

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

**Estratégias para manutenção do nível de certificação
em um hospital Acreditado com Excelência**

Belo Horizonte
2017

ELANA MARIA RAMOS FREIRE

**Estratégias para manutenção do nível de certificação em um
hospital Acreditado com Excelência**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientador (a): Dr^a Marília Alves

Belo Horizonte

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Freire, Elana Maria Ramos

Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência [manuscrito] / Elana Maria Ramos Freire. - 2017.

159 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marília Alves.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Acreditação hospitalar. 2.Enfermagem. 3.Gestão da qualidade. I.Alves, Marília. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

ATA DE NÚMERO 82 (OITENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ELANA MARIA RAMOS FREIRE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "ESTRATÉGIAS PARA MANUTENÇÃO DO NÍVEL DE CERTIFICAÇÃO EM UM HOSPITAL ACREDITADO COM EXCELÊNCIA", da aluna **Elana Maria Ramos Freire**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Bruna Figueiredo Manzo, Heloisa de Carvalho Torres, Alexandre de Pádua Carriero e Adriane Vieira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2017.

Prof. Dr. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

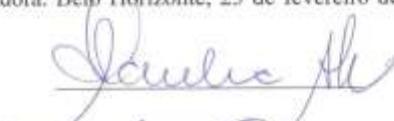
Prof. Dr. Bruna Figueiredo Manzo
(EEUFMG)

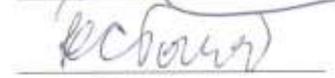
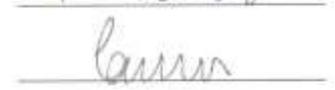
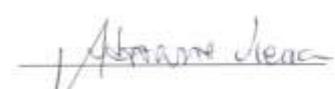
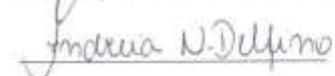
Prof. Dr. Heloisa de Carvalho Torres
(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carriero
(FACE/UFMG)

Prof. Dr. Adriane Vieira
(Esc. Enf./UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof.ª Dr.ª Marília Alves
Orientadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

HOMOLOGADO em resultado do CRG
em 13/03/17

Dedico este trabalho aos meus pais, Éder e Maria, fonte de força e inspiração, pelo amor incondicional, pela graça que trazem ao meu viver, por acreditarem em meus sonhos proporcionando condições para que eu pudesse realizá-los.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde, determinação, responsabilidade e oportunidade para chegar até aqui! Principalmente por Deus ter colado pessoas maravilhosas em minha vida para que essa caminhada se tornasse mais leve!

À minha família, meus pais (Éder e Maria) e minha irmã (Eloá), pelo apoio, incentivo nesta caminhada e compreensão de minha ausência e distância. Sem o carinho e amor de vocês nada disso seria possível.

À minha orientadora Marília Alves, grande Mestreira com a qual aprendi muito ao longo desses quatro anos. Professora, você é uma mulher admirável pela sua competência profissional e principalmente por sua capacidade de considerar o outro de forma atenciosa, amorosa e humana. Foi um prazer conhecê-la e ter você na minha vida.

Agradeço aos amigos e colegas do Nupae e da Pós-graduação em Enfermagem, pelo aprendizado e troca de experiências. Destaco minhas queridas Valéria, Cristal, Kellen, Hanna, Dani, Doane e Renata. Agradeço minha amiga Palloma, companheira especial neste percurso, pela ajuda e discussões científicas, por compartilhar comigo seus conhecimentos, experiências, sua família e principalmente me incentivar profissionalmente. Deus me abençoou muito nesta trajetória com pessoas especiais como vocês, obrigada por tudo!

Aos amigos antigos e queridos, Estefânia, Samara, Lucélia, Tiago e Kellen, que apesar da distância, sempre presentes com orações, mensagens e boas vibrações. Sinto muita falta de vocês!

Agradeço aos professores da banca de qualificação Regina Martinez, Kelly Paiva e aos demais professores da banca de defesa, pelas contribuições e aprendizado.

As secretárias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Andréia e Lucilene, pelos sorrisos nos momentos de angústia, pelo carinho, atenção e disponibilidade em ajudar sempre! Ao meu querido Professor Francisco Lana, pelo aprendizado, discussões produtivas, atenção e carinho.

À professora Selme, à coordenação do Hospital cenário do estudo e aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Obrigada pela disponibilidade e receptividade!

*“Nós somos o que fazemos repetidamente.
A excelência não é um ato, mas um hábito.”
(Aristóteles)*

RESUMO

FREIRE, E. M. R. **Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência.** 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

Em um contexto de promoção de melhorias contínuas e segurança dos serviços hospitalares, a Acreditação pela metodologia ONA, tem se destacado dentre os métodos para avaliação da qualidade de organizações de saúde. Apesar da existência de padrões e requisitos para o alcance da Acreditação, cabe a cada instituição elaborar estratégias para atender e manter estes requisitos. Assim, objetivou-se neste estudo, analisar as estratégias gerenciais para promoção de melhorias no cotidiano dos serviços de um hospital e para manutenção da certificação de Acreditado com Excelência. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa realizado em um hospital privado de grande porte, Acreditado com Excelência, localizado na cidade de Belo Horizonte- MG. Participaram da pesquisa, 22 profissionais que atuam na gerência, coordenação e assistência hospitalar, além de profissionais diretamente envolvidos no processo de Acreditação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas utilizando-se roteiro semiestruturado, análise de documentos organizacionais e observação. A análise das entrevistas se deu por meio da técnica de “Análise de Conteúdo Temática”, utilizando-se como referencial teórico a abordagem de “estratégia como prática”. Os resultados foram organizados em quatro categorias: “O processo de Acreditação no hospital: mudanças e desafios”; “Estratégias para manutenção da certificação com excelência”; “Monitoramento e controle das ações para qualidade”; e “A estratégia na visão dos profissionais e sua importância para manutenção da Acreditação”. A primeira categoria aborda a evolução do processo de Acreditação no hospital, que promoveu melhorias assistenciais, na comunicação, estrutura física, capacitação e envolvimento dos trabalhadores, segurança do paciente e do profissional, dentre outras. Como principais desafios, destaca-se: resistência profissional, obtenção de recursos, rotatividade da enfermagem e mudança de cultura. Na segunda categoria, as estratégias para manutenção da Acreditação identificadas foram: o trabalho cotidiano com os padrões de qualidade, melhorias na comunicação, capacitação de pessoal, auditorias internas e o papel estratégico da Assessoria da Qualidade. Dentre as principais ações para monitoramento das estratégias, destacam-se: o uso de indicadores, avaliações semestrais para a alta direção, satisfação do cliente, monitoramento in loco, auditorias internas e externas. A última categoria abordou à concepção de estratégia pelos profissionais, que esteve atrelada ao planejamento para alcance de resultados e para implantação de melhorias, jogo de cintura e implantação prática de ideias. Há interdependência e complementariedade entre as ações e estratégias para qualidade hospitalar. Evidencia-se a importância da comunicação para envolvimento e participação dos funcionários no processo de Acreditação, com disseminação de informações até o nível operacional. Os treinamentos constantes e as auditorias internas contribuíram para desenvolvimento de pessoal e melhoria dos processos, refletindo no trabalho cotidiano com qualidade e na manutenção da certificação.

Descritores: Acreditação hospitalar; gestão da qualidade; enfermagem.

ABSTRACT

FREIRE, E. M. R. **Strategies for maintaining the level of certification in an Accredited hospital with Excellence.** 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

In a context of promoting continuous improvements and safety of hospital services, Accreditation by the ONA methodology has been outstanding among the methods for evaluating the quality of health organizations. Despite the existence of standards and requirements for the achievement of Accreditation, it is up to each institution to devise strategies to meet and maintain these requirements. Thus, the objective was to analyze the management strategies to promote continuous improvements in the daily services of a hospital and to maintain the certification of Accredited with Excellence. This is a case study of a qualitative approach carried out in a large private hospital Accredited with Excellence, located in the city of Belo Horizonte, MG. Participated in the research, 22 professionals who work in the management, coordination and hospital care, as well as professionals directly involved in the Accreditation process. The data were collected through interviews using a semi-structured script, analysis of organizational documents and observation. The analysis of the interviews was done through the technique of "Thematic Content Analysis", using as a theoretical reference the approach of "strategy as practice". The results were organized into four categories: "The Hospital Accreditation Process: Changes and Challenges", "Strategies for Maintaining Certification of Excellence," "Monitoring and Control of Actions for Quality," and " The strategy in the view of the professionals and their importance for the maintenance of Accreditation". The first category deals with the evolution of the Accreditation process in the hospital, which promoted improvements in communication, physical structure, training and employee involvement, patient and professional safety, among others. As the main challenges, it stands out: professional resistance, obtaining of resources, nursing rotation and change of culture. In the second category, the strategies for maintenance of Accreditation identified were: daily work with quality standards, communication improvements, staff training, internal audits and the strategic role of the Quality Advisor. Among the main actions to monitor the strategies, the following stand out: the use of indicators, half-yearly evaluations for senior management, customer satisfaction, on-site monitoring, internal and external audits. The last category dealt with the understanding of strategy by professionals, which was tied to planning for achievement of results and for implementation of improvements, flexibility and practical implementation of the ideas. There is interdependence and complementarity between the actions and strategies for hospital quality. The importance of communication for employee involvement and participation in the Accreditation process is evidenced, with dissemination of information up to the operational level. Constant training and internal audits have contributed to staff development and process improvement, reflecting quality day-to-day work and certification maintenance.

Descriptors: Hospital Accreditation; Quality Management; Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estudos nacionais sobre o processo de Acreditação	34
Quadro 2- Estudos internacionais sobre o processo de Acreditação	38
Quadro3- Participantes da pesquisa, hospital X, 2015.	62
Quadro- 4: Caracterização dos participantes da pesquisa, hospital X, Belo Horizonte, 2015.	68
Quadro 5 –O processo de Acreditação no hospital: mudanças e desafios. Hospital X, Belo Horizonte, 2015.	85
Quadro 6- Fundamentos de Gestão em Saúde.....	86
Quadro 7- Estratégias para melhoria contínua da qualidade e manutenção da Acreditação com Excelência, Hospital X, Belo Horizonte, 2015.....	99
Quadro 8- Veículos de comunicação escrita no Hospital X, Belo Horizonte 2015.	103
Quadro 9- Estratégias para comunicação oral- reuniões, Hospital X, 2015.....	107
Quadro 10-Treinamentos relacionados à gestão da qualidade, hospital X, 2015,Belo Horizonte, Minas Gerais-MG.....	112
Quadro 11- Indicadores utilizados para avaliação da qualidade e alcance de metas estratégicas, hospital X, Belo horizonte, 2015	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Componentes da Qualidade Total.....	22
Figura 2- O trabalho cotidiano conforme os requisitos de qualidade para Acreditação, hospital X, Belo Horizonte, 2015.....	99
Figura 3- Estratégias para melhoria no desempenho dos processos, hospital X, 2015.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	Accreditation Canada International
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EA	Evento Adverso
IAC	Instituição Acreditadora
JCI	Joint Commission International
NPS	Núcleo de Segurança do Paciente
MBA-ONA	Manual Brasileiro de Acreditação-ONA
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPSS	Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SEH	Serviço de Epidemiologia Hospitalar
TQC	Total Quality Control

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivo	17
2	REVISÃO TEÓRICA	18
2.1	Qualidade em serviços de saúde	18
2.2	A evolução da qualidade à Acreditação de Serviços de Saúde	25
2.3	Estratégia organizacional: visão clássica, principais escolas, e estratégia como prática	41
2.3.1	<i>As dez escolas de pensamento em estratégia</i>	44
2.3.2	<i>A estratégia como prática</i>	49
3	PERCURSO METODOLÓGICO	55
3.1	Tipo de estudo	55
3.2	Cenário e o caso em estudo	57
3.2.1	<i>Estrutura hospitalar e a distribuição do pessoal de enfermagem</i>	58
3.3	Participantes do estudo	60
3.4	Coleta de dados	62
3.5	Análise dos dados e apresentação dos resultados	63
3.6	Aspectos éticos	66
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1	Caracterização dos participantes	67
4.2	O processo de acreditação no hospital: mudanças e desafios	70
4.3	Estratégias para manutenção da Acreditação com Excelência	86
4.3.1	<i>O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade</i>	87
4.3.2	<i>Estratégias organizacionais para melhoria contínua da qualidade</i>	99
4.4	Monitoramento e controle das ações para qualidade	123
4.5	A estratégia na visão dos profissionais e sua influência para manutenção da Acreditação hospitalar	131
5	CONCLUSÃO	140
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNCIDA A	155
	APÊNDICE B	157
	ANEXO I	158

1 INTRODUÇÃO

No cenário mundial contemporâneo, sistemas de saúde públicos e privados enfrentam desafios constantes como custo crescente, baixa produtividade, qualidade inconstante e respostas insuficientes às necessidades de saúde da população (GOMES et al. 2015). No Brasil, parte da população tem uma relação de ambivalência com os serviços de saúde, principalmente com os hospitais, sendo crescente o número de pacientes insatisfeitos com os serviços públicos e privados. Tal relação se caracteriza por certa desconfiança em relação ao serviço prestado, apresentando ao mesmo tempo respeito e admiração pelo trabalho realizado. Além disso, hospitais e planos de saúde são fontes recorrentes de notícias na imprensa que, em geral, publicam fatos desagradáveis e de insucesso (RODRIGUES et al, 2011).

Assim, clientes das organizações de saúde têm buscado por serviços eficientes que satisfaçam suas necessidades de forma segura e humanizada (COELHO FILHO; MONTENEGRO; BARRAGÃO, 2012), transformando qualidade em um quesito essencial para atratividade e fidelização da clientela, tendo também, a finalidade de aumentar o retorno financeiro das instituições e reduzir desperdícios.

Neste cenário, as organizações de saúde brasileiras, principalmente os hospitais, vêm passando por um movimento contínuo em direção à melhoria da qualidade dos serviços, utilizando programas como a Acreditação para alcance de melhores patamares na qualidade e segurança dos processos institucionais. Este movimento tem se intensificado nos últimos anos devido às exigências do Ministério da Saúde e da sociedade cada vez mais informada dos seus direitos a um atendimento seguro e humanizado e, também, por iniciativas das próprias instituições na tentativa de padronizar ações, melhorar a qualidade, segurança assistencial, visando manter a competitividade.

A Acreditação é um processo de avaliação e certificação dos recursos institucionais de forma periódica, voluntária, sigilosa e de caráter educativo. Visa garantir a qualidade e segurança assistencial, trazendo benefícios para a população e profissionais por promover segurança e gerenciamento de riscos, evidenciando a qualificação dos serviços baseada em padrões previamente estabelecidos (ONA, 2014a).

A avaliação para Acreditação enfatiza a qualidade do serviço e a organização dos processos independente dos recursos tecnológicos envolvidos, sendo os padrões considerados ideais e concretizáveis. O atendimento seguro e de excelência deve ocorrer adaptando-se as tecnologias disponíveis à realidade de cada instituição, possibilitando a adequação tanto de

hospitais públicos como privados aos mesmos padrões de qualidade (BONATO, 2011; CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2011).

No Brasil, coexistem diferentes metodologias de Acreditação, todas com foco nos processos envolvidos na segurança do paciente, cujas principais são: o modelo nacional do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA- ONA); o modelo Norte Americano, Joint Commission International (JCI); e o modelo canadense, Accreditation Canada International (ACI). O modelo do SBA-ONA é o mais utilizado no País com 255 hospitais Acreditados até março deste ano (ONA, 2017), seguido do modelo da ACI com 48 certificações hospitalares (IQG, 2017) e 32 hospitais Acreditados pela JCI (JCI, 2017). Assim, optou-se neste estudo por abordar a Acreditação hospitalar pela metodologia ONA, por representar o modelo nacional de Acreditação e ser o predominante no País.

Ressalta-se um aumento de investimentos por parte dos hospitais brasileiros em programas de Acreditação, tendo em vista que de outubro de 2014 a março de 2017 houve aumento de 23,18% no número de hospitais Acreditados pela ONA. Do total de 255 hospitais certificados, 42 estão localizados no estado de Minas Gerais e destes, 21 são Acreditados com Excelência, 15 Acreditados Pleno e seis Acreditados nível I (ONA, 2014b; ONA, 2017).

Nas últimas décadas, vários países têm investido em programas que certifiquem a qualidade das instituições de saúde (LIMA; ANGELO; DEMARCHI, 2013), essas ações são um reflexo do movimento mundial pela qualidade e segurança do paciente, que se encontra em diferentes patamares de implantação variando de acordo com do nível de desenvolvimento dos países e dos sistemas de saúde.

Apesar dos avanços relacionados aos programas de melhoria da qualidade em saúde no Brasil, o número de hospitais Acreditados pelo SBA-ONA ainda é pouco expressivo, representando apenas 3,78% das instituições hospitalares brasileiras (CNES, 2017; ONA, 2017).

Em países desenvolvidos, os sistemas de gestão da qualidade em saúde estão consolidados e em constante evolução, enquanto nos países em desenvolvimento notam-se esforços contínuos para sua implantação. No que diz respeito à Acreditação, o Brasil ainda tem muito a evoluir, como por exemplo, em relação aos Estados Unidos, onde a Acreditação já é disseminada tanto nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) como entre os usuários e sociedade em geral (COELHO FILHO; MONTENEGRO; BARRAGÃO, 2012).

As metodologias de Acreditação apresentam uma proposta de superação das deficiências da gestão de infraestrutura e processos por meio do estímulo a adoção de

melhorias atreladas a excelência e humanização no atendimento. Entretanto, para que tais metodologias sejam eficientes é imprescindível grande movimentação por parte das organizações, sendo necessário um plano de desenvolvimento e capacitação efetiva de pessoas como fator essencial no alcance da qualidade institucional (BONATO, 2011).

Neste contexto, diversas estratégias são adotadas pelas instituições para alcance e manutenção da Acreditação. Entretanto, há escassez de estudos na realidade nacional, sobre como essas estratégias são colocadas em prática no dia-a-dia dos hospitais de forma a atender os padrões de qualidade e promover melhorias contínuas no cotidiano dos serviços.

Na literatura brasileira, estudos focalizam o processo de Acreditação no que se refere à sua implementação, ressaltando as mudanças organizacionais, benefícios e desafios (FREIRE, 2012; MANZO; BRITO; ALVES, 2013; MANZO; BRITO; CORREA, 2012; MANZO et. al. 2012; FREIRE et al., 2016; EMÍDIO et al. 2013) em detrimento de estudos sobre o período após a Acreditação que apontem as dificuldades das gerências hospitalares na adoção de estratégias para manter as melhorias e principalmente manter a certificação por meio de ações estruturadas para a tomada de decisão.

São inegáveis os benefícios da Acreditação, dentre eles podemos destacar: melhor efetividade operacional; melhores resultados de saúde; melhoria na comunicação, colaboração interna e externa; fortalecimento da equipe interdisciplinar; credibilidade e comprometimento com a qualidade; mitigação de riscos e eventos adversos; segurança do paciente; melhoria nas práticas internas dentre outros (ACCREDITATION CANADA, 2015). Entretanto, ainda existem desafios a serem superados, como a disseminação da cultura da qualidade, baixo envolvimento do grupo gestor, descontinuidade das ações de melhoria, dificuldades na comunicação, treinamento e relações interpessoais, baixa adesão da equipe frente às mudanças e concentração de informações da qualidade no grupo gestor (MARTINS et. al., 2011; MANZO, BRITO, CORREA, 2012; FREIRE et al, 2016).

Tais desafios muitas vezes levam as instituições Acreditadas a cumprirem os requisitos de certificação apenas nos momentos próximos às auditorias, com foco na manutenção do título. Entretanto, a qualidade nas instituições de saúde deve ser um processo constante e ininterrupto, com revisão periódica dos serviços para melhoria contínua de forma a atender as expectativas e necessidades do usuário e ao conjunto de propriedades e demandas da instituição (MAZIERO; SPIRI, 2013). Neste cenário, permanece o desafio de manter a Acreditação não somente com a finalidade de um título, mas sim como um trabalho integrado para a continuidade da qualidade dos processos no cotidiano de trabalho hospitalar.

Ressalta-se que o envolvimento da direção é essencial para alinhamento dos propósitos da qualidade aos objetivos estratégicos do hospital, que devem ser de conhecimento de todos os trabalhadores. Deste modo, estratégias são desenvolvidas e implementadas no cotidiano dos serviços de saúde para alcance e manutenção da Acreditação, necessitando de revisão constante com intuito de promover melhorias contínuas e a consolidação do processo.

Em organizações complexas como os hospitais, as diferenças na estrutura, política e modelo de gestão, bem como o envolvimento da diretoria e profissionais, levam a vivências particulares sobre o processo de Acreditação, influenciando no uso de diferentes tecnologias e estratégias para alcance e manutenção da certificação (FREIRE et al, 2016). Além disso, as decisões e ações são influenciadas por interesses divergentes dos grupos constituintes, cada um com poder suficiente para garantir que seus objetivos sejam legitimados nos propósitos organizacionais, tornando-se um desafio integrar esses objetivos na formulação de estratégias. Ademais, aspectos culturais, simbólicos, políticos, sociais e organizacionais também afetam na elaboração de estratégias organizacionais (PASCUCCI; MEYER JUNIOR, 2013). Assim, têm-se como objeto deste estudo, as estratégias adotadas para manutenção do nível de Acreditação com Excelência em um hospital privado de grande porte.

Segundo Ansoff (1990), estudioso tradicional de estratégia, a mesma é compreendida como um conjunto de regras e diretrizes de decisão que irão orientar o comportamento de uma organização, sendo o caminho para alcance de objetivos e metas organizacionais em longo prazo por meio de um planejamento prévio deliberado para melhoria do desempenho organizacional. Entretanto, a formulação de estratégias torna-se uma ferramenta ineficaz quando divorciada de sua implementação (ANSOFF, 1990).

No presente estudo, será utilizada a concepção de estratégia na perspectiva de estratégia como prática social, pautada principalmente na abordagem de Whittington, que considera estratégia como uma atividade realizada por pessoas e não algo que a organização possui, com enfoque no campo prático. Busca compreender como os praticantes fazem a estratégia, agem e interagem na sua implantação (WHITTINGTON, 2004). Pesquisas envolvendo estratégias organizacionais, em geral estão relacionadas à formulação do planejamento estratégico. Entretanto, estudos com ênfase em como as estratégias são colocadas em prática, as barreiras, facilidades e desafios, ainda são pouco expressivos no conjunto de conhecimento produzido na área (CANHADA; RESE, 2011).

A estratégia entendida como prática busca compreendê-la além do planejamento de longo prazo, considerando que a prática da estratégia ocorre tanto no momento de sua concepção como no momento de implementação. Esta abordagem busca analisar suas ferramentas e os praticantes, evidenciando os processos realizados pelos indivíduos que, em constante interação e envolvimento com complexas relações de poder e significados para a organização, permitem que a estratégia tenha resultados, que podem ser desejáveis ou não (CANHADA; RESE, 2009).

Apesar da estratégia como prática considerar os praticantes de estratégia como os diversos atores que realizam as práticas, elaboram, moldam e executam as estratégias (WHITTINGTON, 2006; 2007), neste estudo o foco está nas estratégias gerenciais, tendo em vista que na estrutura hierárquica hospitalar as decisões estratégicas a serem implementadas, mesmo as de caráter emergente, necessitam ser aprovadas pela alta gerência e/ou gerência intermediária. No entanto, buscou-se relacionar a incorporação e articulação das estratégias com os diferentes níveis hierárquicos.

Frente ao exposto, e, considerando que a forma como os modelos e teorias são implantados em uma organização é fundamental para o sucesso ou fracasso de seus resultados (CANHADA; RESE, 2009). Este estudo, parte do pressuposto de que a certificação de Acreditação por si só, não é suficiente para promover mudanças na cultura organizacional e manutenção da qualidade conforme requisitos ONA no cotidiano hospitalar. É necessário o desenvolvimento e implementação de estratégias por parte das gerências com envolvimento de todos os profissionais com o propósito de manter as melhorias resultantes da Acreditação, a fim de que as mesmas não sejam apenas uma “maquiagem” das organizações nos períodos de avaliação.

Assim, buscou-se responder as seguintes questões: que estratégias os gestores têm adotado para manter ou melhorar os padrões de qualidade hospitalar até a próxima visita de avaliação de Acreditação? Como as gerências hospitalares preparam a instituição para trabalhar com os padrões de qualidade ONA no cotidiano dos serviços? Como as gerências hospitalares e profissionais preparam a instituição para a manutenção do nível alcançado?

O conhecimento das estratégias gerenciais poderá contribuir para a produção científica sobre o tema, oferecer subsídios para a tomada de decisão relativa à gestão da qualidade e manutenção dos padrões de excelência hospitalar, podendo sinalizar aspectos da cultura da qualidade hospitalar, elemento importante para promoção de melhorias e manutenção das certificações de qualidade. Ademais, este tipo de produção acadêmica poderá servir de

orientação para outros hospitais brasileiros que, apoiados em evidências de uma organização que já passou por experiências semelhantes, possam balizar seu comportamento e estratégias para a continuidade da Acreditação e manutenção da excelência dos serviços de forma sustentável.

1.1 Objetivo

Analisar as estratégias gerenciais para promoção de melhorias nos serviços hospitalares e para manutenção da certificação de Acreditado com Excelência.

2 REVISÃO TEÓRICA

Nesta seção será apresentada uma revisão dos principais conceitos e teorias utilizadas para sustentação teórica do estudo e que fundamentaram a análise e discussão dos resultados. Primeiro serão abordados os principais conceitos de qualidade e sua importância no contexto dos serviços de saúde com enfoque nos serviços hospitalares. Posteriormente, discute-se a evolução dos quesitos de qualidade em saúde até os modelos de Acreditação atuais, sua importância para melhoria dos serviços ofertados, qualificação do cuidado e segurança do paciente. Em seguida serão apresentados os principais conceitos de estratégia organizacional, sua origem e evolução, as dez escolas de pensamento estratégico e a abordagem de estratégia como prática como referencial teórico de análise.

2.1 Qualidade em serviços de saúde

Abordar a qualidade na atenção em saúde é complexo e intrigante, uma vez que envolve uma série de variáveis que incluem aspectos objetivos e alto grau de subjetividade, envolvendo componentes políticos e estruturais, inúmeros processos aos quais profissionais e usuários se defrontam, além do conjunto de ações e posições socioculturais dos gestores (MONTSERRAT-CAPELA; CHO; LIMA, 2013; BONATO, 2011).

Considerando que os cuidados em saúde podem envolver riscos e danos à vida de outro ser humano, a qualidade deveria ser um componente inerente à assistência ao paciente e ao trabalho em saúde. Nesta perspectiva, a qualidade não envolve apenas o alcance de padrões de estrutura e processos, mas também o resultado e a satisfação do cliente com o serviço ofertado, a maneira como foi atendido e os diversos aspectos de uma assistência segura.

A qualidade em saúde é um sistema de elementos interdependentes, no qual todos os elementos tem a mesma relevância no alcance de melhores resultados para o cliente (NOVAES, 2007). Assim, um serviço de qualidade envolve alguns fatores determinantes como os recursos físicos, condições estruturais e circunstâncias de sua implementação, além de pessoal capacitado e disponível. Abrange também, um conjunto de valores, hábitos, práticas, costumes e crenças de um indivíduo e sua relação com o uso dos conceitos, técnicas e procedimentos no cotidiano de trabalho (MALAGÓN-LONDONO, 2010).

A qualidade pode ser compreendida como um processo evolutivo que envolve múltiplos aspectos dependendo do produto ou serviço oferecido, cujo conceito foi se

aperfeiçoando e atualizando conforme o desenvolvimento das organizações e sociedade. É possível, também, considerar a qualidade como um conjunto de atributos ou elementos que compõe o produto ou serviço, tornando estes mais confiáveis e adequados ao uso conforme as expectativas do cliente (PALADINI, 2009). Segundo Campos (2014), um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende as necessidades do cliente de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo.

A palavra “qualidade” é bastante utilizada de forma genérica pela sociedade e empresas, tendo amplo significado, desde a satisfação do cliente até a busca pela excelência em todas as atividades de um processo. Seu conceito é relativo e pode ser avaliado sob duas perspectivas: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A dimensão objetiva refere-se aos aspectos das propriedades físicas do objeto que se quer avaliar, são as características do produto relacionadas à sua função. A dimensão subjetiva é vista por meio da interpretação das características do objeto, ou seja, a forma como o homem vê os atributos intrínsecos do produto de acordo com suas expectativas e necessidades (RODRIGUES et al., 2011).

A qualidade pode ser vista como o atributo que distingue coisas ou pessoas, por exemplo, a qualidade de uma pessoa pode ser percebida por sua honestidade, caráter, competência. A qualidade de um produto pode se relacionar à durabilidade, desempenho, preço. A dimensão subjetiva também está presente na definição das características que representam a qualidade, bem como na intensidade de associação dessas características com a qualidade e na forma de mensurar e interpreta-las (RODRIGUES et al., 2011).

Na prestação de serviços de saúde, a qualidade tem o componente operacional, referente ao processo propriamente dito; e o da percepção do cliente (interno e externo), relacionados à forma como os pacientes percebem o serviço recebido e como os prestadores se sentem na oferta desses (RODRIGUES et al., 2011).

Em instituições prestadoras de serviços, como os hospitais, a qualidade centra-se principalmente na interação e satisfação do usuário, visto que a produção do serviço e seu consumo são simultâneos e o cliente interfere diretamente na produção por estar fisicamente presente em sua geração (PALADINI, 2009). Olhar as necessidades do cliente é um fator diferencial para a competitividade e qualidade em saúde, tendo em vista que o cliente hoje tem um perfil mais crítico, reflexivo, seletivo, exigente, mais consciente dos seus direitos e do valor do seu dinheiro (DIAS, 2014).

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) define qualidade na assistência à saúde como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade

de produzir resultados desejáveis com o conhecimento científico atual (MONTSERRAT-CAPELA; CHO; LIMA, 2013).

Segundo Donabedian (2003), a qualidade em saúde é produto de dois fatores: ciência e tecnologia do cuidado em saúde; e a aplicação destas na prática profissional. A qualidade do cuidado na prática é produto desses fatores e pode ser composta por sete atributos que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estes atributos avaliados isoladamente ou por uma série de combinações demonstram a magnitude da qualidade. De acordo com o autor, a qualidade pode ser definida e mensurada com precisão suficiente para servir de base para monitoramento, controle e garantia de processos. A garantia da qualidade dos serviços de saúde inclui ações voltadas para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 2003).

O IOM, no início do século XXI, incorporou a segurança do paciente como atributo da qualidade, constituindo os seis atributos da qualidade juntamente com efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência e equidade. Tais atributos posteriormente foram adaptados e reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014). Assim, a qualidade não é um termo abstrato, mas um conjunto de atributos cujo grau de importância será determinado por cada organização de acordo com suas particularidades, sendo definida à luz de normas técnicas dos prestadores e expectativas do cliente (DIAS, 2014).

Tradicionalmente, na atenção a saúde, qualidade estava associada predominantemente aos serviços de assistência direta ao paciente. Posteriormente, foram incluídos outros serviços que afetavam o desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, o cuidado, como por exemplo, os serviços radiológicos, farmacêuticos e laboratoriais. Com o advento da “Gestão da qualidade total” o controle de qualidade na saúde passou a abordar quase todas as funções e atividades de uma organização de saúde, incluindo equipes de limpeza, hotelaria, secretariado, financeiro e administrativo. A qualidade do ambiente em saúde, incluindo atividades assistenciais, gerenciais e de apoio, interfere na qualidade do cuidado, no desempenho dos profissionais, bem como no conforto e segurança do paciente (DONABEDIAN, 2003).

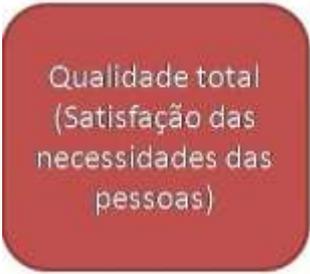
O Controle da Qualidade Total ou Total Quality Control (TQC) como abordagem gerencial, busca criar condições internas que garantam a sobrevivência das organizações em longo prazo que envolvem investimentos em equipamentos e materiais, desenvolvimento de métodos ou processos de trabalho e desenvolvimento de pessoas. A melhoria de materiais e

equipamentos esta atrelada ao investimento de capital, entretanto a melhoria de métodos e procedimentos só é possível por meio de pessoas, considerando que são as pessoas que desenvolvem e aperfeiçoam métodos de trabalho, sendo improvável apenas adquirir um método sem que seu processo passe por pessoas. Nesta perspectiva, é essencial o desenvolvimento de pessoas por meio do aporte de conhecimento, que deve ser contínuo ao longo da carreira do funcionário (CAMPOS, 2014).

O TQC é um modelo gerencial proveniente de ideias norte americanas aperfeiçoadas no Japão logo após a Segunda Guerra Mundial, que parte do princípio de que quanto maior a qualidade maior a produtividade, buscando assim, garantir a sobrevivência da empresa por meio do lucro contínuo adquirido pelo domínio da qualidade. Esse sistema comporta a participação de todos os setores da empresa e de todos os profissionais no estudo e na condução do controle da qualidade, baseado em elementos variados como emprego de métodos cartesianos para resolução de problemas, controle estatístico dos processos, adotando também o comportamento humano de Maslow e os princípios da qualidade ocidental (CAMPOS, 2014).

Os hospitais, enquanto organizações humanas são meios destinados a alcançar determinados efeitos ou resultados. Neste contexto, para controle da qualidade destas organizações é necessário detectar os resultados não alcançados ou problemas, analisando-os na perspectiva de identificar causas e atuar sobre estas, de modo a melhorar os resultados e alcançar os objetivos organizacionais (CAMPOS, 2014).

No contexto do TQC o objetivo de uma organização humana é satisfazer as necessidades das pessoas, incluindo todas as dimensões que interfiram nessas necessidades (FIGURA 1). Entende-se por pessoas aqueles que afetam e são afetados pela organização, como: cliente ou consumidores, que devem se sentir satisfeitos com o produto/serviço adquirido; o funcionário que deve ser respeitado e ter a oportunidade de crescimento pessoal e profissional no ambiente de trabalho (considerando também os funcionários das empresas fornecedoras); os acionistas, que esperam receber dividendos da organização e se expandirem, criando novas oportunidades de investimentos, considerando que a lucratividade gera lucro que reinvestido sustenta o aporte de capital e as atividades da organização; e os vizinhos, que devem ser respeitados por meio do controle ambiental e contribuições da organização para a sociedade (CAMPOS, 2014).



Dimensões da qualidade	Pessoas atingidas
Produto/serviço Rotina	Cliente Vizinho
Custo Preço	Cliente, acionista, trabalhadores e vizinho
Entrega: Local certo, prazo certo, quantidade certa	Cliente
Moral: funcionários	Trabalhador
Segurança: trabalhadores e consumidores	Cliente, trabalhador e vizinho

Figura 1- Componentes da Qualidade Total

Fonte: Adaptado de Campos (2014, p. 40).

De acordo com Campos (2014), na Figura 1, a qualidade está diretamente relacionada à satisfação das pessoas considerando as dimensões: qualidade, custo, entrega, moral e segurança. Assim, no que tange a satisfação do cliente interno e externo a qualidade inclui as características físicas do produto/serviço, ausência de defeitos, atendimento das expectativas do cliente, a qualidade da rotina da empresa, qualidade dos treinamentos, qualidade de gerência, dos objetivos, do sistema dentre outros aspectos. Além disso, a qualidade também está relacionada ao custo que correspondem aos processos para gerar o produto/serviço bem como o valor final do produto/serviço no mercado. Em relação às entregas, são consideradas as condições de entrega dos produtos/serviço finais e intermediárias. A moral remete ao nível médio de satisfação dos profissionais que pode ser mensurada de diversas maneiras, desde pesquisas de satisfação à análise de indicadores de *turnover*, absenteísmo, índice de reclamações trabalhistas dentre outros aspectos. A segurança está relacionada à segurança do trabalhador no ambiente de trabalho bem como a segurança do usuário em relação o uso do produto ou serviço.

O alcance da qualidade total deve ser mensurado periodicamente por meio dos resultados organizacionais, a fim de verificar o alcance dos objetivos ou desvio destes. Caso algum valor esteja fora do desejado é necessário ações de controle para identificação das causas dos problemas e atuar para eliminá-las. Vale ressaltar que este controle deve ser

exercido por todas as pessoas da organização, de forma harmônica, sistêmica e metódica, assim, o envolvimento e a participação de todos os colaboradores é fundamental para exercício do TQC. Neste cenário, é responsabilidade da instituição o incentivo e a capacitação de seus profissionais para prática do controle (CAMPOS, 2014).

Na perspectiva do TQC o gerenciamento da organização é ao longo do processo e não por resultados, considerando que quando um resultado indesejado ocorre é devido a uma falha no processo, assim o gerenciamento deve ser preventivo e não por ação tardia focada nos resultados. Segundo Campos (2014), o controle de processo consta de três ações fundamentais: estabelecimento da diretriz de controle, manutenção do nível de controle e alteração da diretriz de controle.

O estabelecimento da diretriz de controle ou planejamento da qualidade é a fase na qual se define padrões ou itens de controle do processo e seus valores desejáveis (meta), bem como o método (caminho) ou procedimentos necessários para se atingir a meta. A manutenção do nível de controle consiste da análise dos itens de controle a fim de identificar desvios, traçando ações corretivas para evitar problemas e manter o padrão do processo. A alteração da diretriz de controle consiste da alteração do padrão visando melhorias, para tal deve-se alterar a meta e o método. O gerenciamento de processos é a essência do gerenciamento em todos os níveis hierárquicos de uma empresa, assim cada funcionário deve compreender as relações de causa-efeito e assumir suas próprias responsabilidades criando as bases para o gerenciamento participativo (CAMPOS, 2014).

A qualidade pode ser um fator de transformação da relação entre a organização e o público-alvo, adicionando valor aos serviços a ele destinado. Por ser um termo de múltiplos significados, cabe às organizações identificarem do ponto de vista dos clientes os atributos dos bens ou serviços que melhor se adequem às suas necessidades (RODRIGUES et al., 2011). Nesta perspectiva, é fundamental criar consenso na organização para a definição de qualidade, sendo necessário definir a prioridade de cada atributo de acordo com o contexto, definir o que é mais relevante para ser avaliado, o que se pode controlar e as necessidades de melhoria (DONABEDIAN, 2003). Segundo Novaes (2007, p. 134), qualidade é “o exercício de julgar uma realidade frente a uma referência ou padrão, seguida de avaliações sistemáticas”.

A avaliação da qualidade em saúde ganhou importância em todo o mundo, sendo impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores, profissionais e população (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). Para garantir a qualidade dos cuidados de

saúde, tem emergido programas para melhoria contínua da qualidade, que são adotados visando melhoria contínua dos procedimentos, resultados e serviços de forma a exceder constantemente o desempenho anterior e o nível de qualidade atingido (DIAS, 2014). Neste cenário, nota-se crescente procura de instituições de saúde, principalmente hospitais, por programas que demonstrem a qualidade dos serviços e promovam melhorias contínuas, sendo a Acreditação uma das principais metodologias utilizada no Brasil para esse fim.

No Brasil, das organizações de saúde, os hospitais são os que mais investem em programas de Acreditação, tendo em vista que do total de 432 OPSS com certificação de Acreditação pela metodologia ONA, 245 são hospitais (ONA, 2017).

O hospital é responsável por cuidados de maior complexidade e enfrenta desafios crescentes relacionados à contenção de custos e necessidades de melhorias no atendimento, (ROCHA et al. 2014; TOWNSEND; WILKINSON, 2010). Neste contexto, investimentos na melhoria da qualidade dos serviços tem se tornado um diferencial competitivo no setor, por proporcionar maior eficiência dos processos, uso racional dos recursos com foco na segurança do paciente e profissional (FREIRE et al., 2016). Ressalta-se a importância dos gestores investirem na melhoria contínua da qualidade dos serviços a fim de garantir segurança e qualidade em todo o processo de atendimento ao cliente.

Nos serviços de saúde a consolidação da qualidade está diretamente relacionada ao compromisso interno com a mesma, o que envolve o comprometimento da alta gerência e motivação dos profissionais para criar uma cultura da qualidade, uma vez que pressões externas da sociedade e do governo não são suficientes para motivar indivíduos e organizações para alcance da qualidade e melhorias no ambiente em saúde (DONABEDIAN, 2003). Nesta perspectiva, para que ocorra mudança organizacional, incorporação de conceitos e ações voltadas para melhoria da qualidade, é essencial a conscientização e envolvimento das equipes dos níveis estratégicos aos operacionais. Para implantação de Programas de avaliação e controle da qualidade hospitalar faz-se necessário a participação e envolvimento de todos os profissionais em todas as fases do processo, pois a comunicação e interação entre os níveis operacionais é fundamental para tomada de decisão baseada na realidade da instituição (FREIRE et al. 2016).

2.2 A evolução da qualidade à Acreditação de Serviços de Saúde

Apesar da qualidade nos serviços de saúde ter obtido maior visibilidade e destaque no Brasil nas últimas décadas, não se trata de um tema recente, tendo em vista que vem sendo discutida mundialmente de maneira dispersa desde os primórdios do cuidado em saúde.

As constatações de que as condições de saúde do paciente estão relacionadas tanto aos resultados do cuidado bem como aos processos e ao contexto do trabalho, ocorreram ao longo da história da saúde com destaque para os trabalhos desenvolvidos por Florence Nightingale e Semmelweis no século XIX (TRAVASSOS; CALDAS, 2013). O médico húngaro, Ignaz Semmelweis, em 1846 percebeu a relação da febre puerperal com a não higienização das mãos dos médicos e estudantes que assistiam as parturientes, e instituiu em 1847 a obrigatoriedade da higienização das mãos para realização do exame obstétrico, reduzindo assim a taxa de mortalidade materna (SOUZA; RODRIGUES; SANTANA, 2009).

Em 1854, a enfermeira britânica Florence Nightingale e sua equipe trabalharam junto às tropas britânicas na assistência aos soldados feridos durante a Guerra da Criméia, reformulando as condições precárias das enfermarias em relação ao conforto, limpeza, materiais, medicamentos e condições do cuidado aos feridos, conseguindo com essas medidas reduzir sensivelmente a mortalidade dos soldados (SOUZA; RODRIGUES; SANTANA, 2009). Tais medidas refletiram na reformulação dos cuidados de higiene, organização do ambiente hospitalar e nas primeiras medidas de análise do desempenho hospitalar (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Posteriormente, em 1910, o cirurgião norte americano Ernest Codman propôs um modelo de padronização dos resultados das intervenções médicas a fim de identificar tratamentos não efetivos bem como suas causas, o que possibilitaria alterar o padrão caso necessário e evitar insucesso em tratamentos futuros. Em 1913, Ernest Codman fundou o Colégio Americano de Cirurgiões, que desenvolveu em 1917, um programa com padrões mínimos para os hospitais (NOVAES, 2007).

