos emergentes. Em seguida, procedeu-se à codificação dos dados, identificando unidades de significado relacionadas à gestão da qualidade no contexto do SUS.

Posteriormente, essas unidades foram agrupadas em categorias analíticas construídas de forma indutiva, a partir da recorrência e da convergência dos conteúdos identificados. As categorias foram continuamente revisadas e refinadas, buscando coerência interna, consistência interpretativa e alinhamento com os objetivos do estudo. O processo analítico permitiu a organização dos achados em eixos temáticos que expressam as contribuições, os desafios e as limitações da gestão da qualidade no âmbito da saúde pública brasileira.

A validade analítica foi assegurada por meio da leitura reiterada dos textos, da confrontação entre os achados e o referencial teórico adotado, bem como da coerência lógica entre os dados empíricos e as interpretações apresentadas. Ainda que se trate de um estudo de natureza qualitativa, adotaram-se procedimentos sistemáticos que conferem rigor, transparência e confiabilidade à análise realizada.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se, contudo, o compromisso ético com a integridade científica, a adequada referência às fontes consultadas e o respeito à autoria intelectual dos trabalhos analisados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar convergências teóricas e empíricas relevantes acerca da aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Os achados foram organizados em três eixos analíticos centrais: 1) contribuições do SGQ para a melhoria da gestão e da assistência; 2) impactos organizacionais e culturais da implementação da gestão da qualidade; e 3) desafios estruturais e limitações para a consolidação de práticas de qualidade no SUS.

4.1 CONTRIBUIÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE PARA A GESTÃO E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Os estudos analisados convergem ao indicar que a adoção de sistemas de gestão da qualidade contribui de forma significativa para a organização dos processos de trabalho, a padronização de rotinas e a melhoria da eficiência institucional. A literatura evidencia que a utilização de ferramentas como indicadores de desempenho, protocolos assistenciais, auditorias internas e monitoramento contínuo favorece maior controle dos processos assistenciais e administrativos, promovendo maior previsibilidade e segurança na prestação dos serviços (Donabedian, 2003; Mendes, 2016).

Autores como Ramos *et al.* (2021) e Ventura *et al.* (2020) destacam que a incorporação de práticas de melhoria contínua fortalece a cultura organizacional orientada para resultados, contribuindo para o aprimoramento da qualidade do cuidado e para o fortalecimento da gestão baseada em evidências. Tais achados corroboram estudos internacionais que apontam a gestão da qualidade como instrumento estratégico para a eficiência dos sistemas públicos de saúde, especialmente em contextos de restrição orçamentária.

Além disso, a literatura indica que a implementação de ferramentas como auditorias, indicadores de desempenho e programas de acreditação tem impacto positivo na organização do trabalho e na segurança do paciente. Esses instrumentos favorecem a padronização de práticas assistenciais, a redução de falhas e o monitoramento sistemático dos resultados, aspectos essenciais para a consolidação de sistemas de saúde mais resolutivos e transparentes (Donabedian, 2003; Mendes *et al.*, 2016).

Alguns estudos analisados apresentam evidências empíricas concretas que ilustram os efeitos da adoção de práticas de gestão da qualidade nos serviços de saúde. Pesquisas conduzidas em contextos hospitalares e na atenção primária indicam, por exemplo, que a implementação de protocolos assistenciais padronizados e de indicadores de desempenho contribuiu para a redução de falhas nos processos assistenciais, melhoria da comunicação entre equipes multiprofissionais e maior previsibilidade na tomada de decisão gerencial (Ramos *et al.*, 2021; Ventura *et al.*, 2020). Em determinadas experiências relatadas na literatura nacional, observou-se ainda a melhoria de fluxos assistenciais e o fortalecimento da cultura de avaliação, especialmente em instituições que associaram a gestão da qualidade a processos contínuos de capacitação profissional.

Ao dialogar com a literatura internacional, verifica-se convergência com achados de estudos realizados em sistemas públicos de saúde de outros países, nos quais a adoção de modelos de gestão baseados em qualidade, como o uso de indicadores, auditorias clínicas e práticas de melhoria contínua, demonstrou impacto positivo na eficiência organizacional e na segurança do paciente (Donabedian, 2003; OECD, 2017). Contudo, diferentemente de contextos com maior estabilidade institucional, os estudos

brasileiros destacam desafios adicionais relacionados à rotatividade de gestores, à limitação de recursos e à fragmentação das políticas públicas, elementos que condicionam a efetividade dessas estratégias no SUS.