O modelo de padrões mínimos para hospitais implantado nos EUA foi denominado Programa de Padronização Hospitalar e consistia de requisitos mínimos, limitados a uma única página, para avaliação da qualidade hospitalar e conformidade dos procedimentos cirúrgicos. Aos poucos, os hospitais foram aderindo ao método de avaliação e o programa alcançou crescimento substancial, passando de 89 hospitais que atendiam aos requisitos em 1918 para 3200 em 1950 (NOVAES, 2007). Os conceitos de qualidade em saúde evoluíram,

passando por modelos de “Padrões Mínimos para Hospitais” até as discussões recentes sobre Acreditação de Serviços de Saúde.

Em 1951 devido a abrangência, complexidade e aumento dos custos do programa de padronização hospitalar, o Colégio Americano de Cirurgiões se juntou ao Colégio Americano de Clínica Médica, Associação Americana de Hospitais, Associação Médica Americana e Associação Médica do Canadá, criando em 1952, a “Joint Commission on Hospital Accreditation” (JCHA), uma associação sem fins lucrativo, não governamental, com o propósito de oferecer avaliação padronizada de caráter voluntário aos hospitais, tornando-se responsável pelo programa de Acreditação nos EUA e Canadá. No entanto, em 1958 a Associação Médica Canadense separou-se da JCHA para participar do Conselho Canadense de Acreditação dos Serviços de Saúde. Em 1972 o Ministério da Saúde dos EUA reconheceu a JCHA como sua representante na certificação de hospitais (NOVAES, 2007; RODRIGUES et.al 2011).

Posteriormente, outras iniciativas para desenvolvimento de modelos próprios de Acreditação surgiram em diversos países como Nova Zelândia, Reino Unido, França, Austrália e em todo o mundo. Cada modelo possuía particularidades em relação aos padrões de qualidade, ao caráter voluntário ou não e principalmente em relação à responsabilidade pela gestão dos programas: vinculados ao Estado ou a entidades não governamentais (RODRIGUES et.al, 2011).

A JCHA evoluiu incorporando em seu sistema de avaliação outras instituições de saúde como laboratórios, clínicas para doentes mentais, serviço de atendimento domiciliar, farmácias e outros, alterando seu nome para *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Os padrões de avaliação para Acreditação evoluíram à medida que os hospitais dos EUA apresentavam conformidades com os padrões iniciais (NOVAES, 2007), e os padrões mínimos cederam lugar a padrões cada vez mais complexos com a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e a busca pela excelência (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011). Em 1999, foi criado o ramo internacional da JCAHO, a *Joint Commission International* (JCI), com o desenvolvimento de padrões internacionais adaptados para diversos países, para atuação e expansão do modelo fora dos Estados Unidos (NOVAES, 2007; RODRIGUES et.al, 2011).

No Brasil, as discussões sobre o processo de Acreditação teve início em 1989, quando a Direção de Serviços da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) determinou a implementação de um programa Latino-Americano de Acreditação de Hospitais, sendo

firmado um convênio entre a OPAS e a Federação Latino-Americana de Hospitais para produção de um manual de “Padrões de Acreditação para América Latina” (NOVAES, 2007; BONATO, 2011).

Em 1990, o manual da OPAS foi apresentado em Brasília, publicado em português e distribuído gratuitamente para hospitais brasileiros. Posteriormente o Manual passou por revisões e adaptações para a realidade brasileira e, em 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma organização privada de interesse coletivo, sem fins lucrativos, que elaborou o Manual de Acreditação de Hospitais do Brasil, o primeiro de caráter nacional com o aval do Ministério da Saúde (NOVAES, 2007; ONA 2014a).

A Acreditação é um procedimento de avaliação e certificação dos recursos institucionais, periódica, de caráter educativo, sigilosa e voluntária que visa garantir a qualidade dos serviços prestados, trazendo benefícios para a população e profissionais das instituições certificadas por promover segurança assistencial e evidenciar a qualificação do serviço baseada em padrões previamente aceitos (ONA, 2014a).

As certificações de acreditação representam uma distinção da instituição de saúde em relação às demais, revelam comprometimento e responsabilidade com a segurança, com os profissionais e com a qualidade dos serviços, sinalizando que a instituição alcançou um padrão reconhecido de gestão de negócios e da assistência (ONA, 2014).

No Brasil, atualmente são utilizadas três principais metodologias de Acreditação nos hospitais: a metodologia nacional ONA; a metodologia da Joint Commission International (JCI); e a Acreditação Canadense (ACI), sendo esses dois últimos modelos internacionais adaptados à realidade brasileira. Cada modelo possui manual próprio com padrões e requisitos a serem avaliados com foco na segurança do paciente e redução de eventos adversos, todos com o objetivo comum de promover melhorias na qualidade dos serviços de saúde.

O modelo predominante no Brasil é o modelo ONA, cujo instrumento de avaliação é o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) da coleção do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA). Este instrumento possibilita a avaliação das instituições prestadoras de serviços de saúde por meio de padrões pré-estabelecidos, sendo composto por requisitos hierarquicamente dependentes e divididos em três níveis de complexidade crescente: nível I ou Acreditado; nível II ou Acreditado Pleno; e nível III ou Acreditado com Excelência, relacionados à segurança, gestão integrada e excelência em gestão, respectivamente (ONA, 2014a).

Esses três níveis abordam de forma interdependente e complementar, três conceitos que representam a base do Sistema Brasileiro de Acreditação: estrutura, processos e resultados. Além disso, a certificação é válida por dois anos para nível I e II e três anos para nível III. Assim, é necessário que as instituições se submetam periodicamente ao processo de avaliação para renovação ou suspensão da certificação alcançada (ONA, 2014a).

A JCI foi criada como uma extensão internacional da JCAHO dos EUA, disponibilizando programas de acreditação com padrões de consenso internacional adaptado para a realidade brasileira. As ferramentas para avaliação da qualidade e segurança das instituições têm como finalidade promover a redução de riscos para profissionais e pacientes e melhorar a segurança e qualidade do cuidado prestado. Os padrões avaliativos têm foco no cliente e nos Padrões de Administração de Instituições de Saúde (CBA, 2011).

O modelo de Acreditação Canadense é representado no Brasil pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), tem como foco a segurança do paciente e as boas práticas de atendimento, oferecendo uma nova abordagem de gerenciamento e melhoria da qualidade com a proposta adaptada do modelo canadense para a realidade brasileira (COVELLO, 2010). O modelo Canadense é reconhecido como um dos melhores do mundo e abre caminho para que as instituições de saúde brasileiras busquem seu posicionamento conceitual com o restante dos países, além de fornecer um selo de qualidade diferenciado e de reconhecimento internacional. O modelo avalia indicadores que englobam a qualidade e o desempenho de todas as áreas de atendimento dos serviços de saúde, como: atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão. Avalia a estratégia e liderança, cultura organizacional, informação e comunicação, processos em equipe de trabalho, resultados e segurança do paciente, considerados pontos fundamentais para a qualidade (BONATO, 2011).

No Brasil, as discussões e investimentos em qualidade se iniciaram tardiamente, no final do sec. XX. Assim, as avaliações de qualidade ainda apresentam grande preocupação com a estrutura, devido às deficiências de profissionais qualificados e ambientes adequados para prestação do cuidado, fato que raramente ocorre em países desenvolvidos (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). A acreditação de serviços de saúde está diretamente relacionada com o desenvolvimento dos países, cultura, educação dos profissionais e grau de informação da população ao reconhecer seus direitos a uma assistência de saúde no que se refere à qualidade, acessibilidade e resultados (NOVAES, 2007).

Até o final dos anos 1990, no Brasil, poucos profissionais de saúde tinham conhecimento sobre Acreditação hospitalar. No entanto, o interesse pelo assunto é crescente e têm se tornado popular no setor saúde brasileiro. Há expansão de investimentos em programas de qualidade por parte das instituições de saúde sinalizando evolução da Acreditação com um aumento superior a 100% de hospitais Acreditados pela metodologia ONA do ano de 2011 para 2012 (SCHIESARI, 2014; EMÍDIO et. al, 2013). A crescente popularidade da avaliação externa como instrumento de gestão dos serviços de saúde está relacionada às suas características de transparência da gestão, transparência da vida organizacional e dos resultados institucionais (SCHIESARI, 2014).

No Brasil, houve aumento significativo de publicações referentes à qualidade do cuidado hospitalar a partir do ano de 2004 (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). Apesar das dificuldades de implantação da Acreditação, a literatura nacional aponta benefícios do processo para maior organização e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Manzo, Brito, Corrêa (2012), o processo de acreditação hospitalar é influenciado pelo nível de motivação e envolvimento dos profissionais e, ao mesmo tempo influencia de forma significativa o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. As autoras identificaram aspectos positivos e negativos da acreditação no cotidiano de trabalho dos profissionais de um hospital. Como aspectos positivos foram evidenciados possibilidade de crescimento pessoal e valorização do currículo devido aos cursos de capacitação e atualização, sentimento de satisfação, orgulho e responsabilidade dos profissionais pela conquista do título e maior valorização do hospital, além de maior segurança dos serviços prestados. Os aspectos negativos decorrem do estresse e da cobrança advindos das demandas impostas pelos processos de certificação, falta de valorização e reconhecimento profissional.

No estudo de Freire et al (2016), a adoção de metodologias de avaliação da qualidade em um hospital universitário do estado de Minas Gerais, promoveu melhorias na assistência, na comunicação, segurança do paciente e dos profissionais, com maior organização dos serviços hospitalares. Além disso, essas metodologias evidenciam comprometimento com a segurança e sustentabilidade institucional, firmando um compromisso com a sociedade pela melhoria dos serviços de saúde.

No estudo de Barbosa, Oliveira, Taho (2010), no que tange ao envolvimento da enfermagem no processo de Acreditação, as principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foram estrutura física e resistência dos profissionais ao processo. Em relação aos

principais benefícios, citam melhorias administrativas e na assistência, com humanização, segurança, organização do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem.

Antunes e Ribeiro (2005) fizeram uma análise crítica do processo de Acreditação em um hospital após sua implantação, por meio de entrevistas com gerentes e pessoas chave no processo. Entre as dificuldades do processo foram destacados: promoção de mudança na cultura, envolvimento da equipe e do corpo clínico aberto; sistematização da utilização e do preenchimento de registros; elaboração e atualização constante dos indicadores de qualidade não financeiros; e monitoramento dos planos de ação. No estudo foram identificados também como aspectos positivos da Acreditação: entusiasmo, mobilização e envolvimento de todos os trabalhadores; trabalho em grupo e melhoria na comunicação; maior credibilidade no cumprimento das regras; sistematização dos registros, possibilitando, obter um histórico para cada equipamento, no caso do prontuário clínico maior registro de informações sobre o paciente; aumento da organização interna em função da normatização; e o gerenciamento e melhoria dos processos (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

Segundo Emídio et. al (2013), o processo de Acreditação viabiliza maior organização dos serviços hospitalares por exigir identificação, padronização e documentação dos processos. Ainda de acordo com o autor, os hospitais Acreditados são reconhecidos como diferenciados por médicos, profissionais, empresas de saúde suplementar e comunidade nacional e internacional.

No estudo de Freire (2012) a adequação de uma Central de Materiais e Esterilização aos requisitos de qualidade para Acreditação promoveu melhor organização dos serviços do setor, padronização, melhoria na rastreabilidade de materiais, melhor controle dos processos de desinfecção e esterilização e melhorias na estrutura física, atendendo os requisitos e normas para um reprocessamento de materiais seguro e livre de contaminação.

A literatura nacional destaca a importância do enfermeiro no processo de Acreditação (MANZO et. al., 2012; SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014; MAZIEIRO; SPIRI, 2013) uma vez que esse profissional assume posições estratégicas nas instituições de saúde, articulando-se com outros profissionais, além de desenvolver ferramentas para avaliação da assistência. A atuação do enfermeiro é fundamental para implantação e manutenção da certificação, pois este profissional tem assumido funções gerenciais nos níveis estratégicos, intermediário e operacional, o que lhe confere maior autonomia e inserção no processo de Acreditação (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014). Assim, a atuação da enfermagem no

processo de acreditação envolve ações nas dimensões cuidar, administrar/gerenciar, ensinar e pesquisar, com enfoque nas funções administrativas (MANZO et al., 2012).

Ressalta-se que há diferenças significativas nos padrões de avaliação da qualidade nos diversos países, considerando que a Acreditação apresenta diferentes patamares de evolução, possui características próprias de acordo com as demandas de cada país e/ou região. Segundo Fortes, Mattos, Baptista (2011) a Acreditação possui estreitas relações com os sistemas de saúde dos países, sendo uma proposta política de qualificação destes moldada para atender as suas necessidades e limitações.

O processo de Acreditação não é único e universal, se modifica de país para país, e suas características dependem de como os sistemas de saúde o internalizam. Assim, para melhor compreensão da Acreditação é necessário analisá-la no contexto político que delimita sua aplicação, compreendendo também as formas de atuação do Estado que a internaliza, bem como os arranjos e características dos serviços de saúde (FORTES; MATTOS; BAPTISTA,2011).

Em relação à Acreditação em outros países, o modelo norte americano (JCAHO) pode ser considerado original e ideal, por ser o primeiro mundialmente reconhecido e que serviu de base para o desenvolvimento de modelos em diversos países. Caracteriza-se pelo caráter de adesão voluntário e preconiza conformidade com padrões de excelência. Entretanto, a Acreditação tem apresentado variações entre os países, sendo utilizada tanto como instrumento de regulação e/ou avaliação voluntária ou não, bem como um mecanismo de orientação política dos sistemas de saúde (FORTES; BAPTISTA, 2012).

Dos modelos internacionais de Acreditação, destaca-se o Francês, que possui características próprias e distintas dos modelos predominantes norte americano e canadense. Na França o processo de Acreditação foi iniciativa do poder público, que criou em 1997 um órgão responsável pela Acreditação no país e por meio da lei nº 96- 346, de 24 de abril de 1996, decretou a obrigatoriedade de todos os hospitais públicos e privados iniciarem a Acreditação até o ano de 2004 (FRANCE, 1996). Assim, a adesão ao processo não era voluntária, mas um mecanismo de controle dos estabelecimentos de saúde franceses. Caso os serviços não aderissem a Acreditação até a data prevista pela lei de 1996, o mesmo era iniciado pela “Agence Régionale de ‘Hospitalisation’-ARH (FORTES; MATTOS; BAPTISTA,2011). A princípio o resultado final do processo não concedia ao hospital uma certificação, pois a Acreditação era uma estratégia para o estabelecimento de uma cultura de

qualidade com possibilidades de transformar o sistema de saúde francês (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

No Reino Unido, o processo de Acreditação é semelhante ao original norte americano, de caráter voluntário e a instituição interessada recebe o manual para se preparar para o processo e para visita de avaliação. Entretanto, há vários órgãos acreditadores e a falta de um sistema único de Acreditação resultou em um complexo arranjo desses órgãos dispersos e pouco influentes no sistema de saúde da região. Alguns tem como resultado a certificação, outros apenas um relatório com recomendações de melhorias (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Outra experiência interessante do processo de Acreditação é da Catalunha, uma comunidade autônoma de grande importância econômica da Espanha. A Acreditação na Catalunha foi criada em 1981 com objetivo de melhorar a qualidade dos estabelecimentos de saúde. Na Catalunha a Acreditação é voluntária, entretanto é obrigatória para os hospitais com contrato de atividades com o Serviço de Saúde Catalão, ligado ao Ministério da Saúde. No modelo de Acreditação, a visita de avaliação é realizada após o recebimento do manual, pois o processo de acreditação tem como objetivo auxiliar no diagnóstico da instituição, ajudando a mesma a atingir os padrões de qualidade estabelecidos. O hospital tem um prazo para se adequar e apresentar seus resultados e evidências. Entretanto, esse sistema de Acreditação não atinge a Espanha como um todo e talvez nem seja essa a pretensão, uma vez que o material escrito do manual só existe no idioma Catalão (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Na Dinamarca, no período de 2002 a 2008, alguns hospitais aderiram a Programas de Acreditação Internacionais como a JCI, com foco na melhoria da qualidade e segurança do paciente. Concomitantemente à introdução da Acreditação no país, todos os hospitais foram submetidos a um sistema de avaliação da qualidade no qual deveriam relatar constantemente dados sobre a qualidade da assistência prestada e registros clínicos de doenças específicas nacionais. Estes dados eram utilizados para a melhoria da qualidade e divulgação pública anual do desempenho dos hospitais, o que estimulou atividades de melhoria da qualidade (BOGH et al., 2015).

Em 2009 foi lançada a primeira versão do Programa de Qualidade em Saúde Dinamarquês para hospitais, cuja visão é multidimensional com destaque para qualidade no cuidado em saúde e prevenção de erros que causam morte ou reduzam a qualidade de vida do paciente. Neste contexto, a Acreditação passou a ser obrigatória para todos os hospitais públicos dinamarqueses, que foram acreditados no período de 2010 a 2012. O modelo de

Accreditação dinamarquês é composto por 104 padrões divididos em 453 elementos mensuráveis (requisitos ou indicadores), as normas são agrupadas em organizacionais, linha de cuidado do paciente e padrões de doenças específicas. A avaliação para Accreditação ocorre *in loco* por uma equipe de avaliadores que analisam o desempenho hospitalar por meio de entrevistas com os profissionais, revisão de protocolos e linhas guias, observação de procedimentos e método *tracing* ou rastreamento do caminho do paciente. Baseado nos resultados da avaliação o hospital recebe níveis de acreditação: Acreditado, Acreditado com comentário e Condicionalmente Acreditado, sendo estes dois últimos submetidos a atividades de *follow-up* para suporte nas melhorias (FALSTIE-JENSEN et al., 2015).

Na Alemanha, a Accreditação é voluntária e os modelos de avaliação são parecidos com a JCAHO, consistindo de auto avaliação seguida de avaliação externa. As principais categorias desse processo são orientação do paciente, orientação da equipe, segurança, sistema de informação, liderança e gestão da qualidade. Para a Accreditação, esforços são necessários para aquisição de insumos e alocação adequada dos mesmos, com a mensuração do retorno financeiro do investimento para uma gestão baseada em evidências. A orientação do paciente é uma das seis principais categorias da Accreditação alemã, uma vez que a satisfação do cliente contém informações referentes à estrutura, processo e resultados. Além disso, tem forte influência no desejo do indivíduo retornar à instituição e recomendá-la para amigos e familiares, assim, a satisfação do cliente tem implicações financeiras para o hospital (SACK et al, 2011).

Em um estudo alemão realizado com pacientes de 73 hospitais Acreditados e não Acreditados, foi avaliada a relação entre acreditação e satisfação do paciente, considerando a taxa de recomendação como indicador que reflete a satisfação geral. Dos 36.777 pacientes que responderam ao questionário, 66,3% recomendam o hospital em que estiveram recentemente internados, entretanto não houve evidência estatisticamente significativa que sustentasse a hipótese de que a taxa de recomendação esta relacionada à Accreditação. Assim, de acordo com o estudo, a Accreditação não esta relacionada com melhorias do cuidado percebidas pelo paciente. Entretanto contribui para padronização dos processos e melhorias na qualidade dos serviços de saúde, que são fatores relevantes para satisfação do paciente (SACK et al, 2011).

O processo de Accreditação é complexo, contínuo e dinâmico, o que pode dificultar a percepção e compreensão do paciente da sua influência no resultado final em saúde, um atendimento seguro e de qualidade. Embora muitos pacientes ainda não percebam os aspectos que existem por trás da Accreditação, como a organização dos processos, uso eficiente de

recursos, melhoria na estrutura, na comunicação e na interação da equipe, estes fatores interferem indiretamente na segurança do paciente e em sua satisfação com o serviço.

De acordo com um levantamento realizado pelo Conselho Canadense de Acreditação sobre os impactos do processo nas organizações de saúde, a Acreditação contribui para que o cuidado atenda os mais altos padrões em saúde, atua como estratégia para mitigação de riscos e avaliação de desempenho, contribui para a segurança do paciente e melhoria na eficiência do uso dos recursos institucionais. E, ainda, fornece à organização uma avaliação imparcial, objetiva, realizada por terceiros, podendo colaborar com a tomada de decisão e melhoria contínua da qualidade (ACCREDITATION CANADA, 2015).

A Acreditação têm demonstrado mudanças favoráveis nas organizações de saúde e seu caráter de avaliações periódicas possibilita a correção de deficiências, resultando em melhorias importantes e sustentáveis. Estas melhorias dizem respeito ao desenvolvimento de uma cultura da qualidade na prestação dos serviços em todos os níveis institucionais (LINEGAR; WHITTAKER; VAN ZYL, 2012). Há evidências consistentes de que programas de Acreditação melhoram os processos e resultados dos cuidados em saúde, e que o engajamento dos hospitais no processo de acreditação está associado ao aumento da qualidade do atendimento, devendo ser incentivados como ferramenta de melhoria da qualidade nos serviços de saúde (ALKHENIZAN; SHAW, 2011; HALASA et al., 2015).

Abaixo, seguem dois quadros síntese com informações compiladas dos principais estudos nacionais e internacionais citados neste trabalho, contendo nome dos autores, ano da publicação do estudo, objetivos e principais resultados.

Quadro 1- Estudos nacionais sobre o processo de Acreditação

Autores/Ano	Objetivo	Principais resultados
ANTUNES; RIBEIRO, 2005.	Avaliar o processo de acreditação identificando dificuldades e benefícios advindos da implantação do Manual ONA.	As maiores dificuldades observadas durante a implantação foram a mudança de cultura, envolvimento da equipe e a sistematização de registros. Entretanto, após serem superadas, essas dificuldades se tornaram as principais vantagens percebidas pelo hospital.
CAMPOS, 2008.	Caracterizar e comparar ao longo do processo de implementação o desempenho de uma amostra de hospitais brasileiros Acreditados com Excelência.	Na perspectiva financeira, o processo de Acreditação contribuiu para: tendência positiva nos resultados do Ebtida; redução do custo com mão de obra por real faturado com evidência de aumento de eficiência; redução dos custos decorrentes de inflação de despesas com materiais e medicamentos. Os hospitais apresentaram índices positivos e crescentes na pesquisa de satisfação dos clientes internos e externos. Aumento da

Autores/Ano	Objetivo	Principais resultados
		<p>produtividade de leitos com melhoria de eficiência e eficácia. Melhoria dos processos e a aplicação de práticas mais eficientes com despesas de pessoal e material médico-hospitalar com índices menores que a média nacional.</p>
<p>BARBOSA;OLIVEIRA; TAHO, 2010.</p>	<p>Levantar os benefícios alcançados na assistência de enfermagem com a Acreditação.</p>	<p>Houve melhorias assistenciais e administrativas. Melhorias assistenciais mais citadas: atendimento ao cliente, humanização, segurança assistencial, organização, sistematização da assistência de enfermagem. No que tange ao envolvimento da enfermagem no processo, as principais dificuldades foram estrutura física e resistência dos funcionários.</p>
<p>VIANA et al., 2011.</p>	<p>Analisar como certas organizações hospitalares do sul de Minas Gerais estão implantando ou aprimorando o processo de acreditação hospitalar.</p>	<p>O processo de Acreditação requer o envolvimento e aprendizagem particular de cada instituição, sendo entendido de formas distintas pelos entrevistados. A busca pela certificação ocorreu por incentivo e exigência de órgãos como a Vigilância Sanitária, PRO HOSPI e o próprio governo, refletindo, também, um caráter autoritário e hierárquico. Como aspecto facilitador foi apontado o envolvimento e incentivo da direção, e como aspecto dificultador a inexistência de um direcionamento para implantação das ações prioritárias. Os hospitais não possuíam métodos estruturados para pesquisa de satisfação do cliente, que é imprescindível frente à proposta da certificação.</p>
<p>MARTINS et al., 2011.</p>	<p>Apresentar as potencialidades e dificuldades no processo de implantação gestão do Sistema de Gestão da Qualidade em um hospital FHEMG.</p>	<p>Potencialidade para implantação do Sistema de Gestão da Qualidade: envolvimento da gerência administrativa, democratização das relações hierárquicas, consolidação do escritório da Qualidade. Desafios: conscientização dos trabalhadores sobre a cultura da qualidade, a falta de continuidade dos processos na ausência da consultoria externa, dificuldades de trabalho em equipe.</p>
<p>ROTHBARTH, 2011.</p>	<p>Analisar o Processo de preparo de um hospital de ensino com vistas à obtenção de certificação de acreditado.</p>	<p>Destaca-se o desenvolvimento de ações educativas, de divulgação e sensibilização visando o preparo e envolvimento dos profissionais. Ressaltaram-se as auditorias internas e planos de ação como estratégias para identificação de não conformidades e oportunidades de melhorias, com ações corretiva para adequação aos padrões desejados. A atuação dos grupos internos da qualidade viabilizou a gestão da qualidade de forma participativa, sendo facilitadores e agentes de transformação na busca coletiva, integrada e cooperativa da qualidade no hospital, propiciando o desenvolvimento mútuo e o controle da gestão da qualidade.</p>
<p>FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011.</p>	<p>Analisar a dinâmica da acreditação em três realidades distintas - França, Reino Unido e Catalunha (Espanha),</p>	<p>O estudo revelou que a acreditação adquire distintos significados e características dependendo de como os sistemas de saúde a</p>

Autores/Ano	Objetivo	Principais resultados
	e apresentar as diferenças significativas dos processos de acreditação implementados.	internalizam. A metodologia só pode ser compreendida no contexto das propostas políticas que delimitam sua aplicação nos sistemas de saúde, bem como em função das características dos arranjos dos serviços de saúde nesses sistemas.
FORTES; BAPTISTA, 2012.	Apresentar, com base na revisão da literatura internacional, elementos que possam indicar a articulação existente entre a metodologia da acreditação e a formulação de políticas para a organização de sistemas de saúde nos diferentes países, com o intuito de problematizar a percepção corrente da acreditação, como uma ferramenta de qualidade destituída das intenções dos governos.	No mundo, a metodologia parece estar próxima a uma ferramenta política, constituindo diretrizes para a organização e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, devendo ser compreendida como tal. No Brasil, o investimento na acreditação ainda é incipiente, entretanto, designá-la apenas como ferramenta de qualidade ou produto de mercado seria prematuro.
MANZO et al., 2012.	Conhecer a atuação e as influências da enfermagem no processo de acreditação hospitalar.	Atuação da enfermagem na acreditação envolve questões assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa. A atuação gerencial, peculiar dos enfermeiros, prevalece no processo de acreditação em detrimento da atuação exercida pelo técnico de enfermagem. Houve divergência nas percepções sobre a influência da acreditação no trabalho da enfermagem. Foram destacados aspectos positivos como crescimento pessoal e valorização do currículo; e aspectos negativos como estresse e pouca valorização profissional.
MANZO; BRITO; COORRÊA, 2012.	Analisar as implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde de um hospital privado em Belo Horizonte	Os profissionais inseridos no processo de Acreditação possuem visões distintas à respeito de como o processo interfere no seu cotidiano. Alguns percebem a mudança como algo positivo, outros de forma negativa. No primeiro caso, a Acreditação gera orgulho e satisfação, por meio da conquista, valorização do currículo e oportunidade de crescimento pessoal, além de maior segurança na prestação do serviço. Nos aspectos negativos foi identificada a pressão, estresse, e a falta de valorização dos profissionais durante o processo.
MANZO; BRITO; ALVES, 2013.	Analisar, na perspectiva de profissionais, as principais barreiras de comunicação vivenciadas no decorrer do processo de acreditação em um hospital privado de médio porte de Belo Horizonte.	Como principais barreiras para comunicação no processo de Acreditação identificou-se: a falta de qualidade e integridade das informações emitidas aos profissionais; dispersão no repasse do conhecimento, que conseqüentemente pode refletir no insucesso da gestão da qualidade. A falta de preparo prévio e de conhecimento necessário para o enfrentamento do processo afeta os trabalhadores e o objetivo da qualidade.
EMÍDIO et al., 2013.	Descrever o processo de implantação da gestão da qualidade dos processos assistenciais, envolvendo a gestão clínica e a gestão administrativa de	Em relação à constante movimentação das gestões para manter os hospitais atualizados e auditados internamente, identificaram-se as bases para iniciar um processo de acreditação

Autores/Ano	Objetivo	Principais resultados
	modo particular. Mapeamento das ações rotineiras para manter o selo de hospital acreditado.	hospitalar: documentação, envolvimento de todos os profissionais, relacionamento entre os diferentes setores, estabelecimento de manuais orientadores dos processos de trabalho, cumprimento das rotinas e estabelecimento de protocolos. Também sugerem que os hospitais acreditados são considerados diferenciados, reconhecidos pela comunidade médica, pelos funcionários, fornecedores, empresas de saúde suplementar, pelos pacientes e também pela sociedade. Do ponto de vista de gestão da qualidade, os processos são monitorados pelas equipes de auditoria interna e pelos agentes multiplicadores, resultando em um aprimoramento contínuo.
MAZIERO; SPIRI, 2013.	Compreender o significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual, que vivenciam essa prática.	Surgiram dois temas centrais: Acreditação e o processo de trabalho da enfermagem; e Processo de Acreditação Hospitalar. Os enfermeiros consideram o processo de acreditação mobilizador de mudanças, e promove o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, uma vez que os enfermeiros adquirem maior habilidade no trabalho gerencial, elaborando indicadores e dados, proporcionando, ferramentas indispensáveis ao profissional atuante na assistência.
SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014.	Compreender a atuação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar (AH).	O conhecimento e a atuação do enfermeiro são fundamentais na AH, pois este profissional assume posições estratégicas nas instituições de saúde e na articulação com outros profissionais e setores, além de desenvolver ferramentas para avaliação da assistência. O enfermeiro tem assumido funções gerenciais nos níveis estratégicos, intermediário e operacional, conferindo-lhe mais autonomia e inserção na AH.
MENDES; MIRANDOLA, 2015.	Analisar os impactos da acreditação no desempenho organizacional de hospitais.	A acreditação hospitalar tem capacidade de gerar melhorias organizacionais quanto à gestão de processos, segurança dos pacientes, desenvolvimento dos profissionais de saúde e contribuindo também para a melhoria de imagem pública dos hospitais acreditados. Entretanto, a capacidade de gerar benefícios financeiros aos hospitais pesquisados não pôde ser evidenciada. Um aprofundamento do estudo sobre os impactos da acreditação é essencial para se garantir mais adesões ao Programa.
FREIRE et al, 2016.	Analisar experiências de enfermeiros em programas de avaliação da qualidade em um hospital universitário.	A acreditação foi influenciada pela alta rotatividade de pessoal, contribuições dos acadêmicos, condições de trabalho, disponibilidade de recursos, interesse político e complexidade organizacional. Dentre as contribuições foram apontadas melhoria na comunicação e na assistência, organização do serviço, aquisição de recursos,

Autores/Ano	Objetivo	Principais resultados
FERREIRA; CHIAPETTI, MANFRIN, 2016	Analisar o uso das estratégias no processo de busca pela certificação de acreditação hospitalar em um Hospital Universitário.	conscientização profissional, segurança do paciente. Em relação as principais dificuldades para implantação tem-se: Preparo inadequado, descontinuidade das ações, distanciamento de informações entre grupo gestor e operacional, concentração de informações sobre o processo no turno diurno. Os resultados apontaram que a maioria das estratégias foram deliberadamente formuladas, com outras de caráter emergente, entretanto nem todas planejadas foram executadas. Dentre as principais estratégias para alcance da acreditação tem-se: fortalecimento do setor Qualidade, sensibilização da alta administração, difusão do assunto no nível intermediário, auditorias internas, adaptação dos treinamentos as rotinas dos setores, criação de um grupo da qualidade em cada unidade gerencial, uso de ferramentas da qualidade.

Fonte: Dados da literatura utilizada na pesquisa.

Quadro 2- Estudos internacionais sobre o processo de Acreditação

Autores	Objetivo/ País	Principais resultados
GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2010.	Explorar a experiência de diretores, gerentes e profissionais assistenciais que participam do processo de Acreditação: o que os motiva a participar? País: Austrália	A acreditação ajudou as equipes a entenderem seu processo de trabalho, esclarecendo ideias e norteando uma nova direção a ser tomada. Como fatores motivacionais tem-se o contato com os auditores durante o processo de mudança, explicação sobre o motivo da visita de avaliação, o reconhecimento do esforço e da contribuição dos colaboradores no processo. Alguns fatores durante a avaliação podem desmotivar os profissionais como: escassez de tempo, falta de interação avaliador/colaborador, falta de sugestões de melhorias e pouca explicação a cerca dos objetivos da avaliação. O que aponta para a necessidade de atenção nas formas de abordagem e acompanhamento do processo de certificação.
SACK et al., 2011.	Avaliar a relação entre satisfação do paciente e certificação de Acreditação. País: Alemanha	A satisfação do paciente foi avaliada no estudo baseada na taxa de indicação/recomendação do serviço hospitalar para outras pessoas. Em geral 63,3% dos pacientes indicariam o hospital para outros, entretanto essa recomendação não está relacionada ao status de Acreditação de acordo com os testes estatísticos realizados. A Acreditação pode representar um passo para a Gestão da Qualidade Total, entretanto no presente estudo, não está relacionada com a melhoria da qualidade percebida pelos clientes.
ALKHENIZAN; SHAW, 2011.	Avaliar o impacto dos programas de Acreditação na qualidade dos serviços de saúde, por meio de uma revisão	Analisados 26 estudos dos quais 10 abordam o impacto da Acreditação no desempenho geral hospitalar; 9 analisam o impacto em um único aspecto de desempenho; e 7 abordam o impacto no desempenho de subespecialidades. Foi evidenciado que a Acreditação melhora a estrutura e o processo de atendimento com

Autores	Objetivo/ País	Principais resultados
	sistemática.	reflexos positivos no desfecho clínico geral, bem como em desfechos clínicos específicos como: infarto agudo do miocárdio; trauma; atendimento cirúrgico ambulatorial; infecção e tratamento da dor.
LINEGAR;WHITT AKER; VAN ZYL, 2012.	Descrever a experiência e influência da acreditação hospitalar em um hospital universitário em Bloemfontein. País: África do Sul.	Benefícios da Acreditação: capacidade do hospital em identificar problemas, restrições e excelência nos serviços e áreas; melhorias administrativas e gerenciais; encoraja a melhoria contínua dos serviços devido à periodicidade das avaliações; cultura de responsabilidade interna e externa; base para atendimento terciário seguro e de qualidade.
HINCHCLIFF et al., 2013	Identificar fatores que permitam a implementação eficaz de programas de acreditação em diferentes cenários de saúde. País: Austrália.	Um dos grandes desafios da Acreditação é que todos compreendam os padrões e como alcança-los, sendo necessária uma comunicação efetiva adaptada para entendimento dos diferentes públicos. Evidenciaram dificuldades de relacionamento entre o setor Qualidade e os clínicos, já que estes focam no atendimento direto aos pacientes desconhecendo a essência do setor Qualidade. Outro ponto destacado foi a visão de alguns gestores que apontam a dificuldade em analisar o verdadeiro custo-benefício social e econômico da acreditação, e por isso concluem sem consistência que o custo é elevado. A liderança deve ser um forte aliado no processo, pois é capaz de motivar e engajar pessoas.
FALSTIE-JENSEN , 2015.	Examinar a associação entre conformidade com a Acreditação e a mortalidade em 30 dias de internação. País: Dinamarca.	Admissões em hospitais totalmente em conformidade com a Acreditação foram associados a um menor risco de mortalidade em 30 dias de internações em relação aos hospitais parcialmente Acreditados. Reforçando a hipótese que o cumprimento das normas de acreditação está associado à melhores resultados clínicos, incluindo mortalidade do paciente. Entretanto Esforços adicionais são necessários para determinar se a associação é causal.
BOGH et al., 2015	Examinar se as melhorias de desempenho são maiores em hospitais acreditados em relação aos não acreditados. País: Dinamarca.	Foram analisadas melhorias no cuidado relacionadas a processos de infarto agudo, insuficiência cardíaca e úlcera em 6 hospitais dinamarqueses Acreditados e 27 hospitais não Acreditados. Não foram encontradas diferenças significativas no desempenho de processos do cuidado entre hospitais Acreditados e não Acreditados, o que pode refletir os esforços do País para a qualidade dos cuidados baseado em documentação sistemática, informação e auditoria de desempenho usando registros por doenças específicas.
HALASA et al., 2015	Quantificar o impacto da implementação dos padrões da JCI em 5 indicadores selecionados de estrutura e desempenho dos resultados hospitalares, e o valor monetário associado com a melhoria esperada. País: Jordânia.	Dos cinco indicadores analisados, três apresentaram melhorias estatisticamente significativas em hospitais Acreditados em relação aos não Acreditados, que foram: taxa de retorno na UTI no período de 24h; preenchimento dos registros médicos; e a taxa de rotatividade de pessoal. Evidenciaram também melhorias significativas destes indicadores após a implantação da Acreditação nos hospitais certificados. Estes resultados apoiam a hipótese de que o preparo e participação no processo de acreditação melhoram e aceleram a adesão aos padrões de qualidade. Os custos economizados em relação à redução de reinternação na UTI foram estimados de 56595 dólares ao ano por hospital, enquanto a economia de gastos com a redução

Autores	Objetivo/ País	Principais resultados
		da rotatividade de pessoal foi de 42290 dólares ao ano por hospital.

Fonte: Dados da literatura utilizada na pesquisa.

Por meio do Quadro 1, evidenciou-se que as pesquisas nacionais sobre o processo de Acreditação são predominantemente de abordagem qualitativa, com foco na fase de implementação do processo, abordando os benefícios do mesmo para as organizações, as dificuldades e desafios para implantação, implicações para os profissionais e/ou vivência desses com foco na equipe de enfermagem. Foram identificadas lacunas de estudos nacionais sobre o monitoramento das organizações após o alcance da Acreditação, com ênfase nas estratégias adotadas para manutenção do processo. Além disso, há carência de estudos relacionando os benefícios financeiros advindos do processo, bem como o impacto da certificação nos resultados organizacionais com análise de indicadores assistenciais, de segurança do paciente, satisfação do cliente, infecção relacionada ao cuidado e óbito, entre outros. Lacuna de estudos com ênfase na participação/envolvimento da equipe médica e equipe multiprofissional e estudos sobre a percepção do paciente em relação à Acreditação hospitalar e seu impacto na assistência à saúde.

Nos estudos internacionais (QUADRO 2), foram encontradas pesquisas de abordagem qualitativa e quantitativa, tanto sobre o período de implantação da Acreditação, como o acompanhamento após a primeira certificação. Há estudos com análise do impacto da Acreditação para as organizações certificadas por meio da análise de indicadores de desempenho organizacional relacionados à satisfação do cliente, mortalidade, resultados assistências, inclusive indicadores financeiros.

Apesar da Acreditação hospitalar existir há quase 20 anos em nosso País, as pesquisas nacionais ainda se concentram na fase de implantação do processo, talvez pelo fato do mesmo representar apenas 3,78% de hospitais Acreditados no Brasil (ONA 2017; CNES, 2017). Assim, torna-se necessário a realização de pesquisas de acompanhamento dessas instituições, com análise das estratégias para manutenção do processo e o impacto do mesmo no desempenho organizacional.

Ressalta-se que a Acreditação nas instituições de saúde é um processo contínuo com avaliações periódicas, neste contexto, estratégias devem ser elaboradas e implementadas no cotidiano das organizações para o alcance da Acreditação, manutenção da certificação e promoção de melhorias contínuas.

2.3 Estratégia organizacional: visão clássica, principais escolas, e estratégia como prática

Estratégia é um termo genérico e frequentemente utilizado no cenário organizacional, sendo seus conceitos e definições complexos e muitas vezes controversos. Nesta seção apresenta-se a origem da estratégia, suas principais definições e uma breve descrição das escolas de pensamento estratégico.

Quando duas espécies semelhantes de organismos vivos competem por um recurso essencial, ambas não conseguem sobreviver, uma se sobressai em relação à outra. A variedade e a riqueza do ambiente possibilitam variáveis que podem proporcionar a cada espécie uma vantagem única. Entretanto, quanto mais rico o ambiente, maior número de competidores (HENDERSON, 1989).

Durante anos, a competição natural não envolvia estratégias, mas o acaso e às leis de probabilidades, e os competidores se adaptavam aos recursos que melhor se enquadravam às suas necessidades. Isso era adaptar-se para sobrevivência do mais apto e este mesmo sistema se aplica aos sistemas vivos e ao mundo dos negócios. No mundo dos negócios, competidores que obtêm seu sustento de maneira idêntica têm dificuldades para coexistir, cada um precisa ser diferente o bastante para possuir uma vantagem única. O diferencial de competidores de negócios pode ser o preço, as funcionalidades, a localização, a satisfação do cliente, ou nenhuma dessas características, mas apenas a percepção que o cliente tem sobre determinado produto ou serviço. Entretanto, como as empresas podem combinar esses fatores de diferentes formas, sempre existirão possibilidades de coexistência competitiva, sendo possível algum competidor ampliar sua vantagem e algum outro sair do mercado (HENDERSON, 1989).

A preocupação com a Estratégia emergiu no ramo empresarial na década de 1950 e a literatura existente até então era pouco aplicável a questão estratégico. Havia necessidade de uma exposição teórica abrangente sobre o comportamento estratégico das organizações e uma metodologia prática de análise de estratégias. De acordo com estudos realizados por sociólogos em organizações, principalmente sem fins lucrativos, antes da década de 1960, o comportamento estratégico das empresas era algo não planejado, aleatório e sem orientação (ANSOFF, 1990).

Várias contribuições foram importantes para a teoria sobre estratégia desde esse período, especialmente por Henry Mintzberg e Ansoff, que, em 1979, publicou a primeira

teoria do comportamento estratégico na obra “Administração estratégica”. Em uma época em que se questionava a viabilidade da análise estratégica sistemática, Ansoff desenvolveu uma metodologia prática de formulação de estratégias na qual os objetivos expressavam as metas e a estratégia indicaria o caminho para o alcance dessas metas (ANSOFF, 1990).

Na primeira metade do século XX, o ambiente de mercado estava em crescimento contínuo e relativamente estável, o que permitiu menor preocupação das organizações com as estratégias, uma vez que as mesmas permaneceriam estáveis e implícitas, evoluindo de maneira gradativa. Assim, o desenvolvimento da empresa e a formulação de estratégias ocorriam de maneira adaptativa, assistemática e informal. Na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento tecnológico, facilidades na comunicação, mudanças globais de estrutura e de mercado levaram a maior competitividade e a dinâmica organizacional passou a ser o caminho para a estagnação e/ou declínio. Neste contexto, a estratégia começou a ser vista como ferramenta para reorientar o avanço da organização (ANSOFF, 1990).

Nos anos 1960, época em que o pensamento gerencial estava orientado para funções individuais de setores como marketing, produção e finanças, Kenneth Andrews e Roland Christensen, identificaram a necessidade de uma forma holística de pensar na empresa, vendo na estratégica a possibilidade de uma ideia unificadora que ligava as áreas funcionais da empresa e relacionava suas atividades com o ambiente externo. A formulação de estratégias nesta abordagem envolvia a justaposição de pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças identificadas no ambiente. O trabalho de Andrews e Christensen, ao lado de outros como Ansoff, Chandler Jr. e Drucker, colocaram a noção de estratégia como linha de frente das práticas gerenciais (MONTGOMERY; PORTER, 1998).

Antes da década de 1970, as “novas” ideias de produtos e mercados surgiam nos departamentos de marketing, Pesquisa e Desenvolvimento, mas a administração geral não era geradora de ideias, atuava em sua análise e seleção. As ideias eram resultados esporádicos, espontâneos e criativos de especialistas, sendo aceitas geralmente aquelas não muito radicais, tipicamente de aperfeiçoamento de produtos bem sucedidos no passado. Tal lógica de pensamento, conhecida como incrementalismo lógico era baseado na expectativa de que os mercados continuariam a crescer e que a tecnologia da empresa evoluiria de maneira ordenada e gradativa a partir da experiência anterior (ANSOFF, 1990).

No período de 1980 a 1990, o ambiente global das empresas passou por mudanças frequentes e rápidas, tornando-se cada vez mais complexo e competitivo, em consequência, a necessidade de restaurar a competitividade voltou a ser uma das principais preocupações dos

administradores. Neste contexto, o conceito de estratégia passou a ser mais difundido e utilizado bem como a prática do planejamento estratégico, uma vez que os objetivos isolados eram insuficientes para guiar a reorientação estratégica das empresas frente a novos desafios, ameaças e oportunidade. Em ambientes turbulentos de ampla concorrência com prováveis discontinuidades econômicas, tecnológicas e sociopolíticas, o planejamento estratégico foi visto como a alternativa que desafiava e reformulava a lógica estratégica de desenvolvimento empresarial (ANSOFF,1990).

Neste sentido, alguns administradores defendiam a ideia de que se a estratégia não fosse conhecida representaria uma vantagem competitiva da empresa. Entretanto, desde meados da década de 1950, a literatura americana tem desenvolvido ideia oposta de uma estratégia cuidadosa e explicitamente formulada, em um ambiente que reforce sua importância para os executivos e trabalhadores, que também podem contribuir para sua formulação uma vez que são os principais executores. Ansoff e outros autores demonstraram que o planejamento prévio, deliberado e a formulação explícita de estratégia podem melhorar o desempenho da organização (ANSOFF, 1990).

Na visão de Henderson (1989), a estratégia é a busca de um plano de ação para desenvolver e ajustar a vantagem competitiva de uma empresa. O objetivo estratégico de uma organização é encontrar uma posição no setor onde possa melhor se defender contra as forças competitivas ou influenciá-las a seu favor, pois a diferença de uma empresa para outra é que define sua vantagem competitiva. Assim, o desafio das gerências consistia em criar um contexto no qual as competências e recursos pudessem produzir relativa vantagem competitiva, ou seja, adequar as capacidades da empresa às exigências competitivas de um setor que a distinguiu das demais (MONTGOMERY;PORTER, 1998).

Segundo Ansoff (1990), a estratégia é “um dos vários conjuntos de regras de decisão para orientar o comportamento de uma organização” (p. 95). Para o autor, a estrutura segue a estratégia, o ambiente determina as respostas estratégicas e operacionais das empresas e estas determinam a estrutura de autoridade, responsabilidade, fluxo de trabalho e de informação. Tal modelo retrata uma relação linear de causa e efeito, desconsiderando a complexidade de fatores que interferem na relação ambiente externo, organização e formulação de estratégia.

Na década de 1980, a estratégia se tornou disciplina gerencial, com a substituição de ferramentas e técnicas ultrapassadas de planejamento por abordagens mais sofisticadas e apropriadas à prática gerencial. O planejamento estratégico evoluiu de arte praticada por especialistas para trabalho integrado de todos os gerentes de linha (MONTGOMERY;

PORTER, 1998). Segundo Pascucci (2011), a criação de estratégias viabiliza a coordenação de atividades, estimulando a ação coletiva em prol de um objetivo comum.

A globalização acelerou a velocidade dos acontecimentos econômicos, dificultando a adaptação de processos formais com as novas e dinâmicas situações de mercado e a formulação de estratégia precisou incorporar aprendizado emergente proveniente da linha de frente das organizações que é onde as coisas realmente acontecem (JAMIL et al., 2010). Com a evolução dos conceitos de estratégia e o reconhecimento da existência de estratégias deliberadas e emergentes, passou-se a questionar a dicotomia entre os processos de formulação e de implementação de estratégias, discutindo-se que esses processos não são independentes como abordados na visão Clássica (PASCUCCI, 2011).

As estratégias podem ocorrer em qualquer momento e em qualquer lugar em uma organização adaptável e, para serem eficazes, devem ligar o pensamento à ação, ou seja, formulação à implementação; tal processo torna-se mais interativo quando o formulador implementa e o implementador formula (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Estratégia é um conceito sistêmico que permite coerência na direção do crescimento de uma organização complexa (ANSOFF, 1990). Entretanto, seus conceitos e sentidos foram evoluindo e se modificando ao longo do tempo em resposta à evolução tecnológica, científica e do ambiente de mercado. Atualmente, há forte tendência em estudar estratégia baseada na literatura mais recente, entretanto é relevante o entendimento da evolução e do estado atual deste campo do conhecimento (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Pesquisas mostram que a criação de estratégia é um processo complexo que envolve processos sociais, cognitivos, sofisticados, sutis e mesmo subconsciente, não seguem programações preestabelecidas em um caminho formal fixado, o processo requer criatividade, insight e síntese (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Neste contexto, destacam-se dez escolas de pensamento de Estratégia que contribuíram para evolução do conceito e do seu desenvolvimento na prática.

2.3.1 As dez escolas de pensamento em estratégia

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), identificaram a existência de 10 escolas de pensamento que expressam uma perspectiva do processo de formulação de estratégia. Cada uma dessas linhas de pensamento é focada em pontos específicos da formulação estratégica, tendo suas limitações bem como suas contribuições, sendo interessante analisar, mesmo que

de forma breve, cada uma dessas escolas para a compreensão do processo de formulação de estratégia (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

As 10 Escolas de pensamento propostas são: escola de design; escola de planejamento; escola de posicionamento; escola empreendedora; escola cognitiva; escola de aprendizado; escola de poder; escola cultural; escola ambiental e escola de configuração. Tais escolas surgiram em momentos distintos do desenvolvimento da administração estratégica sendo encontradas na literatura e evidenciadas na prática; algumas atingiram o auge e depois declinaram, outras ainda estão em desenvolvimento e outras permanecem pequenas, mas significativas na prática e nas publicações (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

As três primeiras escolas (design, planejamento e posicionamento) são de natureza prescritiva, que tradicionalmente exercem maior controle sobre os planos racionalmente formulados, sendo mais focadas em como as estratégias devem ser formuladas, dando maior ênfase à formalização do processo do que nos resultados. A primeira, escola de design, foi desenvolvida nos anos 1960 sendo a base para a construção das outras duas. A segunda escola, de planejamento, foi desenvolvida na década de 1960, mas teve seu auge nos anos 1970 e era voltada para a formulação formal do planejamento estratégico sistemático. A terceira escola, de posicionamento, focaliza a seleção de posições estratégicas no mercado (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

As seis escolas seguintes, de natureza descritiva, focalizam menos a prescrição do comportamento estratégico ideal e mais a descrição de como as estratégias são de fato formuladas. A última escola, a de configuração, combina as demais agrupando os vários elementos do processo de formulação de estratégia, o conteúdo destas, a estrutura organizacional e seus contextos (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

A escola de design representa a visão mais influente do processo de formulação de estratégia, sendo seus conceitos chaves a base dos cursos de graduação e mestrado em estratégia, além do seu uso na prática até os dias atuais, como por exemplo, a matriz SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities, threats). O modelo proposto busca alcançar adequação entre capacidades internas e possibilidades externas. O processo de formulação estratégica é simples, informal e interativo, com o desenvolvimento de diversas estratégias para escolha e implementação da melhor. Neste cenário há dissociação entre o pensamento e ação, ou seja, separação das atividades dos pensadores (estrategista tomador de decisões e alta gerência) das atividades dos executores, que são os subordinados responsáveis pela implantação das estratégias. Nesta escola, a formulação de estratégia é vista como um processo essencialmente

de concepção, que busca estabelecer alinhamento entre o ambiente e a organização (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

A segunda escola, denominada de planejamento, tem Igor Ansoff como seu principal divulgador, na qual o planejamento estratégico é visto como processo controlado, consciente e formal, decomposto em etapas e de responsabilidade do executivo e planejadores. Nesta perspectiva o planejamento estratégico é algo imperativo das organizações, os planos devem ser conduzidos para promover inflexibilidade, estabelecendo direções claras e impondo estabilidade. Entretanto, nesta época, poucos eram os estudos sobre como se aplicava o planejamento estratégico (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

A terceira escola, de posicionamento, compreende a formulação de estratégia como processo analítico com foco na seleção de posições estratégicas no mercado, tendo como uma das principais obras a *Competitive Strategy* de Michael Poter (1980). Como nas escolas anteriores, a formulação de estratégia continua a ser um processo consciente, deliberado, com estratégias explícitas antes de serem implantadas formalmente, havendo separação entre formulação e implementação. Concentra-se no cálculo da posição estratégica a fim de encontrar a posição que melhor suporte a competição, sendo a formulação de estratégia um processo de busca da vantagem competitiva (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Na quarta escola, empreendedora, o processo de formulação de estratégia é visto como um processo visionário. Esta linha de pensamento busca entender o processo de formulação de estratégia à medida que ele se desenvolve, considerando também os aspectos intangíveis como: intuição, criatividade, sabedoria, critério, experiência e julgamento. A estratégia é obra do líder em busca de um senso de direção e visão do futuro, sendo um processo flexível deliberado e emergente, que sofre adaptações conforme as necessidades e experiências do líder. Nesta perspectiva, a estratégia é processo de formulação semiconsciente, baseada na intuição e experiência do líder (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

De acordo com a quinta escola, cognitiva, a formulação de estratégia é um processo cognitivo que ocorre na mente do estrategista. A estratégia emerge como perspectiva de acordo com a maneira que as pessoas lidam com as informações vindas do ambiente. O estrategista constrói seu conhecimento e processos de pensamentos por meio de suas experiências, que moldam aquilo que sabe, que por sua vez moldam suas atitudes, e, assim, sua experiência subsequente (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

A sexta escola, de aprendizado, questiona aspectos básicos das escolas racionais de design, planejamento e posicionamento, sugerindo que a imagem tradicional de formulação de estratégias foi uma fantasia que na verdade não corresponde ao que realmente acontece nas organizações. Sugere que a formulação de estratégias é algo que os estrategistas aprendem com o tempo, vivenciando determinadas situações individual ou coletivamente, aprendendo uma forma de organizar e lidar com ela. A natureza complexa e imprevisível do ambiente organizacional impede o controle deliberado, a estratégia precisa assumir a forma de um processo de aprendizagem ao longo do tempo cuja formulação e implementação são indistinguíveis. O papel da liderança não é o de conceber estratégias deliberadas, mas sim gerenciar o aprendizado estratégico que pode resultar em novas estratégias vindas não somente da liderança (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Na escola de poder, a formulação de estratégia é moldada por poder e política, seja nas relações internas da organização e/ou nas relações da organização com seu ambiente externo. Na perspectiva dessa escola, a formulação de estratégia é um processo de constante negociação e de influência que utiliza o poder para negociar estratégias favoráveis a determinados interesses. A estratégia é vista também como um processo político que depende de concessões e negociações entre indivíduos e grupos com diferentes relações de interesse e conflito, entretanto, essa escola deixa de lado a noção de estratégia em si (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Na oitava escola, a cultural, o processo de formulação de estratégia é visto como um processo coletivo que sofre influência da cultura para manutenção da estabilidade estratégica e, em alguns casos, para resistência ativa às mudanças. A estratégia nesse contexto surge como perspectiva de intenções coletivas e deliberadas baseadas nas crenças e interpretações comuns dos sujeitos da organização, mesmo que não plenamente consciente. A cultura influencia a maneira de pensar em uma organização, bem como pode causar resistência às mudanças, influenciando no processo de formulação de estratégias (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Na escola ambiental, a formulação de estratégia é vista como um processo reativo, no qual o ambiente ou “forças fora da organização” é o agente central da formulação de estratégias e não um fator. A organização é passiva e reage ao ambiente que dita as regras, ou seja, a organização molda-se em resposta ao ambiente. Essa escola posiciona o ambiente entre as três principais forças do processo de formulação de estratégia juntamente com a liderança e organização. A liderança, assim como a organização, torna-se subordinada ao ambiente, que

assume o comando. Essa escola teve origem na teoria da contingência, onde tudo depende do porte da organização, da tecnologia, estabilidade do contexto, hostilidade externa dentre outros (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

A décima escola, de configuração, entende a formulação de estratégia como um processo de transformação, defendendo a ideia de que existem dois lados principais: um descreve estado da organização e contexto que a cerca (configurações), e o outro descreve o processo de geração de estratégia (transformação). A geração de estratégia é um processo de mudar de um estado para o outro. A estratégia trata de mudanças e de continuidade, uma vez que a formulação de estratégias pode promover mudanças na direção de uma organização, e as estratégias resultantes estabilizam essa direção. Assim, a chave para a administração estratégica é sustentar essa estabilidade, sabendo, no entanto, lidar com as transformações necessárias, gerenciando o processo de ruptura sem desestabilizar a organização. Essa escola traz ordem para o desordenado mundo de formulação de estratégias e é uma forma de interagir com as mensagens das demais (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Todo processo de estratégia necessita combinar vários aspectos das diferentes escolas, pois as organizações têm suas particularidades que envolvem desde seus líderes, trabalhadores, aspectos mentais, culturais, demandas do ambiente, aspectos sociais, forças da organização entre outros. O processo de formulação de estratégia nas organizações é um espaço complexo que sofre influência de todas as escolas como meio para atingir determinado objetivo. Neste sentido, as escolas são complementares e “A estratégia em sua essência é integradora, é uma reunião- síntese- de ações e dimensões que moldam uma empresa e influenciam seu desempenho” (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010, p. 353).

As escolas prescritivas são mais aplicadas em ambientes de mercado estáveis, característicos em setores da economia dos anos de 1960 a 1980, embora ainda estejam presentes nas atividades acadêmicas e empresariais atuais. No entanto, a complexidade do mercado tem demandado modelos mais flexíveis e ágeis na formulação de estratégia. As empresas não atuam sob a óptica de um único modelo de estratégias, mas sob a junção de mais de uma escola, combinando diferentes elementos de acordo com os objetivos empresariais (JAMIL et al, 2010). Todavia, mesmo com o crescimento de correntes teóricas que desafiam a visão clássica de estratégia das escolas prescritivas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010), os estudos com ênfase no processo de implementação de estratégias ainda são poucos em nosso país (CANHADA; RESE, 2011). Assim, a estratégia como prática vem ganhando espaço nas produções acadêmicas.

2.3.2 *A estratégia como prática*

O planejamento estratégico e suas falácias dominantes na filosofia cartesiana segue a premissa de separação da mente e matéria assumindo a ideia de que a mente (gestão) cria visões e estratégias para controlar e conduzir a matéria (organização), mediante uma relação de dominação hierárquica, de separação e desigualdades, criando um sistema dualista desconsiderando a complexidade dinâmica dessa relação. Nesta lógica, a separação mente e matéria reflete nas posturas organizacionais de diferenciação entre estratégia e operação, na qual a primeira pensa, gerencia, lidera e planeja, e a segunda se torna um mero objeto passivo a ser gerenciado e que executa o planejado (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

Segundo Clegg, Carter e Kornberger (2004), as origens cartesianas da estratégia geram e sustentam sete disparidades denominadas pelos autores de “sete falácias do planejamento estratégico”. Essas falácias são: disparidade entre as fantasias gerenciais e as competências organizacionais; disparidade entre os objetivos reais e claros e os futuros possíveis e imprevisíveis; disparidade entre o planejamento e a implementação; disparidade entre a mudança planejada e a evolução emergente; disparidade entre os meios e os fins; disparidade entre uma mente planejadora (administração) e um corpo planejado (organização); finalmente, a disparidade entre a ordem e a desordem (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

Diante essa lógica de pensamento, pesquisadores voltaram-se para a antropologia social que considera as práticas sociais como elementos centrais para a compreensão dos sistemas sociais. Tal linha de pensamento é denominada estratégia como prática (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Do ponto de vista sociológico, a estratégia pode ser tratada do mesmo modo que outras atividades institucionalizadas em nosso dia-a-dia, como a lei, o jornalismo, o casamento dentre outras, sendo considerada algo que as pessoas fazem utilizando recursos, e suas consequências por menos intencionais que sejam, refletem de forma significativa na sociedade (WHITTINGTON, 2004; WHITTINGTON, 2007).

A estratégia como prática está focada no nível micro das atividades, dos processos e das práticas na formulação de estratégia, sendo uma alternativa à corrente principal de estudos de estratégia cujo foco está nas implicações da estratégia no desempenho da empresa. Assim, alterna-se para uma visão mais profunda e compreensiva de analisar o que realmente acontece no planejamento e na implementação de estratégias, bem como nas demais atividades relacionadas com estratégia (GOLSORKHI et al., 2010). Nesta perspectiva, adota-se como

definição de estratégia qualquer atividade que pode contribuir com a orientação da organização, não se restringindo ao processo de planejamento estratégico formal e explícito (JOHNSONS et al., 2007).

Para melhor compreensão das estratégias, alguns pesquisadores perceberam a necessidade de estudar como os gerentes criam as estratégias e como as estratégias se associam à prática. Sendo necessário estudar com proximidade a realidade cotidiana dos gerentes envolvidos na elaboração de estratégias e os resultados dessas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Neste sentido, a fim de compreender o fator humano na construção de estratégias é necessário reforçar pesquisas que abordem as ações e interações dos praticantes no ato de fazer estratégia, ou seja, na prática de construção e implantação das estratégias (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

A estratégia como prática busca demonstrar o que os estrategistas fazem na prática, distanciando da perspectiva de uma prática prescritiva e normativa para uma prática empírica. Richard Whittington encabeçou a iniciativa de fortalecer uma visão europeia de estratégia menos positivista, diferente da tradicional e dominante visão norte-americana, partindo da premissa de que nosso conhecimento sobre o significado de estratégia é pequeno e limitado frente a sua importância para as organizações. Essa linha de pensamento se preocupa em compreender a atividade contemporânea de criação de estratégias, afastando-se do dualismo hierárquico e das falácias do planejamento estratégico (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

Em 1996 Richard Whittington publicou o artigo “Strategy as a practice”, em um periódico inglês que divulga pesquisas na área de estratégia organizacional, no qual sugeria a mudança do foco das pesquisas para como os praticantes fazem estratégia. Desde então, a estratégia como prática social vêm proporcionando importante contribuição teórica para o pensamento em estratégia, abrindo espaço para novas perspectivas de pesquisa que aumentam a legitimidade de estudos qualitativos, agregando pesquisadores de diversas áreas de conhecimento e perspectivas teóricas, contribuindo para a consolidação de uma escola de pensamento em estratégia produtiva em ensaios teóricos, pesquisas empíricas e de ideias inovadoras (CANHADA; RESE, 2011).

A visão de estratégia esteve por longo período arraigada na visão modernista dos Estados Unidos da década de 1960. Essa visão considerava a imparcialidade científica superior à prática e o quantitativo superior ao qualitativo, o que restringia a estratégia em termos epistemológicos. Entretanto, nos dias de hoje, tem-se quebrado essas restrições,

abrindo novas perspectivas para pesquisa em estratégia que possibilitam o uso de uma pluralidade de métodos que visam atuar na melhoria da prática, tornando a prática gerencial um objeto de estudo (WHITTINGTON, 2004).

O estudo das práticas permite que pesquisadores se envolvam diretamente com o discurso dos praticantes, examinando questões relevantes para aqueles que estão lidando com estratégias, tanto os envolvidos com o seu planejamento e formulação, como aqueles cujas implicações estratégicas influenciam seu campo de ação. Nesta perspectiva, a estratégia como prática propõe avançar o entendimento teórico sobre estratégia de forma que tenha relevância prática para gerentes e demais membros de uma organização (GOLSORKHI; SEIDL; VAARA, 2010).

A estratégia como prática pode ser considerada uma alternativa para a pesquisa em estratégia dominante, por desviar o foco sobre os efeitos das estratégias no desempenho organizacional para uma análise mais abrangente e em profundidade do que de fato acontece no planejamento e na implementação de estratégias e atividades relacionadas (GOLSORKHI et al, 2010). O pensamento de estratégia como prática busca uma transformação no campo da estratégia, no sentido de aproximar a pesquisa a prática, às suas ferramentas e aos praticantes de estratégias (WHITTINGTON, 2004). Segundo o autor

A estratégia é algo que as pessoas fazem. Desse ponto de vista, ela pode ser percebida como uma prática social como qualquer outra, seja doméstica, política ou educacional. E como em qualquer outro campo, as pessoas envolvidas nessa atividade podem ser ajudadas para melhor compreendê-la e melhorar sua prática (Whittington, 2004 p. 46).

A incorporação da sociologia nos estudos de estratégia, com foco nas práticas sociais, auxiliou os pesquisadores deste campo em um melhor entendimento dos processos organizacionais e estratégicos que, até então, eram secundarizados por outras escolas de pensamento (CANHADA; RESE, 2011). O olhar sociológico sobre a estratégia nos encoraja a percebê-la de forma ampla e profunda, enraizada na sociedade, sendo algo que as pessoas realizam em âmbito social onde o papel da organização é descentralizado e as pessoas, práticas e sociedade entram igualmente em cena (WHITTINGTON, 2007). Assim, as ações e interações de múltiplos atores são consideradas estratégias na medida em que influenciam os resultados estratégicos de uma organização, contribuindo para sua sobrevivência e vantagem competitiva (JOHNSON; MELIN; WHITTIGNTON, 2003).

Ampliando essa visão, Jarzabkowski e Balogun (2007) sugerem que a atividade estratégica é aquela que pode gerar consequências para direção e sobrevivência de múltiplos grupos e organizações, bem como para as instituições de apoio. Neste contexto, o termo "Strategizing" refere-se ao "fazer da estratégia", ou seja, ao fluxo de atividade por meio das ações e interações de múltiplos atores e as práticas que executam na construção e implementação da estratégia.

A abordagem de estratégia como uma prática possibilita uma gama de tópicos e metodologias de pesquisa que vão além do entendimento sobre o desempenho organizacional. Ao descentralizar a organização, abre uma ampla agenda de estudos considerando a práxis, a prática e os praticantes (WHITTINGTON, 2007), que não são elementos separados, mas partes inter-relacionadas de um todo (WHITTINGTONS, 2006).

A práxis está relacionada às atividades reais, o que os atores realmente fazem na prática de estratégia, como por exemplo, o planejamento, a tomada de decisões, a execução de normas e rotinas, conversas formais e informais, considerando as atividades do centro e da periferia (WHITTINGTON, 2006). Assim a práxis compreende a interação e conexão entre as ações de diferentes indivíduos e grupos dispersos no meio social, político e econômico das instituições nas quais agem e para qual contribuem. Nesta perspectiva, a práxis engloba a interconexão entre o nível social mais amplo das organizações (como padrões e fluxos desenhados de atividades ao longo do tempo) com o nível micro, que pode ser analisado por meio das ações, interações e negociações de múltiplos atores e as práticas situadas que eles executam (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

As práticas estão relacionadas às rotinas e comportamentos compartilhados na organização, incluindo normas, tradições, maneiras de pensar, atitudes e ferramentas para fazer estratégias, sem as quais as estratégias dificilmente aconteceriam (WHITTINGTON, 2006; WHITTINGTON, 2007). As práticas podem ser utilizadas como potencial unidade de análise de como a estratégia é construída, examinando quais práticas são implementadas, como são implementadas, como o seu uso se altera ao longo do tempo e as consequências destes padrões de uso para moldar a práxis (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

Os praticantes são os diversos atores que realizam as práticas, elaboram, moldam e executam as estratégias, incluindo a alta gerência, baixa gerência, bem como agentes internos e externos envolvidos com a organização (WHITTINGTON, 2006; WHITTINGTON, 2007). Os praticantes são participantes ativos no processo de estratégia, tendo em vista que moldam

as atividades de estratégia por meio de quem são, como agem e que práticas colocam em ação (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

A estratégia precisa de muitos atores para acontecer, bem como rotinas, processos, recursos e tecnologia, existindo em episódios compactos e específicos bem como na organização como um todo, podendo influenciar na sociedade. Desse modo, é necessário desenvolver uma ampla visão sobre a estratégia para compreender suas conexões, problemas, ironias, mudanças e suas continuidades (WHITTINGTON, 2007). A formulação de estratégias é a conexão entre os praticantes, as práticas nas quais eles se apoiam a fim de moldar a práxis da estratégia (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

Segundo Whittington (2006), a estratégia pode ser analisada sob duas perspectivas, em âmbito “intraorganizacional” e “extraorganizacional”. No primeiro caso, o estudo da estratégia está relacionado com o conhecimento íntimo e detalhado das atividades estratégicas realizadas por pessoas dentro de uma organização, centradas no trabalho gerencial uma vez que os gerentes devem ter o domínio deste trabalho. No segundo caso, a estratégia é um fenômeno que se estende além da organização, no qual as estratégias e práticas produzidas coletivamente ajudam a moldar a sociedade, refletindo para além de uma organização em particular (WHITTINGTON, 2006). Nesta pesquisa, a estratégia é analisada sob a perspectiva intraorganizacional enfatizando o ambiente hospitalar como cenário do estudo.

A abordagem prática da estratégia envolve um olhar mais próximo desses dois níveis, uma vez que ambos influenciam e são influenciados pelas características do outro. O nível extraorganizacional influencia as práticas e práxis dos atores, uma vez que a organização esta inserida em um determinado campo social constituído por suas próprias normas, rotinas e por indivíduos que são essencialmente parte da sociedade. Dessa forma, os praticantes são elemento crítico da ligação entre a práxis intraorganizacional com a prática organizacional e extraorganizacional, das quais dependem para práxis (WHITTINGTON, 2006).

No Brasil, os primeiros estudos que adotaram estratégia como prática foram publicados oito anos após a primeira publicação no exterior em 1996. A utilização dessa abordagem foi demarcada pela reedição (tradução) dos artigos de Whittington, e de Wilson e Jarzabkowski em 2004, a partir daí intensificaram as publicações brasileiras e a abordagem tem ganhado aceitação, apesar de sua institucionalização ainda se apresentar em seus primeiros estágios (WALTER; AUGUSTO, 2011).

Segundo estudo bibliométrico de Walter e Augusto (2011), 14 diferentes países, incluindo o Brasil, publicaram artigos utilizando a estratégia como prática, mostrando sua

difusão, institucionalização e legitimidade. Entretanto, no Brasil, essa abordagem possui menor grau de institucionalização e de maturidade em relação a outros países, existindo ainda uma lacuna para o desenvolvimento de estudos e publicações sobre essa temática.

Este campo tem atraído uma produção em massa de trabalhos empíricos, dos quais os estudos iniciais (WHITTINGTON, 2004, 2006, 2007; JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007; JOHNSONS et al, 2007) tinham como foco o que os praticantes de estratégia realmente faziam, com pouco aprofundamento nas discussões teóricas sobre os conceitos de prática e estratégia. Posteriormente, estudos com novas tendências se desenvolveram, muitos dos quais criticavam as bases conceituais e metodológicas das investigações iniciais, por considerar frágeis os conceitos de estratégia como prática e desarticulados das alternativas epistemológicas disponíveis (CHIA; RASCHE, 2010). Essa corrente mais recente de estudos de estratégia como prática defende que é preciso avançar do ponto de vista crítico, filosófico e sociológico nos estudos desta área para explorar questões fundamentais de identidade e poder, bem como outras questões epistemológicas como realidade, construção, ordem simbólica, redes de atores e jogos de linguagem (GOLSORKHI et al, 2010; CHIA; RASCHE, 2010).

A abordagem de estratégia tratada neste estudo considera a estratégia como importante prática social, com foco empírico baseado na prática dos agentes *in loco*, ou seja, como as pessoas trabalham no cotidiano organizacional de criação de estratégias, a fim de utilizar esse conhecimento para melhorar a condução de estratégias (WHITTINGTON, 2004; CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

Assim, para analisar as estratégias gerenciais para manutenção da certificação de Acreditado com Excelência, foi adotado o conceito de estratégia como prática social, pautado principalmente nas concepções de Whittington (2004, 2006, 2007), com foco no que os praticantes fazem, ou em como as pessoas trabalham no cotidiano organizacional de criação de estratégias, tendo em vista a importância da participação de todos os profissionais na manutenção do nível de Acreditação. Optou-se por essa perspectiva uma vez que atende ao objetivo do estudo de analisar as estratégias institucionais para manutenção da Acreditação, com foco na implementação de ações na prática cotidiana hospitalar para o fortalecimento deste processo.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção será apresentado o percurso metodológico utilizado para condução do estudo abordando os seguintes aspectos: tipo de estudo; cenário e o caso em estudo; estrutura hospitalar e a distribuição do pessoal de enfermagem; participantes da pesquisa; coleta de dados; análise dos dados e apresentação dos resultados; e aspectos éticos.

3.1 Tipo de estudo

Considerando a natureza complexa do objeto de estudo que pode variar de hospital para hospital em função dos diferentes contextos, foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa no intuito de evidenciar as estratégias institucionais para manutenção da Acreditação. Foi utilizado como referencial teórico para análise dos dados, a estratégia como prática, fundamentada principalmente, nas concepções de Whittington (2004, 2006, 2007), com foco no fazer dos diferentes profissionais, de diferentes níveis hierárquicos e sua contribuição para a definição/implementação de estratégias no trabalho cotidiano institucional, considerando que a certificação de qualidade exige a participação de todos os profissionais em uma estrutura horizontal para a manutenção processo.

O estudo de caso tem sido muito utilizado no campo das ciências sociais como na psicologia, sociologia, ciência política, antropologia e economia, aparecendo com maior frequência nas ciências aplicadas, como administração, educação e serviço social. Na área da saúde, o uso de estudos de caso tem aumentado em vários campos como nutrição, enfermagem e saúde pública. Em todas essas situações o uso deste método surge do anseio em entender fenômenos sociais mais complexos (YIN, 2015; GIL, 2009).

Trata-se de investigação empírica na qual o investigador tem pouco controle sobre os eventos, buscando entender em profundidade e reter as características holísticas e significativas dos fenômenos em seu contexto real, com enfoque sobre fenômenos contemporâneos, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. É comumente utilizado para contribuir com o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos dentre outros (YIN, 2015).

A pesquisa qualitativa é o estudo das interpretações humanas a respeito de como vivem e constroem seus artefatos e a si mesmos, como sentem e pensam. Tenta captar o sentido que os fatos e fenômenos têm para os sujeitos que os vivenciam. As abordagens

qualitativas atendem melhor investigações de grupos delimitados, de histórias sob a ótica dos atores, permitindo desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares (MINAYO, 2010).

O foco de interesse da pesquisa qualitativa não é estudar fenômeno em si, mas entender seu significado para aqueles que o vivenciam. O significado, no contexto, tem função estruturante, uma vez que baseado no que as coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, vivências, sentimentos, ideias) significam, as pessoas moldam suas vidas e organizam suas ações. Além disso, o significado pode ser disseminado entre um grupo organizando-o culturalmente em torno dessas representações (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa não busca quantificar os processos da vida humana, mas explicar as sinuosidades das relações sociais, essência e resultado das atividades humanas. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2010). Não visa explicar a ocorrência com as pessoas listando e mensurando seus comportamentos, mas busca um entendimento profundo de ligações entre elementos invisíveis ao olhar comum, pretendendo conhecer a fundo as vivências e representações dos sujeitos sobre suas experiências de vida, na tentativa de entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta (TURATO, 2005).

Assim, o estudo de caso de abordagem qualitativa permite ao pesquisador descrever e analisar determinado contexto em profundidade, bem como entender as relações e percepções das pessoas a respeito de uma situação e/ou fenômeno, sendo útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2010).

No contexto desta pesquisa, o estudo de caso de abordagem qualitativa tem muito a oferecer aos estudos de organizações de saúde no que tange seus aspectos administrativos e gerenciais, por permitir analisar essas instituições considerando os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos frente às suas experiências no mundo social e na organização estudada. Além disso, possibilita uma análise em profundidade de um processo organizacional em curso, que é o processo de formulação/implementação de estratégias no cotidiano de um hospital, permitindo uma análise do rumo deste processo e da forma como ele é interpretado pelos sujeitos que o vivencia, bem como esclarecer fatores interferentes.

3.2 Cenário e o caso em estudo

O estudo foi realizado em um hospital privado de grande porte Acreditado com Excelência da cidade de Belo Horizonte. A opção pelo hospital ocorreu de maneira intencional utilizando os seguintes critérios: ser um hospital geral, Acreditado com Excelência por pelo menos dois ciclos consecutivos de avaliação ONA, estar localizada no município de Belo Horizonte, vinculado ao ensino e pesquisa.

Para escolha do hospital, foi realizada uma busca no site da ONA em outubro de 2014 sobre os hospitais Acreditados com Excelência no estado de Minas Gerais. Dos 19 hospitais com certificações válidas, oito estavam localizados no município de Belo Horizonte. Assim, dos oito hospitais, foi selecionado um reconhecido por sua excelência em saúde, com vínculo para pesquisa com a Universidade Federal de Minas Gerais, e que obteve por duas vezes a certificação de Acreditação com Excelência, reafirmando o compromisso com a qualidade com ciclos de melhoria contínua para manutenção da certificação.

Trata-se de um hospital privado, sem fins lucrativos, de grande porte, que atende praticamente todas as complexidades da Medicina e que será denominado Hospital X no decorrer do estudo, a fim de manter o anonimato da instituição. O hospital X posiciona-se como uma das principais instituições de saúde do Estado ao oferecer serviços especializados e de tratamento intensivo, assistência médica integral, ambulatorial e de internação, atende operadoras de saúde complementar, clientes privados e pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (SITE DO HOSPITAL X, 2016). Possui 300 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias, 30 leitos de CTI adulto, 10 leitos de CTI cardiológico, 20 salas cirúrgicas, sala de recuperação pós-anestésica, sala cirúrgica para procedimentos de otorrinolaringologia, três salas de vídeo endoscopia, pronto socorro adulto e pediátrico. Possui, também, uma Unidade de Transplantes, onde realiza transplantes de coração, rins, pâncreas, córneas e fígado (SITE DO HOSPITAL X, 2016).

O processo de implantação da Acreditação ONA teve início em 2006, quando o hospital contratou uma empresa de consultoria para fazer o diagnóstico organizacional e iniciou as ações de mudança para se adequar aos requisitos da certificação. Em 2008 obteve sua primeira certificação ONA que foi “Acreditado Pleno”, válido por dois anos e, em 2010, na visita de recertificação, o hospital obteve certificação de Acreditado com Excelência, demonstrando evolução no sistema de gestão da qualidade. O hospital também é certificado pelas normas da International Organization for Standardization (ISO), ISO 9001 que certifica

sistemas de gestão da qualidade e ISO 31000 que certifica a implementação de metodologia de gestão de riscos. Em 2012, obteve a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO) que é o reconhecimento de um hospital brasileiro de padrão internacional. Estas certificações comprovam que o hospital X mantém foco na gestão de riscos e na segurança do paciente, o que favorece o reconhecimento internacional e o intercâmbio na área da saúde (MANUAL DO HOSPITAL X, 2014).

A política de qualidade do hospital é a satisfação, encantamento do cliente e a responsabilidade social, alcançados por meio da melhoria contínua dos processos de trabalho orientado para resultados. A missão da organização é “Cuidar das pessoas, buscando qualidade de vida”, e a visão de futuro, de acordo com o mapa estratégico de 2014-2017 é “ser o lugar ideal para o cuidado da saúde e para a realização profissional” (SITE DO HOSPITAL X, 2016). Para tal, o hospital tem investido em estrutura física, capacitação dos trabalhadores, gestão de perdas, gestão de riscos, desenvolvimento de lideranças, pesquisa, investimento em alta complexidade entre outras ações (MANUAL DO HOSPITAL X, 2014).

Neste cenário, o caso em estudo foi o processo de Acreditação do hospital, e a unidade de análise foram as estratégias gerenciais para promoção de melhorias dos serviços e manutenção da certificação de Acreditado com Excelência.

A certificação de Acreditado com Excelência confere à instituição o comprometimento com a excelência em gestão, o que implica consistência no gerenciamento das atividades de forma integrada, com análise crítica dos resultados organizacionais, informação íntegra e atualizada do desempenho, utilizando o conhecimento e aprendizado para a tomada de decisão, promoção de melhorias e o alcance de melhores resultados (ONA, 2014). Neste contexto, justifica-se estudar estratégias de um hospital Acreditado com Excelência para manter o nível alcançado, uma vez que é previsto um comportamento pautado na maturidade, planejamento e consistência na gestão dessas instituições.

3.2.1 Estrutura hospitalar e a distribuição do pessoal de enfermagem

Em relação à estrutura organizacional e a distribuição dos cargos que interferem diretamente na política de qualidade do hospital, a instituição possui um Conselho Diretor responsável pela aprovação do planejamento estratégico institucional. Esse planejamento é elaborado por uma comissão composta por gerentes, coordenadores e assessores do hospital, além de consultores externos de reconhecida competência. No organograma da instituição,

tem-se uma Assessoria da Qualidade que se encontra em posição estratégica cuja função é assessorar o Conselho Diretor nas questões relacionadas à gestão da qualidade e Acreditação hospitalar.

Abaixo do Conselho Diretor e sob a mesma linha hierárquica, encontra-se uma diretoria clínica e uma diretoria técnica que são responsáveis pela prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento na instituição. Segundo a Resolução do CFM 2.147/2016, a diretoria clínica dirige e coordena o corpo clínico da instituição, supervisiona a execução das atividades de assistência médica e zela pelo cumprimento do regimento interno, seguindo os princípios éticos e técnicos do Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde. A diretoria técnica responde pela estrutura assistencial, isto é, as condições de trabalho e os recursos necessários à prática médica, visando assegurar o desempenho do corpo clínico no tocante aos preceitos legais e éticos relacionados às condutas e aos recursos necessários para desempenho da medicina e das demais atividades de saúde em benefício da população (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Abaixo da diretoria técnica e clínica, tem-se a gerência geral e em seguida as gerências dos setores. A enfermagem possui uma gerência geral administrada por uma enfermeira Gerente de Enfermagem. Abaixo da gerência geral, há as coordenações de enfermagem dos setores e subordinados a elas estão os enfermeiros assistenciais, denominados no hospital de enfermeiros supervisores, que são responsáveis pela assistência direta ao paciente e por supervisionar a equipe técnica de enfermagem, executando o trabalho operacional e administrativo das unidades.

Há um enfermeiro coordenador de setor que responde pelos serviços da unidade, que pode ser exclusivo ou acumular a coordenação de mais de um setor de acordo com as necessidades e demandas do hospital. Este enfermeiro é responsável não só pela enfermagem, mas pelo setor como um todo, desde o orçamento, ações estratégicas, dimensionamento de pessoal, agendamento de férias, recebimento de atestados, rentabilidade do setor e gestão da qualidade. A coordenação é ampla, desde a assistência executada pelo técnico de enfermagem até a elaboração do orçamento anual.

Além do coordenador de enfermagem, em alguns setores tem-se o enfermeiro administrativo. Este cargo foi criado recentemente no hospital (mais ou menos dois anos antes da coleta dos dados), devido às demandas das unidades maiores relacionadas às mudanças e evolução dos processos hospitalares para atendimento dos requisitos de Acreditação, que

umentam as atividades administrativas. Neste contexto, foi identificada a necessidade de um profissional para auxiliar o coordenador nas funções administrativas, como educação em serviço, monitoramento dos indicadores dentre outras. O cargo foi criado com o propósito inicial de atender demandas das Unidades de Internação (maior setor do hospital, composto de 15 unidades) e, posteriormente, se estendeu para outros setores. O enfermeiro administrativo dá suporte ao coordenador e ao enfermeiro supervisor, auxiliando-os a ter uma visão holística de todo processo de gestão das unidades sob sua responsabilidade.

O enfermeiro supervisor executa a assistência e monitora os processos gerenciais das unidades. Entre suas atividades destaca-se: assistência de enfermagem, auditorias de prontuário, auditorias de boas práticas, verificação de necessidades de melhorias diárias, monitoramento de indicadores assistenciais e de eventos adversos e supervisão da equipe técnica de enfermagem.

A distribuição dos cargos de enfermagem foi descrita nesta subseção devido sua relevância no processo de Acreditação do hospital, uma vez que os enfermeiros ocupam cargos gerenciais nos níveis estratégicos e intermediários, exercem o cuidado direto ao paciente e gerenciam a equipe de enfermagem, sendo um grupo profissional que representa parcela significativa dos profissionais do hospital X e dos processos de qualidade. Do total de funcionários do hospital no período da coleta de dados, 36,22% eram profissionais de enfermagem, considerando enfermeiros, técnicos e auxiliares.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram selecionados intencionalmente utilizando como critérios de inclusão: gerentes estratégicos, profissionais dos diferentes níveis hierárquicos envolvidos com a Acreditação e estar atuando há mais de um ano no hospital. Como critério de exclusão, profissionais que estivessem de licença no período de coleta e que trabalhassem há menos de um ano no hospital.

Os participantes foram selecionados em consonância com o referencial teórico adotado, no qual os praticantes de estratégia são os diversos atores que realizam as práticas, elaboram, moldam e executam as estratégias, incluindo a alta gerência e baixa gerência (WHITTINGTON, 2006; WHITTINGTON, 2007). Vale ressaltar a importância de se considerar os diversos sujeitos da linha hierárquica hospitalar, tendo em vista que apesar das estratégias formais partirem da alta gestão, os demais sujeitos interagem entre si no cotidiano

de trabalho, implementando, formulando e apresentando ideias que podem ser incorporadas às estratégias institucionais. Assim, os participantes deste estudo foram: membros da alta gerência, da gerência intermediária e do nível operacional.