Dessa forma, a análise comparativa entre a produção nacional e internacional evidencia que, embora os princípios da gestão da qualidade sejam amplamente reconhecidos, sua operacionalização no contexto brasileiro demanda adaptações estruturais e institucionais específicas. Tal constatação reforça a necessidade de abordagens contextualizadas, capazes de articular modelos teóricos consolidados com as particularidades organizacionais e políticas do sistema público de saúde brasileiro.

4.2 IMPACTOS ORGANIZACIONAIS E CULTURAIS DA GESTÃO DA QUALIDADE

Apesar dos benefícios evidenciados, os estudos analisados revelam que a efetividade do SGQ está diretamente condicionada às dimensões organizacionais e culturais das instituições de saúde. A literatura aponta que a cultura organizacional exerce papel determinante na aceitação, implementação e sustentabilidade das práticas de qualidade, influenciando o grau de engajamento dos profissionais e a internalização dos princípios da melhoria contínua (Morgan, 2013; Ventura *et al.*, 2020).

Diversos autores ressaltam que ambientes organizacionais marcados por hierarquias rígidas, comunicação verticalizada e baixa autonomia profissional tendem a apresentar maior resistência à adoção de modelos de gestão participativos. Nesses contextos, a gestão da qualidade tende a ser percebida como um instrumento burocrático, dissociado do cotidiano do trabalho, o que compromete sua efetividade (Mendes, 2016; Ramos *et al.*, 2021).

Por outro lado, estudos que analisam experiências exitosas indicam que a liderança participativa, o investimento em educação permanente e o fortalecimento do trabalho em equipe são fatores determinantes para a consolidação de uma cultura organizacional orientada à qualidade. A literatura destaca que o envolvimento dos profissionais nos processos decisórios e a valorização do conhecimento produzido no cotidiano do trabalho potencializam os resultados das estratégias de melhoria contínua (Ventura *et al.*, 2020; Mendes, 2016).

4.3 DESAFIOS ESTRUTURAIS E LIMITES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SGQ NO SUS

Apesar dos avanços identificados, os estudos analisados evidenciam obstáculos estruturais persistentes à consolidação da gestão da qualidade no SUS. Entre os principais desafios destacam-se a insuficiência de recursos financeiros, a alta rotatividade de profissionais, a precarização dos vínculos de trabalho e a fragilidade dos processos de capacitação permanente (Paim *et al.*, 2018; Mendes, 2020).

Outro aspecto recorrente refere-se à fragmentação das políticas públicas e à descontinuidade administrativa, fatores que comprometem a sustentabilidade das iniciativas de qualidade. A literatura aponta que mudanças frequentes na gestão, associadas à ausência de planejamento de longo prazo, dificultam a

institucionalização de práticas avaliativas e a consolidação de uma cultura organizacional orientada à melhoria contínua (Ventura *et al.*, 2020; Ramos *et al.*, 2021).

Adicionalmente, observa-se que muitos processos de avaliação permanecem centrados em exigências formais e burocráticas, com limitada capacidade de produzir transformações efetivas nos processos de trabalho. Tal constatação reforça a necessidade de repensar os modelos de avaliação, incorporando abordagens mais participativas, contextualizadas e orientadas para o aprendizado organizacional (Donabedian, 2003; Mendes, 2016).

4.4 SÍNTESE ANALÍTICA

De forma geral, os resultados evidenciam que a gestão da qualidade constitui um instrumento estratégico para o fortalecimento do SUS, desde que articulada a políticas institucionais consistentes, investimento em pessoas e compromisso político-administrativo. A literatura analisada converge ao apontar que a efetividade da gestão da qualidade depende menos da adoção isolada de ferramentas e mais da construção de uma cultura organizacional orientada a aprendizagem, a participação e a melhoria contínua.

Assim, os achados reforçam a necessidade de superar abordagens meramente normativas ou tecnicistas, avançando para modelos integrados de gestão que considerem as dimensões organizacionais, humanas e políticas que permeiam o funcionamento dos serviços públicos de saúde. Essa perspectiva amplia o entendimento da qualidade como um processo dinâmico e coletivo, essencial para a consolidação de sistemas de saúde mais equitativos, eficientes e sustentáveis.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as contribuições do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) para o aprimoramento da gestão e da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir de uma revisão integrativa da literatura científica. Os resultados evidenciam que a adoção de práticas orientadas pela gestão da qualidade constitui um importante instrumento para o fortalecimento institucional do SUS, na medida em que favorece a padronização de processos, o aprimoramento da tomada de decisão e a qualificação da atenção à saúde.