A alta gerência também denominada nível estratégico, recebe e sistematiza as informações dos níveis intermediários e operacionais para definir ou redefinir as estratégias de manutenção da qualidade. A gerência intermediária coordena a implantação das ações planejadas, exerce o monitoramento e controle, além de fornecer informações que subsidiam as decisões da alta direção. No nível operacional estão os profissionais que executam as ações planejadas no dia-a-dia hospitalar e contribuem com informações para a sistematização das estratégias.

Da alta gerência foram entrevistados: diretor clínico, diretor técnico, representante da controladoria, assessora da qualidade e supervisora da qualidade. Os gerentes intermediários foram: gerente geral de enfermagem, coordenadores dos setores assistenciais e enfermeiros administrativos. Do nível operacional foram entrevistados cinco enfermeiros assistenciais de unidades.

Adotou-se na coleta de dados a flexibilidade do estudo de caso que permitiu a inclusão de outros sujeitos no decorrer da pesquisa à medida que foram indicados pelos participantes como pessoas detentoras de informações importantes para a compreensão do fenômeno, denominados informantes-chave. Assim, foram incluídos três informantes chave: enfermeira referência para Segurança do Paciente da unidade de internação, coordenadora dos serviços de hospitalidade e uma enfermeira do Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEH).

Informantes chaves foram incluídos, tendo em vista que para Minayo (2010), dentre outros critérios, a definição da amostra qualitativa deve privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que se pretende conhecer. Assim definiu-se um grupo (QUADRO 3) capaz de fornecer informações correspondentes às questões do estudo, dando atenção também aos demais grupos que interagem com o objeto estudado. Dirigimo-nos ao hospital abertos para localizar informantes de diferentes categorias profissionais envolvidos com a qualidade, no entanto, a distribuição de cargos na instituição delineou um perfil com predomínio de enfermeiros envolvidos com a gestão da qualidade hospitalar.

Quadro3- Participantes da pesquisa, hospital X, 2015.

Cargo/Setor	Formação profissional	Código da entrevista
ALTA GERÊNCIA		
Assessora da Qualidade	Enfermeira	GE1,GE2, GE3,GE4,GE5 (Gerente Estratégico)
Diretor Clínico	Médico	
Diretor Técnico	Médico	
Supervisora da qualidade	Enfermeira	
Controladoria e finanças	Contador	
GERÊNCIA INTERMEDIÁRIA		
Gerente de Enfermagem	Enfermeira	GI1,GI2,GI3...GI9 (Gerente Intermediário)
Coordenadora dos CTIs	Enfermeira	
Coordenador PA, ambulatório de ortopedia	Enfermeiro	
Coordenador do Centro Cirúrgico, CME, hemodinâmica, clínica da dor e ortopedia	Enfermeiro	
Coordenadora da diálise, transplante e internação	Enfermeira	
Coordenadora do Serviço de nutrição dietética (SND)	Nutricionista	
Enf ^a Administrativa da Unidade de Internação	Enfermeira	
Enf ^a Administrativa do CTI	Enfermeira	
Enf ^a Administrativa diálise e transplante	Enfermeira	
Informantes chave		
Serviço de epidemiologia hospitalar (SEH)	Enfermeira	IC1, IC2, IC3 (Informante chave)
Enfermeira Núcleo de segurança do paciente	Enfermeira	
Coordenadora de Hospitalidade	Gestão hoteleira	
NÍVEL OPERACIONAL		
Enfermeiros assistenciais		
Oncologia	Enfermeira	EnfA1, EnfA2, EnfA3, EnfA4,EnfA5 (Enfermeira Assistencial)
Diálise	Enfermeira	
Diálise	Enfermeira	
Transplante	Enfermeira	
Internação	Enfermeira	

Fonte: Dados da pesquisa

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), observação direta e análise documental.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2015, individualmente e gravadas mediante autorização dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi feito contato pessoal com os profissionais para explicação dos objetivos da pesquisa e convite para participar do estudo. Para os profissionais que aceitaram, foi agendado a data, horário e local para realização de acordo

com a disponibilidade do profissional. As entrevistas ocorreram na sala da coordenação da unidade de trabalho do participante ou na sala da coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital.

Segundo Minayo (2010) as entrevistas são conversas entre dois ou mais interlocutores com finalidade específica, destinada a buscar informações sobre o fenômeno estudado, sendo abordados pelo entrevistador temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo. O roteiro semiestruturado é um guia para a entrevista, contém temas ou questões que façam parte do delineamento da pesquisa visando aprofundar a comunicação e não cerceá-la, contribuindo para emergir a visão dos fatos e relações que compõe o objeto do ponto de vista dos entrevistados. O roteiro semiestruturado deve permitir flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor (MINAYO, 2010).

As observações foram realizadas sem roteiro, no momento das entrevistas e registradas em diário de campo. Também foram observados dois tipos de auditorias internas no setor de pronto atendimento: auditoria de boas práticas e auditorias de protocolos institucionais, com objetivo de complementar os relatos dos sujeitos. As observações das auditorias foram realizadas em dezembro de 2015 e janeiro de 2016, sendo previamente agendadas conforme cronograma hospitalar de auditorias internas. As observações foram registradas em diário de campo da pesquisadora e utilizadas para complementar a análise.

Os documentos analisados foram: metas estratégicas relacionadas à qualidade, planejamento estratégico da instituição, relatório recente de visita de avaliação ONA (relatório de auditoria externa por uma IAC), roteiro de auditorias internas do Pronto Atendimento e do SEH, atas de reuniões setoriais do Pronto Atendimento, manual da instituição. Segundo Yin (2015), a análise documental tem como objetivo coletar dados sobre os eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas e, se as informações documentais forem contraditórias às entrevistas, será necessário o aprofundamento do tópico da investigação. Além disso, o uso de documentos possibilita melhor precisão das informações relacionadas à organização.

3.5 Análise dos dados e apresentação dos resultados

As entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo, que consiste de um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando diferentes opções teóricas que estejam

relacionadas à natureza do problema de pesquisa e com a criatividade do investigador (COLBARI, 2014). Segundo Bardin (2009) constitui-se de:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2009, p. 37).

Trata-se de uma ferramenta de análise de dados textuais e/ou simbólicos por meio de procedimentos padronizados, sistemáticos e objetivos, que possibilitam compreender e explicar opiniões, condutas e ações (individuais e sociais) apreendidas em um determinado contexto (COLBARI, 2014).

O interesse deste tipo de análise não reside somente na descrição dos conteúdos, mas, também, no que poderão informar após serem analisados, ou seja, consideram-se os significados, o que está por trás das palavras ou do conteúdo da mensagem, cujo propósito é gerar inferências de conhecimentos relacionados à produção e/ou recepção da mensagem. As inferências são deduções que possibilitam conhecer o emissor e seu contexto, dentre outros aspectos relacionados à comunicação, após transcrição e organização da mensagem, possibilitando a interpretação ou significação do conteúdo e de suas características (BARDIN, 2009).

Pertencem ao domínio da análise de conteúdo iniciativas que explicitam e sistematizam o conteúdo das mensagens e sua expressão por meio de técnicas parciais e complementares, efetuando deduções lógicas e justificadas sobre a mensagem considerando o emissor, seu contexto e os efeitos da mensagem (BARDIN, 2009). Neste estudo, foi realizada a análise temática que segundo Bardin (2009) compreende de três fases:

- a) a fase de pré-análise consiste na organização do material com intuito de sistematizar as ideias iniciais e estabelecer um programa para análise. Nesta fase, desenvolvem-se três componentes não estruturados que estão interligadas: a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Os documentos podem ser definidos a priori ou determinados de acordo com algum objetivo pré-estabelecido para análise. A formulação de hipóteses consiste muitas vezes em explicitar e precisar dimensões e direções para análise, entretanto a

formulação de hipótese não é obrigatória, podendo ocorrer análises sem ideias pré-concebidas e análises orientada por hipóteses implícitas. Antes da análise, o material deve ser organizado e preparado formalmente (BARDIN, 2009). Neste estudo, as entrevistas foram organizadas e separadas por códigos conforme ordem da entrevista e cargo do entrevistado, posteriormente foi realizada a leitura flutuante do material, para estabelecer contato com os documentos a serem analisados (no caso em questão, entrevistas transcritas na íntegra), conhecendo o texto para criar impressões e obter orientações;

- b) a fase de exploração do material consiste na análise propriamente dita, na qual ocorre leitura do material para codificação e/ou enumeração (análise quantitativa), aplicando-se as regras e decisões tomadas na fase de pré-análise de forma sistemática (BARDIN, 2009). Nesta fase, busca-se identificar os temas presentes nos textos, agrupa-los e reagrupa-los;
- c) a última fase consiste no tratamento e interpretação dos resultados. Tratar o material é codifica-lo, transformando os dados brutos do texto em unidades, por meio de recortes e agregações de temas ou unidades de registro (no caso de análise temática), que emergem naturalmente do texto analisado de acordo com a teoria que se segue. Na análise temática busca-se descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou ausência podem significar algo para o objeto de análise, permitindo alcançar uma representação do conteúdo e fazer inferências (BARDIN, 2009).

Após estas etapas, os temas que emergiram das entrevistas foram classificados em categorias. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidade de registro) com características comuns sob um título genérico, a fim de fornecer uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2009).

Os dados provenientes da observação e análise documental foram analisados qualitativamente e deram subsídio para discussão e análise dos relatos dos participantes. A análise documental possibilitou a identificação de iniciativas prescritas acerca das ações estratégicas voltadas para Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar desde sua elaboração, implementação e monitoramento.

Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: “O processo de Acreditação no hospital: mudanças e desafios”; “Estratégias para manutenção da Acreditação com

Excelência”; “Monitoramento e controle das ações para qualidade” e “A estratégia na visão dos profissionais e sua influência para manutenção da Acreditação hospitalar”.

A segunda categoria “Estratégias para manutenção da Acreditação com Excelência”, foi dividida em duas subcategorias para melhor apresentação dos resultados, sendo estas: “O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade” e “Estratégias organizacionais para melhoria contínua da qualidade”.

3.6 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos e a fim de atender os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG via Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo parecer número 1.018.224 (ANEXO I), sendo aprovado também pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital cenário do estudo. A pesquisa só foi iniciada após aprovação dos Comitês de Ética e anuência da Assessoria da Qualidade do hospital para realização do estudo (APENDICE B).

Os participantes foram entrevistados mediante esclarecimentos sobre o estudo, a natureza das questões que seriam abordadas, aspectos éticos e legais sobre sua participação voluntária e ausência de prejuízos caso se recusem a participar. Posteriormente os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE C) sendo uma via da pesquisadora e a outra do participante.

Este percurso visou assegurar a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos. As gravações e diário de campo, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora e serão guardadas por um período de 5 anos, posteriormente serão destruídos. Os resultados desta pesquisa não trarão complicações legais, uma vez que não será possível relacioná-los diretamente com os trabalhadores da instituição, garantido o anonimato dos participantes e o anonimato do hospital cenário do estudo, que só será citado mediante documento de autorização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em quatro categorias e um capítulo introdutório no qual foi descrita a caracterização dos profissionais participantes do estudo.

A primeira categoria, **“O processo de acreditação no hospital: mudanças e desafios”** aborda o processo de implantação da Acreditação no hospital e sua evolução, considerando as mudanças, melhorias e os desafios para implantação e consolidação da Acreditação. A segunda categoria, **“Estratégias para manutenção da Acreditação com Excelência”**, aborda as principais estratégias organizacionais para manutenção da certificação de Excelência, para tal, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: **“O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade”**, na qual foi descrito o trabalho no dia-a-dia hospitalar de acordo com os requisitos da qualidade para manutenção da certificação; e **“Estratégias organizacionais para melhoria contínua”**, que descreve as principais estratégias evidenciadas para promover melhorias contínuas nos serviços, mantendo, consequentemente, a Acreditação com Excelência.

A terceira categoria **“Monitoramento e controle das ações para qualidade”** relata como é feito no cotidiano de trabalho hospitalar a avaliação da efetividade das ações para melhoria da qualidade, a fim de identificar o alcance dos objetivos, das metas e promover mudanças nas estratégias. A quarta **“A estratégia na visão dos profissionais e sua influência para manutenção da Acreditação hospitalar”** aborda o entendimento dos profissionais entrevistados sobre o que é estratégia e sua importância para o processo de Acreditação.

4.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo, profissionais do hospital envolvidos direta ou indiretamente com o processo de Acreditação. Optou-se preferencialmente por profissionais com cargos gerenciais nos níveis estratégico e intermediário e, posteriormente, em consonância com o referencial teórico, foram entrevistados profissionais do nível operacional, totalizando 22 participantes (QUADRO 4).

Quadro- 4: Caracterização dos participantes da pesquisa, hospital X, Belo Horizonte, 2015.

Cargo	Formação	Idade	Pós-Graduação na área de Gestão ou Qualidade	Tempo de formação	Tempo trabalha no hospital	Tempo no cargo atual
Alta gerência						
Assessora da qualidade	Enfermagem	34	Sim	7 anos	14 anos	4 anos e meio
Diretor clínico	Medicina	42	Sim	18 anos	17 anos	2 anos
Diretor técnico	Medicina	52	Não	25 anos	25 anos	6 meses
Supervisora da qualidade	Enfermagem	28	Sim	3 anos	5 anos	6 meses
Controle	Ciências contábeis	37	Sim	9 anos	13 anos	2 anos
Gerência intermediária						
Gerente de enfermagem	Enfermagem	34	Sim	11 anos	11 anos	8 meses
Coordenadora dos CTI	Enfermagem	41	Não	12 anos	9 anos	5 meses
Coordenador do PA e Ambulatório de ortopedia	Enfermagem	35	Sim	8 anos	8 anos	5 meses
Coordenador do Centro Cirúrgico, CME, hemodinâmica, clínica para dor e endoscopia	Enfermagem	29	Não	7 anos	2 anos e meio	4 meses
Coordenadora da unidade de transplantes, diálise e unidade de internação.	Enfermagem	38	Não	12 anos	6 anos	11 meses
Coordenadora do Serviço de Nutrição Dietética (SND)	Nutricionista	37	Não	9 anos	9 anos	6 anos
Coordenadora de Hospitalidade	Gestão de hotelaria	56	Sim	11 anos	37 anos	15 anos
Enfermeira Administrativa-internação	Enfermagem	30	Não	7 anos	2 anos e 10 meses	1 ano e meio
Enfermeira Administrativa- CTI	Enfermagem	32	Não	7 anos	5 anos	11 meses
Enfermeira Administrativa-diálise e transplante	Enfermagem	36	Não	12 anos	12 anos	1 mês
Enfermeira do SEH	Enfermagem	28	Sim	2 anos e 6 meses	2 anos e 5 meses	2 anos e 5 meses
Enfermeira Referência NSP – internação	Enfermagem	35	Sim	10 anos	9 anos	6 meses
Nível operacional/Assistenciais						
Enfermeira da oncologia	Enfermagem	27	Não	5 anos	4 anos e meio	2 anos
Enfermeira da diálise	Enfermagem	31	Não	8 anos	8 anos	8 anos
Enfermeira da diálise	Enfermagem	25	Não	3 anos	1 ano e meio	1 ano e meio
Enfermeira do transplante	Enfermagem	31	Não	8 anos	10 anos	8 anos
Enfermeira da internação	Enfermagem	31	Não	5 anos	5 anos	5 anos

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o Quadro 4, observa-se maior quantitativo de enfermeiros (17), enquanto os demais participantes do estudo são médicos (2), nutricionista (1), contador (1) e gerente de hotelaria (1). A faixa etária variou entre 25 a 56 anos de idade, com predomínio de pessoas entre 25 e 35 anos (63,3%). O tempo de formação profissional variou de 2 a 25 anos com predomínio (45%) de profissionais formados entre seis a 10 anos. Dos participantes, somente um médico e uma enfermeira assistencial possuíam vínculo com outra instituição. Entre os participantes da pesquisa, a maioria (17) é do sexo feminino e apenas cinco do

masculino. As mulheres ocupam cargos assistenciais e gerenciais no nível estratégico e intermediário, os homens ocupam cargos gerenciais no nível estratégico e intermediário.

Dos enfermeiros, duas ocupam cargos estratégicos (Assessora da qualidade e Supervisora da Qualidade), os outros 15, ocupam cargos de coordenação dos setores (4), enfermeiras administrativas (3), assistenciais (5), dentre outros (Gerencia Geral de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente e Serviço de Epidemiologia Hospitalar). Inicialmente, buscou-se trabalhar com a equipe multiprofissional, entretanto o modelo de distribuição de cargos na instituição delineou um perfil com predomínio de enfermeiros envolvidos com a gestão da qualidade, tendo em vista que eles assumem cargos assistenciais, administrativos e gerenciais no hospital, participando ativamente do processo de Acreditação desde a fase inicial do processo.

Dos 17 gerentes do nível estratégico e intermediário, nove (53%) possuem Pós-graduação na área de Gestão ou na área da Qualidade. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, grande parte (9) trabalham entre um a seis anos no hospital, oito trabalham de seis a 12 anos completos, 3 profissionais trabalham de 12 a 18 anos completos, um profissional trabalha há 25 anos e outro há 37. No que diz respeito ao cargo atual, grande parte dos participantes (10) trabalha há menos de um ano no cargo ou entre 1 a 5 anos (8).

Da alta gerência, três dos cinco entrevistados, trabalham há menos de um ano no cargo atual, os outros dois, entre dois a cinco anos. Em relação às coordenações dos setores, dos seis profissionais, quatro se encontram há menos de um ano no cargo, um há seis anos e outro há 15 anos. A gerente de enfermagem trabalha há 11 anos no hospital e apenas oito meses no cargo. Os três enfermeiros administrativos entrevistados possuem menos de um ano e sete meses no cargo, fato que pode ser justificado por se tratar de um cargo recente que existe há menos de 02 anos no hospital, ocupado geralmente por enfermeiros que eram assistenciais. Pelo tempo dos profissionais nos cargos gerenciais, foi possível verificar uma dinâmica de mudanças frequentes, buscando a adequação do perfil profissional às necessidades do hospital.

Vale ressaltar que dos 17 profissionais da alta gerência e da gerência intermediária, 88% (15) ocupam o cargo há menos de 05 anos e apenas dois (12%) ocupam o cargo há mais de 5 anos. O que demonstra um perfil de profissionais recentes no cargo gerencial.

4.2 O processo de acreditação no hospital: mudanças e desafios

Esta categoria emergiu dos relatos dos participantes sobre o processo de Acreditação no hospital desde o início da implantação bem como sua evolução, retratando as principais mudanças resultantes do movimento pela melhoria da qualidade e os principais desafios para o alcance e manutenção da Acreditação com Excelência. Conhecer a história da gestão da qualidade no hospital, sua evolução e o envolvimento dos profissionais, permitiu o delineamento do cenário no qual ocorre a formulação e implementação de estratégias, o que possibilitou melhor compreensão da prática dos gestores e da equipe multiprofissional para a manutenção da Acreditação hospitalar. Além disso, nesta categoria, foram destacados pelos entrevistados, os profissionais considerados essenciais para a implantação e manutenção da Acreditação.

Por meio do relato dos entrevistados foi possível evidenciar que o alcance e manutenção da Acreditação é consequência de um longo processo iniciado em 2006, com redesenho de processos organizacionais, protocolos e rotinas. Na trajetória para a certificação, o passo mais importante foi a confiança da gestão institucional de que a Acreditação traria benefícios assistenciais, financeiros, negociação de novos contratos e maior visibilidade no mercado da saúde, sendo o envolvimento da direção fundamental para consolidação do processo.

Em 2008, o hospital foi certificado nível II, mantendo esse nível de certificação até 2010, período no qual a instituição investiu em melhorias e reformas em toda sua estrutura, desde unidades, acesso, corredores, equipamentos, pessoas e treinamentos, o que resultou no alcance da Acreditação com Excelência em 2010, mantendo esta certificação desde então.

Esse processo de Acreditação começa com uma vontade da direção do hospital em melhorar os seus processos internos, para na ponta melhorar o cuidado com o paciente e a gestão financeira e de pessoas do hospital. **GE2**

A gente teve reestruturação de processos, definição de documentos, treinamento da equipe para que isso fosse disseminado, é um trabalho árduo, mas a gente viu bom resultado depois...é muito trabalho mas é bom. **GI8**

Na fase inicial, o preparo do hospital foi realizado principalmente por uma empresa de consultoria, que atuou na elaboração, para cada área, de planos de ação voltados para melhoria dos processos e alcance dos requisitos para Acreditação. Posteriormente, o hospital criou seu escritório da Qualidade conhecido como “Assessoria da Qualidade” que se tornou

responsável pelas orientações e gerenciamento das ações para melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o hospital. Nesta lógica, os resultados de Emídio et al. (2013) mostraram que alguns dos hospitais estudados também optaram por serviços de consultoria no início do processo, por se tratar da implantação de uma nova metodologia que não era de domínio dos trabalhadores internos e que modificaria o sistema de gestão da qualidade.

Foi possível identificar evolução no preparo da equipe para obtenção da certificação. Os relatos mostraram que no início a comunicação era difusa, as informações estavam centralizadas nos gestores e as decisões centralizadas no setor qualidade e na alta direção, que pensavam as estratégias e repassavam para os demais as ações a serem executadas. Neste cenário, os funcionários da ponta muitas vezes não compreendiam o motivo de suas ações. Semelhantemente, Manzo, Brito, Alves (2013), identificaram em seu estudo, inconsistência e incompletude na comunicação na fase inicial da Acreditação, o que gerou insegurança e tensão nos profissionais por não terem incorporado a base conceitual primária da nova metodologia a ser implantada.

Entretanto, na percepção dos profissionais do hospital X, houve melhorias na comunicação e maior envolvimento dos trabalhadores ao longo do processo, principalmente dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente. O setor da Qualidade tem investido na comunicação de forma que todos da instituição tenham conhecimento sobre a Acreditação e as ações de melhoria a serem realizadas, possibilitando assim, maior envolvimento dos profissionais.

Você tinha que saber muitas coisas. A gente não tinha esse conhecimento e, de repente, é tudo colocado, tudo imposto pra gente, então todo mundo ficou um pouco desesperado, perdido, mas nós tivemos muitas orientações, muitos treinamentos. A primeira foi mais complicada. Na segunda auditoria, até mesmo as de manutenção nós ficamos um pouco mais aliviados, por que? Porque nós já sabíamos o que tínhamos que saber, o que tínhamos que fazer, o que deveríamos modificar, o que deveríamos manter. **IC1**

...todo mundo abraçou a causa de maneira bem sólida, pegamos firme e foi assim. Do antes pra agora a gente era muito mais imaturo, então a gente ficava noites, varando noites pra poder ver como que estavam os documentos, elaborando o restinho que faltava, isso no período bem próximo de vir o auditor. **GI6.**

De acordo com o relato acima, nota-se que no início do processo havia uma tendência de maior dedicação aos requisitos da qualidade nos períodos próximos à auditoria, o que gerava sobrecarga e estresse profissional. Apesar das dificuldades iniciais para a compreensão das informações, os participantes relataram que desde o início do processo recebiam informações e orientações sobre a Acreditação, por meio de reuniões constantes

com os enfermeiros, reuniões com o pessoal da limpeza e demais setores e orientações *in loco*. Eram realizados treinamentos sobre Acreditação para as equipes, foram realizados eventos, workshop, semana da qualidade e blitz da qualidade. Entretanto, apesar das iniciativas institucionais para melhoria da comunicação, na fase inicial a mesma foi considerada difícil, com excesso de informações de uma única vez concentrada nos períodos próximos às auditorias, realidade esta ainda encontrada em muitas instituições de saúde.

No estudo do processo de Acreditação em um hospital privado de médio porte (MANZO; BRITO; ALVES, 2013) foi identificado que as informações sobre qualidade eram concentradas nos períodos próximos à auditoria, sem tempo suficiente para amadurecimento e incorporação das ideias pela equipe para melhores resultados, recomeçando o processo de aprendizado a cada auditoria, quando seria mais efetiva a educação permanente dos trabalhadores.

A qualidade e integridade das informações transmitidas aos profissionais especialmente na fase inicial da Acreditação é um fator relevante para o sucesso do processo (MANZO; BRITO; ALVES, 2013), tendo em vista que a sensibilização profissional sobre os assuntos da qualidade contribuem para seu envolvimento e trabalho de acordo com os princípios da qualidade não apenas para fins de um título ou certificação, mas com vistas à segurança e qualidade dos processos hospitalares.

O envolvimento de todos os profissionais e a relação entre os setores são fatores de base para se iniciar um processo de Acreditação, incluindo entre outros aspectos a documentação, a disponibilização de manuais dos processos de trabalho e cumprimento das rotinas e protocolos estabelecidos (EMÍDIO et al., 2013).

No cenário em estudo, na percepção dos entrevistados, na fase inicial os treinamentos eram realizados para fins de alcance de metas e requisitos, mas atualmente há maior investimento no trabalhador e na efetividade de sua capacitação.

Os treinamentos hoje são muito mais eficazes, hoje é cobrado presença. Eu lembro que há muito tempo, a gente fazia treinamentos muito rapidamente, sabe? Tipo "assina aqui pra mim", mais para cumprir a parte burocrática. Hoje nós temos que cumprir a parte burocrática, mas com responsabilidade. Você não vai cobrar a assinatura de um funcionário que não participou do treinamento. **GI9**

A comunicação e o treinamento inadequados vão de encontro à lógica da Acreditação no que diz respeito à capacitação dos profissionais e alcance de uma linguagem única sobre a

qualidade, tendo em vista que um dos cerne da gestão de qualidade é a ação educativa em busca de melhorias dos processos (MANZO; BRITO; ALVES, 2013).

No hospital X, assim como em outras instituições Acreditadas, o repasse de informações inicial se concentrava no grupo gestor e coordenadores dos setores. No entanto, ao longo do processo ficou evidente o aperfeiçoamento da comunicação, o que viabilizou o repasse de informações até o nível operacional, no qual os trabalhadores executam o cuidado direto ao paciente. O processo de Acreditação é contínuo e está atrelado à maturidade organizacional, nesse sentido, observa-se uma linha de evolução na qual as falhas e dificuldades iniciais foram identificadas, trabalhadas e melhoradas ao longo dos anos.

Além de melhorias na comunicação, os participantes destacaram melhorias assistenciais, na estrutura física e equipamentos, melhorias para os trabalhadores, melhor controle financeiro e de recursos. Destacaram, ainda, que a Acreditação contribuiu para maior organização do hospital como um todo, melhor competitividade, credibilidade frente à sociedade e clientes internos, considerando que a qualidade dos serviços esta relacionada, também, com a satisfação do colaborador.

Em relação à estrutura física, o hospital passou por reformas dos setores para adequação da área física de forma que o fluxo de pacientes não comprometesse a dinâmica da assistência nem a segurança dos serviços prestados. Investiu em tecnologias duras como equipamentos de ponta, sistema de informação, houve a criação do setor da Qualidade para padronizar e disseminar as ações de melhoria contínua na instituição.

Os recursos físicos (estrutura predial e equipamentos), quando inadequados podem dificultar a assistência causando resultados indesejáveis tanto para o paciente como para o profissional, exercendo influência positiva ou negativa nos frequentadores dos serviços (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012). Seguindo esse raciocínio, é fundamental a avaliação dos recursos físicos visando à redução de riscos e a segurança do atendimento. Além disso, um ambiente confortável e agradável auxilia na recuperação do paciente e na sua percepção em relação ao serviço, considerando que o mesmo encontra-se em condições vulneráveis de dor e/ou doença, sendo onerosos e desnecessários os desconfortos adicionais relacionados a inadequações de estrutura física (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

...as próprias máquinas de hemodiálise, antes eram umas máquinas mais antigas, ai foi mudando, uma questão de tecnologia mesmo, maior segurança do paciente, tudo mudou, até o local. Antes a gente tinha duas recepções, ai os pacientes entravam por dentro do hospital, hoje foi organizado pra eles entrarem pela recepção própria da diálise, então não tem essa questão deles

estarem transitando dentro do hospital mas... tudo pra evitar...é pra deixar o serviço mais organizado. **EnfA2**

Em relação aos recursos financeiros e materiais, para os participantes, a Acreditação contribuiu para o uso racional destes e redução de glosas, pois a padronização e maior controle de insumos assistenciais, materiais de limpeza, alimentos, equipamentos, descartáveis, dentre outros, evita desperdícios e impacta nos custos da instituição, sobrando mais recursos financeiros para investimentos em novos recursos materiais e no colaborador.

Estudo sobre o processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário mostrou que o preparo para Acreditação viabilizou a aquisição de materiais que não seriam adquiridos se não fosse pelo interesse no processo, entretanto, se tornaram prioritários com vistas a atender os requisitos para certificação. A Acreditação pode contribuir para aquisição de suprimentos, tendo em vista que está estabelecido nos requisitos a gestão de infraestrutura e materiais, que deve ocorrer de forma sistêmica (FREIRE et al, 2016).

Além disso, a padronização dos registros assistenciais e principalmente o registro adequado dos profissionais de enfermagem, contribuem para a redução de glosas (FERREIRA et al., 2009). Para Halasa (2015), o processo de Acreditação também trouxe melhorias no preenchimento dos registros médicos, que passou de uma taxa média de preenchimento 62% para 81,8% no período de três anos, considerando o ano de preparo, de certificação e um ano após a certificação. Assim, os resultados mostraram que os hospitais Acreditados conseguiram melhorar substancialmente a integralidade dos registros médicos em relação aos hospitais não certificados (HALASA et al., 2015). Vale ressaltar que a integralidade dos registros médicos é uma importante forma de evidenciar a qualidade e segurança do atendimento prestado, rastrear eventos adversos, contribuindo também para redução de glosas.

Há crescente interesse dos administradores hospitalares pelo controle dos custos e consumo de materiais, uma vez que os avanços tecnológicos tem impulsionado o aumento da complexidade do cuidado e maior uso de insumos, procedimentos diferenciados e incorporação de novas tecnologias. Neste cenário, as organizações de saúde tem o desafio de manter em equilíbrio as demandas assistenciais crescentes e as necessidades de redução de custos de acordo com sua disponibilidade financeira (PASCHOAL; CASTILHO, 2010). Assim, a padronização da assistência, controle de recursos e demais melhorias advindas com a Acreditação, promoveram maior organização da instituição, colaborando para redução de desperdícios e melhoria na evolução dos resultados financeiros.

Os investimentos, parte deles se consegue identificar, qual é a parte? Aquilo que você gasta direto no setor de qualidade. Mas todo tempo que demanda dos demais colaboradores da instituição para manter esse processo, isso não é mensurado. É difícil mensurar quanto que é o custo da qualidade pra Controladoria, qual o custo dos treinamentos, do tempo que a pessoa tá na reunião, o tempo que a pessoa vai elaborar um documento pra atender um requisito, isso tudo é difícil de você mensurar. Então se eu falar aqui que o custo é X, do setor de qualidade, ele é muito mais do que isso. O retorno também, ele é intangível, é difícil mensurar qual é o retorno. O que sustenta um modelo desses é você mostrar que esses resultados estão evoluindo...quando você começa a apresentar uma melhoria dos resultados, então ele fala que realmente o processo da qualidade é interessante pra instituição, porque os resultados estão evoluindo de forma positiva. **GE5**

Campos (2008) comparou o desempenho de uma amostra de hospitais brasileiros Acreditados com Excelência, determinando o custo e o investimento do processo. Os resultados mostraram que os hospitais pesquisados apresentaram tendências favoráveis na perspectiva financeira e do cliente (interno e externo), nas quais o ganho econômico é acompanhado do aumento da satisfação do cliente. A acreditação contribuiu para o aumento dos resultados financeiros dos hospitais, aumento da produtividade dos leitos, aumento de internações, melhor perspectiva dos funcionários com aprendizado e crescimento profissional.

No hospital X, o processo de Acreditação contribuiu para a organização e controle do patrimônio, por meio do desenvolvimento de um Sistema de Patrimônio, no qual todos os bens do hospital (como máquinas, equipamentos, móveis) foram identificados e registrados. O sistema é integrado entre os setores responsáveis pelos equipamentos e pelo setor de engenharia clínica, responsável pela manutenção periódica programada, a fim de garantir o uso seguro dos equipamentos na assistência e também a segurança do uso de equipamentos pelos funcionários, tais como elevadores, filtro de água, ar condicionado, dentre outros.

Então isso tudo é custo, estamos falando que você tem processo, e processo gera custo. Antes do processo da qualidade eu não me lembro de ninguém tendo essa preocupação desde os equipamentos até a preservação do funcionário, da sua segurança, você não via isso, era muito esporádico, não tinha rotina, então o hospital como um todo hoje tem rotina. **GE5**

De acordo com os entrevistados, a organização e melhoria dos processos do hospital advindos com a Acreditação acarretaram em melhorias assistenciais. Corroborando com esses resultados no que tange a melhoria na organização do hospital, a literatura aponta algumas características comuns entre hospitais Acreditados, como: padronização dos processos, registros e documentação de procedimentos atualizados e disponíveis, programas de

treinamento, e participação dos funcionários na melhoria dos processos (EMÍDIO et al., 2013).

O que eu vejo é outro hospital, completamente diferente, os processos são mais robustos, mais engajados, setores que se comunicam muito melhor. A acreditação eu acho que ela traz esse benefício de melhoria de comunicação, e lógico que com tudo vem a qualidade do serviço prestado... há uns seis anos atrás e o que eu vejo hoje, hoje o Hospital X é uma empresa. **GI5**

O caminho pra você melhorar a qualidade do cuidado, a gestão financeira e a gestão de pessoas, passa pela certificação, porque para atingir esse selo você tem que organizar melhor o hospital. Então, na verdade, o intuito é organizar melhor o hospital e melhorar nossos processos internos, isto é o objetivo. **GE2**

De acordo com os relatos acima, nota-se uma linearidade dos discursos em relação às mudanças de pensamento e comportamento da equipe, que apesar de reconhecer o esforço contínuo para cumprir requisitos e exigências organizacionais, entenderam também que o alcance da Acreditação não é a finalidade, mas sim o caminho para um objetivo maior, a segurança e melhoria de processos.

No que diz respeito ao gerenciamento, as vantagens da Acreditação extrapolam as questões puramente administrativas e burocráticas, estendendo-se ao atendimento das necessidades do cliente de forma holística e individualizada, ademais, a padronização dos processos resulta em melhorias na segurança assistencial (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Melhorias na estrutura hospitalar e organização dos processos refletem na segurança dos pacientes e profissionais, além disso, na versão atual do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2014a), apesar de existir requisitos específicos para cada nível de Acreditação, o foco está na segurança do paciente.

Em 2011, foi criado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no hospital X e, em 2014, o Núcleo foi reestruturado de acordo com a RDC 36 (BRASIL, 2013a). O NSP trabalha em parceria com a Assessoria da Qualidade de forma a manter a qualidade da assistência e cumprir a Portaria 529 de 1º de abril de 2013 que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). Além disso, o NSP e a Assessoria da Qualidade implantaram os protocolos do Ministério da Saúde para segurança do paciente (BRASIL, 2013b) com monitoramento contínuo de sua aplicação e dos resultados, sendo estes protocolos: cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlcera por pressão; prevenção de quedas; identificação do paciente; e para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Segundo Alkhenizan e Shaw (2011), há evidências consistentes que demonstram que os programas de Acreditação melhoram os processos assistenciais e os resultados clínicos de diversas intervenções médicas, incluindo a gestão do infarto agudo do miocárdio, trauma, tratamento cirúrgico ambulatorial, controle de infecção e tratamento da dor, devendo ser incentivados como ferramenta para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Para Falstie-Jensen al. (2015), houve evidências significativas de menor risco de mortalidade do paciente em 30 dias de internação nos hospitais totalmente conformes com as normas de Acreditação dinamarquesa, em relação aos pacientes internados em hospitais parcialmente Acreditados.

A certificação de Acreditação de um dos hospitais analisados por Emídio et al. (2013), foi considerada reflexo do modelo de gestão da qualidade assistencial, no qual os indicadores de qualidade demonstraram segurança, organização e melhoria nos resultados assistenciais, promovendo também a antecipação de ações corretivas. Ainda segundo os autores, dentre outras melhorias proporcionadas pela Acreditação, destacam-se: melhoria na prática assistencial, na comunicação verbal e visual, na elaboração e implantação de documentos e protocolos, foco assistencial, visão sistêmica da organização, consolidação da cultura de segurança e o reconhecimento nacional da qualidade dos processos assistenciais.

Em relação à segurança do trabalhador, desde a implantação da Acreditação no hospital X, tem sido cobrado e incentivado o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Foram e ainda são realizadas capacitações de profissionais do serviço para atender emergências relacionadas ao ambiente de trabalho e em casos de sinistro, como os brigadistas, por exemplo, para situação de incêndio. A própria forma de organizar o hospital no que tange estrutura física, equipamentos, processos e gerenciamento de riscos repercute na segurança do profissional e do paciente.

As melhorias das condições de trabalho são reflexos da segurança obtida pelo processo de Acreditação e repercutem no clima organizacional, estabelecendo um ambiente de trabalho prazeroso, com fortalecimento das relações entre os profissionais, além de estimular o crescimento profissional e pessoal, o que motiva os funcionários a desejarem vivenciar novamente experiências de desenvolver o trabalho em conjunto e com qualidade (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

A certificação de Excelência além de segurança traz credibilidade e satisfação para o colaborador, cujos relatos evidenciaram que apesar das dificuldades, os profissionais se sentem satisfeitos em alcançar melhorias no trabalho e gratificados pelo reconhecimento

externo por parte da população, clientes, Instituições Acreditoras e Vigilância Sanitária, uma vez que os caminhos para bons resultados foram construídos em conjunto por toda a equipe. Além disso, os profissionais se sentem mais capacitados e relataram que a Acreditação proporcionou maior desenvolvimento profissional, incentivo a criação e implementação de novas ideias pela equipe, proporcionando também maior visibilidade da instituição no mercado.

Nós percebemos que o foco é o paciente, mas pra que a gente atenda melhor o paciente todos tem que estar bem. O funcionário tem que ter EPI, tem que estar bem, tem que ter uma jornada de trabalho adequada, tem que ter comprometimento. Essa busca e essa cobrança por melhoria não só para o paciente, mas também pra toda a equipe, acho que isso fez com que o hospital hoje esteja conquistando tantas certificações. **GI9**

Quem trabalha aqui já entra sabendo que o Hospital X é um hospital que possui essas Acreditações, que existe cobrança, tem essa pressão sim, mas tem que ter esse perfil. São profissionais que mesmo quando saem daqui são diferenciados, porque a gente trabalha com esse padrão de qualidade. **EnfA4.**

...somos nós funcionários os beneficiados e não só a gerência. Olha pra você ver, eu acho fantástico quando alguém me pergunta "você trabalha onde?" e eu falo "No hospital X". "Nossa meu sonho era trabalhar nesse hospital", aí eu respondo "o meu também era, quando eu era acadêmica eu passava aqui na porta e ficava louca pra trabalhar aqui um dia". É gostoso a gente ter esse retorno, o julgamento de pessoas lá fora que não tem nada a ver com a instituição. **IC2**

Os resultados de Manzo, Brito e Corrêa (2012) confirmam os achados acima, nos quais a Acreditação desencadeou nos profissionais sentimentos de orgulho, satisfação e reconhecimento relacionado ao compartilhamento da responsabilidade pela conquista do título e valorização do hospital. Além disso, há a possibilidade de aprendizado e melhoria do currículo e os profissionais inseridos em um serviço Acreditado se sentem mais preparados para atender o cliente (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Entre os benefícios obtidos por hospitais Acreditados, Emídio et al. (2013) ressaltam que a rigidez e segurança das atividades assistenciais atrai o corpo clínico para realização de procedimentos de alta complexidade. Além disso, gera maior reconhecimento por parte dos funcionários por trabalharem em uma instituição diferenciada, reconhecimento das empresas de saúde suplementar que atribuem maior remuneração pelos serviços de hospitais

Acreditados e reconhecimento da comunidade local, nacional e internacional pela garantia da qualidade da assistência.

O processo de Acreditação é contínuo, dinâmico e evolutivo, assim o fator tempo pode ser determinante para consolidação do processo, pois é ao longo dos anos que os profissionais se adaptam ao modelo de gestão da qualidade adotado pela organização, incorporam os conceitos e requisitos para a certificação, se envolvem com o processo e se conscientizam da sua importância, desenvolvendo aos poucos uma cultura de qualidade e segurança.

Entretanto, para a construção dessa cultura, a instituição enfrentou algumas dificuldades e desafios, dentre os principais desafios relatados pelos profissionais para alcance e manutenção da Acreditação, tem-se a resistência dos profissionais, aumento da burocracia, rotatividade da equipe de enfermagem, dificuldades de capacitação e de conscientização dos trabalhadores de nível médio.

A Acreditação, por se tratar de um processo de mudanças estruturais e políticas, passou por uma fase inicial de resistência, o que refletiu na dificuldade de adesão dos profissionais aos novos processos e rotinas, principalmente porque a dedicação inicial com a qualidade era mais intensa, considerando que o hospital teve que readequar aspectos da estrutura física e processos internos.

Nesta perspectiva, algumas atividades para a certificação foram consideradas burocráticas pelos profissionais, não sendo bem aceitas no começo, como por exemplo: revisão de documentos, modelagem dos processos, elaboração ou reestruturação dos protocolos institucionais, reestruturação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e da cadeia cliente fornecedor, treinamento da equipe, revisão de documentos. A conscientização dos trabalhadores de que as atividades burocráticas são importantes para maior organização dos processos hospitalares é fundamental para mudança da prática.

No início todo mundo tem certa resistência, acha que vai burocratizar...bem na verdade é assim, se tirar uma pessoa da zona de conforto dela, pra trazer algo novo sempre tem um pouquinho de resistência mesmo, ne? A gente teve que tirar essa questão da visão de qualidade ser burocracia e, transformar em simplicidade pra trazer nossa equipe pro nosso lado, pra fazer o processo junto. A Acreditação não é do hospital, a Acreditação é de todos nós. **GI3**

No início o pessoal era mais resistente. O que eu vejo de grande mudança do início pra hoje, foi o envolvimento do pessoal mais da linha de frente. Porque no início o envolvimento era mais dos gestores, da parte da liderança que ia às reuniões, participava e depois passava para o pessoal da linha de frente. Hoje em dia não, hoje em dia os supervisores [enfermeiros assistenciais], até mesmo os técnicos acabam indo às reuniões, participando

e ganhando mais informações. Até mesmo a diretoria está muito mais envolvida, então com o passar dos anos essa cultura do hospital foi se disseminando e concretizando. **EnfA4**

Apesar de algumas mudanças terem sido apontadas pelos profissionais como atividades trabalhosas e burocráticas, após implantação da Acreditação e amadurecimento do processo, os mesmos perceberam que essas atividades resultaram em maior organização do hospital e segurança na execução das atividades. Isto porque a Acreditação leva os hospitais a desenvolverem ações de melhoria nos processos assistenciais, padronização e documentação das rotinas de atenção ao paciente (EMÍDIO et al, 2013). Nesta lógica, investimentos na estrutura e organização dos processos institucionais contribuem para prevenção de erros, redução da contaminação de pessoas e insumos, melhora a organização do ambiente de trabalho, refletindo na segurança dos pacientes, dos profissionais e demais pessoas que frequentam o hospital (FREIRE et al., 2016).

A alta rotatividade dos profissionais de enfermagem e dificuldades para capacitação e conscientização dos profissionais de nível médio, foi considerada pelos entrevistados como um desafio para manutenção da Acreditação, visto que o hospital investe em treinamento e capacitação para qualificar os profissionais para rotinas da empresa e em relação aos requisitos para certificação. Entretanto quando o profissional está apto para executar uma assistência segura e qualificada, ele abandona o emprego no hospital para trabalhar em outra organização.

No estudo de Freire et al. (2016), a alta rotatividade de profissionais de enfermagem, residentes e estagiários em um hospital universitário, foram considerados entraves para a Acreditação, por gerar descontinuidade na padronização dos processos, dificuldades de adaptação às rotinas do hospital e às novas diretrizes para Acreditação. Além disso, o déficit de pessoal de enfermagem leva a sobrecarga de trabalho, o que repercute na segurança assistencial e organização do serviço (FREIRE et al., 2016).

Para Oliveira e Matsuda (2016) a rotatividade de pessoal é uma das principais dificuldades para implantação e manutenção da Acreditação, pois além de aumentar os custos com treinamentos para os novatos e qualificação em relação aos assuntos da qualidade, pode interferir na qualidade do cuidado e na continuidade dos níveis de excelência. Assim, medidas de incentivo a permanência dos profissionais na instituição pode ser importante para a implantação e manutenção da Acreditação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

As condições de trabalho e a baixa remuneração dos profissionais de enfermagem podem gerar entraves para qualidade hospitalar, pois repercutem diretamente na qualidade assistencial por influenciar no *turnover* e absenteísmo (FREIRE et al., 2016). Além disso, os profissionais de enfermagem representam de 30 à 60% do quadro de pessoal de instituições de saúde (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2014), sendo responsáveis pela assistência em tempo integral, mantendo contato contínuo com o paciente, com o serviço e com as demais categorias profissionais.

Em contrapartida, no estudo de Halasa et al. (2015), houve redução da taxa de rotatividade de pessoal no período de preparo e alcance da certificação em hospitais Acreditados pela JCI na Jordânia em relação aos hospitais não Acreditados. Os resultados também mostraram uma redução de 5% da taxa de rotatividade de pessoal nos hospitais Acreditados considerando um período de três anos abrangendo o pré e pós Acreditação, o que resultaria em uma economia de 42290 dólares por hospital ao ano.

A gestão eficiente de recursos humanos é fundamental para melhoria dos processos, segurança do paciente e redução de despesas hospitalares. Os avanços tecnológicos têm auxiliado no monitoramento rigoroso do paciente e em intervenções terapêuticas cada vez mais complexas e precisas, necessitando de profissionais qualificados de modo que não se reduza o quantitativo de pessoal necessário para a assistência, constituindo-se um desafio para os gestores encontrar soluções de adequação do pessoal de enfermagem às demandas de atendimento (MAGALHÃES; RIBOLDI CO; DALL'AGNOL, 2009). Assim, é essencial que gestores dos serviços de saúde pensem estratégias para incentivo, manutenção, atratividade e motivação da equipe de enfermagem, principalmente na redução de fatores que possam influenciar negativamente o comportamento desses profissionais.

Em relação às dificuldades para capacitação e conscientização dos profissionais de nível médio, segundo Manzo, Brito, Alves (2013), o preparo dos profissionais tem eficácia diferente ao considerar as diferentes categorias profissionais, os diferentes níveis de escolaridade, engajamento profissional e compromisso com a qualidade da assistência. Nesta perspectiva, é necessário analisar a especificidade de cada grupo profissional a fim de adaptar a comunicação e abordagem dos treinamentos para compreensão dos diferentes públicos (HINCHCLIFF et al., 2013), para tal, é fundamental que gestores e coordenadores identifiquem as necessidades de informação e de conhecimento de suas equipe.

A gente tem que pensar muito no nível de conhecimento e de escolaridade do profissional, isso influencia, as meninas tem ciência disso. Refazer o treinamento ou retreinar é muito importante, aqui às vezes é de 3 em 3 meses

a periodicidade pra treinar de novo. Às vezes a periodicidade tem que ser menor do que para alguém com um grau de instrução/conhecimento melhor.

GI6

A mudança de cultura também foi apontada como um grande desafio para manutenção da Acreditação, o amadurecimento dos profissionais foi um processo árduo ao longo dos anos de certificação. Entretanto, atualmente os gestores e demais profissionais compreendem que a Acreditação veio para agregar valor e organizar o trabalho.

No estudo de Oliveira e Matsuda (2016), a cultura organizacional também foi evidenciada como uma das principais barreiras à implantação e manutenção da Acreditação, considerando as peculiaridades dos serviços hospitalares e heranças históricas desfavoráveis a mudanças, o que pode interferir na construção de novos valores e práticas institucionais.

A Acreditação promove mudanças de comportamento e da cultura, o que gera insegurança e resistência na fase inicial, sendo importante o desenvolvimento de estratégias para implantação e manutenção do processo de forma a estimular e envolver o trabalhador nos processos de melhoria contínua e incorporação da cultura da qualidade, que refletem no cuidado seguro e qualificado.

No confronto entre os aspectos positivos e negativos do processo de Acreditação no cotidiano de profissionais de saúde, evidencia-se que a valorização e o conhecimento adquirido por cada um dos indivíduos envolvidos superam o estresse e a cobrança, uma vez que as melhorias estão atreladas ao aumento da responsabilidade e à incorporação da nova metodologia implantada (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012). Para os enfermeiros do estudo de Freire et al. (2016), o processo de avaliação para Acreditação proporcionou maior conscientização sobre o processo de trabalho e da importância de uma assistência segura, resultando em maior atenção na prevenção de erros e maior envolvimento para sanar não conformidades que estivessem sob sua esfera de ação, com foco na segurança do paciente.

Então, eu vejo que a qualidade [Assessoria da Qualidade] aqui trabalha com isso, trabalha em cima do colaborador pra que ele compreenda que o benefício da acreditação não é para o hospital em si, em termos financeiros, e sim para que ele desenvolva processos mais seguros, para que ele tenha alinhamentos de conduta, chegue exatamente no horário de trabalho e saia no horário sem deixar pendências, porque o processo está redondo. **GI5**

Vale ressaltar que o hospital X é uma instituição privada com propósito definido de ofertar um serviço seguro pautado em um sistema de gestão da qualidade consolidado, assim

infere-se que o profissional que não se adequa ao perfil, discurso e política organizacional não permanece na instituição. O que contribuí para maior envolvimento e esforço profissional para internalização dos preceitos da qualidade.

Mas a gente tá igual ferrinho de dentista, capacitando, cobrando, pedindo o enfermeiro da noite pra ficar mais perto daqueles funcionários que não estão nos dando resultado esperado, para podermos mapear quais são os profissionais que tem que ficar conosco e quais os profissionais temos que realmente tomar medidas mais drásticas, um processo mesmo de demissão, porque não adianta ficar com um colaborador que não nos atende, nesse momento. **GI7**

Ao serem questionados sobre quais profissionais consideravam chave ou essenciais para implantação e manutenção da Acreditação, a enfermagem obteve destaque nos relatos, embora os entrevistados reconheçam ser um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no qual todos tem sua importância.

Os relatos evidenciaram que o enfermeiro está na linha de frente do processo da qualidade, uma vez que a Assessora da Qualidade do hospital é uma enfermeira. Além disso, os enfermeiros dos setores são responsáveis por divulgar informações da qualidade, monitorar ações setoriais, acompanhar os técnicos de enfermagem, sendo também o elo entre a equipe multiprofissional, alinhando a comunicação e ações dos diversos profissionais.

Siman, Brito e Carrasco (2014) evidenciaram que o conhecimento e atuação do enfermeiro se mostraram fundamentais para implantação e manutenção da Acreditação hospitalar, pois o enfermeiro assume posição estratégica na instituição e na articulação com outros profissionais, com habilidade para tomada de decisões por compreender o processo de trabalho hospitalar na sua totalidade.

Ressalta-se que a equipe de enfermagem representa parcela significativa dos recursos humanos no hospital X (36% do pessoal), estando na instituição em tempo integral em contato direto com o paciente. Assim, seu envolvimento na Acreditação facilita na adesão e continuidade dos processos de melhoria da qualidade.

Quem está na assistência é o grande responsável, não adianta essas informações ou estratégias ficarem detidas nas cabeças pensantes, tem que ser disseminado, o principal responsável por isso é quem está na linha de frente e seria o enfermeiro em termos assistenciais o grande responsável por disseminar. O líder é o enfermeiro que está com a maioria dos funcionários. Quem é a maioria? Os técnicos de enfermagem, então quem está na linha de frente? É o enfermeiro. Acho que a linha de frente é a grande responsável, é onde a gente tem que bater mais na tecla, tem que estar sempre orientando,

porque são responsáveis por alavancar o hospital, quem melhora a assistência? Quem faz assistência, quem pratica? São eles. **GI9**

Ainda de acordo com os entrevistados, as próprias características profissionais do enfermeiro contribuem para seu desempenho no processo de Acreditação, uma vez que os enfermeiros adquirem em sua formação conhecimentos assistenciais, gerenciais, administrativos e também de capacitação da equipe e educação para a saúde do paciente.

Estudo que objetivou conhecer a atuação da enfermagem no processo de Acreditação hospitalar ressaltou a participação ativa do enfermeiro nas decisões estratégicas e operacionais. A equipe de enfermagem participa de atividades gerenciais, assistenciais, educativas e de pesquisa, com enfoque para as ações administrativas e gerenciais, peculiares dos enfermeiros, que se sobressaem no processo de Acreditação em detrimento da atuação do técnico de enfermagem (MANZO et al, 2012). Os enfermeiros assumem posição estratégica nos programas de Acreditação por estarem próximos do cliente, demonstrar compromisso com a organização e se relacionar com os outros profissionais de saúde (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Além do enfermeiro, a equipe multiprofissional, a Assessoria da Qualidade e o gestor, também foram citados como fundamentais para o processo de Acreditação. Para alguns profissionais a equipe do hospital, como um todo, é responsável pelo processo, pois a qualidade é o resultado de um trabalho integrado entre diversos setores da organização, desde o pessoal da área assistencial, área de apoio até a área administrativa e gerência geral.

É 100% da equipe. Não existe um processo onde alguém se destaque, existe um resultado do grupo, onde cada um tem seu papel no processo de trabalho. O coordenador tem o papel de coordenar a equipe e viabilizar os processos de trabalho. O enfermeiro tem o papel de supervisionar e desenvolver o colaborador, o colaborador tem o papel de executar o planejado e muitas vezes criticar, porque quem está na operação sabe as dificuldades do dia-a-dia. **GI4**

O alcance da qualidade é algo complexo, entretanto a interdisciplinaridade é fundamental para uma assistência segura qualificada. Para Siman, Brito e Carrasco (2014), a Acreditação foi identificada pelos participantes como forma de consolidar o trabalho em equipe, sendo improvável o alcance da Excelência de forma isolada e desarticulada.

Vale ressaltar o reconhecimento que os profissionais têm pelo trabalho da Assessoria da Qualidade, relatado como um trabalho fundamental para implantação e continuidade da Acreditação, uma vez que o setor impulsiona e motiva as equipes a desenvolverem os

processos, acompanha e monitora as atividades, resultados e indicadores. É uma liderança que tem trâmite e influência no hospital e em todos os setores para garantir a manutenção das ações de melhoria da qualidade. A manutenção da Acreditação demanda um trabalho contínuo com o envolvimento de todos os profissionais da instituição, coordenados por uma gestão que acredita e está envolvida no processo.

As dificuldades e desafios para manutenção da Acreditação são constantes e diferem de acordo com a fase e grau de maturidade da organização. As fases iniciais foram mais desafiadoras, por se tratar de um processo de mudança no qual houve resistência dos funcionários, que compreendiam as ações de melhorias como burocracia e alcance de metas, executando-as muitas vezes sem reflexão. Com o passar do tempo houve mudanças na percepção dos trabalhadores sobre a Acreditação, que passaram a compreender que os requisitos de qualidade não eram apenas para a auditoria, mas para a segurança dos profissionais e do paciente. O Quadro 5, apresenta um compilado das principais melhorias e desafios discutidos nesta categoria.

Quadro 5 –O processo de Acreditação no hospital: mudanças e desafios. Hospital X, Belo Horizonte, 2015.

Melhorias resultantes da Acreditação	Desafios enfrentados para implantação e manutenção da certificação
Melhoria na comunicação	Resistência dos profissionais
Desdobramento das estratégias até o nível operacional	Obtenção de recursos
Melhoria para os profissionais: treinamento, envolvimento dos profissionais no processo da qualidade, autonomia e flexibilidade na gestão dos setores, segurança do ambiente, reconhecimento profissional;	Aumento da burocracia para organização dos processos
Gestão do patrimônio;	Rotatividade da enfermagem
Envolvimento da direção	Preparo da equipe
Segurança do paciente e melhorias assistenciais	Conscientização e capacitação de profissionais de nível médio
Estrutura física e equipamentos	Mudança de cultura
Controle financeiro e de recursos	
Organização do hospital	
Competitividade e credibilidade	

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 Estratégias para manutenção da Acreditação com Excelência

Essa categoria aborda ações e estratégias adotadas no cotidiano do hospital X para promover melhorias na qualidade dos serviços e atender aos requisitos de Acreditação, mantendo conseqüentemente, a certificação de Excelência. Buscou-se retratar a estratégia na abordagem de estratégia como prática social, considerando-a da maneira como acontece no dia-a-dia do hospital, da forma como o planejamento estratégico é colocado em prática na instituição. Considerou-se, também, o trabalho dos gestores e sua capacidade de identificar oportunidades e necessidades, analisar situações, proporcionar o desenvolvimento de ações coerentes com o ambiente de trabalho, visando melhoria contínua e o envolvimento da equipe. Para maior clareza, a categoria foi dividida em duas subcategorias: O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade; Estratégias organizacionais para melhoria contínua da qualidade.

A subcategoria “O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade” discute a importância de se desenvolver ações no cotidiano hospitalar coerentes com requisitos da certificação de Excelência. A subcategoria “Estratégias organizacionais para melhoria contínua da qualidade” aborda as principais estratégias adotadas por gestores do hospital para promover melhoria contínua dos serviços e manter a certificação. As principais estratégias foram: estratégias de comunicação, estratégias para capacitação de pessoal, estratégias para melhoria dos processos (auditorias internas) e o papel estratégico da Assessoria da Qualidade.

Por meio dos relatos, foi possível identificar que as estratégias e ações no cotidiano do hospital estão relacionadas ao conjunto de Fundamentos de Gestão em Saúde que constituem a base do SBA-ONA (QUADRO 6), de forma a concretizar a manutenção da certificação de Excelência e a melhoria contínua dos serviços da instituição.

Quadro 6- Fundamentos de Gestão em Saúde

FUNDAMENTO	DEFINIÇÃO
Visão sistêmica	Relações de interdependência e interação entre os processos da organização, bem como entre a organização, sua cadeia de fornecedores e o ambiente externo.
Liderança	Definição de propósitos e direcionamento da organização de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Comanda o sistema de gestão visando à sustentabilidade da organização e os fatores que interferem na mesma.
Orientação por processo	Gerenciamento organizacional por meio de processos e atividades inter-relacionados, alinhados à missão e visão da instituição.
Desenvolvimento de pessoal	Criação de condições que promovam a realização profissional, as relações humanas, potencializando o desempenho de pessoal e organizacional. Comprometimento, trabalho em equipe, desenvolvimento de competências e educação permanente.

Foco no paciente	Cuidado individual e integral, centrado no paciente, comunicação eficaz com o paciente para compartilhamento das decisões.
Foco na segurança	Promoção de ambiente seguro mediante adoção de ações preventivas para redução dos riscos de danos, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis.
Responsabilidade social	Uso racional de recursos, relação responsável e ética da organização com a sociedade e ambiente de forma a minimizar o impacto negativo de suas atividades e potencializar os impactos positivos.
Cultura de inovação	Promoção de um ambiente favorável à exploração, desenvolvimento e implementação de novas ideias.
Melhoria contínua	Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente visando aprimorar produtos, serviços e processos.

Fonte: Adaptado, ONA, 2014a, p. 71.

4.3.1 O trabalho cotidiano com os padrões de qualidade

O Hospital X é Acreditado Pleno desde 2008, tendo investido em melhorias contínuas que possibilitaram a progressão para o nível de excelência em 2010 que se mantém desde então. A manutenção da Acreditação tem sido um desafio para as instituições certificadas, uma vez que exige esforços contínuos para melhoria da estrutura e processos de forma a evidenciar melhores resultados com monitoramento e análise crítica destes, com foco na segurança do paciente e do profissional.

Segundo estudo de Martins et al. (2011), os principais desafios para implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade hospitalar e da Acreditação foram: a cultura da qualidade, o papel gerencial, falta de continuidade do processo, trabalho em equipe e relações interpessoais (MARTINS et al., 2011). Nesta perspectiva, o trabalho cotidiano com os padrões de qualidade contribui para a continuidade do processo e manutenção da certificação, sendo improvável manter a Excelência por meio de ações pontuais, desarticuladas e concentradas nos momentos próximos à auditoria. A melhoria contínua deve ser trabalhada no dia-a-dia da organização e ser uma ambição de todos, refletindo na cultura organizacional.

Os programas de qualidade trazem mudanças de hábitos, comportamentos e valores nos indivíduos, impondo a ruptura do cuidado mecanizado e contribuindo para um ambiente organizacional de excelência (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). Para que haja continuidade da excelência do cuidado, os sujeitos devem assimilar os preceitos da Acreditação e os princípios do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA-ONA) e de outras metodologias que forem utilizadas, uma vez que a manutenção da Acreditação está ligada à incorporação dos princípios de gestão da qualidade à prática profissional (MANZO, 2009). A manutenção da

certificação está relacionada ao cotidiano profissional e ao desenvolvimento de processos com qualidade no dia-a-dia do hospital independente das visitas externas de avaliação.

Eu tenho que focar a minha equipe, mostrar a direção, trabalhar junto com a equipe. "Nós precisamos atingir os objetivos que o hospital espera". Então nós temos que trabalhar com planejamento, não podemos trabalhar com as coisas só pra auditoria neh, só lá para outubro e novembro, vamos maquiara instituição? Não, nós temos que trabalhar com planejamento das ações e execução dessas ações diariamente. Então eu tento sempre trabalhar isso com os coordenadores que estão sob minha gestão. **GI1**

No hospital X, não existe um preparo específico para as visitas de certificação, a equipe trabalha o ano todo com as melhores práticas, o planejamento estratégico está ligado aos requisitos para Acreditação e aos protocolos de Segurança do Paciente, de forma que a qualidade não é utilizada apenas para a auditoria externa, mas incorporada ao trabalho hospitalar. Segundo Martins et al. (2011), os trabalhadores devem ser conscientizados de que a qualidade é inerente ao processo assistencial, entretanto essa conscientização não pode estar restrita a nenhum nível, tanto os gerentes como suas equipes devem ser informados sobre o processo, criando vínculo entre si e com o setor de Qualidade.

No hospital X, a Assessoria da Qualidade elabora um cronograma anual de atividades baseado nas observações e não conformidades apontadas na última avaliação de certificação. Tais atividades são desenvolvidas ao longo do ano, considerando, também, as demandas espontâneas para um trabalho contínuo e planejamento constante.

As ações tem que ser diárias, se eu pensar num processo de trabalho única e exclusivamente em função de um título de qualidade, eu me programo para vésperas de auditoria "arrumar a casa". Eu não vou conseguir manter esse cenário ano após ano. Eu tenho que trabalhar o ano inteiro os processos de qualidade. Vou analisar criticamente minhas falhas, onde preciso direcionar a energia da equipe pra melhorar os processos. É contínuo. **GI2**

Eu, como coordenadora de três setores de peso, normalmente todo dia tenho que estar trabalhando com os processos de Acreditação. A Qualidade [Assessoria da Qualidade] da instituição foca muito nisso, "não trabalhem para a auditoria, trabalhem diariamente". O que mostrei na auditoria ano passado vai estar melhorado esse ano porque eu mantive um ritmo, então eu não trabalho para auditoria, eu trabalho para o processo desenrolar. **GI5**

Os relatos dos profissionais, principalmente coordenadores de enfermagem, mostram seu posicionamento sobre a importância do trabalho com qualidade no dia-a-dia do hospital,

buscando atender as necessidades de cada setor no que tange a execução adequada dos processos, gestão de pessoas e gestão financeira para garantir a sustentabilidade da instituição. As boas práticas no hospital são desenvolvidas diariamente baseadas nas rotinas que são repassadas aos profissionais em uma sequência de treinamentos/atualização. Os profissionais são obrigados a seguir as rotinas e sempre há um coordenador que faz a cobrança e controla.

Esta realidade de sucesso se contrapõe a um estudo que mostrou a insatisfação dos profissionais de saúde com o preparo e a disseminação de informações sobre a Acreditação que eram concentradas nas vésperas de auditoria. Na visão dos profissionais entrevistados, as informações, capacitações e treinamentos deveriam ser contínuos ao longo do ano como forma de aprendizado e amadurecimento, pois a excelência não se mede em um atendimento, mas sim na continuidade da assistência prestada (MANZO; BRITO; ALVES, 2013).

Para Hinchcliff et al. (2013) é importante que os padrões para Acreditação não sejam de domínio apenas dos avaliadores externos, os trabalhadores do hospital devem compreender estes padrões e desenvolver maneiras de colocá-los em prática, e, para isso, é imprescindível o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a organização e avaliadores.

No hospital X, os coordenadores das áreas e os enfermeiros assistenciais, fazem um controle contínuo das ações diárias e monitoramento dos serviços prestados, o que contribui para o trabalho com qualidade, uma vez que permite identificar fragilidades e dificuldades no dia-a-dia e intervir com foco em melhorias. Nesta lógica, Manzo (2009), afirma que uma estratégia apontada pelos profissionais e que deveria ser utilizada no hospital para manutenção da qualidade foi a revisão contínua dos métodos de trabalho a fim de incorporar práticas atualizadas e compatíveis com a realidade institucional.

No presente estudo, foi possível evidenciar que o trabalho cotidiano com qualidade depende da maturidade organizacional e grau de compreensão dos trabalhadores em relação ao processo de Acreditação. No início, havia uma tendência de preparar o hospital para a visita de certificação, principalmente devido à resistência das equipes em assimilar a Acreditação e sua importância. Ao longo dos anos, essas barreiras foram superadas e houve mudança no comportamento da equipe, que passou a perceber a importância das auditorias e das certificações para a organização dos serviços, segurança do paciente e dos profissionais. Assim, as avaliações passaram a ser parte de uma rotina para os profissionais.

Isso foi realmente um crescimento e teve envolvimento de todos os setores e com passar do tempo a gente foi vendo que as pessoas foram se habituando e trazendo isso como uma rotina diária, não mais uma correria, como era

antes. Antes, nos momentos próximos da auditoria, começava aquele preparo pra tampar buraco. Hoje não, hoje já vem ao longo do ano tendo esse preparo realmente buscando a excelência pra lidar com todos os pacientes e também para os profissionais. **IC3**

Isso com certeza já é outra visão, na primeira auditoria que eu participei na semana era aquela correria para no dia acontecer tudo bonitinho, e depois ficar uns 6 meses todo mundo mais relaxado e depois começava a correria. Hoje não, hoje é outra coisa, chega auditoria interna sem avisar, e está tudo certinho, e por quê? Porque a visão, a mente, a cultura dos profissionais já estão com isso, com esse padrão de qualidade. **EnfA4**

Segundo os entrevistados, a Acreditação é um processo que exige esforço e disposição de todos, mas com o passar do tempo se transformou em rotina, e não mais preparo para auditorias. Para Emídio et al. (2013) a Acreditação deve estar vinculado ao planejamento estratégico, com redesenho e padronização dos processos, integração de informações entre os diferentes níveis operacionais para análise e melhoria contínua.

Destaca-se que o hospital tem investido em certificações de qualidade nos últimos 10 anos, sendo evidente na análise do cenário, que houve amadurecimento organizacional e mudança de cultura.

A gente foi começar a amadurecer essa ideia agora, então assim... anteriormente, a gente considera que era realmente mais maquiagem, apesar que muito dos processos ocorriam normalmente, mas essa parte organizacional, a organização do setor, era na época da auditoria. Mas da forma que está hoje, está mostrando que assim, não é maquiagem, a gente tem que correr atrás mesmo, e tem que inserir a equipe toda, se você não insere a equipe você não consegue. Se tivesse tido esse amadurecimento desde o início, hoje já teria um ganho muito grande, mas é com o tempo que a gente vai amadurecendo mesmo. **EnfA1**

Porque depois que a visita vai embora, o hospital fica um degrau acima do que estava, sempre. Isso é subindo de degrau em degrau. A gente não consegue mudar a cultura das pessoas da noite pro dia, então isso é contínuo. **GE2.**

De acordo com os relatos acima, o ambiente hospitalar muda entre uma auditoria e outra, neste sentido, a cultura se altera gradativamente em um ciclo permanente de melhorias com maior adesão e envolvimento do pessoal. Segundo Campos (2014), a qualidade é um processo de mudança cultural que despence tempo e liderança para condução e incorporação das mudanças pela organização. Ainda segundo o autor, o processo de mudança cultural pode levar de 5 a 10 anos.

A cultura confere racionalidade ou significados compartilhados, conferindo sentido e a interpretação da realidade que é influenciada pelos relacionamentos diários no contexto no

qual os entendimentos podem ser construídos. Neste sentido, a cultura constitui um conjunto de crenças, valores, artefatos, práticas e significados aprendidos e compartilhados por membro de uma organização (FREITAS, 2011).

A partir do momento que você cria um raciocínio de que a qualidade não é somente para auditoria, é para a melhoria e qualificação do seu processo de trabalho, para otimizar seu tempo, pra você ter um melhor respaldo do seu trabalho, você faz essa qualidade acontecer todo dia. E ai é um sonho do hospital, é um sonho da nossa gerência geral, e automaticamente é nosso sonho também. A Excelência, a gente nunca fica satisfeita com ela, se a gente está excelente a gente quer estar mais excelente ainda. E ai isso fica um objeto de desejo, querer sempre fazer melhor. **GI3**

O relato acima expressa identificação das necessidades do hospital e da gerência com sonhos e perspectivas pessoais, o que pode indicar reflexos da incorporação da cultura da qualidade pelos trabalhadores. A manutenção da certificação é feita por visitas periódicas das Instituições Acreditoras (IACs) e, a cada visita, novos desafios são traçados alterando o grau de dificuldade das ações de acordo com o nível de qualidade alcançado. Neste contexto, os trabalhadores do hospital X se adaptaram a esse modelo de busca por melhorias, inovações, tecnologias e novos processos de trabalho.

A Acreditação deve ser cuidadosamente gerenciada pelas lideranças hospitalares firmando compromisso com os trabalhadores, a fim de garantir o envolvimento de todas as subculturas existente no hospital (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Têm vários órgãos certificadores, a ONA, a NIAHO, cada um tem um manual, esses manuais trazem quesitos que vão ser avaliados, e é atendendo esses quesitos que a gente vai melhorando. Então, por exemplo, rastreabilidade de uma medicação, se o hospital não fazia vai ter que fazer, para atender aquele tópico...Na verdade o que importa não é ter o selo, é o meio, e não o fim. A gente é Acreditado depois que melhoramos os processos. Por meio desses manuais a gente vai entendendo as orientações para funcionar melhor. **GE2**

Apesar de existirem manuais com os requisitos para certificação, o processo de Acreditação requer o envolvimento e aprendizagem particular de cada instituição, um trabalho de autoconhecimento e alcance dos requisitos adaptados à realidade de cada serviço (VIANA et al, 2011). O amadurecimento da gestão do hospital X e da equipe foi apontado como fator que permite maior autonomia aos coordenadores das áreas. A Assessoria da Qualidade e a direção trabalham visando flexibilizar as estratégias relacionadas à gestão da qualidade que devem ser avaliadas por cada setor e adaptadas conforme suas particularidades.

Contrapondo esses resultados, no estudo de Viana et al (2011), o processo de Acreditação nos hospitais pesquisados teve um caráter autoritário e hierárquico, no qual a gerência priorizava as diretrizes a serem cumpridas independente do conhecimento e envolvimento dos demais, resultando na falta de direcionamento para ações prioritárias, sendo esta uma das dificuldades para implantação da Acreditação em algumas instituições pesquisadas. Esta situação pode ter ocorrido na fase inicial no hospital X, na qual vários ajustes tiveram que ser feitos até optarem por praticas horizontalizadas.

A Qualidade [Assessoria da Qualidade] é responsável por fazer com que os processos sejam executados, tem a diretriz e fala o que tem que fazer, mas é o setor que cria a estratégia. Então por exemplo, transporte seguro de paciente, é um requisito, tem que fazer, está lá na unidade de internação, a Qualidade vai me cobrar o requisito. Como o requisito vai ser atendido? É a gerência do setor que desmembra com a equipe. **GI4**

Pelo relato, no hospital há uma diretriz, um requisito a ser atendido, mas a maneira de alcançar esse requisito é definida na unidade com a participação da equipe, o que aponta certa descentralização do fazer. Estudo realizado em seis hospitais Acreditados, mostrou que os profissionais entrevistados concordaram que a Acreditação promoveu mudanças na gestão hospitalar, levando a mudanças na tomada de decisão que passou a ser baseada em fatos e evidências, estimulando o compromisso dos hospitais como o processo de avaliação (MENDES; MIRANDOLA, 2015). Ainda de acordo com os autores, a Acreditação teve impacto no comportamento dos profissionais promovendo maior desenvolvimento e participação da enfermagem, do corpo clínico e pessoal administrativo.

Os relatos dos enfermeiros mostraram seu envolvimento tanto nos processos assistências como financeiros das unidades de trabalho principalmente os coordenadores e enfermeiros administrativos, que respondem pelos resultados dos setores, buscando alinhá-los aos objetivos estratégicos do hospital. Além disso, enfermeiros assistenciais e coordenadores tem autonomia para discutir com a equipe e definir a melhor maneira de atender requisitos propostos pela Qualidade, autonomia para propor estratégias para a direção que potencializem os resultados assistenciais, otimizando os recursos, desde que não acarretem ônus significativo para o hospital. Contudo, a autonomia nunca é plena, envolve segurança e conhecimento técnico que permitem iniciativas de participação nas decisões.

Ressalta-se, neste hospital, a importância do enfermeiro nas certificações, na melhoria dos processos, controle financeiro e outros aspectos relacionados à qualidade. Se por um lado

aumenta o trabalho, por outro alcançam novos espaços de atuação e engajamento nos processos institucionais.

Para Mendes e Mirandola (2015), a Acreditação proporciona desenvolvimento profissional dos enfermeiros por potencializar o exercício da liderança, estimular a formação de competências interpessoais e gerenciais, dando um sentido gerencial às rotinas. O enfermeiro assume posições estratégicas nas organizações de saúde e na articulação com outros setores, assumido funções gerenciais nos níveis estratégicos, táticos e operacionais conferindo-lhe mais autonomia e inserção na gestão de programas de Acreditação hospitalar (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

A Qualidade define ações, a gerência de enfermagem conjuntamente define ações que são desdobradas pelas áreas. A estratégia é trabalhada diariamente. Os processos não podem ser rígidos imutáveis. Eles têm que ser criticados diariamente, redesenhados se for necessário. **GI2**

Por exemplo, a bomba elastomérica, o SUS não paga, mas a bomba fica mais barata do que o paciente internar, então a gente ganha o leito para outro paciente que precisa, que tem um problema clínico e a gente também tem o comodismo do paciente fazer a quimioterapia em casa, então fizemos um estudo de viabilidade mostrado para diretoria que autorizou. Então foi uma melhoria para o setor e economia para o hospital, disponibilização de leito também e foi uma melhoria pra gente. **EnfA1**

O relato evidencia o envolvimento e a participação da direção na gestão da qualidade articulando e ouvindo os setores assistenciais, analisando estudos de viabilidade de procedimentos, acatando ou não estratégias dos setores. As diretorias clínica e técnica trabalham em parceria com a Assessoria da Qualidade para promoção de um ambiente propício para que os trabalhadores consigam atingir as metas estipuladas, ampliando o contato entre as pessoas, fornecendo recursos e melhores condições de trabalho.

Resultados similares foram encontrados por Mendes, Mirandola (2015), nos quais o compromisso da alta direção foi um fator decisivo para o sucesso da Acreditação, a participação e incentivo da direção são aspectos facilitadores para busca, manutenção e aprimoramento da Acreditação (VIANA et al., 2011). O envolvimento direto das lideranças é essencial para disseminação da cultura de qualidade e preparo dos profissionais para mudanças. Os gestores são elementos chave para pensar a instituição hospitalar de forma sistêmica e manter o padrão de melhoria contínua dos processos organizacionais.

Segundo Freire et al (2016), a participação do grupo gestor é essencial para implantação de programas de Acreditação, pois além de possuir papel decisivo na

mobilização da equipe, são ordenadores de despesas e detentores do processo decisório, cujas decisões podem interferir na qualidade dos serviços. Em consonância com essa assertiva, no estudo de Ferreira, Chiapetti e Manfrin (2015) a sensibilização da alta administração proporcionou aumento de investimentos e repasses financeiros a projetos que buscassem alcançar a certificação em um hospital Universitário.

O hospital X investiu na contratação de funcionários qualificados, capacitação dos trabalhadores internos para que trabalhassem visando um objetivo comum, ser um hospital de excelência com foco na qualidade do cuidado e segurança do paciente e profissional. Considerando que o desempenho da organização está relacionado com seu pessoal, o investimento em recursos humanos é um fator crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde (MARTINS et al., 2011).

A Acreditação hospitalar não pode ser desvinculada dos demais processos organizacionais. A gestão de pessoas é essencial para o alcance e manutenção do título, pois há repercussões da certificação nas rotinas da instituição e em cada funcionário, tendo em vista que a Acreditação influencia o trabalho dos diversos atores do hospital, desde os funcionários operacionais até alta direção (COELHO FILHO; MONTENEGRO; BARRAGÃO, 2012).

Neste contexto, uma estratégia utilizada pelos gestores e coordenadores do hospital foi a conscientização e envolvimento do pessoal no processo de melhoria, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, pessoal administrativo e serviços gerais.

E o que eu faço pra melhorar? Qual a minha estratégia? Eu envolvo a minha equipe, eu faço reuniões semanais com eles converso com os técnicos, eu acho que isso é muito importante você ter esse envolvimento, você estar próximo pra saber o que está acontecendo. Às vezes são problemas que você acha que é pequeno, mas que podem piorar se você não for à causa raiz e resolver, às vezes é uma simples explicação do porque a gente está exigindo tudo isso e envolve-los na assistência ao paciente. **GI9**

Então as minhas ações como gestor, elas não são centralizadas em uma única pessoa, elas são direcionadas para as pessoas que eu tenho. Valorizando acima de tudo o profissional, linkando os processos de trabalho, e fazendo com que as pessoas entendam a importância daquilo pro dia-a-dia. **GI4**

Em estudo sobre as implicações da Acreditação no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, os mesmos se viam em um ambiente de cobranças, pressão, estresse e falta de valorização, situação comum a sistemas com avaliações periódicas que visam melhoria contínua. Entretanto, estratégias de valorização dos sujeitos com foco na

continuidade do processo e maior adesão à gestão da qualidade podem suavizar as percepções e experiências negativas dos profissionais (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

O envolvimento do profissional é importante para sua adesão às ações de melhoria contínua, sendo necessário leva-lo a refletir sobre seu processo de trabalho e os resultados de suas ações para o paciente. É necessário que o trabalhador compreenda que sua prática tem um fundamento e contribui para a saúde do paciente. Segundo Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2010) a participação e envolvimento da equipe na Acreditação contribuiu para revisão do trabalho e reflexão sobre o que tem sido feito no hospital, clareando ideias e dando um senso de direção. Além disso, possibilitou que a equipe refletisse e reconhecesse os reflexos da qualidade na segurança dos seus serviços e da organização.

Segundo Freire et al. (2016), a vivência de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade proporcionou capacitação dos profissionais para melhoria da assistência e olhar crítico para a gestão da qualidade, levando a mudanças de comportamento da equipe na tentativa de atender os requisitos de qualidade e compreender melhor o processo.

Assim, envolver as pessoas é essencial para o sucesso da Acreditação hospitalar, pois se trata de um programa que prevê mudanças constantes na busca pela qualidade, sendo difícil alguém se comprometer com algo que desconhece ou não sabe a importância e o motivo das ações. Nesse sentido, os profissionais devem ser o ponto de partida para implantação e continuidade da Acreditação, mas para tal é necessário que as instituições invistam em capacitação, desenvolvam competências da equipe, fomentando o desenvolvimento de uma consciência crítica e responsável (ROTHBARTH, 2011).

Os coordenadores dos setores assistenciais, nutrição dietética e hospitalidade buscam investir nas pessoas, incentivando e motivando suas equipes por meio de treinamentos, destacando aspectos positivos e potencialidades de cada setor na busca de alinhar os objetivos da equipe aos objetivos da organização. Neste cenário, a conscientização e valorização dos profissionais contribuíram para que os mesmos percebessem que a Acreditação traz benefícios para eles e principalmente para o paciente.

Então você tem que incentivar, motivar, não interessa se eles estão fazendo porque é pra você, ou se é para o hospital, ou se é pra um colega ou para o paciente, você tem que achar uma forma de motivá-los pra que façam bem. Eu trabalho em parceria com eles. Faço o que eu posso pra ajuda-los. **IC3**

O nível III fala muito dessa questão de apresentar melhorias, e se o técnico não tiver inserido nesse processo também não dá certo...Então é uma equipe

que interage, todo mundo fala a mesma linguagem e ...a confiança também, se você não tiver confiança nada dá certo. **EnfA1**

O trabalho em equipe é peça chave para manutenção da Acreditação e melhoria contínua da qualidade. Segundo os entrevistados, a gestão da qualidade deve integrar as diversas áreas do hospital (assistencial, de apoio, administrativa) agregando os diversos saberes para melhores resultados assistenciais e financeiros, com foco no atendimento. A qualidade é o reflexo do trabalho em equipe, treinamento, conscientização e orientação diária de todos os profissionais que devem caminhar em uma mesma direção. Neste sentido, a acreditação potencializa o trabalho em equipe considerando que para alcançar uma assistência segura é necessária atuação intersetorial e interdisciplinar que favoreça a continuidade do cuidado rompendo com a lógica biomédica curativa predominante (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

A consolidação da Acreditação demanda a participação harmônica e plena dos funcionários de um hospital, visto que o processo abrange especificações setoriais, mas com um objetivo comum: a excelência do atendimento. Nesse sentido, há a valorização o trabalho em equipe durante o processo, cujos princípios estão alicerçados nos fundamentos de visão sistêmica e visão por processos, preocupando-se com o todo e não com a departamentalização hospitalar (VIANA et al, 2011).

A articulação entre setores também é uma importante estratégia para melhoria contínua dos serviços e manutenção da Excelência. No início, o processo era voltado para a área administrativa, posteriormente houve o envolvimento das demais áreas. Atualmente, existem reuniões semanais entre as áreas assistenciais e a Controladoria para apresentação de resultados financeiros, maior integração do corpo clínico com a gestão hospitalar, bem como maior envolvimento dos coordenadores e profissionais dos setores com a gestão hospitalar.

O dia-a-dia da controladoria é trabalhar informações, rentabilidade, setores que estão deficitários, trabalhar possibilidades de melhorias, negociação com convênios, reunião com a parte médica, nós temos um projeto hoje que chama governança clínica, então apresentamos os dados das clínicas pros médicos, a gente fala como está o desempenho e o crescimento, o que a instituição espera dele, o que dá mais retorno pra garantir a sustentabilidade da instituição. A finalidade nossa é gerar informações precisas fidedignas pra tomada de decisão. **GE5**

No que tange o corpo clínico, o envolvimento dos médicos e da alta direção são facilitadores do processo de Acreditação (COELHO FILHO; MONTENEGRO;

BARRAGÃO, 2012). Em estudo sobre o processo de Acreditação em seis hospitais, a categoria médica mostrou-se menos comprometida com o processo. Tal situação é inadequada, uma vez que o atendimento médico influencia a percepção de qualidade pelo paciente, influenciando também o comportamento dos demais profissionais, sendo necessário repensar maneiras de envolver e integrar o corpo clínico (MENDES; MIRANDOLA, 2015). Já no estudo de Emídio et al. (2013), a Acreditação proporcionou maior participação médica no desenvolvimento de melhores práticas assistenciais, contribuindo para consolidação do corpo clínico. No presente estudo, não foi possível evidenciar o grau de participação e envolvimento do corpo clínico, entretanto observou-se a iniciativas organizacionais para envolvimento desses profissionais nos assuntos relacionados à qualidade, como as reuniões com a diretoria, com a controladoria e principalmente a participação do Diretor Técnico e Diretor Clínico na tomada de decisão juntamente com a diretoria e Assessoria da Qualidade.

De acordo com os relatos, a notificação de eventos adversos (EA) também é uma importante estratégia para melhoria contínua no hospital, uma vez que os eventos ocorridos no hospital X devem ser notificados por todas as unidades, e os mais graves são analisados pelo NSP juntamente com os profissionais envolvidos, a fim de identificar a causa raiz, propor ações para evitar a recorrência e/ou ações para mitigar as consequências do evento.