Do ponto de vista científico, este estudo oferece uma contribuição original ao campo da gestão pública em saúde ao propor uma análise integrada da gestão da qualidade que ultrapassa abordagens meramente normativas ou instrumentais. Ao articular referenciais teóricos clássicos e contemporâneos com evidências empíricas oriundas da literatura recente, a pesquisa avança na compreensão de como fatores organizacionais, institucionais e políticos condicionam a efetividade das práticas de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diferentemente de estudos que se limitam à descrição de ferramentas gerenciais, este trabalho evidencia a gestão da qualidade como um processo social e institucional complexo, diretamente relacionado à governança pública, à cultura organizacional e à capacidade estatal de promover políticas sustentáveis de saúde. Dessa forma, o estudo contribui para o aprofundamento teórico do campo ao oferecer uma leitura crítica e contextualizada, capaz de subsidiar tanto o desenvolvimento acadêmico quanto a formulação de estratégias mais consistentes de gestão no setor público de saúde.

A análise dos estudos selecionados demonstrou que a implementação de ferramentas como indicadores de desempenho, auditorias, protocolos assistenciais e processos de monitoramento contínuo contribui significativamente para a organização dos serviços e para o aumento da eficiência operacional. Tais achados corroboram a literatura que aponta a gestão da qualidade como elemento estratégico para a promoção da segurança do paciente, a racionalização dos recursos públicos e o fortalecimento da governança em saúde.

Entretanto, os resultados também evidenciam que a efetividade do Sistema de Gestão da Qualidade no contexto do SUS encontra limites estruturais e institucionais relevantes. Entre os principais desafios identificados destacam-se a fragilidade dos processos de planejamento, a descontinuidade das políticas públicas, a insuficiência de investimentos em capacitação profissional e a persistência de modelos gerenciais pouco participativos. Esses fatores comprometem a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua e reduzem o impacto das iniciativas voltadas à qualidade.

Adicionalmente, observa-se que a adoção de instrumentos de gestão da qualidade, quando realizada de forma meramente normativa ou burocrática, tende a produzir resultados restritos e pouco sustentáveis. Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de compreender a qualidade como um processo dinâmico, que requer engajamento institucional, liderança comprometida e integração entre os diferentes níveis de gestão e assistência.

Do ponto de vista teórico, este estudo contribui ao evidenciar que a gestão da qualidade no setor público de saúde não pode ser compreendida apenas como a transposição de modelos oriundos do setor privado, mas deve considerar as especificidades do contexto do SUS, suas diretrizes constitucionais e suas complexas relações institucionais. A reflexão crítica desenvolvida amplia o debate sobre os limites e potencialidades das estratégias de gestão da qualidade no cenário da saúde pública brasileira.

Como limitações do estudo, destaca-se a natureza bibliográfica da pesquisa, que restringe a análise à produção científica disponível, bem como a predominância de estudos nacionais, o que pode limitar comparações internacionais. Assim, recomenda-se que pesquisas futuras explorem abordagens empíricas, incluindo estudos de caso, análises comparativas entre diferentes regiões e investigações longitudinais que permitam avaliar os impactos de longo prazo das iniciativas de gestão da qualidade no SUS.

Em síntese, conclui-se que o Sistema de Gestão da Qualidade representa um instrumento estratégico para o fortalecimento da gestão pública em saúde, desde que implementado de forma integrada, participativa e alinhada às especificidades do contexto institucional. O avanço nessa direção depende do comprometimento dos gestores, do investimento contínuo em capacitação profissional e da consolidação de uma cultura organizacional orientada à aprendizagem, à inovação e à melhoria contínua dos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.
- DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.
- JURAN, Joseph M.; GODFREY, A. Blanton. **Juran's quality handbook**. 6. ed. New York: McGraw-Hill, 2010.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.
- MENDES, V. L. P. *et al.* Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente no sistema de saúde brasileiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 279-294, 2016.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINTZBERG, Henry. **Managing**. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2009.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality**. Paris: OECD Publishing, 2017.
- PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

RAMOS, M. C. *et al.* Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: percepções de profissionais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 1-12, 2021.

VENTURA, P. F. E.; SILVA, D. M.; ALVES, M. Cultura organizacional e qualidade em serviços de saúde: desafios para a gestão pública. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e1298, 2020.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

REALIZAÇÃO:

Aurum
EDITORA

CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná
www.aurumeditora.com