A gente trabalha com notificação de eventos adversos, cada setor tem que notificar todo e qualquer evento adverso que acontece, a gente envia para a Assessoria da Qualidade, pro Núcleo de Segurança do Paciente, pra que seja avaliado, melhorado, o que mais está acontecendo errado, onde mais a gente está errando? Pra melhorar em treinamentos, capacitar a equipe. **GI9**

Segundo Silva et al. (2014), a omissão do erro por parte dos profissionais, muitas vezes está atrelada ao medo da punição, medo da reação dos gestores e da própria equipe, podendo estar associada também à falta de conhecimento sobre o que é um EA e a importância de sua notificação. Segundo Rigobello (2012) houve predomínio da percepção dos profissionais de enfermagem de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, o que gera barreiras para discussão positiva do assunto entre os envolvidos e gerência, com foco na melhoria do cuidado e redução de riscos ao paciente.

A notificação de EA está atrelada a cultura hospitalar, pois a notificação emana dos profissionais, e para que aconteça, estes devem compreender a relação entre a notificação/análise crítica de eventos com a qualidade e segurança assistencial. Neste contexto, é

imprescindível o papel das gerências no desenvolvimento de ações que estimulem a notificação de EA pelos profissionais, com redução de punições para maior envolvimento do colaborador na busca de melhoria dos processos, promovendo assim, aprendizado contínuo.

Apesar do cuidado em saúde trazer inúmeros benefícios aos envolvidos, erros e eventos inesperados podem ocorrer durante a prestação da assistência, ocasionando prejuízos e graves consequências à saúde do paciente (RIGOBELLO et al., 2012). A notificação de eventos torna-se uma importante estratégia organizacional à medida que proporciona a comunicação profissional sobre ocorrências inesperadas, viabilizando o reconhecimento de falhas, promoção de mudanças nos processos e melhoria assistencial (SILVA et al., 2014).

O trabalho cotidiano de acordo com os requisitos de qualidade foi uma estratégia eficaz para manutenção da Acreditação e melhoria contínua dos processos no hospital. A qualidade foi incorporada ao trabalho diário dos profissionais de forma rotineira, mas, para que isso fosse uma realidade na organização, o monitoramento contínuo das ações e o amadurecimento organizacional contribuíram para mudança da cultura e pensamento voltado para melhoria de processos. A mudança de cultura, por sua vez, reforça a continuidade das ações cotidianas pautadas nos quesitos de qualidade para Acreditação.

Assim, no hospital X, o trabalho cotidiano com qualidade é influenciado por uma série de características e ações simultâneas, articuladas e interdependentes, demonstrando a maturidade organizacional e a mudança de cultura (FIGURA 2).



Figura 2- O trabalho cotidiano conforme os requisitos de qualidade para Acreditação, hospital X, Belo Horizonte, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa

4.3.2 Estratégias organizacionais para melhoria contínua da qualidade

Por meio dos relatos dos participantes, foi possível identificar estratégias adotadas no cotidiano da instituição para melhoria contínua da qualidade e manutenção dos serviços conforme padrões para Acreditação com Excelência. As principais estratégias elencadas estão relacionadas à melhoria da comunicação, melhoria dos processos e capacitação de pessoal (QUADRO 7), além destas, foi possível evidenciar o papel estratégico da Assessoria da Qualidade na instituição.

Quadro 7- Estratégias para melhoria contínua da qualidade e manutenção da Acreditação com Excelência, Hospital X, Belo Horizonte, 2015.

Classificação	Estratégias
Comunicação oral	Desdobramento do planejamento estratégico a todos os níveis hierárquicos Reuniões da qualidade Reuniões setoriais: dedo de prosa; se vira nos 15 Reuniões do Núcleo de Segurança do paciente Reunião ACAD (Análise Crítica para Alta Direção) Reuniões com as coordenações Projeto sol e lua

Comunicação escrita	Quadro de gestão a vista Jornal mural Quadro de avisos Intranet, e-mail, whatsapp, papel de parede do desktop
Melhoria de processos	Auditorias de boas práticas Auditorias de protocolos institucionais Auditoria de requisitos e normas Visita técnica do Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEH)
Capacitação de pessoal	Projeto Padrinho Treinamento conforme necessidades Treinamentos sobre Acreditação e qualidade Treinamento de novas rotinas Treinamento de processos internos da organização Treinamento sobre manipulação de indicadores financeiros

Fonte: Dados da pesquisa.

O foco principal das estratégias elencadas foi o desdobramento de informações até o nível operacional, a fim de garantir que todos no hospital falassem a mesma linguagem. No ambiente hospitalar é importante que as informações não fiquem concentradas na direção e nas coordenações, pois são os trabalhadores da ponta que executam os processos no dia-a-dia, sendo necessária a compreensão e reflexão sobre o trabalho para maior adesão às ações de melhoria contínua.

Foi relatado pelos participantes o fortalecimento da comunicação como estratégia para manutenção da Acreditação com Excelência. Em contextos permeados por diferentes interesses que necessitam ser gerenciados, como o ambiente hospitalar, a linguagem torna-se um componente fundamental de comunicação interna para alcance de metas e objetivos (FREITAS, 2011), principalmente em programas que promovam mudanças institucionais.

A comunicação é essencial para o gerenciamento de qualquer organização visando à eficiência e eficácia dos processos. Entretanto, torna-se necessário que seja constante, fomentando a obtenção de informações necessárias para desenvolvimento e compreensão de tarefas, adesão da equipe, motivação, cooperação e satisfação nos cargos (SANTOS; BERNARDES, 2010).

A comunicação interna é uma estratégia gerencial para efetividade organizacional, pois se constitui de importante ferramenta na veiculação de informações entre os trabalhadores, evitando que situações de crise ou desconfiança se avolumem e gerem situações de difícil controle. Assim, a comunicação interna permite a circulação de conhecimentos e informações de forma vertical e horizontal, contribuindo para a criação ou fortalecimento de uma cultura organizacional que se deseja. Além disso, por meio da

comunicação interna é possível receber, disponibilizar e canalizar informações, viabilizando a construção de conhecimento relevante para a tomada de decisões.

Nesta perspectiva, uma das principais ações para eficácia da comunicação foi o desdobramento do planejamento estratégico, para que todos os profissionais conhecessem e se envolvessem nos processos para a Acreditação e atuassem em prol de um objetivo comum.

E ai faz parte da estratégia também todo mundo que está dentro dessa empresa saber dessas estratégias, para todo mundo remar pro mesmo lugar. Pra ninguém ir para todos os lados ao mesmo tempo. **GI3**

É isso que eu falei mesmo, a gente acompanhar tudo, toda a estratégia do nosso planejamento estratégico, acompanhar o mapa estratégico, ter o colaborador capacitado, trabalhar bem o aprendizado pra gente ter todos os processos alinhados e conseguir a sustentabilidade do hospital. **GI7**

Em um hospital privado Acreditado nível III, Emídio et al. (2013) identificaram que a conscientização dos colaboradores sobre a importância da qualidade foi utilizada para criar multiplicadores proporcionando o estabelecimento de uma linguagem comum. A conscientização incluiu médicos, fornecedores, profissionais dos serviços terceirizados, dentre outros como condição facilitadora para mudança da cultura organizacional.

A Acreditação promove mudanças de hábitos, valores e comportamentos dentro de uma organização, sendo a comunicação uma ferramenta eficaz para subsidiar mudanças. Entretanto, deve ser articulada de forma clara, precisa e objetiva, para que as informações alcance todas as categorias profissionais de maneira uniforme, visando à continuidade do processo, segurança e manutenção dos padrões de qualidade alcançados (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). Rothbarth (2011), também, identificou a necessidade de mudanças na abordagem e enfoque da comunicação, de maneira que as mensagens fossem menos técnicas e mais acessíveis a todos, a fim de promover maior envolvimento dos profissionais com a gestão da qualidade.

Os treinamentos, as reuniões constantes, as diversas formas de comunicação e o monitoramento dos processos por meio das auditorias internas contribuem para a disseminação uniforme de informações no hospital X.

O processo de Acreditação tem que ser desdobrado. Não basta ficar só no nível de gerência e coordenação, ele tem que ser desdobrado para a ponta. A gente tem um plano de ação em cima do resultado e tem o desdobramento disso até a nossa equipe. Então a gente leva essas informações, esses resultados até a ponta, até o técnico. Se bobear até a menina da limpeza a gente leva o dado pra lá, pra que? Porque é um trabalho feito a várias mãos, não é só uma pessoa que faz, é todo mundo. **GI3**

Na verdade a gente quer colocar uma cultura da pirâmide invertida, as pessoas da ponta são até mais importantes do que as cabeças aqui da gerência. Em vez de ser de cima pra baixo, a gente espera que seja de baixo pra cima. Porque a gente não consegue executar o plano, se lá na ponta quem realmente faz não tiver engajado. Então quando eu faço um treinamento para poder atender um paciente infartado, num tempo porta-agulha de angioplastia que é preconizado de 1h, isso é um quesito de qualidade. Quando eu faço esse treinamento, falo pra todos que o hospital tem que atingir isso, e a pessoa do transporte não entende bem o espírito da coisa, o paciente não chega lá em 1h. Então imagina, eu tenho o médico preparado, o hospital querendo fazer, e o rapaz da maca não está sabendo. Então é importante ser todos. Principalmente a ponta, que realmente executa. É uma ideia de pirâmide invertida, o que importa é capilarizar a informação e que todos participem. Se não, não funciona. **GE2**

De acordo com os profissionais, as decisões estratégicas para qualidade estão alinhadas ao planejamento estratégico do hospital, sendo elaboradas pela alta direção (Conselho Superior) em parceria com a Assessoria da Qualidade, que planejam essas ações e estabelecem seus objetivos. Neste cenário, cabe à Assessoria da Qualidade o desdobramento de informações para os diversos setores e o monitoramento das ações estabelecidas. Há diretrizes do que deve ser feito, entretanto, cada coordenador de área junto à equipe definem com anuência do setor Qualidade suas próprias estratégias para alcance dos objetivos estabelecidos pelo hospital.

Há, portanto, uma estrutura hierárquica na tomada de decisão que passa pela alta direção, Assessoria da Qualidade e coordenações das áreas, com desdobramento das informações até o nível operacional. Apesar da hierarquia no processo decisório, existe certa autonomia dos enfermeiros coordenadores para atuarem em parceria com sua equipe e definir a melhor maneira de alcançar os objetivos da Qualidade. Além disso, é responsabilidade dos coordenadores fazer com que as informações cheguem a toda equipe. Ressalta-se que autonomia nunca é plena, mas envolve segurança e conhecimento que permitem iniciativas de participação em processos coletivos, implicando em interdependência.

A Acreditação possibilita maior conhecimento dos profissionais sobre a estrutura organizacional e o processo gerencial, sendo necessário que todos conheçam a ideologia da organização, os objetivos de curto, médio e longo prazo (VIANA et al, 2011). Assim, o desdobramento do planejamento estratégico contribuiu para o alinhamento das propostas de melhoria da qualidade com as ações cotidianas dos profissionais.

Reafirmando a necessidade de uma comunicação eficaz, Manzo, Brito, Alves (2013) mostraram, em seu estudo, que o repasse de informações da qualidade não alcançava todos os

profissionais e não havia um responsável pela transmissão das informações e compartilhamento de conhecimentos. A baixa qualidade na comunicação ocasionou concentração de informações nos períodos próximos à auditoria, prejudicando o aprendizado e a retenção de conhecimento pelos profissionais.

O planejamento da comunicação com desdobramento de informações até o nível operacional são fundamentais para a consolidação das mudanças organizacionais e manutenção das melhorias alcançadas com a Acreditação. Pinto e Muniz (2012), identificaram os gerentes como os responsáveis pelo início das mudanças organizacionais, por anunciar novas regras, procedimentos e processos, enquanto os demais trabalhadores eram encarregados de implementar as mudanças, transformando o discurso em prática. A comunicação foi apontada pelos entrevistados como um dos fatores de mudança organizacional essencial para alinhamento de ideias entre as pessoas, mesmo com opiniões diferentes, contribuindo para mitigação ou eliminação das resistências (PINTO; MUNIZ, 2012).

Para o desdobramento do planejamento estratégico e o repasse de informações relacionadas à qualidade e Acreditação, o hospital utiliza estratégias de comunicação escrita e oral. Na comunicação escrita, as informações são repassadas por e-mail, intranet, grupo de whatsapp, quadro de avisos, jornal mural, quadro de gestão a vista e papel de parede do desktop (QUADRO 8).

Quadro 8- Veículos de comunicação escrita no Hospital X, Belo Horizonte 2015.

Classificação	Descrição
Intranet	Página do hospital de acesso restrito aos funcionários, onde estão disponíveis os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), PRS (Procedimentos Sistêmicos), guia dos medicamentos utilizados, página da qualidade com informações sobre o sistema de gestão da qualidade, dentre outras informações sobre o hospital.
Jornal mural	Impresso interno com informações da qualidade e conquistas do hospital, disponíveis em locais estratégicos como refeitórios, vestiário e corredores, com intuito de facilitar o acesso dos funcionários.
Quadro de avisos	Quadro onde são colocados cartazes e informes internos sobre mudanças nos processos, novas rotinas, informações da qualidade.
Quadro de gestão a vista	Quadro disponível em todos os setores, no qual consta mapa estratégico do hospital, indicadores estratégicos de cada setor que se associam com a meta e os objetivos estratégicos do hospital.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Manzo (2009), o quadro de gestão a vista foi reconhecido pelos funcionários do hospital estudado como estratégia para divulgação do conhecimento, por

viabilizar o acompanhamento dos indicadores de qualidade e de outras informações referentes à melhoria contínua dos processos de trabalho, empoderando os funcionários a participarem do planejamento e execução dos planos de ação corretivos e/ou preventivos (MANZO, 2009).

Para Siman et al. (2015), o quadro de gestão a vista proporcionou maior envolvimento dos funcionários no acompanhamento e monitoramento do desempenho setorial, por possibilitar a descentralização das informações sobre os resultados e processos decisórios produzindo maior autonomia no trabalho.

As organizações contemporâneas, visando atingir seus objetivos estratégicos e obter maior adesão dos funcionários a seus princípios, utilizam diversos veículos de comunicação interna (TV, jornal, revistas, intranet) e gêneros e tipos textuais/discursivos como informativos, cartilhas, normas, regulamentações e reuniões. Nesse contexto, a linguagem é vista como elemento central da comunicação interna para o alcance das metas e propósitos organizacionais, maximizando a produtividade, rentabilidade e a própria gestão (FREITAS, 2011). A linguagem deve ser clara, objetiva, acessível e de entendimento de todos da organização, a fim de estimular o interesse dos profissionais pela leitura das informações repassadas e a buscar por conhecimento específico, de forma que a própria linguagem não se torne um obstáculo ao diálogo nem seja fonte de mal-entendidos (FREITAS, 2011; PINTO; MUNIZ, 2012).

No hospital X, cada coordenador é responsável pela qualidade e acessibilidade da informação, para que a mesma seja compreendida e de alcance de todos os funcionários.

Existem vários quadros que eles divulgam na intranet e e-mail. Eles mandam qualquer novidade por e-mail para todos. Como meu pessoal não tem acesso à internet, se é uma informação importante pra eles, eu imprimo e coloco na central de distribuição de material onde todo mundo tem acesso. **IC3**

A comunicação oral, ocorre principalmente por meio de conversas individuais, reuniões setoriais, reuniões com a qualidade, reuniões com a diretoria dentre outras. A finalidade é repassar as decisões estratégicas de melhoria da qualidade bem como discussões sobre como cumpri-las. Segundo Jarzabkowski e Seidl (2008) as reuniões podem ser compreendidas como ponto focal para as atividades estratégicas de uma organização, por estarem associadas à estabilização de estratégias em padrões recorrentes, e por proporcionar evolução das orientações estratégicas nos períodos de crise e mudanças (JARZABKOWSKI; SEIDL, 2008).

No hospital X uma das principais reuniões estratégicas, é a reunião da Qualidade, que ocorre entre a Assessoria da Qualidade e representantes dos setores. Essa reunião é semanal e obrigatória para os setores assistenciais, corpo clínico, serviços de diagnóstico e terapêutica, serviços de abastecimento e apoio logístico e serviços administrativos. Nessa reunião, há a participação da equipe da Assessoria da Qualidade e um representante de cada setor, sendo preferencialmente o coordenador setorial e, na ausência deste, outro profissional pode participar das reuniões, inclusive os profissionais de nível técnico, desde que tenham habilidade para desdobrar as informações para a equipe.

Nas reuniões da qualidade são discutidas informações sistêmicas, novidades sobre o hospital e atualizações sobre os padrões de Acreditação. A Assessoria discute com cada representante os requisitos de seu setor e as tarefas a serem executadas, são pontuadas as dificuldades dos setores e o que precisa ser melhorado, de forma que todos os participantes compreendam os processos do hospital em sua totalidade. Há um calendário de atividades mensais e metas a serem cumpridas pelos setores e ao final de cada reunião prazos e metas são revistos e atualizados conforme a necessidade. A efetividade dessas reuniões é mensurada por meio do indicador “adesão às propostas da qualidade” e pela melhoria dos resultados setoriais. A Assessoria da Qualidade também promove orientações individuais com os representantes de setor quando identificadas dificuldades no entendimento e execução das atividades propostas, a fim de dar suporte no desenvolvimento das tarefas.

Neste contexto, as reuniões da qualidade são estratégicas para a continuidade das ações de melhoria e manutenção da certificação, pois nesses momentos a Assessoria repassa para os demais profissionais as decisões da direção, ao mesmo tempo em que obtém um feedback contínuo da equipe.

Ressalta-se que o papel do gerente não é apenas repassar informações para os trabalhadores, mas construir o significado da mudança de forma conjunta. Assim, o feedback contínuo é fundamental para o alinhamento das propostas de mudança, melhor entendimento e compreensão da organização por todos (PINTO; MUNIZ, 2012). A importância desta construção conjunta é apontada por Freire et al. (2016) para o alcance da Acreditação em um hospital universitário, pois o distanciamento de informações entre os gestores e o nível operacional dificultou a adesão e conscientização dos trabalhadores por não estarem participando da construção do processo.

Há no hospital, um Núcleo de Segurança do Paciente, cujas reuniões são quinzenais para discussão de assuntos referentes à segurança do paciente e análise crítica dos eventos

adversos com a participação dos envolvidos no evento. Fatores relacionados à cultura da segurança e pouca valorização da gestão de riscos são aspectos dificultadores para a gestão da qualidade e implantação da Acreditação hospitalar (ROTHBARTH, 2011). A cultura da segurança do paciente deve estar disseminada em toda a organização para promoção de melhorias na qualidade dos serviços e maior responsabilização dos profissionais com a assistência, sendo fundamental para manutenção dos programas de Acreditação.

Há, também, reuniões setoriais, denominadas em algumas unidades como “se vira nos 15” ou “dedo de prosa”. Trata-se de reuniões internas de cada unidade assistencial nas quais ocorre o repasse de informações referentes à reunião da qualidade, novidades do hospital, alterações nas rotinas e processos, monitoramento das atividades realizadas, orientações sobre segurança do trabalhador, resultados das auditorias de boas práticas e orientações gerais. Essas reuniões ocorrem semanalmente ou de acordo com a demanda de cada unidade. Geralmente são curtas, conduzidas pelos coordenadores ou pelo enfermeiro supervisor/assistencial com a participação de todos os funcionários do plantão.

Eu implantei aqui no Pronto Atendimento geral os se vira nos 15, que são 15 minutos de bate papo pra gente alinhar as informações em um setor dinâmico como o PA, então a gente faz isso rápido e consegue manter as informações alinhadas. **GI3**

As reuniões frequentes entre a equipe de enfermagem devem se configurar como espaço para análise e discussão do processo de trabalho, visando colaborar com a qualificação e segurança assistencial (SANTOS; BERNARDES, 2010).

Há reuniões mensais das coordenações com suas equipes, incluindo as clínicas médicas para discussão dos resultados do mês, análise dos indicadores, elaboração de planos de ação para ajuste das metas não alcançadas e revisão das mesmas se necessário. Posteriormente cada setor apresenta seus indicadores estratégicos para a diretoria com análise crítica, propostas de melhoria e de revisão das metas para discussão e aprovação. Envolvendo, assim, toda a estrutura hierárquica do processo decisório: Alta direção, coordenações e equipe.

Há também reuniões de apresentação de resultados para diretoria, denominada ACAD ou Análise Crítica para Alta Direção. São reuniões semestrais entre as principais lideranças, coordenadores dos setores e a diretoria, nas quais ocorrem apresentação e análise crítica de todos os indicadores de cada setor, com plano de ação e gestão de mudanças. Assim, nota-se

maior envolvimento dos gestores para compreensão do contexto da instituição e da forma como cada setor contribui para o alcance dos objetivos do hospital.

Então a cada seis meses a gente avalia e apresenta pra diretoria o indicador. A gente sugere, diminuir a meta aumentar a meta, tirar o indicador e criar um indicador novo...a diretoria junto com a qualidade avalia se vai excluir ou não, se vai alterar ou não. **EnfA1**

Segundo Rothbarth (2011), o apoio e entendimento da direção foram destacados pelos entrevistados como indispensáveis para o trabalho da gestão da qualidade e preparo do hospital para a certificação de Acreditação. A diretoria proporcionou oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional aos envolvidos, essencial para continuidade da Acreditação. Neste sentido, o envolvimento e a comunicação horizontal é relevante por proporcionar oportunidades de desenvolvimento profissional, retirar dúvidas referentes às decisões tomadas e, principalmente, alinhar os objetivos estratégicos do hospital com os objetivos das equipes.

A participação efetiva e democrática de toda a equipe no processo de Acreditação é essencial para seu sucesso, sendo que a comunicação, conhecimento, cultura organizacional, condições de trabalho, liderança, relações interpessoais e relações de poder, são fatores que podem contribuir para envolvimento da equipe (VIANA et al., 2011).

O quadro abaixo resume as principais estratégias de comunicação oral utilizadas pela organização a fim de disseminar informações sobre a gestão da qualidade, orientar a equipe, rever os resultados institucionais e planos de ação.

Quadro 9- Estratégias para comunicação oral- reuniões, Hospital X, 2015.

Classificação	Descrição
Reunião da qualidade	São semanais e obrigatórias, participam a equipe da Assessoria da Qualidade e um representante de cada setor. São discutidas informações sistêmicas, atualizações sobre Acreditação, requisitos de cada setor e as atividades a serem executadas, são pontuadas também as dificuldades dos setores e o que precisa ser melhorado.
Reuniões do Núcleo de Segurança do paciente	Ocorrem quinzenalmente para discussão de assuntos relacionados à segurança do paciente e análise crítica dos EA ocorridos com a participação de todos os envolvidos no evento.
Reunião ACAD (Análise Crítica para Alta Direção)	Reuniões semestrais entre as principais lideranças, coordenadores dos setores e a diretoria, nas quais há apresentação e análise crítica de todos os indicadores de cada setor, com plano de ação e gestão de mudanças.
Reuniões com as	Discussão dos resultados do mês com as coordenações, análise crítica dos indicadores,

coordenações	elaboração de planos de ação para ajuste das metas não alcançadas e revisão das mesmas se necessário.
Reuniões setoriais: dedo de prosa; se vira nos 15	São semanais ou de acordo com a demanda de cada unidade assistencial, com a participação de todos os profissionais do plantão. Ocorre repasse de informações das reuniões da qualidade, novidades do hospital, alteração de rotinas e processos, monitoramento das atividades realizadas.
Orientações individuais	Assessoria da Qualidade promove orientações individuais com representante dos setores quando identificadas dificuldades no entendimento e execução das atividades propostas pela qualidade, a fim de auxiliar no desenvolvimento das tarefas.

Fonte: Dados da pesquisa.

Outra estratégia para maior integração e efetividade da comunicação é o Projeto Sol e Lua, que busca uniformizar as informações e as ações dos turnos diurno e noturno a fim de reduzir as disparidades na qualidade assistencial entre os turnos, cujo foco está na continuidade dos processos da qualidade no plantão noturno. Assim, os coordenadores de áreas devem criar mecanismos para repassar informações, treinamentos e resultado das auditorias internas que ocorrem durante o dia para o plantão noturno. A assistência segura e com qualidade deve acontecer em tempo integral no hospital, tanto no diurno quanto no noturno, para tal, deve haver homogeneidade das ações e informações.

A ineficácia na divulgação de informações e o preparo diferente dos profissionais dos turnos diurnos e noturnos foram apontados como barreiras para compreensão e adesão das equipes ao processo de Acreditação (FREIRE et. al, 2016). Manzo (2012), também evidenciou que a escassez no repasse de informações ao plantão noturno resultou em falta de orientação e despreparo dos profissionais deste turno em relação às questões da qualidade. Manzo (2009) evidenciou que os treinamentos e reuniões com os líderes ocorriam em sua maioria no plantão diurno, com escasso repasse de informações para o noturno, o que gerou sobrecarga de trabalho para os profissionais diurnos e despreparo da equipe noturna, levando à fragmentação do processo de gestão da qualidade, uma vez que o mesmo não pode ser condicionado ao turno de trabalho.

O que vale para o dia vale pra noite. O primeiro pensamento que tem que sair da minha cabeça é que tenho dois hospitais. Um funcionando durante o dia e outro durante a noite. Eu tenho o mesmo hospital, e tenho uma mesma equipe trabalhando em horários distintos e isso tem que ser entendido por mim enquanto coordenação e tem que ser entendido pelos meus enfermeiros de área. Então, todos os assuntos tratados em reunião tem que estar presente de dia e de noite. As reuniões que acontecem durante o dia, acontecem a noite. Pra ter continuidade, se não, não tem continuidade. **GI2**

São realizadas várias reuniões com os enfermeiros do noturno, tanto com a coordenação, como com todos os enfermeiros. A gente faz reuniões com o noturno e diurno juntos, eles sabem que tem auditoria, eu já fiquei várias vezes à noite pra eles entenderem o processo, porque a noite eles acabam não fazendo tão correto como tem que fazer, tipo identificação do rótulo, a medicação que eles acabam não preenchendo tudo devido a falta de hábito, devido a ter alguém ali olhando observando e pontuando. Então a partir do momento que perceberem que tem alguém observando que a gente está de olho, eles começam a mudar, como tem mudado alguns setores. **IC2**

Nos relatos acima, entende-se que as ações da qualidade ainda não estão consolidadas no plantão noturno, entretanto demonstra preocupação por parte dos gestores com a melhoria contínua por meio de iniciativas para maior adesão e envolvimento da equipe noturna, como o Projeto Sol e Lua. Nota-se nos relatos, o reconhecimento dos entrevistados das diferenças de rotina entre o plantão noturno e diurno, reforçando a importância da disseminação de informações da qualidade e acompanhamento direto das práticas noturnas. Além do convencimento da necessidade de adesão do plantão noturno, há também, vigilância constante para o alinhamento com as deliberações gerenciais.

A continuidade e eficácia do processo de comunicação exigem uma cultura de horizontalização de informações e adoção de decisões individuais e coletivizadas (EMÍDIO, 2013). Para tal, a comunicação deve ser compreendida para além da troca de informações, mas como área pluridisciplinar, campo eminentemente simbólico que diz respeito às relações dos sujeitos e subjetividades, numa sociedade complexa e tecnológica (FREITAS, 2011).

A comunicação possibilita troca de informações e de conhecimentos entre gestores e equipes, viabiliza a identificação de problemas individuais e coletivos, não conformidades, riscos, bem como potencialidades dos setores, permitindo análise conjunta desses aspectos como subsídio para tomada de decisão de acordo com a realidade e necessidade de cada setor.

Alinhada às estratégias de melhoria na comunicação, o hospital X investe na capacitação de sua equipe. A ação educativa em busca de melhorias é um dos cerne da gestão da qualidade, uma vez que inadequações na comunicação e nos treinamentos vão contra a proposta de Acreditação (MANZO; BRITO; ALVES, 2013). Para viabilizar processos de mudança organizacional e atendimento dos requisitos de certificação, é necessário investimento constante em educação permanente e desenvolvimento dos profissionais de saúde, conciliando as expectativas organizacionais e dos trabalhadores (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

A mudança em qualquer organização não é tarefa fácil, é permeada por desafios e riscos como a insatisfação e resistência dos trabalhadores, o que pode comprometer o sucesso da implantação dos projetos. Assim é essencial identificar as reações dos trabalhadores às transformações, desenvolver processos contínuos de avaliação e revisão das estratégias, nos quais a comunicação e desenvolvimento de pessoal ocupam papel de destaque.

No hospital X, os treinamentos são contínuos e organizados pela Educação Continuada que está vinculada à Assessoria da Qualidade. Os temas são variados e abordam desde rotinas, processo de Acreditação, segurança do paciente, segurança do profissional, dentre outros de acordo com as necessidades identificadas por cada setor. Há também treinamentos ou orientações *in loco*, específicos e pontuais para determinado serviço e/ou profissional.

Em relação a periodicidade, os treinamentos exigidos em legislação ou pelo Ministério da Saúde possuem a meta de adesão de 100% da equipe. Se o treinamento não é obrigatório, exige-se a adesão de 50% da equipe, subentendendo que os profissionais treinados serão multiplicadores das informações recebidas.

Para Manzo (2009), o grande desafio enfrentado pelos profissionais de um hospital privado de médio porte em relação à Acreditação hospitalar foi a manutenção do processo. A capacitação contínua de todos os profissionais, independente do turno de trabalho e formação profissional, foi apontada como estratégia capaz de viabilizar a manutenção do sistema de gestão da qualidade.

Segundo Campos (2014), a educação e o treinamento constituem base de sustentação do controle de qualidade total e da manutenção do processo de melhoria nas organizações, entretanto, há diferenças conceituais entre os termos. A educação é voltada para a mente das pessoas e para seu autodesenvolvimento, e o treinamento está voltado para o desenvolvimento de habilidades na execução de tarefas. Dutra (2011) ressalta que o investimento em recursos humanos é fundamental para implementação de estratégias organizacionais, pois são as pessoas que as implementam e devem ter as competências necessárias em um processo de aprendizado constante.

Entre os treinamentos do hospital, os principais citados pelos entrevistados foram: Projeto padrinho, levantamento de necessidades de treinamento, treinamento de novas rotinas, treinamento de processos internos, treinamento sobre indicadores financeiros, treinamentos sobre Acreditação.

O Projeto Padrinho é um projeto de treinamento institucional destinado a profissionais assistenciais (técnicos e enfermeiros) recém-contratados, cujo objetivo é apresentar o hospital

aos funcionários para ambientação e conhecimento das rotinas da instituição, acompanhá-lo inicialmente na assistência, treinando-o de acordo com o cargo que vai ocupar. Nesse projeto, o funcionário novato vai se inteirando dos requisitos para Acreditação, normas institucionais e legislação. Assim, na primeira semana de trabalho o profissional é apresentado aos setores para compreender os processos de cada um e a interação entre seu serviço e os demais.

No primeiro dia, ele passa pelos serviços de apoio, departamento de pessoal, entrega de atestado no CEDMS, acidente de trabalho, como vai proceder. Uma visão geral da instituição. E na segunda, quarta e sexta feira vem para os setores, falar como funciona a auditoria, a questão da clínica da dor... Como funciona a CME e os horários que recebe material. Então cada setor apresenta seu trabalho para ele saberem onde procurar. Às vezes vou precisar da comissão de curativo, como tem que fazer? O médico tem que solicitar? Pode ligar pra enfermeira antecipar e vir nos ajudar? **GI7**

Mas hoje os funcionários do mercado estão muito fracos. Então assim, a gente tenta ao máximo trabalhá-los para que eles entrem no nosso perfil de cobrança maior, de padronização das ações. Tem que datar o equipo, datar acessos, tem que elevar cabeceira do paciente. Então tem treinamento admissional em que esse funcionário passa pra ele conhecer as rotinas da instituição antes que ele vá pra prática. **GI1**

Posteriormente, o profissional inicia sua capacitação na parte assistencial supervisionado por um padrinho, que pode ser um técnico de enfermagem para profissionais de nível técnico, ou um enfermeiro padrinho para profissionais de nível técnico e superior. O padrinho tem como função apresentar o setor e acompanhar o profissional novato no desenvolvimento das rotinas e processos. É previsto que o funcionário não se responsabilize pelo cuidado integral de nenhum paciente no primeiro dia, apenas acompanhe o trabalho do padrinho, conheça o setor e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) assistenciais. Nos demais dias o novato começa a assumir pacientes gradativamente sob a supervisão e treinamento do padrinho até assumir uma escala completa. Nesta fase inicial o desempenho do funcionário é avaliado pelo padrinho e supervisor (enfermeiro assistencial) do setor, que devem validar com o coordenador quando esse profissional estará apto para assumir a assistência ou se o mesmo deve seguir em treinamento.

Resultados encontrados por Manzo (2009) mostraram que o treinamento intensificado de profissionais novatos tinha o propósito de inseri-los na instituição com o mesmo grau de entendimento e envolvimento dos demais em relação à gestão da qualidade e Acreditação,

obter a responsabilização desse profissional pelo processo de Acreditação, manter as melhorias e a qualidade assistencial.

O Projeto Padrinho pode ser visto como uma das fases da movimentação de pessoas de acordo com Dutra (2011), caracterizando-se como a fase de internalização, que consiste na socialização das pessoas na organização, momento no qual o colaborador se insere em seu ambiente de trabalho e entra em contato com os padrões culturais e políticos, constituído das atividades que buscam a construção de uma relação entre a pessoa e a organização (DUTRA, 2011). Para a construção dessa relação, o Projeto Padrinho segue algumas práticas comuns ao processo de internalização (DUTRA, 2011), como a fase de integração composta de ações visando aclimatar a pessoa no ambiente de trabalho, informar sobre a organização, orientar sobre normas e procedimentos, bem como estabelecer ligação com outras pessoas. Além disso, destaca-se o papel do orientador, no caso em questão o “Padrinho”, designado para orientar o colaborador novato nos contatos iniciais com o hospital e servir de elo entre as expectativas do profissional e da organização (DUTRA, 2011).

Ressalta-se a importância da continuidade da construção da relação entre a organização e seus profissionais, que depois de socializados nas rotinas devem ser desenvolvidos de forma coerente com as ações de internalização e com a estratégia organizacional (DUTRA, 2011). Assim, o treinamento constante é uma forma de promover o desenvolvimento profissional, alinhando as expectativas dos trabalhadores com os propósitos e estratégias do hospital. O Quadro 6 resume os principais treinamentos citados pelos entrevistados.

Quadro 10-Treinamentos relacionados à gestão da qualidade, hospital X, 2015,Belo Horizonte, Minas Gerais-MG.

Treinamento	Descrição
Levantamento de necessidades treinamento (LNT)	de Cronograma trimestral de treinamentos de acordo com as necessidades de cada setor, de com planejamento dos temas, participação de 100% dos colaboradores ativos no mês, prevê no mínimo duas horas de treinamento por mês. O LNT pode ocorrer por meio de perguntas aos profissionais, observação de dificuldades, falhas nos processos do setor, eventos adversos. Além disso, ao longo do trimestre outras necessidades podem ser evidenciadas e devem ser abordadas. Para cada LNT planejada são gerados indicadores para avaliação dos resultados, sendo avaliado se os treinamentos foram cumpridos conforme planejado considerando a abordagem dos temas, participação dos profissionais e efetividade dos mesmos.
Treinamento setorial	Ocorre quando é implantada uma rotina no hospital ou em determinado setor. A informação chega às coordenações por meio de reuniões e comunicados, e as mesmas devem repassa-las por meio de treinamentos. As informações das reuniões da qualidade também podem ser desdobradas para a equipe por meio de treinamentos.

Treinamento	Descrição
Treinamento dos processos internos	Treinamento mensal envolvendo todos os setores, relacionado aos processos do hospital de forma sistêmica, para que todos os setores compreendam sua relação com os demais e como seus resultados influenciam nos objetivos estratégicos do hospital. Exemplo: treinamento sobre o planejamento estratégico do hospital e sobre trabalho em equipe.
Manipulação de indicadores financeiros	Realizado pelo setor financeiro para as lideranças de cada área, enfermeiros supervisores e coordenadores dos setores a fim de que eles entendam sobre a essência da gestão de custos e seus resultados, e para que haja o desdobramento das informações relacionadas ao financeiro.
Treinamento sobre Acreditação	Ocorre anualmente e é ministrado para todas as equipes do hospital (assistenciais, administrativos e de apoio), a fim de valorizar o processo de Acreditação, desenvolver pessoas, reforçando os padrões e requisitos para certificação, a importância deles e quais os benefícios do processo para o hospital.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Acreditação tem uma proposta de educação permanente com foco na qualidade assistencial, na qual investir na capacitação é necessário para promoção de mudanças que atendam às demandas da certificação (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014). A Acreditação hospitalar é uma forma de promover desenvolvimento contínuo dos profissionais, pois para o atendimento dos requisitos de melhorias contínuas da qualidade torna-se necessário investir em treinamentos constantes sobre as novas rotinas, normas e inovações.

Hoje o foco é capacitar, treinar. Hoje a gente investe no funcionário, antigamente se o funcionário desse muito trabalho esse funcionário é problema, a gente taxa o funcionário como funcionário problema. Pouco se investia nesse funcionário, hoje a gente pensa, "será que ele foi bem capacitado?", "será que ele está treinado pra exercer essa função?" **GI9**

No Quadro 10, foi possível perceber que os treinamentos realizados no hospital X seguem aspectos importantes da educação e treinamento destacados por Campos (2014). O LNT, por exemplo, busca atender às demandas de conhecimento e aperfeiçoamento dos profissionais, considerando que estes devem sentir a necessidade de aprender para contribuir com a organização, sendo essencial resgatar no profissional treinado o resultado do seu trabalho. O treinamento setorial é voltado para o treinamento centrado na tarefa, decorrente dos procedimentos operacionais e implantação de novas rotinas e devem ocorrer em paralelo com a padronização de processos (CAMPOS, 2014).

O desenvolvimento de pessoas está atrelado ao desenvolvimento organizacional sendo essencial para manutenção de seu diferencial competitivo. Considerando que as organizações caminham para maior complexidade tecnológica e de relações, as pessoas precisam ser cada

vez mais preparadas para atuar e assumir responsabilidades em contextos de exigência e complexidade crescentes (DUTRA, 2011).

Para Ventura, Freire e Alves (2016), a capacitação dos profissionais de enfermagem no hospital estudado, muitas vezes, se restringia ao período de experiência e conhecimento das rotinas e normas institucionais, uma vez que o ambiente não favorecia a capacitação contínua da equipe de enfermagem devido às grandes demandas de trabalho assistencial. Tal fato inviabilizava remanejamento intersetorial, gerava conflitos, acirramento das relações e sobrecarga de trabalho, considerando que os profissionais não conheciam as rotinas e demandas dos setores em que não atuavam.

No hospital X, os treinamentos dos processos internos contribuem para melhor articulação entre os setores, uma vez que os profissionais são capacitados para atuarem nos processos sistêmicos do hospital, ou seja, aqueles processos que são realizados em todos os setores, compreendendo também sua relação com os demais serviços da instituição. As reuniões da qualidade também contribuem para que os profissionais conheçam as necessidades, potencialidades e resultados dos setores. Além disso, o treinamento anual sobre Acreditação reforça nos profissionais os princípios e fundamentos do processo para que o mesmo não aconteça de forma automática na instituição, levando os profissionais a refletirem sobre a importância dos requisitos de qualidade e da continuidade da certificação.

Relato interessante dos profissionais entrevistados diz respeito aos treinamentos relacionados à manipulação de indicadores financeiros, cujo público alvo principal foi enfermeiros assistenciais e coordenadores dos setores. Tanto os coordenadores como os enfermeiros assistenciais são os responsáveis por preencher os indicadores setoriais inclusive os financeiros, devendo, portanto, ter conhecimento sobre como seus resultados interferem nas metas do hospital, bem como criar soluções para se adequarem as metas.

Os enfermeiros e a equipe de enfermagem são grandes consumidores dos recursos hospitalares, tendo papel relevante no uso racional destes, tais como prevenção de danos em equipamentos, evitar desperdícios de materiais que impactam nos recursos financeiros. Além disso, a enfermagem fornece informações para embasar o processo decisório da diretoria em relação à gestão de recursos financeiros, por deter informações referentes às necessidades de consumo das unidades, redução de glosas, análise de custos com avaliação das metas financeiras não atingidas (VENTURA; FREIRE; ALVES, 2016).

Nesse sentido treinamentos sobre a gestão de recursos financeiros é essencial para melhor manipulação dos indicadores, alcance de metas e uso eficiente dos recursos

organizacionais, uma vez que são os enfermeiros coordenadores das unidades os responsáveis pelo gerenciamento de recursos humanos, materiais, físicos e que consomem grande volume dos recursos financeiros (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2014). Para os autores, uma das tendências para a gerencia em enfermagem é desenvolver conhecimentos e habilidades sobre custos para subsidiar os processos decisórios, principalmente em um contexto de aumento dos custos com saúde, insuficiência de recursos e dificuldades no controle de gastos.

Treinamentos periódicos permitem a revisão de conhecimentos e inibe o esquecimento, possibilitando aprimorar novas técnicas, com foco na excelência da qualidade dos serviços de saúde (MANZO, 2009). As ações educativas no ambiente de trabalho visam à capacitação dos indivíduos, aprimoramento do desempenho profissional, aquisição e/ou aumento de conhecimentos e de habilidades, refletindo em mudanças de atitude (MINAMI et al., 2012).

Além da função educativa e de desenvolvimento técnico, os treinamentos também contribuem para sensibilização e adesão da equipe ao processo de Acreditação, bem como no desenvolvimento de ações pautadas nos princípios da gestão da qualidade.

É imprescindível o envolvimento dos profissionais nos assuntos referentes à gestão da qualidade no trabalho em saúde para segurança do paciente e do profissional, o colaborador deve compreender as metodologias, os padrões e requisitos de avaliação da qualidade de forma que estes sejam inerentes ao seu processo de trabalho permeando toda a assistência ao paciente (FREIRE et al., 2016).

Além das estratégias voltadas para efetividade da comunicação e capacitação de pessoal, o hospital tem fortalecido a melhoria do desempenho dos processos e da prática profissional por meio das auditorias internas. As auditorias internas ocorrem em todos os setores do hospital cuja finalidade principal é avaliar se o trabalho dos setores está coerente com os padrões estabelecidos para a Acreditação e com os protocolos do Ministério da Saúde para segurança do paciente.

Auditoria em saúde consiste da análise crítica e sistemática da assistência prestada aos usuários comparando-a com padrões considerados de excelência, buscando verificar o grau de conformidade dos serviços a fim de melhorar os resultados e a qualidade das ações de saúde. As auditorias não devem ser entendidas como instrumento de pressão e controle, mas como uma forma de medir o padrão assistencial e apontar as distorções que necessitam ser corrigidas com foco na melhoria do processo do cuidado (RODRIGUES et al, 2011). No

hospital X, as auditorias internas são classificadas em três tipos: auditorias de boas práticas, auditorias de protocolos institucionais, auditorias de normas e requisitos e visita técnica do SEH.



Figura 3- Estratégias para melhoria no desempenho dos processos, hospital X, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa

As auditorias de boas práticas são realizadas diariamente nos setores assistenciais com avaliação da estrutura, processos e principalmente itens que impactam diretamente na segurança do paciente. O objetivo é identificar falhas, necessidades de melhoria com foco na correção de problemas, prevenção de incidentes e o trabalho cotidiano com os padrões de qualidade. Cada setor possui seu roteiro de avaliação e a auditoria é realizada tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem. Na unidade de transplantes, as auditorias são semanais, uma vez que não há internação de pacientes, apenas acompanhamento ambulatorial.

Nos CTIs, as auditorias de boas práticas são realizadas por técnicos em todos os plantões, nos quais cada técnico avalia os leitos sob sua responsabilidade. Na diálise, oncologia, pronto atendimento, internação e demais setores há a participação de técnicos e enfermeiros. O envolvimento do técnico nas auditorias é relevante para conscientização destes sobre aquilo que é cobrado pelos coordenadores no cotidiano da instituição, os requisitos para a Acreditação e o motivo dos requisitos, contribuindo para maior adesão e inserção desses profissionais no processo de Acreditação.

Estudo de Manzo et al. (2012) revelou que houve participação da equipe de enfermagem tanto nas questões assistenciais como administrativas para Acreditação. Nessas últimas com enfoque maior do enfermeiro cujas ações gerenciais prevaleceram em relação às ações dos técnicos. Nesse sentido, os profissionais do estudo relataram sentimentos como

estresse e alta cobrança durante o processo, bem como falta de valorização de suas ações frente ao desafio vivenciado. Tal fato reforça a importância do envolvimento dos técnicos para além dos aspectos assistenciais no processo de Acreditação, pois sua inserção nas auditorias internas além de auxiliar no trabalho do enfermeiro, é uma oportunidade de aprendizagem, conscientização, desenvolvimento de competências e responsabilidade com a proposta de melhoria contínua.

Segundo Lima, Angelo e Demarchi (2013), o papel dos auditores vai além da checagem de normas, o auditor torna-se um educador e facilitador do processo de aprendizagem levando à reflexão sobre os processos e resultados institucionais.

Nós temos uma enfermeira administrativa, ela faz todos os dias, mas isso não pode ficar centralizado nela. Então cada dia que ela faz, ela chama um técnico para participar ou chama um supervisor [enfermeiro assistencial] para participar, porque aí eu tenho rodando essa informação e o pessoal entendendo o fundamento daquilo. **GI3**

Eu fiz em forma de checklist, que é uma folha que eu dividi por número de leitos que o técnico cuida, listei o que ele precisa conferir pra ver se tá conforme ou não ou se não aplica, e marcar o que ele corrigiu. Então cerca muita coisa, muito erro que poderia passar e a gente consegue reverter. **EnfA5**

Em geral, são verificados nas auditorias de boas práticas: a identificação do paciente, identificação do soro, identificação de acesso venoso, identificação de almotolias; validade de equipos, data da troca de água do umidificador; checagem de medicamentos e procedimentos realizados; identificação das medicações nas bandejas, conferência do horário das medicações realizadas; *checklist* do carrinho de emergência; calibração e manutenção dos equipamentos, se os POPs estão sendo cumpridos; identificação das precauções, identificação dos riscos dos pacientes; estrutura física; e diversos outros itens de acordo com as necessidades e particularidades do setor visando à educação contínua dos profissionais e melhoria da prática.

Os resultados dessas auditorias são apresentados para gerência dos setores que repassam para o Núcleo de Segurança do Paciente com desdobramento para diretoria. As auditorias de boas práticas foram implantadas para que os profissionais, principalmente os que estão no nível operacional, trabalhassem com os conceitos de qualidade no dia-a-dia, não somente para as auditorias externas. Segundo Emídio et al (2013) a busca pela manutenção da Acreditação estimula o desenvolvimento de melhorias contínuas na assistência em saúde,

uma vez que os processos e a prática dos profissionais são monitorados continuamente pela equipe de auditoria interna e pelos agentes multiplicadores.

As auditorias de protocolos institucionais são realizadas mensalmente em cada setor assistencial por um grupo multiprofissional com representantes da farmácia, do Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEH), enfermeiro da qualidade e segurança do paciente, com intuito de verificar a adesão dos setores aos protocolos de Segurança do Paciente instituídos pelo Ministério da Saúde pela portaria 529 de 2013 (BRASIL, 2013b): protocolo para cirurgia segura; protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde; protocolo para prevenção de úlcera por pressão; protocolo de prevenção de quedas; protocolo de identificação do paciente; protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

A gente foca em seis protocolos obrigatórios do Ministério da Saúde, é um foco assistencial, eu não audito documento, eu não audito análise crítica, eu audito o processo, então eu tenho um protocolo que é de higienização de mãos, como é a técnica? Eles estão utilizando a técnica correta conforme a diretriz daquele protocolo? Eu tenho um protocolo de queda, esse protocolo está sendo aplicado de acordo? Eu estou elevando grades de cama, eu estou orientando meu paciente quanto ao risco de queda? **GE1**

Essas auditorias do pessoal da segurança do paciente têm várias pontuações. Se você pergunta logo no dia de admissão do paciente, o enfermeiro tem que pontuar quais são os riscos que esse paciente é exposto, e explicar pra ele [o paciente] risco de queda, risco de glicemia instável, os riscos que ele se expõe, é...eu acho que mais isso, visando minimizar os riscos que o paciente é exposto. **EnfA4**

Para cada não conformidade, o setor deve elaborar um plano de ação corretivo e/ou para melhorias que será apresentando à diretoria nas reuniões mensais juntamente com o indicador cuja meta é 80% de conformidades. Nos casos de não conformidades, o acompanhamento da correção das mesmas ocorre na próxima auditoria. Vale ressaltar a importância das auditorias de protocolos institucionais para manutenção da qualidade hospitalar, tendo em vista que a segurança do paciente é um dos requisitos da qualidade em saúde.

Assim, as auditorias internas também foram percebidas pelos profissionais como forma de minimizar os riscos a que o paciente está exposto no ambiente hospitalar. As visitas periódicas dos auditores internos contribuem para identificação de conformidades e de não conformidades, estas últimas quando pontuais ou relacionadas à assistência, são corrigidas *in*

loco, com orientação dos profissionais (técnicos e enfermeiros) responsáveis pelo setor e/ou paciente no momento da auditoria.

Há também a auditoria de normas e requisitos é realizada pela Assessoria da Qualidade focada nas normas e requisitos das certificações que o hospital possui, sendo baseada em uma lista de verificação com requisitos ONA, NIAHO, ISO 9000 e ISO 3100. É elaborado um cronograma anual com o planejamento das visitas nos mais de 50 setores do hospital e, em casos de não conformidades, são realizadas as auditorias de *followup* a cada dois meses para verificar se a não conformidade pontuada foi corrigida, com seguimento bimestral até eliminação da não conformidade.

Nos estudos de Rothbarth (2011), Mendes e Mirandola (2015), as auditorias internas eram semelhantes ao modelo de auditorias de normas e requisitos do hospital cenário desta pesquisa. Entretanto foram adotadas com intuito de preparar os hospitais para a implantação da Acreditação, pois as instituições estavam se preparando para obter sua primeira certificação. No estudo de Emídio et. al (2013), as auditorias internas eram realizadas periodicamente nos hospitais certificados para acompanhamento da execução dos processos e protocolos assistenciais com intuito de manter a certificação. Nesse sentido, as auditorias internas são estratégias relevantes tanto para a obtenção da certificação como para a continuidade do processo e da qualidade dos serviços no cotidiano hospitalar.

De acordo com os achados de Lima, Angelo, Demarchi (2013), a auditoria interna demonstrou ser uma importante ferramenta na gestão e melhoria contínua dos processos, sendo identificada uma melhora qualitativa na instituição entre as auditorias, no que tange ao desenvolvimento das atividades dos setores, bem como alinhamento dos processos de acordo com as diretrizes institucionais. Para Rothbarth (2011), a realização de auditorias internas no hospital proporcionou a redução de decisões e ações baseadas na subjetividade e intuição, ressaltando a importância do planejamento de ações corretivas.

Outro tipo de auditoria interna identificada no hospital X são as visitas técnicas realizadas pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEH), as quais têm como foco processos com risco de infecção para pacientes e profissionais. Trata-se de visitas técnicas mensais em todos os setores assistenciais. Em geral, são analisados dez itens relacionados à higienização das mãos, limpeza do setor, Programa de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRS), descarte de materiais, integridade e uso correto de EPI para precaução de contato e isolamento, identificação dos pacientes com precaução de contato dentre outros aspectos. Quando uma não conformidade é identificada ocorre primeiro um aviso verbal e,

posteriormente, nas auditorias de protocolos institucionais o SEH avalia se a não conformidade foi corrigida e, em caso negativo, faz-se um relatório de não conformidade (RNC).

Durante todas as auditorias é obrigatória a presença de um enfermeiro do setor para que seja sinalizado o que não está conforme ao mesmo tempo em que se tem uma discussão sobre as particularidades do setor, dificuldades, correção de não conformidades pontuais e de intervenção imediata. As auditorias operacionais quando bem conduzidas podem gerar informações importantes para as coordenações, pois possibilitam verificar se o serviço está sendo realizado conforme o estabelecido, fornecendo dados e evidências para que a coordenação analise o seu sistema de qualidade e tome as decisões pertinentes sobre os resultados não conformes (RODRIGUES et al, 2011).

Foi possível identificar a articulação e complementariedade entre as auditorias internas do hospital X, com desdobramento das informações e ações até o nível operacional. O objetivo principal das auditorias é manter o trabalho cotidiano com qualidade, preparando o hospital e a equipe para trabalhar diariamente com os padrões de qualidade e boas práticas estabelecidas pelas certificações e legislação vigente, criando responsabilização de todos pelo processo de Acreditação, contribuindo para institucionalização de uma cultura da qualidade.

A auditoria em saúde deve estar inserida nas estratégias de acompanhamento das ações e programas organizacionais. O comprometimento do nível estratégico com o processo de avaliação da qualidade é essencial para a institucionalização e efetividade das auditorias, cujo objetivo é assegurar as condições de desenvolvimento, implementação e aperfeiçoamento das práticas de gestão e dos processos de trabalho em saúde (RODRIGUES et al, 2011).

A manutenção da Acreditação depende de uma gestão da qualidade alinhada às melhores práticas assistenciais, com avaliação contínua dos processos, realização periódica de auditorias internas a fim de motivar a melhoria contínua, com ampla divulgação dos processos e padrões de segurança em toda organização, refletindo na percepção do paciente sobre as melhorias assistenciais (EMÍDIO et al, 2013).

É seguir os requisitos, então você tem requisitos de segurança, de formalização dos processos...da parte de melhoria contínua, apresentar ciclos. É essa manutenção do sistema, das análises críticas. Todo mês você tem que lançar indicador, você tem análise crítica desse indicador, tem reuniões, então isso tudo é feito pra manter o processo da qualidade em funcionamento. Tem o quadro de gestão a vista com os principais indicadores, as informações são disponibilizadas mensalmente a todos os

funcionários do hospital. Então é isso que é feito no dia-a-dia para inserir a cultura e manter esse nível de certificação de Excelência. **GE5**

Foi possível identificar diversas estratégias para manutenção da Acreditação e execução do trabalho com qualidade no hospital. As estratégias elencadas foram decididas pela direção e Assessoria da Qualidade, sendo desdobradas até o nível operacional por meio dos coordenadores setoriais e da própria Assessoria da Qualidade. Entretanto, cada setor tem certa autonomia para cumprir as metas, executar as estratégias e dar *feedback* à direção, mas sempre com o respaldo da Assessoria da Qualidade.

No cenário do estudo, ressalta-se o papel estratégico da Assessoria da Qualidade no planejamento e concretização das estratégias para manutenção da certificação de Excelência. O setor tem participação ativa no planejamento estratégico da instituição, nas decisões sobre melhoria da qualidade, monitoramento e controle da execução das ações planejadas, criando condições para o desdobramento das decisões estratégicas da direção até o nível operacional.

A Assessoria da Qualidade foi desenhada no hospital para atuar em parceria com os demais setores dando suporte e orientações, procurando compreender as particularidades de cada área, ao mesmo tempo em que está vinculada à alta direção. Nota-se a credibilidade do setor entre os entrevistados que percebem o trabalho da Assessoria como sistêmico e que repercute em todo o hospital. O setor desenvolve atividades de apoio e assessoria, capacitações, treinamentos, auditorias, interpretação dos requisitos e normas, ao mesmo tempo em que exerce uma cobrança das áreas para cumprimento das atividades propostas e eliminação das não conformidades.

Semelhante aos resultados deste estudo, Rothbarth (2011) aponta que a Assessoria da Qualidade teve como função assessorar os processos de qualidade no hospital mediante consultoria interna às unidades, envolvendo-se com a política da qualidade, planejamento e desenvolvimento das ações e capacitação dos profissionais a fim de aperfeiçoar o modelo de gestão institucional. Assim, este estudo confirma os achados de Rothbarth (2011) em que a Assessoria da Qualidade ocupa posição estratégica no organograma hospitalar subordinada a Gerencia Geral, entretanto, permeia todas as demais áreas e tem autonomia para tomada de decisões bem como propor diretrizes para alcance destas.

Eu acho a Y a pessoa mais estratégica desse hospital, o cargo dela de assessora da qualidade é o mais estratégico, as ideias dela, a forma que ela articula as coisas, a forma como ela desenvolve. Mas também acho o seguinte, o gerente da qualidade, o assessor da qualidade é o cargo cabeça mesmo, é o que vai impulsionar, que vai motivar as pessoas a

desenvolverem os processos, mas se não for uma pessoa que tem o perfil você não vai desenvolver, e eu acho que o Hospital é o que é, porque ele tem uma assessora de qualidade de perfil, que é muito diferenciada. **GI5**

Segundo Pinto e Muniz (2012), em contexto de mudança organizacional o papel do gerente é fundamental para maior adesão e envolvimento dos funcionários, uma vez que são eles os responsáveis por repassarem as decisões da direção para a equipe, informando sobre o plano de mudança. Além disso, o gerente deve convencer e estimular os trabalhadores a adotarem a mudança, devendo se envolver com o processo e serem vistos como um exemplo a ser seguido. Seguindo essa lógica, este estudo mostra que a Assessora da Qualidade tem papel fundamental para adesão e envolvimento dos demais profissionais às ações da qualidade, por acreditar no processo de certificação e se envolver desde o planejamento até a execução e monitoramento das ações de manutenção e melhoria contínua, sendo uma forte liderança em prol do movimento pela qualidade.

De acordo com Hinchcliff et al. (2013), a liderança deve ser um forte aliado no processo de acreditação, uma vez que é capaz de motivar e engajar pessoas sendo seu apoio essencial para a efetividade da Acreditação.

O cargo de Assessora da Qualidade é estrategicamente ocupado por uma enfermeira com perfil diferenciado, reconhecida e respeitada em suas decisões, o que mostra uma valorização do enfermeiro na condução e liderança de programas da qualidade. O enfermeiro além de possuir conhecimentos das técnicas assistenciais, também possui conhecimento de administração, exerce cargos gerenciais, mantém proximidade com todas as equipes e com o paciente, tendo se destacado na organização de serviços e implementação de programas da qualidade hospitalar.

O enfermeiro desenvolve competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) gerenciais durante a graduação em Enfermagem, principalmente nas disciplinas de Administração em Enfermagem. Dentre as competências adquiridas destacam-se a liderança, administração/gerenciamento, comunicação, tomada de decisão e educação permanente (CAVEIÃO et al., 2014). Essas competências desenvolvidas ao longo da formação e do exercício profissional podem auxiliar no desempenho dos enfermeiros no que tange à liderança, resolutividade, trabalho em equipe e envolvimento profissional na implantação e consolidação dos programas de Acreditação.

A Assessora da Qualidade trabalha na instituição há 14 anos e é liderança na organização, tendo percorrido várias posições na estrutura hierárquica do nível operacional

para o intermediário, do nível intermediário para o estratégico. Assim, a profissional conhece o hospital desde os processos assistenciais, técnicos aos gerenciais e tem uma visão sistêmica do hospital. Além disso, esta enfermeira é conhecida e respeitada por muitos profissionais da instituição, o que facilita a adesão dos mesmos às ações e propostas da Qualidade.

A Assessora da Qualidade tem um papel estratégico no hospital, pois trabalha na instituição há 14 anos, tendo percorrido um fluxo de posições na estrutura hierárquica do nível operacional para o intermediário, do nível intermediário para o estratégico. Assim, a profissional conhece o hospital desde os processos assistenciais e técnicos aos gerenciais, tendo uma visão sistêmica da organização. Além disso, é conhecida e respeitada por muitos profissionais da instituição, facilitando a adesão dos mesmos às ações e propostas da Qualidade, sendo uma forte liderança na organização.

Você conquista um espaço, mas de repente como eu vou me manter nesse espaço? Então, eu tenho 14 anos de hospital eu era técnica de enfermagem, trabalhei 8 anos como técnica, depois dois anos como supervisora do Bloco, depois eu vim pra Qualidade. Então, como eu vou estar em um lugar tão estratégico, sendo uma pessoa que as pessoas conhecem e eu vim do nível operacional, como que vai ser isso? Mas eu acho que com humildade sabedoria você vai pra qualquer lugar. **GE1**

As estratégias identificadas nos relatos dos participantes são interdependentes e complementares, acontecem continuamente no cotidiano hospitalar, intermediadas por um setor da Qualidade que assessorara a direção na formulação de estratégias, desdobrando essas estratégias para o nível operacional, onde estão os responsáveis por colocá-las em prática.

3.4 Monitoramento e controle das ações para qualidade

Neste estudo, entende-se por estratégias para qualidade as ações institucionalizadas voltadas para melhoria contínua da qualidade dos serviços e manutenção da Acreditação com Excelência. A melhoria contínua, segundo os fundamentos de Gestão em Saúde (ONA, 2014a) é o compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente aprimorando produtos, serviços e processos. Neste contexto, o monitoramento e controle das ações para qualidade é essencial para avaliação de seus resultados e melhoria contínua.

O hospital X avalia a efetividade de suas estratégias para qualidade, por meio do monitoramento e controle das ações para qualidade. Segundo Campos (2014) o controle do processo consiste em localizar um problema ou desvio no processo, analisando-o a fim de

identificar a causa do resultado indesejável. Ao identificar a causa é necessário rever o planejamento do processo para evitar reincidências dos problemas, padronizar ações, estabelecer metas e itens de controle. Este último constitui-se dos índices numéricos ou indicadores para mensurar os resultados de cada processo (CAMPOS, 2014).

No hospital X, a avaliação ocorre periodicamente por meio da análise de indicadores, avaliação da satisfação do cliente, auditorias internas e externas, monitoramento *in loco* e avaliações semestrais para a alta direção (ACAD). Ao serem questionados sobre como o hospital mensura os resultados das estratégias para qualidade, os indicadores foram os mais citados pelos profissionais. Entretanto, nesta categoria, não foi realizada uma análise em profundidade de como é feita a seleção, avaliação e análise crítica dos indicadores, foram apenas descritas as principais formas percebidas pelos profissionais para o monitoramento e controle das estratégias para qualidade.

O Quadro 11 apresenta alguns indicadores citados pelos entrevistados para mensurar os resultados das estratégias para qualidade. Ressalta-se que o hospital possui inúmeros indicadores não apresentados no estudo, no quadro abaixo estão apenas os indicadores citados pelos profissionais de acordo com suas vivências.

Quadro 11- Indicadores utilizados para avaliação da qualidade e alcance de metas estratégicas, hospital X, Belo horizonte, 2015

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PARA QUADAIDE	
INDICADORES SISTÊMICOS	Custo total setorial Adesão às propostas da qualidade Indicadores de conformidade Treinado conforme programado Avaliação da eficácia de treinamento Adesão ao treinamento
INDICADORES FINANCEIROS	EBTDA Ciclo financeiro Custo por setor Custo global
HEMODIÁLISE	Infecção de cateter Hipofluxo Eventos adversos relacionados ao uso de cateter Indicador de hemoglobina Taxa de absenteísmo Infecção de fístula
ONCOLOGIA	Taxa de ocupação Custo total setorial
INTERNAÇÃO	OSARF (Ordem do serviço da faturar)- indicador estratégico da internação Adesão aos protocolos institucionais- indicador estratégico do setor Evento sentinela- indicador estratégico do setor

	Adesão setorial à higiene das mãos Adesão às propostas da qualidade Custo total setorial Horas de treinamento/colaborador Quedas de paciente/dia Não Conformidades respondidas em tempo hábil Perda setorial financeira Pendências na alta hospitalar Satisfação do cliente externo Satisfação do cliente interno Tempo de permanência do paciente
UNIDADE DE TRANSPLANTE	Adesão ao tratamento
SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR (SEH)	Prevenção de infecção de corrente sanguínea Prevenção de infecção de pneumonia Taxa de infecção global Taxa de infecção do sítio cirúrgico
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DIETÉTICA (SND)	Triagem com 5 dias de internação Diarreias com uso de sonda nasoentérica Perda dieta parenteral Orçado x realizado

Fonte: Dados da pesquisa

Os indicadores fornecem informações mensuráveis e que possibilitem o conhecimento da realidade organizacional (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014). No hospital X, a análise e acompanhamento dos indicadores são realizados por meio de um *software* de Gestão da Qualidade hospitalar. De acordo com os entrevistados, todos os processos são mapeados e monitorados pelos setores que utilizam os indicadores como forma de monitorar resultados. Esses indicadores são classificados como setoriais, sistêmicos e estratégicos.

Os indicadores setoriais correspondem aos processos de cada setor, que podem ser comuns ou específicos por setor; os indicadores estratégicos são específicos para cada setor e estão relacionados com os objetivos estratégicos do planejamento organizacional, ou seja, mensura os resultados dos setores que contribuem para alcance das metas estratégicas do hospital e necessitam de acompanhamento frequente, pois tem forte influencia nos resultados hospitalares; os indicadores sistêmicos são aqueles adotados por todos os setores do hospital, como, por exemplo, "adesão às propostas da qualidade", "custo total setorial" e os "indicadores de treinamento".

Você faz a mensuração pra verificar como está a situação, os indicadores são pra gente se orientar. A estratégia que a gente está fazendo está dando certo? Os nossos indicadores estão melhorando? Estão piorando? Se tiver melhorando ok, vamos melhorar ainda mais, mas se tiver piorando o que a gente tem que fazer pra melhorar? Então nos baseamos nos indicadores para verificar a funcionalidade do setor. **G19**

Indicador estratégico é tudo que a gente precisa realmente para ter eficácia no processo pra gente poder atingir todos os nossos objetivos, a segurança do paciente, a sustentabilidade do hospital...entregando todos os prontuários em tempo hábil, convênios a pagar. É tudo que a gente precisa gerenciar pra conseguir os melhores resultados para o hospital. **GI7**

Os indicadores de treinamento são utilizados para monitorar a realização e a efetividade dos mesmos, sendo analisados: a adesão, treinado conforme programado e avaliação da eficácia. Os treinamentos exigidos em legislação ou pelo Ministério da Saúde (MS) possuem a meta de adesão de 100% da equipe e caso o setor não alcance a meta recebe uma não conformidade. Em treinamento não obrigatório, a meta de adesão é de 50% da equipe, subentendendo que os profissionais treinados serão multiplicadores das informações recebidas.

O indicador "treinado conforme programado" refere-se ao atendimento dos objetivos do treinamento no que tange alcance e capacitação do público alvo. E a "avaliação da eficácia do treinamento" busca avaliar se o profissional capacitado está executando na prática os conhecimentos adquiridos. Segundo Campos (2014), o treinamento é um meio utilizado para atender um fim, sendo ideal ter bem definido seus objetivos para que não se torne um fim em si mesmo.

Como eu avalio essa eficácia? Eu dou um treinamento de precaução e isolamento, ele [o profissional] tirou 80% ou até mais na prova, então foi capacitado. Mas se eu chego ao setor "está identificada a precaução?". Se não esta sendo identificada, não esta sendo eficaz. Então eu vou avaliar: se eu fui a cinco pacientes no setor que estão em precaução, os cinco estão identificados, então nós temos eficácia. Se eu chego lá metade esta identificado, só 50% esta sendo efetivo. E de 75% abaixo o gestor tem que justificar porque não está alcançando essa eficácia. **IC2**

Não adianta só dar um treinamento, não adianta só mudar um processo. Precisamos também ver se aquilo foi eficaz, a gente tenta verificar a eficácia, seja por indicador, seja por monitoramento in loco...Tudo é dado baseado em evidências. Então sempre tem que comprovar que aquela ação melhorou. **GI3**

Os testes avaliativos antes e após os treinamentos podem demonstrar aquisição de conhecimentos pelos profissionais, mas não garantem a aplicação do conteúdo aprendido no cotidiano de trabalho. No hospital X, além dos testes avaliativos para verificar a capacitação do profissional, também é feita avaliação do impacto do treinamento, denominada "avaliação da eficácia", que consiste na avaliação in loco do desenvolvimento do processo treinado com

intuito de verificar se há a aplicação prática do conhecimento adquirido. Essa estratégia possibilita a identificação de necessidade de novos treinamentos, deficiências na abordagem teórico/ prática do conteúdo ministrado, ou necessidade de orientação individual de profissionais que ainda apresentam dificuldades na temática abordada.

Considerando que o objetivo do treinamento é provocar mudanças no ambiente de trabalho, a avaliação do impacto torna-se relevante (MIRA et al., 2011). Estudos de Mira et al. (2009) e Minami et al. (2012) identificaram a necessidade de ampliar os métodos de avaliação de treinamento para além dos testes, a fim de observar seus resultados na prática.

De acordo com a diretriz do hospital, os indicadores devem ser preenchidos no *software* ou Sistema de Gestão da Qualidade com análise crítica mensal dos mesmos. Nos setores assistenciais, geralmente são os enfermeiros que preenchem os dados, entretanto a análise crítica dos indicadores é responsabilidade do coordenador que pode delegar ou receber auxílio da equipe ou do Enfermeiro Administrador, nos setores em que exista este cargo.

Segundo Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) é necessário criar uma cultura coletiva para análise de indicadores e promoção de melhorias contínuas na assistência hospitalar, pois o uso eficaz de indicadores depende do conhecimento e capacitação dos profissionais sobre a utilização dos programas de Gestão da Qualidade e interpretação dos resultados das análises. Além disso, a integração das informações internas é um desafio para o alcance de metas e cumprimento de planos institucionais.

Segundo Campos (2014, p. 45) "o controle de processo é a essência do gerenciamento em todos os níveis hierárquicos da empresa, desde o presidente aos operadores". Para tal, é preciso considerar o alinhamento de informações entre os diferentes níveis operacionais, possibilitando que as diretrizes estratégicas estejam condizentes com os interesses setoriais e sejam desdobradas a todos os profissionais, permeando suas práticas com vistas ao alcance dos resultados desejados.

Vale ressaltar que os dados brutos dos indicadores por si só não são capazes de promover mudanças, é necessário que os mesmos gerem informações confiáveis que transformadas em conhecimento possam subsidiar na tomada de decisão em prol da melhoria e segurança dos processos.

A mensuração de indicadores de modo adequado e fidedigno é capaz de apontar a situação da organização, ajuda a definir e monitorar as ações gerenciais, possibilita a quantificação dos resultados, orienta melhorias e fornece medidas quantitativas necessárias para apoio à tomada de decisão (SPILLER et al., 2009). Assim é responsabilidade da

organização preparar seus profissionais para coleta e análise dos indicadores de forma consciente e honesta, para que as informações traduzam a realidade institucional.

A satisfação do cliente interno e externo, também foi relatada como forma de monitorar os resultados das estratégias para qualidade no hospital. No que diz respeito ao cliente externo, o hospital possui um Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), responsável por encaminhar as reclamações dos clientes aos setores, que por sua vez devem responder ou justificar a reclamação no prazo de 24h caso o paciente ainda esteja internado, ou em 72h se o paciente já estiver de alta. Há também uma pesquisa de satisfação que deve ser respondida por todos os pacientes na alta do setor, cujo propósito é avaliar o serviço prestado pelos setores para que possam analisar as não conformidades pontuadas pelos pacientes e identificar o que precisa ser melhorado.

Oferecer qualidade em serviços de saúde requer considerar entre outros aspectos, o atendimento ao cliente, no que tange os resultados percebidos pelo paciente em relação às intervenções dos profissionais (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014) uma vez que a qualidade não pode se restringir à algo imposto pela instituição, mas um atributo percebido pelo cliente na medida em que sente suas necessidades atendidas.

Ao contrário das indústrias, na saúde o paciente é um participante ativo na produção do cuidado, assim alguns indicadores de desempenho de processos podem fornecer informações relevantes para o cliente auxiliando-o na escolha do serviço, como os indicadores relacionados à satisfação de outros usuários (HEUVEL; NIEMEIJER; DOES, 2013).

A satisfação do paciente consiste em um dos cinco tipos de qualidade que podem ser mensurados para controle da qualidade do cuidado (HEUVEL; NIEMEIJER; DOES, 2013), tendo em vista que o *feedback* do cliente possibilita aos gestores desenvolverem ações baseadas na sugestões dos usuários, construindo uma relação de confiança e lealdade entre cliente e empresa (BOPSIN et al., 2015). Além disso, esta informação pode ser obtida por um custo razoável e relevante para o planejamento da qualidade e melhoria dos serviços (HEUVEL; NIEMEIJER; DOES, 2013).

Entretanto para que ocorra uma avaliação fidedigna e confiável é necessário conhecer o cenário a ser avaliado bem como público alvo, utilizando um método para a elaboração do instrumento de avaliação, a fim de criar e/ou adaptar instrumentos específicos para cada serviço, com linguagem acessível e de fácil entendimento pelo paciente (CACIQUE et al. 2012). A análise adequada da satisfação do paciente é uma estratégia relevante em um cenário

de competitividade tendo em vista que remete à imagem que a organização esta vendendo para seu cliente e sociedade.

Em relação à satisfação do cliente interno foi relatada pelos profissionais a existência do indicador de clima organizacional, cujos dados são obtidos por meio de pesquisa sobre o que os profissionais pensam a respeito do hospital, os benefícios oferecidos, os processos realizados e o que eles esperam da organização. Analisar a satisfação do trabalhador interno é essencial a fim de criar condições para retenção e desenvolvimento de talentos, identificar as necessidades dos profissionais e produzir informações que possam subsidiar estratégias para prevenção de danos e segurança no ambiente de trabalho.

A promoção de um ambiente de trabalho sadio, instigante e confiável é um fator de forte influência para permanência ou não de trabalhadores nas empresas (SPILLER et al., 2009), assim, conhecer os fatores que promovam satisfação e insatisfação pode ser útil para promoção de melhores condições de trabalho e redução do *turnover*. Além disso, a satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada à qualidade da assistência, o que pode impactar na satisfação do paciente, uma vez que a capacidade humana é a base para uma assistência segura e qualificada (RIGOBELLO, 2012; YAMI, et al. 2011).

O controle dos processos do hospital também foi apontado como uma forma de avaliar a efetividade das ações para melhoria da qualidade nos setores. Cada setor possui processos críticos a serem avaliados e monitorados periodicamente, além disso, o monitoramento diário dos profissionais na execução dos processos proporciona um momento de discussão e conscientização das pessoas. Segundo Spiller et al. (2009), a revisão dos processos é inevitável e deve ser feita periodicamente visando melhor atendimento das necessidades e expectativas do cliente.

De acordo com a coordenadora do SND, os pontos críticos monitorados no setor que contribuem para a melhoria da qualidade do serviço são: *checklist* de recebimento de mercadorias no momento da entrega; limpeza do uniforme dos funcionários da cozinha e lactário; higiene das mãos com observação da lavagem; análise mensal de *swab* das mãos de uma amostra de funcionários; *swab* mensal das bancadas e utensílios da cozinha e lactário; análise da salada e de um prato quente; análise do ar ambiente do lactário. Essas ações além de promoverem o controle da qualidade dos serviços contribuem para analisar a efetividade das ações da qualidade, dos treinamentos e propor melhorias quando necessário.

Apesar de alguns profissionais considerarem a ACAD (Análise Crítica para Alta Direção) como estratégia de comunicação, ela também foi considerada como ação de controle

das estratégias para qualidade, sendo reconhecida por um entrevistado como forma de monitorar os resultados dessas estratégias. Na reunião denominada ACAD é apresentada a performance dos setores em relação ao Sistema de Gestão da Qualidade para a diretoria, ocorre semestralmente e conta com a participação das principais lideranças, coordenadores setoriais e membros da direção. Na ACAD ocorre a apresentação e análise crítica dos indicadores de cada setor, com plano de ação e gestão de mudanças, possibilitando maior envolvimento dos gestores na compreensão do contexto da instituição e da contribuição de cada setor no alcance dos objetivos do hospital.

A gente acompanha esses resultados mensalmente e semestralmente os setores apresentam esses resultados pra alta direção [refere-se à ACAD], tanto os indicadores operacionais, como os indicadores estratégicos. Então existem esses acompanhamentos, não adianta eu definir um indicador, definir um processo se eu não acompanho. Se eu não acompanho ele cai em descrédito, ele se perde, então a gente tem toda uma dinâmica de acompanhamento, de apresentação de indicadores, de resultados, acompanhamento de auditorias... **GE1**

As auditorias externas ou avaliações de certificação, também foram citadas pelos profissionais como forma de avaliar os resultados das estratégias para qualidade, uma vez que representam o reconhecimento de um Órgão externo do compromisso da instituição com a qualidade e segurança do paciente (ONA, 2014a).

Em relação às auditorias internas, também foram interpretadas por alguns profissionais como forma de avaliar os resultados das estratégias para qualidade, uma vez que muitos indicadores são obtidos por meio das auditorias e representam uma forma de verificar, na prática, se os profissionais estão cumprindo as diretrizes estabelecidas.

Com certeza a auditoria é uma forma de avaliar os resultados. É a forma que a gente tem até mais segura, porque é algo que nós estamos vendo e realmente observando se esta sendo praticado realizado, lavagem das mãos a gente observa os funcionários quando entram nos quartos se está passando álcool gel nas mãos. **IC1**

Com essa minha auditoria, com esse checklist que eu faço no meu setor impacta diretamente no meu indicador de boas práticas, porque a X [Enfermeira da Qualidade] passa pra fazer uma auditoria e uma vez que eu tenha menos não conformidade, meu indicador vai ficar melhor. Então é, é...bem relacionado é pra gente trabalhar melhor e automaticamente meu indicador de boas práticas vai melhorar e a qualidade da assistência também. **EnfA5**

De acordo com a norma ISO 9001:2015 (ABNT, 2015), que trata dos requisitos dos Sistemas de Gestão da Qualidade, a organização deve avaliar o desempenho e eficácia do sistema de gestão da qualidade, sendo as auditorias internas uma forma de obter informações sobre esse sistema. Os resultados dessas avaliações devem ser utilizados para verificar a eficácia da implantação do planejamento, necessidades de melhorias no sistema de gestão da qualidade, conformidades dos serviços, dentre outros aspectos.

O monitoramento e controle das estratégias para qualidade possibilita acompanhar seu desempenho e influência nos resultados hospitalares, auxiliando na identificação de fragilidades e oportunidades, subsidiando no desenvolvimento de novas ações que possibilitem a continuidade dos ciclos de melhoria.

4.5 A estratégia na visão dos profissionais e sua influência para manutenção da Acreditação hospitalar

Nesta categoria será discutida a visão dos profissionais entrevistados sobre estratégia e suas implicações para a consolidação da Acreditação e manutenção do nível de Excelência hospitalar. Compreender o significado atribuído à estratégia pelos gestores e demais profissionais da saúde auxilia no entendimento do comportamento e das ações destes profissionais, que são moldados por suas crenças, valores, vivências e experiências de vida.

Segundo Bragança, Mainardes, Lauretti (2015), identificar a visão de gestores sobre estratégia possibilita um alinhamento entre os conceitos ensinados nas universidades com os conceitos aplicados na gestão empresarial. A estratégia tem múltiplos significados que refletem diretamente nas práticas organizacionais, sendo um dos maiores desafios para o meio acadêmico e mercado a criação de mecanismos que permitam que estudantes e profissionais compreendam o seu significado e aplicação efetiva na prática (BRAGANÇA; MAINARDES; LAURETTI, 2015).

Segundo Saraiva (2007) há uma pluralidade de definições de estratégia, das quais o autor identificou algumas dimensões comuns nos conceitos encontrados na literatura, que foram: a construção de significado para o contexto, que consiste na interpretação do ambiente no qual a organização está inserida; a configuração de um quadro futuro imaginado para a organização; e o delineamento de caminhos para decidir o que fazer e quais forças a serem envolvidas. Além dessas dimensões, o autor também identificou um elemento que redefiniu a orientação dos estudos de estratégia, que são as práticas levadas a termo (SARAIVA, 2007).

No relato dos participantes deste estudo, foi possível evidenciar a diversidade de significados atribuídos à estratégia. Entretanto nota-se concordância nas falas nas quais a estratégia foi considerada tanto como o "planejamento para alcance de resultados", quanto "ações do dia-a-dia que implementam o planejado", estando relacionada ao “planejar” e ao “implementar”.

Ao serem questionados sobre o que era estratégia, os profissionais apontaram: Planejamento para alcance de objetivos e metas; Planejamento para alcance de resultados; Modelo de gerenciamento ou diretrizes a seguir; Planejamento com intervenção para resolução de problemas e/ou alcance de melhorias; jogo de cintura.

A partir da visão dos entrevistados, foi possível identificar forte associação da estratégia com planejamento, o que tem coerência com a capacidade da empresa de definir metas, resolver problemas e se posicionar em um mercado competitivo. Também foi possível identificar nos relatos o foco dado à atividade humana na implementação de estratégias e ações cotidianas para mudança de uma determinada realidade hospitalar.

Embora o “planejar” esteja presente nos relatos, observa-se a inexistência da relação da estratégia com o “planejamento estratégico” ou “planejamento de longo prazo”. Este fato pode ser reflexo da incorporação do ato de planejar ao cotidiano dos serviços como consequência do estímulo à maior participação, empoderamento e autonomia profissional advindos do modelo de gestão da qualidade.

A manutenção do nível de excelência implica no planejamento contínuo para alcance de melhores resultados, com análise crítica do cenário tanto pela gerência bem como pelos trabalhadores nele inseridos, demonstrando ciclos de melhoria e aprendizado institucional. Implica também no “jogo de cintura” com habilidade e astúcia no desenvolvimento das ações cotidianas a fim de gerenciar os imprevistos.

Para alguns participantes, a estratégia foi definida como planejamento para alcance de objetivos e resultados, ou o método que deve ser percorrido para o alcance de metas. Ainda de acordo com os mesmos, é importante saber onde se pretende ir, sendo a estratégia, a indicação da melhor maneira de se chegar aos resultados finais.

Estratégia pra mim é você ter muito bem desenhado muito bem definido o que você quer, aonde você quer chegar, aonde o hospital quer chegar. Eu defino minha visão e estabeleço ali estratégias para que eu alcance aquele objetivo. Aqui dentro eu tenho estratégia em todos os momentos, durante todo o meu dia de trabalho eu tenho que estabelecer estratégias para que eu consiga entregar aquela meta que me foi estabelecida. Eu consiga desenhar processo pra todo mundo poder entregar aquilo que é esperado. **GE1**

Se você não tiver estratégia pra conseguir resultados você sempre estará apagando fogo. Quando você tem uma estratégia você pensa lá no final do processo. Eu já sei que minha operadora vai fechar amanhã desde o início do mês, então eu poderia ter desenvolvido minha equipe, desenvolvido meus processos, resolvido minhas pendências pra que amanhã eu tenha um volume menor de contas pra se conseguir um resultado esperado, que é entregar todas as minhas contas da maior operadora amanhã. **GI4**

Nos relatos acima, percebe-se que apesar da estratégia estar relacionada ao planejamento para alcance de metas e objetivos, os profissionais pontuam a importância das ações ou estratégias do dia-a-dia para o alcance desses objetivos, considerando a estratégia não apenas como o planejamento formal, mas também as ações executadas no cotidiano hospitalar. Nesta perspectiva, para os entrevistados, a estratégia consiste em pensar e colocar em prática maneiras de atingir as metas, objetivos e indicadores, de forma organizada e racional.

Segundo Mainardes, Ferreira, Raposo (2014), um dos conceitos de estratégia mais citados pelos alunos de graduação em gestão foi "Estratégia é o desenvolvimento de planos, políticas e práticas para atingir os objetivos da empresa", e este conceito foi o segundo mais citados no estudo de Bragança, Mainardes, Lauretti (2015). Para os primeiros autores, essa visão de estratégia permite ao gestor seguir um caminho lógico no desenvolvimento estratégico da empresa por estabelecer diretrizes e políticas, estimulando práticas voltadas ao alcance dos objetivos organizacionais (MAINARDES; FERREIRA; RAPOSO, 2014).

Segundo Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), na estratégia como prática, a prática esta relacionada tanto às ações pontuais dos seres humanos individualmente, como ao contexto no qual os indivíduos estão inseridos. Tal contexto é permeado por crenças, ferramentas, tecnologias, discursos e normas institucionalizadas que desenham as práticas socialmente aceitas e norteiam "o fazer" desses indivíduos (JARZABKOWSKI; BALOGUN, SEIDL, 2007). Nesta perspectiva, conhecer o contexto interno e externo com vistas a estimular a participação e envolvimento dos trabalhadores de todos os níveis operacionais é fundamental para compreensão e efetivação das estratégias organizacionais.

Foi possível identificar a importância dada pelos profissionais à disseminação das estratégias para os todos os níveis operacionais, tendo em vista que as pessoas que executam as atividades cotidianas devem compreender as estratégias do hospital para que haja envolvimento e o desenvolvimento adequado dos processos da gestão da qualidade.

Considerando também a importância do envolvimento e participação desses profissionais na formulação de estratégias deliberadas e emergentes.

A estratégia é isso, é como nós vamos conseguir o resultado, como nós vamos cuidar melhor de pessoas aqui no hospital, baseado em que? Então nós vamos passar essa estratégia pra todos, desdobramento pra toda hierarquia da empresa pra que facilite a conquista rápida disso. **GI3**

Vamos dizer que a Assessora da Qualidade vem, ela faz uma estratégia institucional, ela conhece a instituição como um todo, se a gente também não tiver as estratégias na parte operacional, não desdobra. Ela pode até falar “gente, vamos ter que notificar eventos adversos”, mas como que eu notifico evento adverso do transplante, da diálise, da unidade de internação? São três estratégias diferentes... Então assim, eu tenho que treinar minha equipe, pra ela ter esse olhar crítico. **GI5**

O levantamento de necessidade de treinamento (LNT), foi remodelado, era muito menos burocrático, hoje é muito mais burocrático, e aí até a própria qualidade levou pra gente na última reunião que precisamos ter senso crítico pra poder falar [discordar], não é só implantar e a gente aceitar. Então hoje o serviço todo tem uma maturidade, não falo só a nutrição mas todos do hospital tem uma maturidade de falar se aquilo vai ser bom ou não para o serviço. O LNT ainda está em fase de implantação e observação, mas há gestores junto com a qualidade fazendo críticas construtivas pra que melhore o processo, então tem coisas que ainda são burocráticas, mas hoje a gente tem muito mais maturidade de minimizar essas burocracias. **GI6**

De acordo com os relatos, há diretrizes do que deve ser feito para melhoria contínua da qualidade hospitalar, entretanto, cada coordenador de área junto à sua equipe define suas estratégias para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo hospital com o aval da Assessoria da Qualidade. E, no caso de estratégias que demandam recursos, os setores devem apresentar proposta à diretoria com análise crítica de viabilidade.

O desenvolvimento de estratégias deliberadas e emergentes sofrem influências de múltiplos atores intra e extra organizacional (JOHNSON et al., 2007). Na perspectiva de estratégia como prática, o estrategista vai além da visão tradicional da estratégia como processo deliberado de cima para baixo, identificando um grupo maior de atores com potencial estrategista. Estes atores não se restringem à alta gerência, são incluídos também os níveis intermediários e operacionais, e agentes externos envolvidos com a organização (investidores, consumidores, reguladores, consultores), tendo em vista que suas ações e influências para as estratégias, mesmo quando não intencionais em nível de planejamento organizacional, são significativas para a sobrevivência e vantagem competitiva da organização (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

Em pesquisa realizada com estudantes do curso de gestão sobre a percepção do conceito de estratégia, o conceito mais relatado foi de que "estratégia envolve toda a empresa", o que pode viabilizar melhor concretização dos objetivos delineados, pois acredita-se que o envolvimento de todos os trabalhadores com a estratégia os torna mais instigados e dispostos à alcançar as metas planejadas (BRAGANÇA; MAINARDES; LAURETTI, 2015).

Ainda, de acordo com os entrevistados do hospital X, a estratégia foi definida como a maneira de se implantar uma ideia na prática de modo eficiente, com menor impacto de tempo e custo, estando também relacionada ao planejamento com intervenção para solução de problemas e/ou promoção de melhorias na qualidade dos processos. Reforçando, assim, a ideia de estratégia como ação para obtenção de resultados.

O que que é estratégia? é difícil até de falar com palavras, é a forma que você vai implantar uma determinada ideia, como você vai elaborar isso na prática de uma forma mais eficaz e eficiente. **EnfA4**

Estratégia pra mim é pensar nas melhores maneiras de se alcançar um resultado com menor impacto, seja ele de pessoal de custo e de tempo. **GI2.**

Estratégia no sentido assim, eu vou criar estratégia pra melhorar a perda de acesso no setor, eu vou criar formas evitar aquela falha, eu acho que estratégia é você pensar em algo, planejar em prol do melhor desenvolvimento do setor, melhor funcionabilidade, melhor aplicabilidade dos seus projetos, das suas ações. **GI9**

Apesar das várias definições de estratégia por parte dos participantes, nota-se certa relação dos conceitos com o alcance das metas do planejamento hospitalar e setorial. Entretanto evidenciou-se forte relação do conceito com a prática do dia-a-dia, ao considerar a estratégia como delineamento e execução de ações para alcance de resultados esperados.

Além das concepções supracitadas, a estratégia também foi compreendida por alguns profissionais como uma forma de alcançar resultados mesmo que de maneira diferente do planejado, sendo definida por um dos profissionais como "jogo de cintura". Esta definição corrobora com a abordagem de estratégia como prática, que visa estudar as estratégias na forma como são colocadas em prática no dia-a-dia das instituições, de modo a não se restringir ao planejamento estratégico documentado.

Na minha visão estratégia é aquilo que você faz pra alcançar resultados, ou seja, eu determinei que vai acontecer um treinamento de uma forma 'X' e por ventura deu errado, então eu vou arrumar estratégia pra que ele não deixe de acontecer, para que ele aconteça de forma efetiva como eu tinha planejado.

Então isso pra mim é estratégia. Alcançar resultados de forma diferente, mas alcançar. **IC1**

Estratégia depende...muitas vezes estratégia pra gente no dia-a-dia é um pouco de jogo de cintura, uma forma de trabalhar com planos de ação, plano de contingência. É uma organização como um todo onde as normas rotinas protocolos, tudo tem que funcionar e de forma clara...Então o jogo de cintura a gente tem que ter na parte estratégica, na assistencial no dia-a-dia em tudo, é fundamental. **IC2**

Nesta lógica, a estratégia percebida como "jogo de cintura" também se enquadra como a capacidade dos profissionais de pensar e agir de forma rápida para soluções de problemas imediatos, ou agir para alcançar um determinado resultado em situações em que se tornou inviável cumprir o planejado. Segundo Jonhson, Mellin e Whittington (2003) as atividades são consideradas estratégicas quando seu desenvolvimento gera consequências para os resultados estratégicos, sobrevivência e vantagem competitiva das empresas, mesmo se essas consequências não fizerem parte de uma estratégia planejada e formalmente articulada (JARZABKOWSKI; BALOGUN, 2007).

Por outro lado, divergindo dos resultados acima, no estudo de Nedeff et al. (2014) com gestores de empresas ligadas à construção civil, o conceito central sobre imagem de estratégia organizacional estava fortemente relacionado ao planejamento deliberado e estruturado que visa atender objetivos por meio de planos de ação pré-determinados, estando a "flexibilidade" como dimensão periférica da imagem de estratégia organizacional (NEDEFF et al, 2014).

Na perspectiva de estratégia como prática, o foco está na importância das pessoas, na maneira como elas interagem no desenvolvimento de estratégias, as ferramentas que utilizam, as práticas que executam, e em como as estratégias influenciam e são influenciadas pela organização e contexto organizacional (JOHNSON et al., 2007), assim a flexibilidade é um aspecto importante para incentivo à criatividade e desenvolvimento de pessoas.

Ao serem questionados sobre a importância da estratégia para manutenção da Acreditação com Excelência, foi destacado pelos entrevistados que a estratégia contribuiu para a padronização e direcionamento de ações, alcance de resultados, melhoria dos processos, alinhamento do pensamento organizacional com a prática profissional e gerenciamento de prioridades.

A estratégia propõe o estabelecimento de objetivos, que leva ao planejamento de um caminho para alcançá-los, sendo este caminho uma direção, uma forma de organizar os

processos e ações rotineiras para desenvolvimento de um trabalho de qualidade no cotidiano hospitalar.

É muito difícil você trabalhar sem ter uma estratégia, sem ter um planejamento e um objetivo...e a qualidade [Sistema de Gestão da Qualidade], o processo das auditorias é a organização do hospital, se você não tiver essa organização fica mais difícil trabalhar. Acho que é você ter resultados, ter direcionamento, sem isso você trabalha por trabalhar e não tem um objetivo definido. **EnfA1**

Eu acho que estimula os funcionários a estarem seguindo mesmo, a fazer as questões, fazer tudo certinho de uma forma padronizada e assim, estimula o trabalho com qualidade. **EnfA2**

Para os profissionais, a estratégia possibilita a melhoria da qualidade dos processos, por viabilizar o redesenho e padronização dos mesmos facilitando a identificação e análise de fragilidades e melhorias. Além disso, o nível de Excelência exige do hospital melhoria contínua dos processos de maneira inovadora e dinâmica. Entretanto, apesar de padronizados, os processos não podem ser rígidos e imutáveis, eles devem ser criticados e periodicamente redesenhados quando necessário com a participação dos profissionais que o executam.

Todos os dias nós estamos pensando em melhorar esse processo e encontrar uma maneira nova que seja mais dinâmica, que seja mais efetiva. A estratégia é trabalhada aqui diariamente. **GI2**

A estratégia é extremamente importante uma vez que os manuais passam por atualizações, as normas passam por um processo de melhoria contínua, a instituição tem que ter a qualidade [refere-se ao Sistema de Gestão da Qualidade] linkada às estratégias dela, porque se não você não vai conseguir resultados. **GI4**

A estratégia quando implementada corretamente, também foi citada como fundamental para alcance dos resultados institucionais e manutenção da Acreditação, como pode ser demonstrada nos seguintes relatos:

Se você não tiver estratégia para implementar você não consegue atingir seus objetivos e vai ficar apagando incêndio, sempre resolvendo problemas imediatos e não vai conseguir atingir o resultado. Você vai perder resultados, tanto é que a gente sabe de hospitais que perderam a certificação **EnfA4**

A importância na prática do dia-a-dia é que se a estratégia estiver muito bem elaborada vai conseguir atingir um bom resultado. Se não planeja de uma forma, não consegue chegar ao lugar estabelecido, no objetivo estabelecido e no resultado. **GE5**

Na visão dos profissionais, a estratégia é essencial para alinhar o pensamento organizacional às práticas dos trabalhadores, possibilitando que os setores trabalhem visando um objetivo comum, com direcionamento de ações, definição de papéis de forma organizada e interativa em um contexto dinâmico que permita a avaliação e a revisão das estratégias buscando o alcance dos objetivos do hospital e sua interação com resultados de cada setor.

E a estratégia tem que ser do grupo como um todo, não adianta eu ter uma estratégia pra qualidade pra minha área, mas os outros setores não terem uma estratégia próxima (semelhante) pensando no objetivo. Ela é de suma importância pra se manter o nível de Excelência que o hospital tem. Não adiantaria nada se a minha estratégia de qualidade fosse desvinculada à do hospital. **GI4**

O que ocorre antes de um processo de certificação da qualidade? Isso é muito fragmentado e cada um está pensando que o objetivo da instituição é um. Então quando tem o processo de Acreditação, um processo do planejamento estratégico ligado a Acreditação, você passa a ter um modelo de negócio, você tem um alinhamento da estratégia junto com todos os atores envolvidos no processo, e no final quer entregar o melhor serviço para o paciente. **GE5**

O manual do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2014a) abrange os padrões de qualidade dos três níveis de certificação e os requisitos de cada padrão, entretanto as estratégias para alcance e manutenção desses padrões são definidas por cada instituição de acordo com sua realidade e disponibilidade de recursos físicos, financeiros, humanos, materiais e tecnológicos.

Neste contexto, a estratégia organizacional quando bem planejada e disseminada para todos os níveis hierárquicos possibilita que os profissionais conheçam o negócio do hospital e do setor em que atuam, contribuindo para o gerenciamento de prioridades. Assim, é necessário que os gestores e demais profissionais conheçam seu setor, identifiquem seus pontos positivos e negativos, as não conformidades e oportunidades de melhoria, possibilitando a elaboração de um plano de ação condizente com a proposta hospitalar.

Então eu tenho mil e uma coisa pra poder fazer, mas qual que é a de maior importância? o que eu tenho que fazer? Então eu tenho que desenhar e estabelecer estratégias pra que eu consiga alcançar meus objetivos. Eu tenho um ano pra me preparar para auditoria externa, se eu não desenhar estratégia, se eu deixar tudo para os 45 do segundo tempo, eu não vou conseguir manter a certificação. **GE1**

Diante o exposto, na visão dos participantes, as estratégias não são restritas aos documentos do planejamento estratégico tradicional, embora planejadas, são dinâmicas e fazem parte do cotidiano hospitalar, traduzidas nas ações dos trabalhadores para alcance dos resultados esperados bem como no desempenho de uma assistência segura e qualificada. A maneira como os sujeitos compreendem a estratégia reflete em suas ações do dia-a-dia, na incorporação das estratégias no cotidiano de trabalho e no alinhamento dos objetivos setoriais aos objetivos do hospital.

5 CONCLUSÃO

Este estudo viabilizou o entendimento mais amplo acerca das estratégias para melhoria da qualidade dos serviços hospitalares com vistas à manutenção da certificação de Acreditado com Excelência. Considerando a complexidade da temática, é necessário compreender que a experiência do processo de Acreditação é peculiar a cada instituição, estando diretamente relacionada ao grau de maturidade organizacional, envolvimento dos diferentes níveis hierárquicos, apoio da direção e disseminação das estratégias até o nível operacional.

Na visão dos trabalhadores, as estratégias para manutenção da Acreditação com Excelência envolveram o trabalho cotidiano conforme os requisitos de certificação, a comunicação, capacitação permanente de pessoal, auditorias internas e o fortalecimento do setor de Qualidade.

Nota-se que a consolidação da Acreditação esteve atrelada ao compromisso interno com o processo, abrangendo o envolvimento da alta gerência, entendimento dos profissionais sobre o processo, motivação e envolvimento de todos os níveis hierárquicos para se criar uma cultura da qualidade. Entretanto, apesar dos benefícios assistenciais e de gestão, a manutenção da Acreditação possui desafios constantes, principalmente na fase inicial caracterizada por mudanças mais intensas. Entre os desafios encontrados ressalta-se a resistência dos profissionais às mudanças, obtenção de recursos para se adequar as mudanças, aumento das atividades burocráticas, rotatividade da enfermagem, preparo/capacitação da equipe e mudança de cultura.

Um aspecto que merece destaque foi a convergência dos relatos tanto em relação aos benefícios e desafios da Acreditação, bem como das estratégias para manutenção do processo. De acordo com os profissionais, o hospital não prepara a equipe para as auditorias externas, como acontece em muitas instituições nas quais a preocupação e o envolvimento com a gestão da qualidade ocorrem apenas nas vésperas das auditorias. O preparo para a Acreditação é diário, com o desenvolvimento dos processos em conformidade com os requisitos da qualidade no cotidiano de trabalho hospitalar. Dessa forma as estratégias de comunicação, os treinamentos constantes e as auditorias internas contribuíram para o desenvolvimento de pessoal e melhoria dos serviços de forma contínua, refletindo na continuidade do processo e manutenção da certificação.

Os resultados mostraram que a manutenção da Acreditação com Excelência foi consequência de um trabalho dinâmico e evolutivo que resultou em mudanças de

comportamento ao longo do tempo. O desenvolvimento de estratégias para maior envolvimento e participação dos trabalhadores foi de extrema importância para que ocorresse a incorporação da cultura da qualidade, com reflexos no cuidado seguro e qualificado.

No hospital foram evidenciadas estratégias gerenciais com foco na manutenção do nível de Excelência, que foram: o trabalho cotidiano conforme os requisitos para certificação, estratégias para melhoria da comunicação, estratégias para capacitação de pessoas, estratégias para melhoria dos processos (auditorias internas) e o fortalecimento da “Assessoria da Qualidade”.

O trabalho conforme os requisitos para certificação exigiu incorporação da qualidade ao trabalho cotidiano dos profissionais de forma natural e rotineira. Para tal, o hospital investiu no monitoramento contínuo das estratégias, envolvimento do grupo gestor, envolvimento do corpo clínico, articulação entre setores, trabalho em equipe, certa autonomia para as coordenações setoriais e de enfermagem, notificação de eventos adversos, dentre outras ações que levaram a maturidade da organização e contribuíram para o desenvolvimento de uma cultura voltada para melhoria contínua.

Em relação às estratégias para melhoria da comunicação, houve desdobramento do planejamento estratégico para os diferentes níveis hierárquicos. O hospital investiu na melhoria da comunicação escrita e oral para difusão das informações e envolvimento dos funcionários, buscando assegurar que os mesmos “falassem” a mesma linguagem e atuassem em função de um objetivo comum. Houve melhora significativa da comunicação, o que contribuiu para que as informações fossem transformadas em conhecimento, contribuindo para mudanças no comportamento e na práxis profissional.

As estratégias para capacitação de pessoal foram ampliadas e articuladas às estratégias de comunicação por meio de treinamentos contínuos com temáticas diversas visando a atualização de conhecimento, educação em saúde e desenvolvimento técnico. Além de treinamentos específicos sobre Acreditação para conscientização, conhecimento do processo e dos requisitos de avaliação. A capacitação passou a constituir metas e contribuiu para adesão da equipe à Acreditação e aos princípios da gestão da qualidade. Vale destacar o Projeto Padrinho, cujo objetivo era socializar os funcionários de enfermagem recém contratados às rotinas do hospital, viabilizando a incorporação das práticas institucionais de acordo com os princípios da Acreditação desde sua admissão.

Para a melhoria dos processos o hospital passou a realizar auditorias internas em todos os setores, sendo denominadas: auditoria de boas práticas, auditoria de normas e requisitos,

auditoria de adesão aos protocolos institucionais e visitas técnicas do SEH. A finalidade principal das auditorias foi acompanhar o trabalho dos setores e avaliar se o mesmo estava coerente com os requisitos para a Acreditação e com os protocolos para Segurança do Paciente. Além disso, as auditorias internas contribuíram para fortalecer a interação entre os setores, responsabilização das equipes, identificação e correção de falhas e implantação de melhorias.

No que diz respeito à Assessoria da Qualidade, o hospital fortaleceu o setor de forma estratégica, dando autonomia para o mesmo na tomada de decisões em relação aos assuntos da qualidade, com participação ativa no planejamento estratégico institucional, no monitoramento das estratégias, assessoria aos setores e principalmente como elo entre as unidades e a direção. Além disso, foi identificado o reconhecimento e respeito dos entrevistados pela Assessora da Qualidade, enfermeira que atua na instituição há muitos anos, que percorreu um fluxo de atuação nos três níveis hierárquicos, tendo domínio dos processos de enfermagem e do hospital do nível técnico ao gerencial.

Apesar das estratégias para qualidade serem concebidas pelas gerências e coordenações, a participação e envolvimento dos trabalhadores do nível operacional foi fundamental para a sua implementação. A conscientização da alta gerência sobre a importância do nível operacional para implantação das estratégias proporcionou o desenvolvimento de iniciativas para maior envolvimento da equipe, com melhor compreensão e adesão da estratégia hospitalar na prática profissional.

Nota-se consonância nos discursos dos participantes sobre a importância de se trabalhar no cotidiano conforme os requisitos da qualidade, o que demonstra clareza e adesão dos mesmos aos processos organizacionais, resultando em ações comprometidas para a implementação das estratégias e alcance dos objetivos propostos, o que pode indicar a consolidação da cultura de qualidade. Ademais, foi possível perceber também que houve identificação dos profissionais com os propósitos e metas do hospital.

Outro aspecto que merece destaque foi o envolvimento do técnico de enfermagem nas auditorias internas de alguns setores. Sabe-se que os técnicos de enfermagem representam parcela significativa do pessoal de enfermagem e desempenham cuidados diretos ao paciente, sendo, em grande parte, responsável pela qualidade da assistência. O técnico envolvido nas auditorias desenvolve raciocínio crítico, passa a compreender o motivo de cada processo avaliado de forma reflexiva sobre suas ações, adquirindo conhecimentos que possam subsidiar no monitoramento e gestão das não conformidades de sua competência.

Os enfermeiros assumiram posição de destaque na gestão da qualidade, tanto na coordenação e administração de setores assistenciais, como em cargos estratégicos. Uma explicação possível pode ser sua inserção organizacional, conhecimento técnico/assistencial, conhecimento sobre gestão da qualidade, por assumir responsabilidade por diversos setores assistenciais e por representar parcela significativa dos recursos humanos do hospital.

Apesar das estratégias terem sido descritas de forma dissociada e sequencial, na prática elas ocorrem de maneira concomitante, interdependente e complementar, nas quais os resultados de uma interferem no desenvolvimento e resultado de outras. A gestão da qualidade e a consolidação da Acreditação é um trabalho interdisciplinar construído continuamente com a articulação de diversos saberes na promoção de ações que visem à segurança do paciente, do ambiente dos serviços e a sustentabilidade organizacional.

O processo de Acreditação vai além de cumprir normas e requisitos, requer mudança de comportamento. Assim, vale ressaltar que o propósito deste estudo não foi atribuir o sucesso dos resultados institucionais à Acreditação. A certificação por si só não garante efetividade e qualidade dos serviços, mas a forma como o processo é conduzido em uma instituição permite o aprimoramento contínuo da qualidade, segurança, controle financeiro, organização e resolutividade dos serviços hospitalares.

Conclui-se que a manutenção da Acreditação com Excelência está atrelada ao trabalho cotidiano conforme os requisitos de qualidade, articulado a estratégias bem elaboradas, compartilhadas, e revisadas em caráter permanente. A melhoria contínua deve ser trabalhada no dia-a-dia hospitalar e ser um compromisso de todos, refletida na cultura organizacional para que o título de Acreditação não seja a finalidade, mas sim, a consequência de um trabalho contínuo pautado na ética, segurança e qualidade.

Este estudo não é passível de generalização por ser um estudo qualitativo, realizado com número restrito de participantes e em uma única organização. No entanto, entende-se que estudos desta natureza em hospitais, são importantes para desvendar o que as pessoas pensam e fazem no cotidiano para alcançar e manter níveis elevados na qualidade dos serviços.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que abordem estratégias para manutenção do processo de Acreditação em outras organizações hospitalares; comparação entre as estratégias de diferentes hospitais; estudos envolvendo a equipe noturna; estudos sobre a evolução de indicadores de desempenho e sobre a percepção da certificação de Acreditação pelo paciente.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ISO 9001 Sistemas de gestão da qualidade- Requisitos. ABNT NBR ISO 9001:2015. Norma Brasileira. 2015

ACCREDITATION CANADA. **Better quality. Better health. The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review.** 2015. Disponível em: <https://www.accreditation.ca/sites/default/files/value-and-impact-en.pdf> Acesso em: 14 ago. 2015.

ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. **Annals of Saudi Medicine**, v. 4, n. 31, p. 407-716, 2011.

ANSOFF, I. H. **A nova estratégia empresarial.** Tradução Antônio Zoratto Sanvicente. São Paulo: Atlas, 1990.

ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Rev. Produção**, v. 5, n. 1, 2005.

BARBOSA, G.O; OLIVEIRA, L. V.; TAHO, M. J.G. **Os benefícios da acreditação para a assistência de enfermagem.** 2010. Monografia (Conclusão do curso de Enfermagem)- Faculdade da Cidade de Santa Luzia, FACSAL, Santa Luzia, 2010.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 4.ed. USP-Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BOGH, S. B. et al. Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n.5, p. 336–343. 2015. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2015/08/02/intqhc.mzv053>. Acesso em: 15/04/2016.

BONATO, B. V. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo daSaúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BOPSIN, M. R. et al. Alimentação hospitalar: avaliação da satisfação dos pacientes de um hospital de Porto Alegre – RS. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 137-147, 2015. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/viewFile/1403/714> Acesso em: 05 mai. 2015.

BRAGANÇA, L. F.; MAINARDES, E. W.; LAURETT, R. Conceitos de estratégia na visão dos estudantes de administração. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, v. 14, n. 3, p. 75-92, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3312/331242636006.pdf> Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013- Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013- Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 40 p, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466, 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CACIQUE, D. B., et al. A avaliação da satisfação de pacientes internadas em um hospital universitário especializado na saúde materno-infantil: questionários e resultados globais. **RevAdm Saúde**, v. 14, n. 57. Out-Dez, 2012. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=515. Acesso em: 05 mai. 2016.

CAMPOS, L. I. Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA.2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Belo Horizonte.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da qualidade total (no estilo japonês)**. 9ª ed. Nova Lima: Editora Falconi, 2014.

CANHADA, D. I. D.; RESE, N. Implementação de estratégias: barreiras e facilitadores evidenciados na literatura brasileira especializada. **Future Studies Research Journal**. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 38 - 58, jan./jul. 2011.

CANHADA, D. I. D.; RESE, N. Contribuições da “estratégia como prática” ao pensamento em estratégia. REBRAE. **Revista Brasileira de Estratégia**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 273-289, set./dez. 2009.

CASTILHO, V.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap.13, p.169-180, 2014.

CAVEIÃO C. et al. Competências dos estudantes na disciplina de Administração em Enfermagem: pesquisa exploratório-descritiva. **Online braz j nurs** [Internet], v. 13, n.4, p. 602-12, dez. 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4770> Acesso em: dezembro 2016.

CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M. ‘Get up, I feel like being a strategymachine’. **European Management Review**, v. 1, n.1, p 21–28. 2004. Disponível em:

<http://www.martinkornberger.com/includes/04strategy%20machine.pdf>_Acesso em: 03mar. 2015.

CHIA, R; RASCHE, A. Epistemological alternatives for researching Strategy as Practice: building and dwelling worldviews. In: GOLSORKHI D., ROULEAU L.; SEIDL, D.; VAARA, E. **Cambridge Handbook of Strategy as Practice**. Cambridge University, New York, 2010.

CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Consulta tipos de estabelecimentos. Site da internet. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def> Acesso em: 27 mar. 2017.

COLBARI, A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. **In: Metodologias e análíticas qualitativas em pesquisa organizacional** [recurso eletrônico]: uma abordagem teórico-conceitual. SOUZA, E. M. (org.). Vitória: EDUFES, 2014. 296 p. : il.

COLHEO FILHO, J. F.; MONTENEGRO A. V.; BARRAGÃO, S. R. M. S. Qualidade na saúde à luz da Acreditação hospitalar e sua interface na gestão de pessoas. **Psicologia.pt- O portal dos psicólogos**. 2012. Disponível em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0646. Acesso em: 17 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 2.147/2016. CFM: Brasília-DF.2016. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf Acesso em: 23/11/2016.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4ª edição. Joint Commission International. 2011.

COVELLO, R. J. Implementing Accreditation Canada's Program in Brazil. **Qmentum Quarterly- Quality in healthcare**, v. 2, n.2, mar. 2010.

DIAS, L. J. Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. **Rev Clin Hosp ProfDr Fernando Fonseca**, v. 2, n. 1, p.39-40.2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 240 p.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2011. 210p.

EMÍDIO, L. F. et al. Acreditação hospitalar: estudo de casos no brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 98-113, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc> Acesso em: 12 nov. 2015.

FALSTIE-JENSEN, A. M. et al. Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study. **International Journal for Quality**

in Health Care, 2015, v.27, n.3, p.165-174. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25921337> Acesso em: 13 abr. 2016.

FERREIRA, T. S. et al. Auditoria de enfermagem: O Impacto das Anotações de Enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, v. 9, n. 1. 2009. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2015.

FERREIRA, F. L. A.; CHIAPETTI, R. A.; MANFRIN, Z. M. A estratégia na busca pela acreditação hospitalar do Hospital de Clínicas de uma Universidade Pública. In: CINGEN-Conferência Internacional em Gestão de Negócios 2015 Cascavel, PR, Brasil, 16 a 18 de novembro de 2015. UNIOESTE-Universidade Estadual do Oeste do Paraná. CCSA-Centro de Ciências Sociais Aplicadas.

FORTES, M. T. R; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n.4. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400023. Acesso em: 15 abr. 2016.

FORTES, M. T. R; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **RevAssocMed Bras.**, São Paulo, v.57, n. 2, p. 239-246.2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200025. Acesso em: 14 ago. 2015.

FREIRE, E. M. R. **Gerenciamento de projetos como ferramenta de auxílio em gestão da qualidade em uma central de materiais e esterilização**. 2012. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Alfenas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Alfenas.

FREIRE, E. M. R. et al. Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário. **Revista Nursing**, v. 17, n. 219, p.1154-1160. Fev. 2016.

FREITAS, E. C. Cultura, linguagem e trabalho: comunicação e discurso nas organizações. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo**, vol. 7, n. 1, p. 104-126, jan./jun. 2011. Disponível em:
<http://www.upf.br/seer/index.php/rd/article/viewFile/1917/1213>. Acesso em: 17 fev. 2016.

GIL, A. C. **Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLSORKHI, D. et al. Introduction: What is Strategy as Practice? In: GOLSORKHI D., ROULEAU L.; SEIDL, D.; VAARA, E. **Cambridge Handbook of Strategy as Practice**. Cambridge University, New York, 2010.

GOMES, R. et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p.2431-2439. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802431&script=sci_arttext Acesso em: 16 jan. 2016.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n.1, p. 8-14, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084322>. Acesso em: 17 fev. 2016.

HALASA, Y. A. et al. Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. **EastMediterr Health J.**, vl.21, n.2, p. 90-9. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25876820>. Acesso em: 15 abr. 2016.

HENDERSON, B. D. As origens da estratégia. 1989. In: **Estratégia a busca por vantagem competitiva**. MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. Tradução de Bazán Tecnologia e Linguística. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

HEUVEL, J. V.; NIEMEIJER, G. C.; DOES, R. J. M. M. Measuring healthcare quality: the challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 26, n. 3, p. 269-278. 2013. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23729130. Acesso em: 03 mai. 2016.

HINCHCLIFF, R. et al. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 437. 2013. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-437> Acesso em: 24 nov. 2015.

IQG. INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. Instituições Certificadas. 2017. Disponível em: <http://www2.iqg.com.br/site/principal/mapa/instituicoes-acreditadas>. Acesso em: 27 mar. 2017.

JAMIL, M. F. et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 160 p.

JARZABKOWSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing: The challenges of a practice perspective. **Human Relations**, v.60, n.1, p. 5-27. 2007.

JARZABKOWSKI, P.; SEIDL, D. The Role of Meetings in the Social Practice of Strategy. **Organization Studies**, v.29, n.11, p. 1391-1426. 2008.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. JCI-Accredited Organizations. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Brazil&a=Hospital%20Program> Acesso em: 27 mar. 2017.

JOHNSON, G. et al. **Strategy as Practice Research Directions and Resources**. Cambridge University Press. 2007.

JOHNSON, G.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. Micro strategy and strategizing: towards an activity-based view. **Journal of Management Studies**, Malden, USA, v.40, n.1, p.3-22, Jan. 2003.

LIMA, E. C.; ANGELO, M.L.B.; DEMARCHI, T.M. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. **RAS.**, v.15, n. 58, jan./mar. 2013. Disponível em: Acesso em: 15 fev. 2016.

LINEGAR, A; WHITTAKER, S; VAN ZYL, G. Academic hospital accreditation strengthens postgraduate training programmes: Case study from Universitas Academic Hospital. **SAMJ, S. Afr. Med. J.**, Cape Town, v. 102, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380908> Acesso em: 24 nov. 2014.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n.4. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf> Acesso: 11 set. 2015.

MALAGÓN-LONDONO, G. Educação continuada no hospital- um dever moral para garantir a qualidade do serviço. In: Malagón-Londono, G.; Morera, R. G.; Laverde, G. P. **Administração hospitalar**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MAINARDES, E. W.; FERREIRA, J. J.; RAPOSO, M. L. Strategy and strategic management concepts: are they recognised by management students? **Business Administration and Management**, v.1, XVII, 2014. Disponível em: http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/Strategy%20And%20Strategic.pdf Acesso em: 7 jul. 2016.

MANZO, B. F. **Assistência multirprofissional em Unidades de Terapia Intensiva neonatais acreditadas em nível de excelência**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 139f. 2012.

MANZO, B. F. **O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n.1, p. 46-51, jan./fev. 2013.

MANZO, B.F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev esc enferm USP**, v.46, n. 2, p. 388-394. 2012.

MANZO, B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 20, v. 1, p. 1-8. Jan/fev. 2012.

MARTINS, D. R. et al. Desafios da Acreditação em um hospital da rede FHEMIG. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 3, n. 7, jul./dez. 2011.

Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1075> Acesso em: 23 jan. 2016.

MAZIERO, V. G.; SPIRI, W. C. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n.1, p.121-9, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14757>. Acesso em: 08 mar. 2016.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14> Acesso em: 15 fev. 2016,

MINAMI, L. F. et al. Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p.663-70. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a24.htm> Acesso em: 05 mai. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva de planejamento estratégico.** Tradução: Lene Belon Ribeiro, 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 392 p.

MIRA, V. L. et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n.(Esp), p. 1574-81. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700006 Acesso em: 05 mai. 2016.

MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. **Estratégia a busca por vantagem competitiva.** Tradução de Bazán Tecnologia e Linguística. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América-Latina e Caribe. **In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. 2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf Acesso em: 16 jan. 2016.

NEDEFF, M. C. et al. Percepção de gestores da construção civil acerca do conceito de estratégia organizacional: um estudo exploratório. **Revista de negócios.** Blumenau- SC., v.19, n. 3, p.23-40, jul./set. 2014. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rn/article/viewFile/3486/2763>. Acesso em: 15 jul. 2016.

NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **RAS.**, v. 9, n. 37, out./dez. 2007.

OLIVEIRA, J. L. C. ; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p. 63-69, 2016.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014a.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Certificações válidas. Site da internet. 2014b. Disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> Acesso em: 09 out. 2014.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Certificações válidas. Site da internet. 2017. Disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> Acesso em: 27 mar. 2017.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2ª Ed. 7ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 339 p.

PASCHOAL, M. L. H.; CASTILHO, V. Implementação do Sistema de Gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **RevEscEnferm USP**, v. 44, n. 4. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400018&lng=enAcesso em: 28 abr. 2015.

PASCUCCI, L. M. Formação de estratégias em sistemas complexos: um estudo comparativo em organizações hospitalares sob a perspectiva prática. Tese (Doutorado em Administração)- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1965 Acesso em: março 2015.

PASCUCCI, L.; MEYER JUNIOR, V. Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos. **RAC**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 536-555, set./out. 2013.

PINTO, S. R. R.; MUNIZ, J. C. O gerente e a comunicação no processo de mudança em uma empresa pública brasileira. **Revista gestão e sociedade**,v. 6, n. 14. p. 178-198, mai./ago. 2012. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1488>. Acesso em: 19 fev. 2016.

RIGOBELLO M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n. 5, p.:728-35. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf> Acesso em: 10 mai. 2016.

ROCHA et. al. Gestão de recursos humanos em saúde e mapeamento de processos reorientação de práticas para promoção de resultados clínicos satisfatórios. **Revista de administração hospitalar e inovação em saúde**, v.11, n.3,p. 143-159. 2014. Disponível em:<http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/2075>Acesso em: 07 jan. 2016.

RODRIGUES, M. C. et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. 152p.

ROTHBARTH, S. Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar. 134 f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba 2011. Disponível em:
<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSolangeRothbarth.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

SACK, C. et al. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v.3, n. 3, p. 278–283.2011. Disponível em:
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/3/278> Acesso em: 14 ago. 2014.

SANTOS, M. C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 359-66, jun. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200022 Acesso em: 23 jan. 2016.

SARAIVA, E. V. Estratégia Como Construção Social: Proposta Teórico-Metodológica. In: III Encontro de estudos em estratégia. São Paulo, maio 2007.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p.4229-4234. 2014.

SILVA, L. A. et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revenferm UFPE online**, v. 8, n.9, p. 3015-23. Recife. 2014. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6341> Acesso em: 27 abr. 2016.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & contexto enferm.**, v.21, n.2, 8p. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009&lng=en Acesso 28 abr. 2015.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 2, n. 35, p. 93-99. Jun, 2014.

SIMAN, A. G. et al. Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar. **Rev Min Enferm.**, v.19, n.4, p. 823-829. 2015. Disponível em:
<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1043> > Acesso em: 25 de nov. 2016.

SOUZA, F.C.; RODRIGUES, I.P.; SANTANA, H.T. Perspectiva histórica. In: **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 07 mar. 2016.

SPILLER, E. S. et al. **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. 172 p.

TOWNSEND, K.; WILKINSON, A. Managing under pressure: HRM. **J Health Hum ServAdm**, v. 20, n. 4, nov. 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-8583.2010.00145.x/abstract> Acesso em: 12 ago. 2015.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. **In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2013.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa **Rev Saúde Pública**, v. 39, n.3, p.507-14. 2005.

VENTURA, P. F. E. V.; FREIRE, E. M. R.; ALVES, M. Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.7, n. 1. 2016. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1436> Acesso 18 fev. 2016.

VIANA, M. F. et al. Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Jul./dez. 2010. Disponível em: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/delane_-_processo.pdf Acesso em: 25 fev. 2016.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 54, n. 5, p 496-509, set-out 2014. São Paulo FGV-EAESP. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902014000500496 Acesso em: 03 mai. 2016.

WALTER S. A.; AUGUSTO, P. O. M. A institucionalização da estratégia como prática nos estudos organizacionais. **Rev. Adm.**, São Paulo, v.46, n.4, p.392-406, out./nov./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072011000400005 Acesso em: 05 mai. 2015.

WHITTINGTON, R. Completing the practice turn in strategyresearch. **Organization Studies**, London, UK, v.27, n.5, p.613-634, mai. 2006. Disponível em: <http://oss.sagepub.com/content/27/5/613.refs> Acesso em: 04 mai. 2015.

WHITTINGTON, R. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n.4, p. 44-53. 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155117781005> Acesso em: mar. de 2015.

WHITTINGTON, R. Strategy practice and strategy process: Family differences and the sociological eye. **OrganizationStudies**, v. 28, p.1575–1586. 2007. Disponível em:

<http://oss.sagepub.com/content/28/10/1575.refs?patientinformlinks=yes&legid=sposs;28/10/1575> Acesso em: 05 maio 2015.

YAMI, A. et al. Job Satisfaction and Its Determinants Among Health Workers in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. **Ethiopian Journal Health Science**, v. 21, n. 1, p. 19–27. 2011. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22435005. Acesso em: 09 mai. 2016.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290p.

APENDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Código da entrevista	Data
Sexo:	Idade:
Formação Profissional:	Estado civil:
Tempo de formação	
Você tem: () MBA () Mestrado () Doutorado	
Em qual área?	
Função/ Cargo exercido na instituição:	
Tempo de trabalho na instituição:	
Setor de atuação na instituição:	
Tempo que trabalha no cargo/ setor atual:	
Turno de trabalho:	
Possuí vínculo com outra instituição?	

Roteiro de entrevista semi-estruturado:

- 1) O hospital é Acreditado com Excelência, gostaria que me falasse como foi o processo de Acreditação no hospital.
- 2) A certificação de Excelência tem vigência por três anos, gostaria de saber como o hospital prepara a equipe para manter o nível III até a próxima avaliação?
- 3) Que ações têm sido adotadas no dia-a-dia da instituição para manter a qualidade dos serviços conforme exigência da certificação de Excelência?
 - Quem define as ações estratégicas da qualidade no hospital?
- 4) Como é feita a divulgação interna de informações dessas ações?
- 5) Que profissionais se destacam na implantação e manutenção das ações estratégicas para qualidade? Por quê?
- 6) Como o hospital mensura os resultados das estratégias para qualidade?
- 7) Em sua opinião o que é estratégia?
- 8) Qual a importância da estratégia na prática do dia-a-dia do hospital?
 - Qual a importância da estratégia para implantação e manutenção da Acreditação?
- 9) Fale-me das suas ações para manter a qualidade dos serviços do hospital conforme exigência da certificação de Excelência.
- 10) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre estratégias e qualidade no hospital?

APENDICÊ B

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO

Belo Horizonte, 08 de abril de 2015.

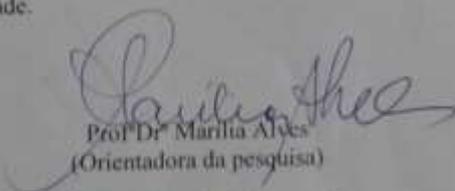
À Assessoria da Qualidade do Hospital

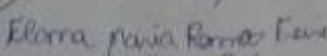
Solicitamos à V.Sa. autorização para a realização da pesquisa intitulada "**Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência**". Trata-se de um projeto de tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), de autoria da Enf^a Elana Maria Ramos Freire, sob orientação da Prof^a Dr^a Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem UFMG.

O estudo tem como objetivo analisar as estratégias adotadas pelas gerências do hospital para manter a certificação de Acreditação com Excelência e para promover melhorias contínuas no cotidiano dos serviços da instituição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual a coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas com os profissionais com cargo de gerência do hospital, observação dos profissionais no momento da entrevista e análise de documentos relacionados ao planejamento estratégico da qualidade e Acreditação Hospitalar. Esclarecemos que os dados fornecidos pelos entrevistados e pela instituição só serão utilizados para fins dessa pesquisa, sendo divulgados apenas em eventos e publicações científicas, garantimos o sigilo e segurança das informações obtidas, e o anonimato da instituição. O estudo só será realizado após análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

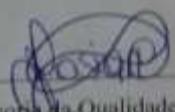
Espera-se que esta pesquisa possa contribuir na identificação de estratégias utilizadas para melhoria contínua da qualidade do serviço de um hospital e manutenção do nível de Excelência alcançado, uma vez que este é um dos principais desafios das organizações hospitalares que atingiram esse patamar estratégico da qualidade.

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Marília Alves
(Orientadora da pesquisa)


Elana Maria Ramos Freire
(Pesquisador)

Autorizo,


Assessoria da Qualidade do Hospital

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital acreditado com Excelência**”, sob coordenação da Dra. Marília Alves, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo tem por objetivo analisar estratégias adotadas pelas gerências hospitalares para manter a certificação de Acreditação com Excelência e para promover melhorias contínuas no cotidiano dos serviços da instituição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, observação e análise de documentos relacionados ao planejamento estratégico da qualidade e Acreditação Hospitalar. Assim, você responderá perguntas sobre as ações adotadas para manter a acreditação e para melhorados processos e resultados, quem são os responsáveis pela elaboração dessas ações, se essas ações são de conhecimento de todos os colaboradores da instituição e outras questões relacionadas ao assunto. As respostas dadas serão gravadas, estando à sua disposição para ouvir, se desejar. As observações ocorrerão no momento da entrevista e serão registradas em diário de campo, e, só serão utilizadas sob sua autorização.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir na identificação de estratégias utilizadas para melhoria contínua da qualidade do serviço de um hospital e manutenção do nível de Excelência alcançado, uma vez que este é um dos principais desafios das organizações hospitalares que atingiram esse patamar estratégico da qualidade. As gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

A pesquisa não oferece nenhum risco substancial direto ou indireto ao participante, apenas risco de constrangimento, que será minimizado com a garantia da manutenção do anonimato dos participantes da pesquisa, e o direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, garantindo também que o uso das informações serão apenas para fins científicos. Esclareço que você não terá nenhum gasto adicional e sua participação será voluntária, não recebendo nenhuma bonificação para participar, você poderá esclarecer suas dúvidas a qualquer momento da pesquisa, podendo também retirar seu consentimento sem nenhum ônus ou prejuízo.

Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão. Deverão ser assinadas duas vias deste termo, uma ficará com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Elana Maria Ramos Freire
(Doutoranda)

Marília Alves
(Orientadora)

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG(COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

Profª Dra. Marília Alves Tel: (31) 3409-9867. Escola de Enfermagem UFMG.

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 42096015.3.0000.5149

Interessado(a): Profa. Marília Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de abril de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital acreditado com excelência" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG