

BRUNA FIGUEIREDO MANZO

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERSPECTIVA
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

BRUNA FIGUEIREDO MANZO

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERSPECTIVA
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito.

BELO HORIZONTE
Escola de Enfermagem da UFMG
2009



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

Dissertação intitulada: “*O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde*”, de autoria da mestranda Bruna Figueiredo Manzo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito - ENA/UFMG - Orientadora

Dra. Vera Lúcia Bonato (Titular) - USP

Dr. Fábio Leite Gastal (Titular)

Dra. Marília Alves (Suplente) – ENA/UFMG

Dra. Silma Maria Cunha Pinheiro (Suplente) - UFMG

Belo Horizonte, 02 de abril de 2009

Dedico esta dissertação ao Giovani, meu marido, por me incentivar a crescer e me apoiar nos momentos mais difíceis desta caminhada e ao Bruno, razão da minha motivação e luta.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus**, por iluminar minha vida e me proporcionar força e sabedoria.*

*Aos meus pais, **Marco Antônio e Bia**, pelo imenso amor, exemplo de vida e por acreditarem em mim em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus irmãos, **Carla e Frederico**, pela amizade, carinho e acolhimento.*

Aos meus cunhados e sobrinhos, pelo incentivo e momentos de descontração.

*À minha avó **Isolda**, ao meu sogro **João** e à minha sogra **Tiana**, pelo carinho e força.*

*À minha orientadora **Maria José Menezes Brito**, por acreditar em mim e compartilhar comigo seus ensinamentos.*

*Aos professores da escola de enfermagem da **UFMG**, pela possibilidade de um aprendizado enriquecedor, em especial à professora **Cláudia Maria Mattos Penna**.*

*Às minhas amigas **Carlinha, Danúbia, Allana, Raquel, Renata Lacerda**, pelo carinho, atenção e acolhimento nas horas mais difíceis dessa caminhada.*

*À **Faculdade Pitágoras e Unifenas**, em especial a **Silma Cunha, Ana Maria Pinheiro e Aneilde** pelo incentivo e carinho.*

*Ao **Hospital da Unimed**, em especial **Leonardo Allagio, Tarcísio Dayrell e Dra. Fátima Guedes** por ter me aberto portas em busca do conhecimento.*

*Aos profissionais do hospital da **Unimed** que possibilitaram a realização deste estudo, revelando a mim suas experiências e vivências com o processo da Acreditação.*

*Aos meus alunos, em especial a **Juliana Ferreira Castro**, pelo apoio e incentivo.*

*A **Lúcia e a Rose**, pelo carinho e dedicação.*

Enfim, a todos que torceram por mim!

MANZO, Bruna Figueiredo. *O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

RESUMO

Com o intuito de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas voltadas para o processo de Acreditação Hospitalar, as quais impõem novas exigências no que se refere às mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado. Trata-se de um estudo de caso qualitativo que teve como objetivo geral analisar o processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva dos profissionais de saúde de um hospital privado em Belo Horizonte. A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde alocados em três setores do hospital (Bloco Cirúrgico, Unidade de Cuidados Progressivos e Unidade de Internação), por meio de entrevistas semiestruturadas no período de setembro a novembro de 2008. A organização e análise de dados tiveram como base a apreciação temática de conteúdo. Da análise de dados emergiram quatro categorias empíricas: 1. A Acreditação na visão dos profissionais de saúde; 2. As implicações do processo de Acreditação para o hospital, pacientes e profissionais de saúde; 3. Aspectos facilitadores e dificultadores da Acreditação Hospitalar; 4. Estratégias apontadas pelos profissionais de saúde em busca da manutenção do processo de qualidade. A partir dos resultados encontrados, nota-se que não há um consenso da visão dos profissionais de saúde a respeito do processo de Acreditação, influenciando na adesão e manutenção do processo de gestão da qualidade. A maioria dos entrevistados consegue visualizar o processo da Acreditação na sua esfera técnica, processual e operacional, ainda que não seja de forma integral, em contrapartida, apenas alguns dos profissionais puderam perceber que o sistema de qualidade abrange também aspectos subjetivos importantes, como valores individuais e sociais dos atores e das instituições envolvidos nesse contexto, notadamente a humanização do cuidado. Outro achado importante diz respeito às influências do sistema de gestão para o hospital, os pacientes e os funcionários. Para os entrevistados, o hospital adquire vários benefícios com o processo de Acreditação, tais como *status*, referência e lucro. No que refere aos pacientes, traz a segurança de um atendimento de excelência, apesar de reconhecerem que em alguns momentos o sistema propicia o distanciamento entre cuidador e paciente. Para os próprios funcionários a questão ainda gera bastante divergência, sem que haja um senso comum. Ademais, no que diz respeito aos aspectos dificultadores do processo, ficou evidente a falta de manutenção do sistema de qualidade ao longo do ano, além do pouco envolvimento de alguns profissionais. No que tange os aspectos facilitadores, o trabalho de equipe apresentou-se como o pilar fundamental para processo de qualidade. Os profissionais reconheceram que o grande desafio enfrentado por eles e pelos dirigentes é a manutenção do processo de Acreditação. Nesse contexto, a capacitação continuada de todos os profissionais foi apontada como a principal estratégia para a busca constante de melhorias.

Palavras-chave: Acreditação, Qualidade da assistência na saúde, Controle de qualidade, Serviços de saúde.

MANZO, Bruna Figueiredo. *The Hospital Accreditation in the Health care staff's perspective*. 2009. 98 f. Dissertation (Master's Degree in Health and Nursing) – Scholl of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

ABSTRACT

In order to reach the highest assistance patterns it was adopted some practices focused on the Hospital Accreditation process. They assert some new demands concerning with behavior changes, the steady staff's mobilization to achieve required goals and purposes besides a permanent and continuous improvement of Health care service. It is a qualitative case study which aimed to analyze the Hospital Accreditation process from a Health care staff's view in a private hospital in Belo Horizonte. The research was done with the Health care staff allocated in three sectors of the hospital (Surgical Block, Progressive Cares Unit and Internment Unit) by semi-structured interviews from September to November, 2008. The data organization and analysis were based on thematic analysis of content. From the data analysis emerged four empirical categories: 1. The accreditation in the Health care staff's view; 2. The implications of the accreditation process for the hospital, patients and health care staff; 3. Aspects which facilitate and make it difficult for the hospital Accreditation; 4. Strategies pointed out by the health care staff in order to seek the maintenance of the Quality Process. From the obtainable results it is noticed that there is no consensus on the health care staff's view concerning to the Accreditation process causing any influence in the adhesion and maintenance of the Quality management process. The majority of the interviewees can visualize the Accreditation process in its technical, processional and operational aspects even if it is not in its totality. However, just some of them could recognize that the quality system also covers important subjective aspects such as individual and social people and institutions' values especially the humanization of care. Another important finding is regarding the influences of the management system for the hospital, patients and staff. For the interviewees, the hospital can get lots of benefits with the Accreditation process such as status, reference and profit. For patients, it brings a health care service quality assurance even though they recognize that sometimes the system leads to a distance between them and the health care staff. According to the health care staff, the issue is very divergent without achieving a common sense. Furthermore, it was evident not only the lack of maintenance of the Quality System during all the year but also, the staff's little involvement as difficult parts of the process. The group work was considered the main pillar for the Quality Process as a facilitator of the process. The health care staff also recognized that the great challenge they faced on was the maintenance of the Accreditation Process. Viewed in this context, the staff's continuous qualification was pointed out as the main strategy to seek improvements constantly.

Keywords: Accreditation, Quality of the attendance the health, Quality Control, Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC - Colégio Americano de Cirurgiões

BC - Bloco Cirúrgico

COEP/UFMG - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

EUA - Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

MBA-OPSH - Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

MBA-OPSS - Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência em Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

UCP - Unidade de Cuidados Progressivos

UI - Unidade de Internação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 1 (acreditado).....	24
Quadro 2 - Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 2 (acreditado pleno).....	25
Quadro 3 - Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 3 (acreditado com excelência).....	27
Quadro 4 - Quadro dos sujeitos da pesquisa.....	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Contextualização do problema.....	12
1.2	Objetivos.....	16
1.2.1	Objetivo geral.....	16
1.2.2	Objetivos específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Panorama conceitual e histórico do processo de qualidade.....	17
2.1.1	Qualidade em saúde e Acreditação Hospitalar.....	17
2.1.2	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar.....	20
2.2	Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar.....	23
2.2.1	Estrutura (segurança).....	24
2.2.2	Processos (organização).....	25
2.2.3	Resultados (excelência na gestão).....	27
2.3	Participação dos profissionais na gestão da qualidade.....	28
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
3.1	Estratégia de pesquisa.....	31
3.2	Cenário do estudo.....	32
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	33
3.4	Instrumento e procedimentos para a coleta de dados.....	36
3.5	Tratamento e análise dos dados.....	37
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.1	A Acreditação na visão dos profissionais de saúde.....	39
4.2	Implicações do processo de Acreditação.....	48
4.2.1	Implicações do processo de Acreditação para o Hospital.....	48
4.2.2	Implicações do processo de Acreditação para os pacientes.....	51
4.2.3	Implicações do processo de Acreditação para os profissionais de saúde.....	54
4.3	Aspectos facilitadores e dificultadores do processo de Acreditação.....	59
4.3.1	Dificuldades apresentadas durante a implantação e a manutenção do sistema	

de qualidade.....	59
4.3.2 Facilidades encontradas pelos profissionais durante o processo de Acreditação.....	71
4.4 Estratégias apontadas pelos profissionais de saúde em busca da manutenção do processo de qualidade.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES.....	92
Apêndice A - Termo de autorização para realização do estudo.....	92
Apêndice B - Carta de informação ao participante da pesquisa.....	93
Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	94
Apêndice D - Roteiro de Entrevistas.....	95
ANEXOS.....	96
Anexo A - Parecer de aprovação do EMI/EEUFMG.....	96
Anexo B - Parecer de aprovação do COEP/UFMG.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A sobrevivência no mercado de trabalho cada vez mais globalizado e competitivo é, indiscutivelmente, um dos grandes desafios na área de saúde. Buscando se adequar às mudanças vividas pela sociedade contemporânea e ao mesmo tempo atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem o incremento do nível de qualidade. Na perspectiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas voltadas para o processo de Acreditação Hospitalar, as quais impõem novas exigências no que se referem às competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento.

É certo que a medicina contribui extraordinariamente para a evolução tecnológica e para um grande progresso em relação à descoberta e prevenção de doenças. Porém, de maneira paradoxal, o sistema de saúde enfrenta um momento crítico advindo do sentimento de insatisfação da população que necessita dos serviços médico-hospitalares (COUTO; PEDROSA, 2007). Na pesquisa mundial de saúde, projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2004), foi identificado que 46,7% dos brasileiros usuários exclusivos do sistema público e 28% dos usuários do sistema suplementar estão insatisfeitos com o funcionamento da assistência.

Ademais, segundo Maximiano (1997), o cenário atual brasileiro, no contexto de uma economia globalizada, encontra-se em situação preocupante em que as instituições não mais suportarão os custos relacionados com a má-qualidade, dentre eles: gastos elevados com morbidade e mortalidade crescentes, despesas com “retrabalho” e dispêndios com processo ineficiente; não bastasse o comprometimento da imagem da organização perante a sociedade, além da perda de clientes e de mercado.

O cenário de insatisfação associado com a má-qualidade na prestação de serviços instigou a criação de um padrão de qualidade, processo definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos clientes e efeito favorável na saúde (BRASIL, 2002). Nesse contexto, o sistema brasileiro de acreditação, operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e

implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde, bem como o cuidado humanizado. Adami, *et al.* (2006) acrescentam que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas como um processo contínuo de melhorias.

O Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e, principalmente, de educação continuada dos profissionais, no intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (SCHIESARI, 1999). A Acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões. A primeira, como um processo educacional, que leva as instituições prestadoras de serviços de assistência em saúde, especialmente os profissionais de saúde, a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência, fundamental para o processo; e a segunda dimensão como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos (NETO; BITTAR, 2004).

De acordo com Novaes e Bueno (1998), o Programa de Acreditação contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Assim, os profissionais serão estimulados a participar do processo que visa à mobilização e criação de metas objetivas, com intuito de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada. Reforçando a ideia apresentada, Porto e Rego (2004) alertam para a existência de um movimento direcionado à garantia da qualidade com destaque na valorização do aspecto humano, no sentido de oportunizar melhorias das relações entre as pessoas, maior envolvimento e comprometimento dos profissionais e dos padrões éticos de atendimento que almejam a satisfação e o acompanhamento das necessidades humanas.

Esse movimento em direção à qualidade refletiu a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações, uma vez que a valorização dos indivíduos e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência. Nesse cenário, os profissionais da saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo. Por meio do compromisso com a política da qualidade estabelecida pela instituição, os profissionais se engajam e reforçam a cultura de melhoria centrada no cliente e na determinação de executar serviços que atendam os requisitos da ONA, de forma segura e com excelência.

Nessa perspectiva, Mezomo (2001) sustenta que o grande diferencial das organizações está no âmbito da qualidade de pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem ter um pequeno significado se as pessoas não se sentirem comprometidas com a qualidade, sobretudo no que se refere ao atendimento das necessidades dos clientes.

O estudo da qualidade envolve, além de um conjunto de técnicas, uma dimensão mais ampla de ações do processo social, cujos elementos principais para o seu desenvolvimento são aqueles que atuam e exercem seu papel nesse processo (BONATO, 2007). Mezomo (2001) acrescenta que as pessoas fazem o diferencial de qualquer organização, à medida que participam e apresentam poder de decisão, pois, assim, assumem a responsabilidade pela produção da qualidade. O mesmo autor ressalta que todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho.

Aspectos sociológicos são apresentados por Bonato (2007). Segundo a autora, o estudo da qualidade no campo de saúde envolve mais do que um conjunto de técnicas, pois se aloca em uma dimensão com amplas ações sociais, cujas práticas desenvolvidas pelos sujeitos devem ser construídas a partir de uma história pessoal e social, a partir do indivíduo em si, embora estimulada institucionalmente. O novo paradigma exige dos profissionais posturas que reflitam a internalização de valores e revisão de conceitos. Bem trabalhada a teoria e orientados os profissionais, o alcance dos objetivos pretendidos pela sinergia das pessoas e da organização construirão um novo cenário de trabalho. De acordo com Bonato:

A qualidade apresenta-se como via de diversas mãos que interage com diversos sujeitos que atuam nos hospitais. Esse processo é dinâmico, influenciando e influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e resignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação desde segmento (BONATO, 2007, p. 48).

De modo enfático, Mezomo (2001) aborda o papel dos profissionais ressaltando que ninguém fará a produção da qualidade se antes não estiver convencido de sua validade, e ninguém se convencerá se antes não tiver o claro conhecimento do porquê de sua ação. O autor conclui que “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age” (MEZOMO, 2001, p. 57).

Tendo em vista o exposto, o interesse pelo tema em questão decorreu da vivência como enfermeira de um hospital privado concebido para ser referência de qualidade no atendimento. A contratação ocorreu antes da inauguração do hospital, visando maior aproximação da meta pretendida, qual seja a Acreditação Hospitalar. Com isso, houve participação desde a etapa inicial do planejamento das atividades, bem como na implementação, na avaliação de ações por meio de indicadores de qualidade e no acompanhamento de ciclo de melhorias, na auditoria interna e na auditoria externa, com a posterior aquisição do certificado de Acreditação em nível de excelência. Durante esse período constatou-se que os profissionais de saúde inseridos na gestão de qualidade tinham ideias divergentes em relação ao processo de Acreditação. Ao mesmo tempo, notou-se que alguns dos envolvidos não detinham o conhecimento sobre a importância e do que efetivamente se tratava o processo de qualidade na saúde, sendo possível observar um distanciamento entre os princípios dispostos no Programa de Acreditação em relação à prática assistencial desempenhada por alguns colaboradores.

Vários estudos mostram a importância da Acreditação na qualidade da assistência em saúde e para a melhoria contínua dos serviços (LABBADIA *et al.*, 2004; LIMA; ERDMANN, 2006; PORTO; REGO, 2005; NETO; BITTAR, 2004; QUINTO NETO; GASTAL, 1997). No entanto, são escassas as referências a respeito da percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação, havendo uma lacuna científica entre a exposição teórica do processo de Acreditação e a aplicação, pelos profissionais, dessa nova prática em saúde. Apesar de se conhecer a importância do sistema de avaliação na qualidade da assistência, bem como a influência dos profissionais de saúde na manutenção desse processo, não se sabe quais seriam as percepções e o conhecimento nesse assunto pelos sujeitos que empregam a Acreditação como meio de excelência na prestação de serviços, sendo este o foco do presente estudo.

Para análise do processo de Acreditação na perspectiva de profissionais de saúde, foram delineados os seguintes questionamentos: Quais são as percepções e o conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar? Qual é a influência do processo de Acreditação para os colaboradores, pacientes e hospital? Quais são os aspectos facilitadores e dificultadores do processo? Como possibilitar uma melhor adesão ao programa de qualidade?

A busca de respostas a essas indagações pode ser fundamental para a melhoria da participação de profissionais de saúde nos programas de qualidade. Bittar (2001) salienta que um programa de gestão de qualidade que não encontra respaldo na cultura organizacional não

apresenta sustentação e leva os clientes internos e externos a não perceberem seus benefícios, situação que acarreta o abandono do plano de ação em curto espaço de tempo.

Além do mais, uma melhor compreensão e reflexão acerca do processo de Acreditação poderá contribuir para minimizar os riscos assistenciais advindos da prestação serviços em saúde. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento.

Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir para que as equipes reflitam sobre o processo da qualidade, a responsabilidade social, as mudanças de hábitos e dos conceitos embutidos no processo de Acreditação Hospitalar. Ademais, intenta-se oferecer, a partir das percepções colhidas, uma melhoria contínua da qualidade assistencial, levando-se em consideração um maior compromisso e motivação dos profissionais de saúde, bem como o incremento do cuidado humanizado, o qual é fundamental para a prática assistencial.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Analisar o processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado em Belo Horizonte, Minas Gerais.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação;
- Analisar as principais influências do processo de Acreditação para o hospital, pacientes e profissionais de saúde;
- Analisar os principais aspectos facilitadores e dificultadores do processo;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a manutenção do processo de qualidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Panorama conceitual e histórico do processo de qualidade

2.1.1 Qualidade em saúde e Acreditação Hospitalar

A preocupação com a qualidade, presente na saúde desde Hipócrates, torna-se mais intensa no século XX. A qualidade na área da saúde foi dimensionada no contexto industrial, inicialmente por pensadores americanos que trabalhavam com Qualidade. Seu apogeu aconteceu na indústria Japonesa pós-guerra. O sucesso desse modelo no contexto Japonês deveu-se, em grande parte, às características propícias encontradas naquele país, bastante distintas das realidades vividas em outros locais (SCHIESARI, 1999).

A transposição de um modelo concebido para a indústria americana ou japonesa para a realidade empresarial brasileira necessitou de várias adaptações, como um profundo conhecimento a respeito das diferenças, vantagens e desvantagens e sua real aplicabilidade (SCHIESARI, 1999).

Algumas considerações foram tecidas por Donabedian em 1998 a respeito dos diferentes modelos de qualidade que explicitam as peculiaridades da transposição da qualidade para a área de saúde. Nesse contexto o autor apontou a análise sistemática de seis atributos-chave. O primeiro diz respeito à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo atributo trouxe a idéia de eficiência, que consiste na diminuição de custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas. O terceiro remete ao equilíbrio entre os custos e efeitos dos cuidados na assistência. O quarto incide na aceitabilidade do serviço conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O quinto atributo propõe a conformidade com os conceitos sociais expressos em princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis. E por fim, esse autor refere-se à equidade na assistência à saúde como último atributo. Sendo assim, entre as estratégias para a garantia e melhoria da qualidade está a influência do desempenho profissional e do aprimoramento do modelo de gestão.

Desde o seu surgimento, os hospitais vêm passando por diversas mudanças, visando principalmente à melhoria da qualidade da assistência. Grandes avanços tecnológicos ocorreram e paralelamente a esses, novas formas de reorganização e reestruturação se fizeram necessárias nessas instituições (MATOS *et al.*, 2006). Corroborando ADAMI *et al.* (2006)

ressaltam que o momento atual é permeado por imensas transformações dentre as quais destacam-se a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, o aumento de tecnologias e progresso da ciência, os avanços da informática, a produção e difusão de conhecimento técnico-científico.

As instituições hospitalares tornaram-se mais complexas, havendo maior necessidade em buscar inovações de produtos e serviços para se manter em um mercado cada vez mais competitivo. Diante disso, as mudanças eram inevitáveis e necessárias à sobrevivência dessas instituições (BRASIL, 1999).

LABBADIA *et al.* (2004) afirmam que a criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde tornou-se um fenômeno universal, deixando de ser um mero conceito teórico para ser uma realidade cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. Ainda segundo essa autora e colaboradores, a avaliação constitui um pilar fundamental de garantia da assistência na saúde e é entendida como sendo um instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para mensurar os esforços da organização, qualidade dos serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social.

Nesse contexto, a Acreditação Hospitalar se apresenta como um dos métodos de avaliação dos recursos das organizações de saúde, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos.

A Acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos da América (EUA) quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (ACC), que estabeleceu em meados de 1924 o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). Nesse programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Foram estabelecidos cinco padrões mínimos essenciais para a assistência hospitalar, sendo que três relacionavam-se à organização do corpo médico, um preconizava o adequado preenchimento do prontuário e o outro se referia à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento do paciente. Esses padrões referiam-se exclusivamente às condições necessárias para atividades médicas, não considerando a necessidade de dimensionar outros profissionais de saúde para o atendimento (SCHIESARI, 1999).

Inicialmente, a padronização tinha como finalidade a criação de um ambiente adequado para proteger o médico e em seguida passou a enfatizar a prática clínica. À medida que o sucesso do programa se espalhou, um número crescente de hospitais optou-se por se submeter ao processo. Em 1950, devido ao aumento da complexidade, da abrangência e dos

custos para sustentar o programa de padronização de hospitais, o Colégio Americano de Cirurgiões juntou-se ao Colégio Americano de Clínicos, à Associação Americana de Hospitais, à Associação Médica Americana e Canadense e esse grupo passou a compor a Joint Commission on Accreditation of Hospitals, organização que em 1952 ficou oficialmente responsável pela Acreditação. O trinômio “avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado (SCHIESARI, 1999).

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a Joint Commission buscou modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também os processos e os resultados da assistência. Os critérios mínimos indispensáveis para o funcionamento dos serviços transformaram-se em elementos reveladores do elevado padrão de prestação de assistência médica. Essa mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição de atenção da Joint Commission, originalmente na estrutura, para a consideração dos processos e resultados da assistência (ANTUNES, 2002).

Em 1987, refletindo a expansão do escopo das atividades da Acreditação, o nome da organização mudou de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (SCHIESARI, 1999). No mesmo ano, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) direcionou sua atuação com ênfase na assistência clínica por meio de monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho institucional e finalmente assumiu o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações. Em 1994 foi publicado o *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals* e posteriormente o ramo internacional de JCAHO desenvolveu padrões internacionais para o crescimento da atuação fora dos EUA (SCHIESARI, 1999).

Em 1989 a Organização Mundial de Saúde iniciou um trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando como tema a qualidade da assistência. A Acreditação passou a ser vista como elemento importante para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Com isso, o processo de qualidade pretendia contribuir para uma mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os níveis e serviços um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição, com o planejamento de metas claras e mobilização constante para o aprimoramento dos objetivos no que se refere à garantia da qualidade da atenção médica (ANTUNES, 2002).

O processo de Acreditação, no Brasil, começa a tornar-se possível no início dos anos noventa, com publicação da *Acreditação de Hospitais para a América e Caribe*. Em 1990 foi firmado um convênio entre a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina”, estruturado em padrões e níveis de complexidade, sendo que a avaliação final é determinada pelo o nível mínimo atingido. Em 1992, foi realizado em Brasília o primeiro seminário nacional de Acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais de área da saúde, sendo apresentado o *Manual de Acreditação* (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Em 1998, foi elaborada uma nova versão do *Manual de Acreditação* e discutidas as normas técnicas que regulamentam o papel do órgão acreditador, a relação entre a instituição acreditadora e o Ministério da Saúde, o código de ética e o perfil do avaliador. Em agosto de 1999, a ONA, órgão credenciador das instituições acreditadoras, passou a ser responsável pelo estabelecimento de padrões e monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Assim, inicia-se oficialmente, no país, o processo de Acreditação em 2000 (BRASIL, 2002).

2.1.2 Organização Nacional de Acreditação Hospitalar

No período de 1998 e 1999, o Ministério da Saúde divulgou o projeto da “Acreditação do Brasil”, por meio de um ciclo de palestras que tinha como objetivo apresentar o projeto desenvolvido pelo Ministério, para sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o sistema brasileiro de Acreditação, bem como, a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA) (SCHIESARI, 1999).

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo com vista a permanente melhoria da qualidade de assistência (ONA, 2000). Segundo Antunes (2002), missão da ONA é a promoção de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área da saúde no Brasil. Ela é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras.

As empresas acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (FELDMAN *et al.*, 2005).

A organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de Acreditação estará firmando sua responsabilidade e seu comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com a eficiência dos procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população (ONA, 2000).

A Acreditação Hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, constituídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumento que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados. A solicitação da Acreditação pela instituição é um ato voluntário, periódico, espontâneo, reservado e sigiloso em que se pretende obter a condição de acreditada de acordo com padrões previamente aceitos, na qual é escolhida a instituição acreditadora que desenvolverá o processo de Acreditação (BRASIL, 2004).

Ao contrário dos processos tradicionais de avaliação, possui uma forte abordagem educativa, baseada na reflexão da prática profissional, que leva a elaboração de padrões de excelência de desempenho. Por ser um processo, sobretudo reflexivo, sempre revela novas formas de visualizar e agir sobre os problemas da instituição (ROONEY; OSTENBER, 1999).

Nos últimos anos, percebem-se importantes modificações na área da saúde no que se refere à necessidade de alcançar uma maior competitividade e conquistar novos mercados. O aumento crescente nos custos dos cuidados oferecidos, a necessidade de atender a expectativa e direitos do cliente, a preocupação com a garantia da segurança de atendimento são aspectos que exigem dos profissionais de saúde uma mudança na forma de gerir a saúde, sendo inovadores e, além de tudo, mostrando excelência no seu trabalho. Para garantir essa excelência e acompanhar os avanços, os hospitais sentiram a necessidade de criar métodos avaliativos para a prestação de seus serviços (FELDMAN *et al.*, 2005).

De acordo com Bittar (2001), medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é fundamental para o planejamento, organização, direção, avaliação e controle das atividades desenvolvidas. Silva (2003) destaca:

O hospital como uma empresa prestadora de serviços vem passando por uma rápida evolução tecnológica que atinge diretamente a todos os seus usuários. Nesse processo surgiram os programas de gestão pela qualidade, que são sistemas estruturados de forma a atender e superar as necessidades e expectativas dos clientes, através de controle e aperfeiçoamento contínuo do seu processo de trabalho (SILVA, 2003, p. 111).

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar visa o amplo conhecimento a respeito de um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, mediante a avaliação periódica do serviço. Para isso instituiu, no âmbito hospitalar, mecanismos para avaliação e aprimoramento contínuos da qualidade da assistência prestada. Sua concretização ocorreu mediante a elaboração do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar* (MBAH), o qual aborda os benefícios que as organizações de saúde obtêm ao se inserirem no processo de Acreditação Hospitalar, uma vez que a instituição demonstrará “responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população” (BRASIL, 2006, p. 24). Ademais, o manual enfatiza que o certificado da qualidade conquistado é reconhecido externamente, transmitindo, assim, segurança, confiança e credibilidade para os clientes internos e externos, bem como para a sociedade.

Os itens de verificação apontam as fontes em que os avaliadores podem procurar as provas, ou aqueles que o hospital possa apresentar para indicar o cumprimento de determinado padrão e em que nível. Essas fontes podem ser documentos do hospital, entrevistas com a chefia de serviço, funcionários, clientes, familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros (BRASIL, 1999).

A auditoria é dos mecanismos mais eficazes para o aperfeiçoamento de um sistema de gestão da qualidade. Ele se baseia na detecção de deficiências que, pelo hábito, passam despercebidas por aqueles ligados a uma atividade. De uma maneira geral, pode-se dizer que a auditoria da qualidade é uma operação fundamentada em dados e fatos que visa determinar, com base em evidências objetivas, se os documentos e processos aplicáveis são adequados e observados. Nesse foco, as auditorias possuem duas classificações: interna e externa. Sendo que a primeira tem o objetivo de autoavaliação e é realizada por pessoas que não estejam diretamente envolvidas naquela atividade, mas podendo ser membros da própria instituição. Já a auditoria externa é realizada por um órgão certificador externo à organização e tem como objetivo avaliar e certificar o sistema de gestão da qualidade de uma instituição (SCHIESARI, 1999).

Em se tratando da auditoria externa, a avaliação consiste em dois momentos: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna para todos os funcionários. Posteriormente, a visita acontecerá através da solicitação voluntária do hospital à instituição acreditadora. A duração da visita dos avaliadores é variável em função do porte e da complexidade do hospital. Neste momento,

todos os setores e unidades são avaliados dentro de uma programação definida, junto aos responsáveis pelo hospital (BRASIL, 1999).

Conforme determinação da ONA em 1999, a organização aprovada por este sistema de avaliação receberá o certificado de organizações acreditadas, com validade de dois anos para os níveis 1 (acreditada) e 2 (acreditada plena) e de três anos para nível 3 (acreditada com excelência). Para que as organizações acompanhem o processo de mudança e aperfeiçoamento, ao final do período de Acreditação deverão ser submetidas à nova avaliação para assegurar o padrão de qualidade na sua prática assistencial (BRASIL, 2002).

2.2 Padrões e itens de orientação para a Acreditação Hospitalar

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções. As seções representam os serviços, setores ou unidades com características semelhantes para que a instituição seja avaliada segundo uma consistência sistêmica; as subseções tratam do escopo de cada serviço, setor ou unidade, segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade (BRASIL, 2004).

A lógica das subseções é a de que todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação. Cada subseção é composta por padrões que procuram avaliar estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade sendo que cada padrão é constituído por uma definição e uma lista de itens de orientação que auxiliam na identificação do que se busca avaliar e na preparação das instituições prestadoras de serviço de saúde para o processo de Acreditação. Um nível superior só é alcançado quando o anterior tiver sido atingido (LABBADIA, *et al.*, 2004).

Os padrões exigidos e verificados na avaliação são divididos por níveis 1, 2 e 3, com seus princípios norteadores e por padrões, sendo que cada padrão representa uma definição e uma lista de verificação que permite a identificação da sua necessidade e a concordância com o padrão estabelecido:

Nível 1 – Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Princípio: Segurança (Quadro 1).

Nível 2 – Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui

programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Princípio: Organização (Processos) (Quadro 2).

Nível 3 – Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise-crítica. Princípio: Excelência na Gestão (Resultados) (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – ONA – MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES. MBA-OPSH, 2006, p. 23-24).

Nos itens a seguir serão especificados os três níveis de complexidade estruturados pelo MBAH:

2.2.1. Estrutura (segurança)

O nível 1 da Acreditação corresponde ao princípio da segurança e estrutura, com padrões e itens de orientação específicos (Quadro 1). Assim, o hospital é reconhecido como instituição acreditada quando cumpre integralmente os requisitos de nível 1.

QUADRO 1

Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 1 (acreditado)

Padrão	Itens de orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para sua atividade conforme legislação correspondente; • Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade técnica conforme legislação; • Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; • Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo) • Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, de infecções e biossegurança.

Fonte: MBA-OPSS/ONA-2006/2008.

Em relação ao nível 1, a instituição precisa atender as exigências que contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação. Além disso, precisa oferecer atendimento seguro aos clientes e para que isso ocorra é imprescindível o controle de riscos aos pacientes.

Nesse contexto, o *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar* (2006) adverte que o risco está classificado de acordo com a probabilidade de ocorrência de um evento adverso, situação que afeta a integridade dos profissionais de saúde ou dos clientes/pacientes. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2006), o risco em serviços de saúde é atribuível à estrutura, processos de trabalho, produtos e tecnologias de saúde. A esse respeito, Kohn (2000) reforça que o erro se relaciona com dois tipos de falhas, as quais sejam uma de execução, quando a ação não é feita de maneira correta como pretendida e a outra de planejamento, em que a ação planejada não é a correta. Sendo assim, a assistência na saúde que é por princípio, uma atividade de risco, apresenta a necessidade de lograr pela gestão da segurança do ambiente hospitalar, com o intuito de aprimorar e ampliar a qualidade dos seus serviços.

2.2.2 Processos (organização)

O nível 2 da Acreditação corresponde ao princípio da organização (processos), com padrões e itens de orientação específicos (Quadro 2). Assim, o hospital é reconhecido como instituição acreditada plena quando cumpre integralmente os requisitos de nível 1 e 2.

QUADRO 2

Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 2 (acreditado pleno)

Padrão	Itens de orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; • Estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; • Possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação, definição, padronização e documentação dos processos; • Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; • Estabelecimento dos procedimentos; • Documentação (procedimento e registros) atualizada, disponível e

	<p>aplicada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de indicadores para os processos identificados; • Medição e avaliação dos resultados dos processos; programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; • Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.
--	--

Fonte: MBA-OPSS/ONA-2006/2008.

Nesse nível, as exigências são as evidências de adoção de planejamento da assistência referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle de indicadores, estatísticas básicas para tomada de decisão clínica e gerencial e à prática de auditoria interna (MBAH, 2006).

Nesse foco, Bittar (2001) ressalta que os processos referentes à organização, princípio instituído pelo nível 2 de exigência, são atividades de cuidados realizados para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas a infraestrutura. Isto é, são técnicas operacionais, que se atém essencialmente à realização do fazer dos profissionais de saúde no que diz respeito ao ponto de vista técnico, na condução dos cuidados, do diagnóstico, da terapia e quanto a sua interação com os pacientes por meio de elaboração dos registros clínicos, diagnóstico, tratamento, evolução e transferência dos clientes.

Além disso, para a instituição atender ao nível 2, a mesma precisa estabelecer os indicadores que vão medir o processo de trabalho de forma sistemática, para ser utilizada posteriormente como forma de avaliação dos serviços oferecidos. Segundo Bittar (2001), os indicadores mensuram aspectos quantitativos que podem ser usados como instrumento para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados promovidos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Sendo assim, o acompanhamento e avaliação desses indicadores são essenciais para a elaboração de programas de educação e treinamento continuado, favorecendo dessa forma a melhoria do cuidado prestado. No *Manual Brasileiro de Acreditação* (2006) é ressaltada a necessidade de que os hospitais devam conhecer e efetivamente gerenciar seus processos, identificando e monitorando seus desempenhos, a fim

de obter a melhoria do desempenho e conseqüentemente dos serviços prestados aos clientes/pacientes. Para isso, é sugerida a adoção de um programa de capacitação contínua e consistente.

Não apenas os indicadores de processo, mas também a padronização das rotinas, que é denominado de Procedimento Operacional Padrão (POP), fazem parte da exigência do nível 2. Por meio do POP, cada setor no hospital terá suas rotinas padronizadas e documentadas. Sendo assim, é imprescindível que as mesmas estejam disponíveis para todos os funcionários e que estes estejam aptos a realização do procedimento com qualidade. Isso é possível de ser conquistado pela educação continuada referida anteriormente.

2.2.3 Resultados (excelência na gestão)

O nível 3 da Acreditação corresponde ao princípio da excelência na gestão (resultados/melhorias), com os padrões e itens de orientação específicos (Quadro 3).

QUADRO 3

Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 3 (acreditado com excelência)

Padrão	Itens de orientação
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; • Dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidência de tendência favorável para os indicadores; • Apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); • Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas; • Estabelecimento de relação de causa e efeito entre os indicadores, em que os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e tomada de decisão; • Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; • Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; • Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.
--	---

Fonte: MBA-OPSS/ONA-2006/2008.

De acordo com os padrões e itens de verificação do MBA-OPSS (2006), o nível 3 orienta para a gestão estratégica da organização. Os requisitos segurança, organização e práticas de gestão de qualidade são direcionados ao planejamento estratégico, com definição de objetivos alinhados às perspectivas organizacionais, metas, planos de ação e indicadores que permitam acompanhar e verificar o seu cumprimento a fim de obter melhoria contínua. Esses objetivos estratégicos contemplam perspectivas que contribuem para a realização da visão de futuro da organização. Assim, as exigências desse nível contêm como estrutura novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, evidências objetivas de utilização da tecnologia de informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Nesse contexto, todos os atributos levantados devem interagir entre si, de forma que a instituição atinja seu objetivo principal que é prestar um atendimento de excelência.

2.3 Participação dos profissionais na gestão da qualidade

A qualidade no campo hospitalar somente se completa através da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde (BONATO, 2007). Neste sentido, MEZOMO (2001) reforça que o grande diferencial das instituições de saúde está cada dia mais centrado na qualidade do pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem

significar pouco, caso os profissionais não estejam comprometidos e envolvidos em meio às necessidades dos clientes. Com efeito, as instituições estão redescobrando o sentido do trabalho das pessoas e estão percebendo a importância do reconhecimento do profissional, da educação continuada, do conhecimento da missão da organização e de seus objetivos e metas, tudo em busca de melhorias contínuas. Dutra (2004, p. 126) ressalta que as “organizações modernas estão cada vez mais preocupadas em direcionar os investimentos no desenvolvimento humano, de modo que eles agreguem valor para a pessoa e para a empresa”. Além do mais, o mesmo autor afirma que essas pessoas atuam como agentes de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a instituição. Cabe ressaltar o entendimento de agregação de valor como algo que a pessoa entrega para a instituição de forma efetiva e que fica, mesmo quando a pessoa sai da organização. Assim, a “agregação de valor não é como uma meta de faturamento ou de produção, mas a melhoria de um processo ou a introdução de uma nova tecnologia” (DUTRA, 2004, p.130).

A nova filosofia de administração centrada na busca de melhorias privilegia o trabalho em equipe, a manutenção das pessoas nas empresas, o respeito e o valor de quem produz, crescendo, assim, a consciência de que os profissionais são o cerne da gestão da qualidade, ao passo que sem eles não é possível atender às expectativas e necessidades dos clientes que estão cada vez mais exigentes (MEZOMO, 2001).

De acordo com Novaes e Bueno (1998), o Programa de Acreditação contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Com isso, os profissionais serão estimulados a participar do processo que visa à mobilização e criação de metas objetivas, com intuito de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada. Reforçando a ideia apresentada, Porto e Rego (2005) alertam para a existência de um movimento direcionado à garantia da qualidade com destaque na valorização do aspecto humano, no sentido de oportunizar melhorias das relações humanas, maior envolvimento e comprometimento das pessoas e dos padrões éticos de atendimento que almejam a satisfação e o acompanhamento das necessidades humanas.

Nesse foco, Neto e Bittar (2004) apontam que a qualidade é um processo de transformação do trabalho e do comportamento das pessoas no sentido da melhoria dos procedimentos e dos resultados da instituição. Assim, essas conquistas apenas serão possíveis por meio de capacitação coletiva, buscando tornar o trabalho mais significativo. Esse mesmo autor ressalta que as organizações hospitalares ao focarem a qualidade do atendimento e a melhoria contínua, associado a uma profunda mudança cultural, treinamento em liderança e educação continuada de todos os níveis funcionais, poderiam atender melhor seus clientes.

Mezomo (2001) reforça que é imprescindível o envolvimento das pessoas na gestão da qualidade. Para que isso aconteça é fundamental, em primeiro lugar, fortalecer as pessoas pela educação continuada e capacitação permanente, pois só assim os funcionários terão segurança e senso crítico, serão criativos e avaliarão melhor os processos, dando-lhes mais eficácia, e garantirão os resultados previstos. A segunda medida necessária é o preparo das pessoas para o trabalho em equipe, o que aumenta o compromisso recíproco, incentiva a produtividade e gera um elevado nível de satisfação. E, por fim, a terceira medida que contempla além das duas primeiras já mencionadas, a necessidade das pessoas conhecerem de forma clara a definição da missão da organização, bem como os princípios por ela adotados. Assim, de acordo com esse autor, essas três medidas mencionadas farão nascer a motivação verdadeira para o trabalho e a solidariedade das pessoas com a organização, pilares importantes para a conquista dos objetivos institucionais.

Com isso, considerando o profissional de saúde um elemento fundamental no processo de Acreditação, além de sua ação influente na busca de melhorias contínuas, bem como na adesão e manutenção do processo de Acreditação, indaga-se: Como o profissional de saúde percebe o processo de Acreditação?

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que tem como interesse a percepção dos profissionais de saúde a respeito do sistema de Acreditação Hospitalar. A metodologia escolhida apresenta-se como uma possibilidade que extrapola a quantificação de dados. Para Minayo (2007), esse tipo de abordagem aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam. Segundo a autora, essa estratégia, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Corroborando, Turato (2005) ressalta que a pesquisa qualitativa proporciona o entendimento de significados de determinado fenômeno e a sua importância individual e coletiva no cotidiano das pessoas. Assim, a abordagem qualitativa se aprofunda no "mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas" (MINAYO, 2007, p. 21-22).

Neste foco, o uso de método qualitativo é aplicável ao estudo em questão como um instrumento fundamental para compreensão do processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva dos profissionais de saúde.

3.1 Estratégia de pesquisa

Neste estudo, optou-se pela utilização do estudo de caso de natureza qualitativa a fim de compreender o fenômeno. Triviños (1987) ressalta que este método é um dos mais relevantes da pesquisa qualitativa, por permitir a observação do fenômeno em sua evolução e preservando os significados dos acontecimentos no cotidiano de trabalho.

De acordo com Ludke e André (1986), o estudo de caso constitui-se como uma unidade inserida em contexto mais amplo, profundo, com a finalidade de apreender de maneira mais completa da realidade, a particularidade e singularidade daquele caso. Os mesmos autores reforçam que tal estratégia permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Corroborando, Yin (2005) salienta que o estudo de caso é uma estratégia escolhida para a análise de

acontecimentos contemporâneos por meio de observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados ou entrevistas das pessoas envolvidas.

Diante do exposto, o estudo de caso buscou aprofundar questões que emergem a partir da percepção dos profissionais de saúde de um hospital privado de Belo Horizonte, sobre o fenômeno Acreditação Hospitalar.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital privado, de médio porte, de Belo Horizonte, inaugurado em 2004 na perspectiva de ser referência de qualidade no atendimento para todos os hospitais da rede conveniada. Ressalta-se que o referido hospital foi acreditado em nível de excelência, atingindo êxito em todas as etapas do processo de Acreditação (estrutura, processo e resultados) no ano de 2006. Foram incluídos na pesquisa os setores de internação, Bloco Cirúrgico (BC) e Unidade de Cuidados Progressivos (UCP). O critério de inclusão foi o fato de existirem desde o momento da inauguração até a primeira auditoria externa.

Esse hospital funciona 24 horas por dia, com aproximadamente 116 leitos e 14 andares (sede e anexo) e proporciona atendimento clínico, cirúrgico além de terapia intensiva neonatal e adulta, prestando atendimento por convênio. Sua Missão é oferecer aos clientes assistência médico-hospitalar de forma humanizada com qualidade, buscando a excelência em seus serviços, assegurando competitividade e condições adequadas de trabalho para o corpo clínico (UNIMED, 2008).

A escolha desse cenário aconteceu por ser um local em que a pesquisadora já havia trabalhado e vivenciado a experiência do processo de Acreditação desde a criação do hospital, além de ter uma boa inserção no campo, o que facilitaria o contato e abertura para a realização do estudo. Ressalta-se que esse local é um hospital de referência para a rede credenciada que atualmente possui mais de 700 mil clientes.

3.3 Sujeitos da pesquisa

De acordo com Minayo (2004), ao ser delineada a população com a qual se pretende trabalhar em um estudo qualitativo, a preocupação deve recair no aprofundamento e abrangência da compreensão, em detrimento do valor numérico que leva a generalização dos resultados. Para essa autora, “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2004, p. 102).

Assim, a escolha dos sujeitos da pesquisa foi realizada de maneira intencional, restringindo-se aos profissionais de saúde que participaram do processo de Acreditação Hospitalar desde a primeira auditoria e que prestavam atendimento direto e contínuo aos usuários do serviço. Foram, portanto, incluídos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos alocados nos setores de internação, Bloco Cirúrgico (BC) e Unidade de Cuidados Progressivos (UCP). A justificativa para a utilização de tais setores foi o fato de existirem desde a abertura do hospital e assim terem vivenciado o processo de Acreditação já na primeira auditoria. Além disso, não foi escolhido apenas um setor do hospital, pois poderiam existir divergências em relação à percepção dos profissionais de um setor para o outro no que diz respeito ao processo de Acreditação. Dentro dessa população preocupou-se em realizar a entrevista com pelo menos um profissional de cada área para não privilegiar uma categoria ou outra. Foram excluídos os profissionais com menos de 03 (três) anos na instituição devido ao fato de não terem vivenciado o processo da Acreditação desde a primeira auditoria.

Após a apresentação da proposta de estudo e autorização da gerência administrativa do hospital (APÊNDICE A), foi feito um levantamento dos profissionais que trabalhavam no hospital desde a primeira auditoria, levando-se em consideração os critérios de inclusão do estudo. De posse do levantamento foi realizado o agendamento das entrevistas com os profissionais de acordo com a sua disponibilidade, para dar início à coleta de dados. Antes de iniciar as entrevistas, os sujeitos foram informados sobre o objetivo, justificativa e finalidades do estudo, atendendo a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (APÊNDICE B). Todos os sujeitos que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Este estudo obedeceu a critério de saturação de dados. Segundo Turato *et al.*, (2008) a saturação de informações pode ser definida como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma

certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (TURATO *et al.*, 2008, p. 17). Dessa forma, constituíram sujeitos da pesquisa trinta e quatro profissionais de saúde de diferentes categorias alocados nos três setores UCP, BC e setor de internação. Ressalta-se que nenhum psicólogo foi incluído no estudo por não apresentar o tempo mínimo do critério de inclusão na instituição. Além disso, notifica-se que três enfermeiras da Unidade de Cuidados Progressivos e que foram incluídas na pesquisa vivenciaram a primeira auditoria ainda como acadêmicas de enfermagem. Contudo, foi relevante incorporá-las, pois elas contribuíram efetivamente no processo de Acreditação, apesar de ainda não terem naquele momento o registro de enfermagem.

Durante as entrevistas pode-se perceber certa dificuldade em entrevistar os médicos do Bloco Cirúrgico, pois eles comparecem ao setor de forma eventual para a realização de procedimentos e, conseqüentemente, a rotatividade era maior.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro a novembro de 2008, durante o horário de trabalho dos profissionais e no próprio hospital, buscando garantir um ambiente neutro que preservasse a privacidade e o anonimato do informante. No quadro 4 são apresentadas as informações sobre os participantes do estudo: função, sexo, tempo de instituição, unidade que está alocado e turno de trabalho. As entrevistas foram identificadas pelas siglas de cada profissão e por um número referente de representante de cada categoria profissional.

QUADRO 4: Sujeitos da pesquisa

Entrevistas (Ordem)	Função	Sexo	Tempo de instituição	Unidade	Turno
ENF 1	Enfermeira	Feminino	3 anos	UCP	Diurno
TE 1	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos e 6 meses	UCP	Diurno
TE 2	Técnico de Enfermagem	Feminino	4 anos	UCP	Diurno
TE 3	Técnico de enfermagem	Feminino	3 anos	UCP	Diurno
TE 4	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos	UCP	Diurno
TE 5	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos	UCP	Diurno
TE 6	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos e 6 meses	UCP	Diurno
TE 7	Técnico de Enfermagem	Feminino	4 anos e 6 meses	UCP	Noturno
ENF 2	Enfermeira	Feminino	3 anos	UCP	Noturno
ENF 3	Enfermeira	Feminino	3 anos e 6 meses	UCP	Noturno
MED 1	Médico	Feminino	4 anos	UCP	Noturno

MED 2	Médico	Masculino	3 anos	UCP	Noturno
TE 8	Técnico de Enfermagem	Feminino	5 anos	Unidade de Internação	Diurno
TE 9	Técnico de Enfermagem	Feminino	5 anos	BC	Diurno
TE 10	Técnico de Enfermagem	Feminino	5 anos	BC	Diurno
TE 11	Técnico de Enfermagem	Feminino	4 anos e 11 meses	BC	Diurno
TE 12	Técnico de Enfermagem	Masculino	4 anos e 10 meses	BC	Diurno
ENF 4	Enfermeira	Feminino	3 anos	UCP	Noturno
ENF 5	Enfermeira	Feminino	3 anos e 10 meses	UCP	Noturno
ENF 6	Enfermeira	Feminino	5 anos	BC	Diurno
ENF 7	Enfermeira	Feminino	3 anos	Unidade de Internação	Diurno
MED 3	Médico	Masculino	4 anos	UCP	Diurno
MED 4	Médico	Feminino	4 anos	UCP	Diurno
TE 13	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos e 6 meses	UCP	Diurno
TE 14	Técnico de Enfermagem	Feminino	3 anos e 6 meses	UCP	Diurno
FIS 1	Fisioterapeuta	Feminino	4 anos	UCP/ Unidade de Internação	Noturno/ Diurno
FIS 2	Fisioterapeuta	Feminino	5 anos	UCP/ Unidade de Internação	Diurno
FIS 3	Fisioterapeuta	Feminino	4 anos	UCP	Diurno
FON 1	Fonoaudióloga	Feminino	4 anos	UCP/ Unidade de Internação	Diurno
TE 15	Técnico de Enfermagem	Feminino	5 anos	Unidade de Internação	Diurno
MED 5	Médico	Masculino	4 anos e 9 meses	Unidade de Internação/ BC	Diurno
MED 6	Médico	Feminino	5 anos	UCP	Noturno
ENF 8	Enfermeira	Feminino	5 anos	UCP	Noturno
ENF 9	Enfermeira	Feminino	3 anos	UCP	Noturno

Fonte: Dados do estudo.

De acordo com o quadro 4, pode-se observar uma participação maior da categoria de enfermagem com 26,47% de enfermeiros e 44,12% de técnicos de enfermagem, enquanto havia 17,7% de médicos, 8,8% de fisioterapeutas e 2,91% de fonoaudiólogas. Tal fato se explica pelo maior número de representantes da enfermagem no hospital. Além disso, uma expressiva contribuição do setor UCP com 67,64% dos entrevistados é justificada pela presença de mais profissionais com maior tempo de permanência no hospital. Entretanto, a participação dos profissionais da Unidade de Internação foi menor dentre os três setores, por ter enfrentado uma alta rotatividade de funcionários durante as três auditorias. Ressalta-se, ainda, a participação tanto do plantão noturno, com 35,3% dos entrevistados, quanto do plantão diurno, com 67,64%, que foram de fundamental importância para o estudo. Por fim, em se tratando do tempo de permanência na instituição, 64,7% dos entrevistados possuíam de 3 anos a 4 anos e 35,3% haviam sido contratados antes da inauguração do hospital.

3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

Para a realização do estudo, o projeto teve aprovação do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Enfermagem (ANEXO A) e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG (ANEXO B), além da chancela do Hospital cenário da pesquisa (APÊNDICE A).

Foi utilizada a entrevista com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE D) como instrumento de coleta de dados para compreender o processo da Acreditação na perspectiva de profissionais de saúde. Conforme Minayo (2004), essa técnica permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Triviños (1987) ressalta que a entrevista semi-estruturada privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos informantes, o que permite a participação dos mesmos na elaboração do conteúdo da pesquisa por meio de suas experiências. As entrevistas foram gravadas para garantia de sua totalidade e da fidedignidade das informações, mediante autorizações prévias e transcritas à íntegra, para posterior análise e interpretação dos depoimentos dos entrevistados.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (2004), busca alcançar uma interpretação mais profunda do fenômeno além de ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem. Segundo Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação 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 destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Esse tipo de método de análise, além de permitir desvelar processos sociais ainda desconhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e de categorias durante a investigação (MINAYO, 2007). Dessa forma, o método qualitativo proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos direcionados à compreensão da manifestação do objeto de estudo, e é caracterizado pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado (TURATO, 2005).

A escolha desse método de análise pode ser explicada pela necessidade de compreender o significado e percepção sobre o processo da Acreditação fornecida pelos profissionais de saúde.

Segundo Minayo (2007), a análise temática de conteúdo se desdobra em 3 fases distintas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. Assim, na perspectiva dessa mesma autora, foi realizada a pré-análise que remeteu na ordenação dos dados após transcrição à íntegra das entrevistas, leitura flutuante e exaustiva e posteriormente organização do material para determinar as unidades de registros e a forma de categorização.

A segunda etapa consistiu de exploração do material para o procedimento de codificação de temas e subtemas, classificação e agregação dos achados de acordo com o problema explicitado. Para tanto, o texto foi recortado em unidades de registros para ser realizada a classificação e agregação dos dados (MINAYO, 2007). Desse processo, emergiram os temas relevantes e foram elaboradas as seguintes categorias empíricas:

- 1) A Acreditação na visão dos profissionais de saúde;
- 2) As implicações do processo de Acreditação para pacientes, hospital e profissionais de saúde;

- 3) Aspectos facilitadores e dificultadores da Acreditação Hospitalar;
- 4) Estratégias apontadas pelos profissionais de saúde em busca da manutenção do processo de qualidade.

Na terceira etapa da análise temática de tratamento dos resultados obtidos, estes foram interpretados e discutidos com embasamento nos materiais empíricos. Triviños afirma que o pesquisador não pode fechar-se exclusivamente ao “conteúdo manifesto” dos documentos. Ele deve “aprofundar sua análise tratando de desvendar o conteúdo latente que eles possuem” (TRIVIÑOS, 1987, p. 162).

A partir desse método de estudo, buscou-se a compreensão do processo de Acreditação, por meio das falas e relatos de experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A busca pela qualidade dos serviços de saúde é um grande desafio para as empresas envolvidas nesse ramo, as quais lutam para sobreviver em meio a um mercado cada vez mais competitivo. Nesse contexto, a Acreditação Hospitalar surge como um marco importante para os serviços de saúde. Mais do que nunca é momento de adequar às mudanças, romper barreiras, inovar, criar, perceber quão fundamental se mostra conhecer novas práticas de trabalho voltadas à segurança das rotinas e das condutas empregadas pelos profissionais de saúde. Contudo, é inquestionável que qualquer mudança gere, no mínimo, anseio ou descrença, até mesmo certo grau de resistência por parte de algumas pessoas, pois é previsível que a segurança no conservadorismo retarde o nascimento de técnicas inovadoras.

Com a Acreditação Hospitalar não acontece de forma diferente. De fato, nota-se a existência de uma arena de discussão fértil em torno do tema, ainda novidade para os profissionais que a experimentam. Além disso, a maioria dos profissionais não teve a oportunidade de refletir sobre seus conceitos, pois ainda não são todas as instituições de saúde que se engajaram na proposta da Acreditação Hospitalar. Assim, a maior parte dos profissionais não teve a chance de lidar com esse novo processo de trabalho.

O presente estudo buscou a compreensão da Acreditação Hospitalar por meio de relatos dos profissionais de saúde envolvidos no novo processo. Com isso, identificadas diversas interpretações sobre a gestão inovadora da qualidade na ótica dos pesquisados, os dados foram analisados a partir das seguintes categorias, apresentadas a seguir:

4.1 A Acreditação na visão dos profissionais de saúde

O que você entende por Acreditação Hospitalar? Quando questionados, os sujeitos da pesquisa demonstraram a preocupação em expressar seu conhecimento e uma definição “pronta” sobre a política de qualidade, inclusive com citações dos princípios preconizados pela Acreditação. Todavia, nesse primeiro discurso, pouco foi relatado sobre a vivência no processo de Acreditação e sua aplicabilidade no contexto de trabalho, informações essas comumente esperadas daqueles que privilegiam a prática em detrimento da teoria.

A resposta inconsistente, imediatista e padronizada revela a ausência da reflexão prévia acerca do significado da Acreditação. A primeira razão que pode justificar o fato observado é a proximidade de uma auditoria externa envolvendo o processo de Acreditação,

que seria realizada logo após a coleta dos dados da pesquisa. Assim, ao responder a indagação referida, os entrevistados, munidos da memorização conceitual embasada na cartilha fornecida pelo hospital, apenas repetiram conteúdos que lhes foram apresentados para aprendizado e fixação. O segundo motivo talvez resida na complexidade dos princípios e dos valores embutidos no processo, que necessitam ser trabalhados não só na dimensão operacional ou técnica, mas também em relação aos aspectos subjetivos que envolvem valores individuais e sociais, crenças e relações interpessoais dos profissionais inseridos na Acreditação. Os extratos dos depoimentos apresentados a seguir demonstram a assimilação do conceito teórico pelos profissionais de saúde que preocuparam inclusive, em relatar os três níveis de exigência do processo de qualidade (estrutura, processo e resultado), mas não refletem uma maneira espontânea do que se trata a Acreditação Hospitalar no cotidiano:

É um processo, uma ferramenta que o hospital utiliza para estar, como que eu posso dizer, para estar certificando que o produto, que o serviço que ele presta, é um serviço de qualidade, que tem garantia, que tem todos aqueles níveis de segurança, os processos, que está sempre buscando melhorar. (ENF 4)

É um processo para ter uma qualidade, segurança, melhorias, envolvimento da empresa, que dá ao cliente uma garantia de um bom atendimento, de segurança, e os médicos também, os colaboradores acho que todo mundo está ficando envolvido nisso. (TE 15)

É um processo que o hospital faz para conseguir uma excelência no que se diz no atendimento ao paciente e aos envolvidos, no caso, os médicos daqui, os médicos cooperados, os clientes, tanto internos como externos. (TE 12)

Os discursos apresentados condizem com o que é preconizado no *Manual Brasileiro de Acreditação* (2006), que traça conceitos e objetivos do processo de qualidade. Contudo, considerando que o objetivo deste estudo vai além da avaliação do conhecimento teórico do sistema, pretende-se compreender a percepção do profissional de saúde acerca do processo de Acreditação. Para que isso ocorresse foi necessário aprofundar no contexto de trabalho em que o profissional de saúde estava inserido, bem como nas suas relações cotidianas.

Assim, com o desenrolar da entrevista, os sujeitos começaram a expor seus pensamentos de forma mais espontânea e reflexiva, mostrando efetivamente a prática cotidiana adotada costumeiramente para relatar o que entendiam sobre a Acreditação. Ressalta-se que definir o que se entende por Acreditação não é uma tarefa fácil, pois esse conceito abrange princípios complexos de difícil transmissão em um só momento ou em

poucas palavras. Segundo Kluck *et al.* (2002), a definição de qualidade é complexa, pois deve fazer referência a todas as dimensões e dependerá do ponto de vista de quem a define. Desta forma, para conseguir alcançar a percepção dos sujeitos da pesquisa a respeito do processo de Acreditação, a opção foi analisar cada aspecto referente ao sistema de qualidade apontado pelos profissionais de saúde.

Cabe salientar que entre os vários aspectos apresentados pelos sujeitos no transcorrer das entrevistas, foi observada a preocupação referente à necessidade em se engajar no processo de qualidade para atender às exigências do mercado de trabalho. Os profissionais reconhecem, através de sua prática, que a Acreditação pode ser considerada uma estratégia geradora de qualificação para si, além de um *plus* para a instituição no competitivo cenário empresarial vinculado à saúde. Segundo Couto e Pedrosa (2007), hoje indiscutivelmente torna-se uma necessidade buscar a qualidade da prestação de serviço para se manter no mercado de trabalho extremamente competitivo. Tal fato é observado nos depoimentos dos entrevistados:

A Acreditação seria uma forma de qualificação do hospital para poder, vamos dizer, atender as exigências do mercado, né? (MED 3)

O hospital passa a ser reconhecido, é o nome da empresa, se destaca e garante qualidade. (TE 15)

A acreditação também é vista como uma forma de avaliação do sistema de saúde, em atenção à melhor garantia de qualidade na assistência oferecida aos clientes. A esse respeito, Adami *et al.* (2006) salientam que, tendo em vista a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para dinamizar progressivamente a qualidade dos serviços prestados. Tal situação é confirmada nos relatos abaixo:

Acreditação é um processo de auditoria que visa avaliar a qualidade de serviços prestados aos clientes de acordo com alguns critérios. (TE 3)

É um processo de avaliação das condutas e sistematização do hospital, no geral, que visa à qualidade. (ENF 4)

O objetivo da Acreditação é melhor assistência e melhorar para o cliente. (ENF 7)

É tentar dar o melhor atendimento ao paciente, cada vez mais. (TE 7)

É chegar a um nível de melhora contínua, de buscar com que todo o serviço de saúde, ele transforme todos os processos, todas as coisas que tem no setor de saúde em benefício do paciente, da melhor forma possível. (ENF 9)

O foco da Acreditação é oferecer um bom atendimento para os clientes. (TE 6)

Esses depoimentos refletem o conhecimento dos profissionais sobre o objetivo do processo de Acreditação, que é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, tendente a garantir qualidade na assistência mediante padrões previamente aceitos (NOVAES; PAGANNI, 1994). Um aspecto relevante pode ser depreendido dos depoimentos transcritos anteriormente: o foco do processo de Acreditação seria a busca pelo padrão de qualidade para os clientes e não para os próprios funcionários. Ora, o *Manual de Acreditação* (2006) faz referência não apenas aos pacientes, mas também aos profissionais como alvos do processo. Assim, os profissionais parecem não perceber que eles também são importantes no sistema de qualidade. Além disso, observa-se que aquela primeira resposta padronizada sobre o que é Acreditação, ainda que correta, expõe a dificuldade do profissional em incorporar todo o sentido do novo processo.

De outro lado, além da ideia de avaliação da instituição, a Acreditação também é percebida como meio de padronização de tarefas, a fim de propiciar uma uniformização de ações e possibilitar comparações entre hospitais. Isso pode ser observado no depoimento do MED 4:

A Acreditação foi criada com a finalidade de certa padronização entre todos os hospitais com intuito de tentar manter a melhor qualidade, de você poder comparar um hospital com o outro, tendo alguns critérios. (MED 4)

O reconhecimento, pelos entrevistados, de que a padronização traz benefícios como meio de comparação entre hospitais em busca de melhoria contínua é importante. Isso mostra que o funcionário percebeu a uniformização de forma positiva. Em 1993, Azevedo já apontava o termo qualidade como um fenômeno continuado de aprimoramento, estabelecendo progressivamente padrões e resultados de estudo em série na mesma organização, ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero.

Mais do que impressões quanto ao aprimoramento da instituição e quanto à padronização de rotinas a serem seguidas, houve também exposição de que o processo de Acreditação é outro meio criado para a melhoria do serviço. Segundo Lima e Erdmann (2006), a implantação de um sistema de gestão de qualidade desenvolve-se por rotinas,

procedimentos e por processos focados na satisfação do cliente. Os relatos a seguir apontam que o novo sistema de gestão visa a aprimorar o atendimento, em benefício do paciente e em prol da qualidade da prestação de serviços em geral:

Eu entendo que foi um processo de tentativa de melhoria da qualidade, do nível de saúde como um todo, no intuito de tentar alcançar a perfeição ao máximo. No intuito de chegar à melhoria contínua, transformar todos os processos de saúde em benefício do paciente, com menor custo e menor incidência dos agravos e melhor qualidade. (ENF 2)

É uma busca da qualidade da assistência da saúde, é trazer melhoria contínua. (TE 6)

Ainda no âmbito da melhoria contínua, os entrevistados veem no processo de Acreditação uma forma de obter mensuração de dados e de acompanhar e avaliar indicadores, proporcionando melhor qualidade assistencial para seus pacientes. Nesse contexto, Adami *et al.* (2006, p. 86) reforçam que a criação de indicadores é relevante para a avaliação dos processos, pois permite o monitoramento e a identificação de pontos de melhorias dos serviços para o alcance da qualidade. Corroborando, Bonato (2007) ressalta que sem a adoção dos indicadores que se constituem nas representações quantitativas e qualitativas de um sistema, a avaliação da qualidade ficará prejudicada, pois a instituição não terá parâmetros comparativos dos serviços que prestam. De tal modo, o pensamento descrito é evidenciado nos seguintes depoimentos:

Acreditação é uma maneira de melhoria, de controlar os processos, adequar, tendo como objetivo final de melhorar a assistência inclusive através de indicadores. A gente tenta identificar a coleta de evento adverso, qual é a causa raiz do problema que a gente está tendo e tenta criar com a equipe um plano de ação para melhorar a nossa assistência. (ENF 1)

Acreditação Hospitalar é uma forma que você tem de instalar no hospital, um processo de trabalho de qualidade que a gente pode acompanhar mensurar, progredir, comparar, melhorar. (ENF 3)

A esse respeito, Mezomo (2001) ressalta que a existência e a validade dos indicadores supõem uma administração capacitada e comprometida com o processo de mudança e de melhoria contínua. Partindo da mesma ideia, Donabedian (1998) descreve que para avaliar a qualidade assistencial é necessário traduzir conceitos e definições gerais da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos pilares da Acreditação, que são: estrutura, processo e resultado. Schiesari (1999)

reforça, ainda, que a mensuração da qualidade da assistência, por meio de métodos e ferramentas de qualidade, deve fazer parte da rotina de trabalho da equipe de saúde em busca de aprimoramento dos modelos de gestão e desempenho profissional. Assim, os indicadores podem constituir de instrumento de força para mudar processos internos de trabalho, quando a coleta e os resultados são tratados de forma correta (BONATO, 2007).

Outro aspecto importante, mencionado por alguns dos entrevistados, é a ligação da Acreditação Hospitalar com a segurança assistencial. Essa situação pode ser explicada pelo fato de a gestão de qualidade proporcionar maior controle de recursos materiais, gerando melhores condições de trabalho. Segundo Neto e Bittar, “o sistema da Acreditação foi utilizado originalmente para proteção médica e dos pacientes contra os efeitos nocivos de ambientes e organizações inadequadas à prática” (NETO; BITTAR, 2004, p. 35). Observa-se, também, que os entrevistados acreditam que o processo de qualidade é uma forma de segurança não só para os pacientes como para os próprios funcionários. O relevante dessa exposição é que no início dos depoimentos os funcionários não relacionaram o processo de Acreditação com alvo nos profissionais, mas, neste momento, quando abordados sobre o tema segurança assistencial, uma parcela dos entrevistados consegue perceber que o processo também os atinge:

É a segurança de estar trabalhando em um lugar de qualidade que gerencia os processos, ou seja, a gente tem a segurança de que não vai faltar equipamento, de que não vai faltar material. (TE 7)

Acredito que o serviço acreditado oferece um serviço seguro, de qualidade. (ENF 2)

Nota-se que parte dos entrevistados consegue visualizar o processo da Acreditação na sua esfera técnica, processual e operacional, ainda que não seja de forma integral. No entanto, poucos profissionais conseguem perceber que o sistema de qualidade abrange também aspectos subjetivos importantes, como valores individuais e sociais dos atores e das instituições envolvidos nesse contexto. Além disso, os entrevistados não apontaram a humanização da assistência como elemento indissociável à perfeita concretude do processo de Acreditação, tal como estabelece o *Manual de Acreditação* (2006).

Mezomo (2001) ressalta que a humanização do hospital não se confunde com iniciativas isoladas e esporádicas, devendo ser uma política integrada e centrada no atendimento personalizado do paciente. O mesmo autor salienta que a humanização do hospital é tão importante quanto o tratamento que ele oferece ao paciente, e que os

profissionais devem estar cientes disso, lembrando-se sempre que o desenvolvimento de novas técnicas e de sistemas de atendimento não pode ignorar que o objetivo de toda atividade hospitalar é o ser humano, aí observados paciente e profissional. Nessa mesma perspectiva, Neto e Bittar (2004) afirmam que as organizações de saúde, ao buscarem a excelência na prestação de serviços, visam à segurança do atendimento que perpassa os aspectos estruturais, de processo, organizacional e, fundamentalmente, o comportamento dos profissionais de saúde, não apenas sob o enfoque técnico-científico, mas acima de tudo humano.

O reconhecido da humanização da assistência associado à Acreditação foi mencionado por dois profissionais técnicos de enfermagem:

A Acreditação leva uma enfermagem mais humanizada. (TE 14)

Acreditação Hospitalar? Eu acredito que é um serviço mais humanizado, né? Pensando mais no cliente e também nos profissionais que trabalham. (TE 5)

Chama atenção nesses dois últimos discursos, o fato da política de humanização ser reconhecida apenas por profissionais da equipe de enfermagem, notadamente técnicos de enfermagem. Tal fato pode sinalizar uma maior preocupação e sensibilidade desta categoria em torno das práticas de humanização.

As iniciativas de humanização, ainda que estimuladas pelo programa da Acreditação, parecem não ocupar um lugar de grande relevância. Além disso, os entrevistados associam a humanização exclusivamente com o trabalho desempenhado pela equipe de enfermagem, sem observarem, novamente, que a prática envolve todos os profissionais de saúde.

Segundo D’Innocenzo (2001), cada vez mais há necessidade de se implementar ações educativas que contemplem, além dos aspectos técnicos científicos, a inclusão de temas relativos à ética e humanização, voltados ao desenvolvimento integral dos grupos de profissionais. Segundo Waldow, “o cuidado deve ser sentido, vivido e para ser integrado no nosso cotidiano, é preciso absorvê-lo, permitindo que faça parte de nós mesmos, transformando-o em estilo de vida” (WALDOW, 2005, p. 216). Mezomo (2001) reforça que a definição de qualidade implica também a explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados na sua integridade, mas que nem sempre a cultura organizacional vigente no hospital valoriza o paciente como ser humano livre e portador de sentimentos e emoções. “Parece que o paciente foi feito para o hospital e não o hospital para o paciente” (MEZOMO, 2001, p. 220). Assim, corroborando, Nascimento *et al.* (2006) relatam que há uma “necessidade de desenvolver o potencial

humano, incentivando a capacitação profissional, a sensibilização para o problema do próximo e a humanização do trabalho” (p. 355).

Relegar ao segundo plano a humanização no processo de Acreditação, assim como fizeram parte dos entrevistados, mostra que as instituições de saúde não focam as ações educativas de seus profissionais, a eles demonstrando que os pacientes precisam ser respeitados, seja a partir do diálogo ou na sua forma de expressar, manifestar ou interagir com o outro. Segundo Waldow (2005), quando a instituição possui uma filosofia do cuidado humanizado e integrado, abrangendo todos os setores e categorias de trabalhadores, os pacientes e os funcionários recebem e oferecem cuidado com mais segurança e eficiência. Nesse foco, seria incongruente adotar um sistema que objetiva a qualidade da assistência se a pessoa humana, incluindo funcionários e pacientes, não forem considerados elementos importantes para esse processo; assim, se a humanização da assistência não estiver embutida na mente dos profissionais e instituição, é pouco provável que se consiga realizar um cuidado de forma integral e holística como o preconizado pela Acreditação. Percebe-se, portanto, que o hospital tem um lugar de destaque perante a política de humanização, pois deve oferecer, além de tecnologias, um ambiente propício para uma assistência mais humanizada, bem como promover uma educação permanente de seus funcionários.

Conforme afirmou Marins (2004), a formação e a capacitação dos profissionais devem estar associadas às adequações dos modos de atenção à saúde, criando, dessa forma, cenários favoráveis à aprendizagem e à organização da cadeia do cuidado. Neste contexto, vale ressaltar a importância da formação profissional dos sujeitos que irão vivenciar o processo de Acreditação. Por meio de uma capacitação imbuída nos princípios da qualidade é possível desenvolver competências profissionais relacionadas principalmente à motivação e à liderança, instrumentos importantes para a obtenção de um trabalho com qualidade (MATOS, *et al.*, 2006). Desse modo, essas competências conquistadas pelos os profissionais de saúde serão fundamentais para a viabilização da Acreditação, pois o conhecimento lhes trará a segurança necessária para que não se sintam tão vulneráveis e pressionados no dia a dia das práticas organizacionais (MELLO, *et al.*, 2005).

Por outro lado, contrapondo a ótica levantada anteriormente de que os profissionais incorporaram conceitos importantes acerca do processo de Acreditação, observa-se que alguns dos entrevistados não julgam o novo sistema de gestão da qualidade de forma positiva; ao contrário, eles o percebem como uma forma de cobrança, passível de punição pelo descumprimento das ordens. Tal percepção leva ao *stress* e desgaste do profissional. Essa visão pode ser observada nos depoimentos:

Na verdade para a gente é mais uma cobrança, sabe? Da gente ter um retorno, nós não temos retorno nenhum. Nós plantonistas não temos retorno nenhum, estou sendo sincera. É só cobrança mesmo, reunião, para todo mundo falar bonitinho uma coisa que na verdade é meio mascarada. Na verdade a ONA para o hospital é ótimo, é mais um nome, um valor, mas para gente não. É só uma cobrança mesmo e um período de *stress*. Medo de responder errado quando for auditado e se perde a ONA por sua causa, vai ser mandado embora, e aí? É uma cobrança mesmo. (FIS 1)

O processo, para os funcionários eu acho que é muito estressante, porque cobra muito, né? (TE 5)

(...) às vezes as pessoas acham que a Acreditação é como um fardo a mais dentro da rotina do dia-a-dia, porque não aumenta de salário e é só cobrança. (...) Na verdade, a ONA vira uma coisa mais de peso do que para uma coisa que você acredita que “vamos fazer, para melhorar no dia-a-dia! (MED 4)

Outros sujeitos dessa pesquisa entendem que o processo é uma forma de mascarar uma situação diversa da realidade, como se a Acreditação fosse válida somente no período da auditoria. Passada a avaliação, tudo retornaria ao habitual, esquecendo os profissionais a proposta da nova gestão de qualidade:

Coisa básica como manter papeleta de prontuário arrumada, ou quarto, ou a sala de reunião arrumada, nunca acontece, mas na semana da ONA está perfeita! (...) Eu questiono um pouco a Acreditação porque eu acho que é uma coisa muito maquiada para poder se conseguir. (MED 4)

Ah, eu acho que o processo de Acreditação é muito importante, muito válido, mas poderia ser buscada de outra forma. Porque a gente tem muito aquilo de enfeitar a casa quando recebe visita, né? Então eu acho que teria que ser uma coisa constante. (ENF 9)

Na hora da ONA é tudo mil maravilhas, mas só na hora da ONA. (FIS 1)

Tais achados sugerem a de falta de sensibilização dos profissionais em relação às questões da qualidade, ou, até mesmo, a ausência de continuidade do processo depois da auditoria. À medida que não entende o processo, o profissional ignora seus objetivos e suas propostas, demonstrando, num desdobramento natural, contrariedade ou resistência ao novo método. Segundo Chiavenato (2000), a educação e a comunicação são estratégias comumente utilizadas para contornar a resistência à mudança. Quanto às instituições de saúde, uma vez conquistado o título de qualidade conferido pela ONA, talvez abrandem o rigorismo imposto durante o período de auditoria.

Nesse foco, Mezomo (2001, p. 57) ressalta que a qualidade é uma “filosofia de vida antes de ser uma filosofia de ação”, expressão que ratifica o acima exposto, notadamente

quando visualizada a falta de atenção constante do profissional, ou a ausência de contínua exigência, pela instituição, do padrão adotado pela Acreditação, de sorte que não basta esporadicamente fazer, há de se manter sempre ativo o padrão de qualidade.

À luz, portanto, das diversas respostas colhidas em face da pergunta “O que você entende por Acreditação?”, conclui-se, em síntese, que os profissionais, independentemente da categoria, não apresentam homogeneidade quanto ao entendimento, à aplicabilidade, à necessidade e à utilidade do processo, tampouco buscam observar igualmente seus pontos positivos e negativos. Todavia, é inegável que, diante da novidade desse método, divergências existam, mas é certo que elas contribuem, sobremaneira, para o aperfeiçoamento do novo processo, além de fomentarem, dentre os profissionais e nas instituições de saúde, a busca pela melhoria do atendimento ao ser humano.

4.2 Implicações do processo de Acreditação

O processo da Acreditação Hospitalar acarreta importantes consequências para os clientes, para os profissionais de saúde e para o próprio hospital como prestador de serviços de saúde, tais consequências podem ser positivas ou negativas. Por meio deste estudo foi possível compreender as repercussões dessa nova prática de gestão de qualidade na perspectiva de diferentes profissionais da equipe de saúde, conforme apresentado a seguir.

4.2.1 Implicações do processo de Acreditação para o Hospital

Indagados sobre a influência do processo de Acreditação para o hospital, os profissionais de saúde responderam que o sistema de qualidade se mostra indispensável e oportuno, uma vez que a instituição acreditada se torna diferenciada e mais competitiva em relação às demais não acreditadas, além de obter *status* e nome respeitado:

(...) é a titulação, o reconhecimento social, um reconhecimento institucional.
(MED 3)

O respaldo, uma confirmação de que aquele serviço é bem feito, de que ele tem garantia de ser competitivo no mercado, de ter condições de estar participando do mercado de trabalho, na linha de frente mesmo. (ENF 9)

Eu acho que para o hospital é uma questão de ser socialmente aceito, assim, vamos dizer, o hospital que tem o título, ele é bem visto pela sociedade.
(ENF 2)

Ele ganha em nome, se a pessoa sabe que aquele hospital que tem uma Acreditação e que ele foi considerado um dos melhores, ele diz: “eu quero operar nele, eu quero ganhar neném nele”. (TE 6)

Essa abordagem reforça a visão de Neto e Bittar (2004), quando afirmam que o processo da Acreditação Hospitalar traduz uma excelente imagem junto à opinião pública e da imprensa, favorecendo a confiança da comunidade, fator estimulante para seu crescimento e aceitação. Além do mais, o hospital acreditado se lança como referência entre as demais instituições:

O hospital x era uma coisinha, que agora já é um hospital de referência. (MED 1)

Para o hospital, o fato de você ter a Acreditação é muito importante e diferencial, pois não são todos os hospitais que conseguem. (ENF 7)

Isso é um título que a empresa tenta conseguir que dá um diferencial para ela perante as outras, assim faz com que ela seja referência. (TE 1)

No entanto, apenas a obtenção de melhor imagem não acarretaria tal repercussão se o próprio hospital não incrementasse melhorias nos seus serviços após o processo de Acreditação. Essa visão também foi trazida pelos profissionais. Assim, os entrevistados reconhecem que a Acreditação conquistada pelo hospital demonstra sua aptidão para a realização de procedimentos com qualidade, detendo condições físicas e de recursos humanos mais elaborados e gerando um ambiente seguro. Segundo Lima e Erdmann (2006), uma equipe capacitada tem condições de se organizar do ponto de vista material e operacional para prestar um serviço de qualidade. Os relatos a seguir exemplificam essa visão:

O hospital está qualificado para atender todo tipo de procedimento e que seus profissionais são todos qualificados para fazer o que é esperado. (ENF 6)

É um hospital de gabarito, uma equipe de gabarito, uma equipe de profissionais altamente capacitada que se renova, que se recicla periodicamente, no aspecto científico. (MED 5)

Eu acho que é a visão que o hospital transmite para os clientes, né? Para a própria população em geral ficar também mais segura, sabendo que o hospital é acreditado, que passa pelo processo de auditoria e de melhoria contínua. Isso oferece uma segurança e respeito maior aos clientes. (TE 2)

De que aquele lugar vai estar me oferecendo um serviço seguro, de qualidade, e que vai buscar a minha satisfação, enquanto cliente. (ENF 5)

Observa-se que o processo de Acreditação envolve aspectos relacionados ao desenvolvimento da qualidade em saúde, tais como o acesso e garantia da continuidade do atendimento, dos processos de diagnósticos e de terapêutica, da segurança dos procedimentos e dos atos médicos, do desempenho dos recursos humanos e, ainda, das adequadas condições das instalações e equipamentos (NETTO; BITTAR, 2004).

Outra percepção dos sujeitos é a de que Acreditação propicia o incremento da rentabilidade para o hospital, não somente pela atração de clientela, mas também minimização de gastos:

Lucro, né? Retenção de gastos e além de tudo, uma visão de que é um hospital que presta uma assistência boa. (ENF 1)

Eu acho que ele sempre sai ganhando, Ganha mais paciente, lucro, né? É mais visto no mercado, mais procurado. (TE 7)

Acho que é muito mais questão de competitividade e lucro pra instituição. (TE 1)

A esse respeito Donabedian (1998) ressalta que na área de saúde é possível gerenciar recursos com a finalidade de alcançar a prestação de serviços de qualidade e custos mínimos, favorecendo inclusive o aumento do retorno financeiro. Para Rooney e Osterber (1999) um dos objetivos da Acreditação é reduzir os custos dos cuidados em saúde, aumentando a eficiência e a efetividade dos serviços. Ainda neste foco Mello (2005) ressalta que esse processo estimula a melhoria contínua dos serviços, minimizando desperdícios e custos dos procedimentos. Assim, a adoção de programas de qualidade no setor de saúde está fortemente relacionada ao crescimento dos custos da assistência hospitalar. É válido ressaltar que o alto gasto dos hospitais e outros fatores como as necessidades de melhoria no atendimento levaram à adoção do novo processo de qualidade.

Conforme apresentado, na visão dos entrevistados o processo de Acreditação traz repercussões positivas, tais como, boa imagem, propaganda, melhores serviços, referência em qualidade, segurança, clientela, lucro, enfim, é a chave para superação no mercado competitivo. Percebe-se, portanto, que o processo de Acreditação é de fundamental importância para qualquer hospital, não apenas para aprimoramento e melhoria dos serviços, mas, principalmente, pelos bons resultados financeiros que a gestão da qualidade pode oferecer.

4.2.2 Implicações do processo de Acreditação para os pacientes

Os profissionais percebem que o processo de Acreditação interfere na assistência ao paciente, propiciando menor risco de erros nos procedimentos e nas práticas, além de gerar a redução no tempo de permanência hospitalar, o que trará impactos no cuidado tornando-o mais qualificado e seguro:

Controle da qualidade do serviço que estou prestando, tentar prestar assistência segura com o menor risco para o paciente, com o menor impacto. Menor tempo de internação, melhor assistência com menor custo. (ENF 1)

Para os pacientes, um atendimento de excelência é o que todo mundo busca hoje em dia, é o que todo mundo preza, por isso que se busca ser bem atendido inclusive nas suas complexidades. (TE 15)

A gente dá qualidade no atendimento, além da qualidade a gente dá segurança no atendimento. (ENF 6)

A partir desses depoimentos, também se evidencia que o processo de Acreditação apresenta como desdobramento o aumento na segurança do paciente. É certo que o simples fato de conquistar o título de acreditado não significa, necessariamente, garantia da segurança ou a certeza da melhoria da assistência. A busca contínua da crescente melhoria dos processos de trabalho reflete a preocupação da instituição em relação ao atendimento de excelência. Sendo assim, é muito provável, que o hospital consiga o que almeja, ou seja, menor risco nos procedimentos e nas práticas, em busca do alcance de melhor qualidade.

A esse respeito Mezomo (2001) afirma que o processo de excelência centrado no cliente é um conceito estratégico, porque associa os esforços em atender suas necessidades com o sistema que apoia a melhoria contínua da qualidade dos produtos e dos serviços, fazendo com que a organização consiga obter mais espaço no mercado. Nesse sentido, é fundamental que a organização tenha flexibilidade e ofereça respostas às expectativas dos pacientes, não apenas com um rápido diagnóstico e um tratamento certo, mas também pela eficiência, pelo conhecimento e pela atenção das pessoas que prestam serviços.

Em relação à noção da assistência qualificada, os sujeitos da pesquisa acreditam que, alcançado o título de qualidade, os profissionais envolvidos no processo devam oferecer o cuidado com o mesmo padrão de qualidade. Independentemente de quem o prestar, a forma de conduzir será a mesma e, sobretudo, os funcionários terão respaldo no conhecimento científico. Bonato (2007) reforça que a padronização é necessária para que ocorra a gestão de processos, tarefas e atividades. Salienta, ainda, que ela é importante para construir uma base

sólida na busca pela melhoria contínua, assegurando a qualidade assistencial, o que exige a revisão e aprimoramento do processo. Essa ideia foi evidenciada no seguinte depoimento:

Eu acho que é a melhora do atendimento prestado, porque você segue protocolos, são coisas revisadas, confirmadas na literatura, então você presta um cuidado, digamos assim, um cuidado mais adequado para o paciente. (ENF 9)

Sobre esse aspecto, constata-se que o processo de qualidade permite o resgate da cientificidade do cuidado, direcionando ações e práticas de saúde a serem executadas de maneira segura para os pacientes com respaldo na literatura atual, além de possibilitar uma orientação para o raciocínio profissional.

Os profissionais entendem, também, que a Acreditação fomenta a organização do serviço, influenciando positivamente na realização do cuidado ao paciente. Segundo Lima e Erdmann (2006) a excelência da assistência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição. Para Bonato (2007) a qualidade no campo hospitalar só se realiza completamente por meio da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde. O depoimento de ENF 5 expressa essa visão:

O impacto para paciente, eu acho que ele só tem a ganhar no sentido de organização do serviço. Na busca que o serviço e os profissionais têm sempre de dar o melhor para o paciente. (ENF 5)

Embora os sujeitos da pesquisa percebam que a organização fundada no processo de Acreditação atinja beneficentemente os clientes, eles também apontam que os pacientes desconhecem o que é um serviço acreditado. Como consequência, os profissionais sustentam que os pacientes dão maior importância ao resultado advindo do processo de qualidade, já que isto atende mais às suas necessidades do que o mero título da Acreditação. Nota-se, também, que na visão dos profissionais os clientes se concentram nos resultados, desprezando o percurso para a obtenção da melhoria no atendimento:

Acho que o paciente não sabe o que é ter Acreditação, penso que para ele o que importa é ser bem atendido, independente do que você está fazendo por trás, ou não. Eu acho que para nós tem muito, a gente só tem a acrescentar para eles. A gente dá qualidade no atendimento. Vai validar todos os processos antes dele chegar. Vai saber que ele vai ter um equipamento *ok*, um equipamento revisado, um instrumental seguro, a equipe pronta pra atender, a equipe bem treinada. (ENF 6)

Por outro lado, há depoimentos que abordam o processo de Acreditação como um fator de distanciamento dos profissionais em relação aos pacientes, comprometendo a assistência prestada. Segundo Bonato (2007), o cenário hospitalar moderno se destaca por enfatizar mais as relações humanas do que os aspectos técnicos e mecânicos. Contudo, para alguns entrevistados, a burocracia do processo de Acreditação promove o afastamento do profissional em relação ao paciente, dada a necessidade de se seguir regras e regulamentos:

Às vezes, nesse processo, a demanda é muito grande em termos de muita burocracia, é muito papel, muita checagem, tudo... O próprio paciente às vezes fica sem assistência adequada, porque você fica mais tempo no computador, do que com o paciente, para poder preencher burocracia. Então eu acho que da mesma forma que você quer ter qualidade, você não dá a qualidade máxima que você poderia dar na assistência, e os médicos idem, porque fica muito menos tempo dentro da unidade olhando o paciente e passam mais tempo preenchendo papel no computador. (MED 4)

Com o processo a gente peca às vezes, em organizar, em registrar, e às vezes, acaba esquecendo que tem alguém ali que precisa daquele tempo que você cede para a organização e para a parte burocrática. Você peca quando você cede o seu tempo para essa parte e aquele tempo em que você poderia também estar empregando em benefício do seu paciente, estar mais próximo, dar uma atenção maior, ter mais cuidado na avaliação, conhecendo melhor seu paciente para melhor servir na questão da assistência, esse tempo não existe. (ENF 2)

Eu acho assim, que a partir do momento que eu sento aqui no computador e dou as costas para o cliente, ele só perde. No tempo que eu fico sentada, fazendo qualidade é um tempo perdido para o cliente. Ele podia estar sendo melhor assistido. Ele podia ter a gente mais perto. (ENF 3)

Tem que tomar um pouco de cuidado, de só fazer qualidade e esquecer o cliente. Porque eu não tenho tempo para fazer os dois, então eu prefiro fazer qualidade porque alguém me cobra, aí deixo o cliente, assim, um pouco negligenciado. (ENF 8)

Nota-se nessas falas que, independente da categoria profissional, existe um paradoxo. De um lado o entrevistado reconhece a necessidade e a importância de estar mais perto do paciente, oferecendo um cuidado mais individualizado e personalizado, visão que converge com a política de humanização preconizada pela Acreditação Hospitalar. Por outro lado, os sujeitos da pesquisa se veem, na prática, distanciados dos pacientes em função da burocracia e até mesmo diante do prontuário eletrônico que deveria ser um instrumento para facilitar as anotações das atividades realizadas.

Nesse contexto, os profissionais alertam que à medida que se ausentam do convívio ou do diálogo com o paciente para realizar o preenchimento de registros, acabam por comprometer a assistência prestada. Por outro lado, de forma contraditória, os entrevistados

reconhecem que a sistematização ou organização, inclusive o preenchimento de relatórios, é indispensável não apenas para melhor acompanhamento da forma de assistir ao paciente, mas também para qualificar o atendimento.

A humanização no atendimento, como se sabe, não significa empregar todo o tempo do profissional junto ao paciente, mas sim, fazer com que a convivência do profissional com o cliente seja otimizada e personalizada. Para tanto, o processo de Acreditação, longe de priorizar preenchimento de papeletas, integra o ser humano e o cuidador, valorizando o cuidar em saúde. Ficou evidente, assim, que os cuidadores não podem ser apenas técnico-científicos, tampouco apenas gentis e compreensivos, e sim profissionais humanos, habilidosos, competentes e sensíveis (WALDOW, 2005). Afinal, de nada adiantaria dispensar carinho e afeto sem que conjuntamente bons serviços sejam oferecidos.

Ademais, percebe-se pelos depoimentos dos entrevistados ENF 3 e ENF 8 uma noção de Acreditação equivocada, quando sustentam que a qualidade residiria apenas no preenchimento de dados. De fato, a gestão de qualidade busca uma prática integral, englobando o aspecto assistencial, processual e documental, e não um cuidado fragmentado ou apenas o preenchimento de registros. Certamente, quando se oferece maior atenção ao sistema de gestão, incluído o monitoramento dos dados, a qualidade do serviço se aprimora; assim, torna-se indispensável conjugar todos os elementos do processo, que, bem atendidos, geram a excelência.

Na visão dos sujeitos da pesquisa, em síntese, a Acreditação Hospitalar traz para os pacientes inúmeros benefícios, notadamente uma melhor prestação de serviços de saúde, embora acarrete, em alguns momentos do processo, em função da alta demanda e burocracia, menor tempo de contato com o profissional.

4.2.3 Implicações do processo de Acreditação para os profissionais de saúde

Os profissionais não visualizam de maneira uniforme a influência do processo da Acreditação no seu cotidiano de trabalho. Há funcionários que conseguem perceber o processo apenas de forma positiva, outros o abordam somente com visão negativa. Porém, há aqueles que conseguem ponderar sobre a Acreditação, dela extraindo os aspectos negativos e os pontos de sucesso do processo.

Os aspectos positivos mencionados estão, muitas vezes, relacionados com a possibilidade de crescimento pessoal e a valorização do currículo com o aprendizado. Os

pontos negativos, por sua vez, são de cunho desmotivador, estando entre eles o *stress* e a cobrança:

É bom para o profissional, para mim, quem trabalha aqui, trabalha num hospital que tem a ONA é bom para o currículo, então eu acho que isso é um ponto positivo, e negativo é o estresse mesmo. (TE 5)

De certa forma, o funcionário cresce. Porque ele deixa de se envolver só com a prescrição médica e seguir prescrição, e ele começa a criar um tipo de pensamento também, crítico. Mas ao mesmo tempo, eu vejo que ele tem que se dividir, se desdobrar. Então, ele tem que ficar um tempo se dedicando à ONA, às folhas, à checagem e a toda burocratização de assistência aqui, e ela é dispensada. Ela é muito pesada, e nisso o paciente perde, e o funcionário sai daqui estressado, porque ele tem sempre a sensação “eu não dou conta de fazer tudo”. Então eu acho que isso desmotiva o funcionário em longo prazo. (ENF 3)

Para os profissionais que veem o processo apenas positivamente, a Acreditação traz orgulho e satisfação, tendo em vista a sensação de responsabilidade pela conquista do título e pela valorização do hospital. Segundo Bonato (2007), a qualidade é tudo que agrega valor ao trabalho ou às relações. Está diretamente ligada à produtividade da instituição, envolvendo o relacionamento humano e o desenvolvimento profissional e pessoal. Essa situação é descritas nos depoimentos:

Você trabalha lá no hospital X que é acreditado, nossa que bacana, ouvi falar que lá é muito bom, então você fica até orgulhoso. (MED 1)

Eu acho que a gente fica muito satisfeito quando passa a auditoria, você vê que o hospital foi acreditado e que a gente está envolvido, e que isso lá fora vai fazer a diferença para a gente. (TE 15)

Revela-se, por outro lado, a questão da segurança proporcionada pelo processo de Acreditação ao profissional de saúde. Os sujeitos da pesquisa abordaram que o funcionário inserido em um serviço acreditado sente-se melhor preparado para atender as necessidades dos seus clientes, à medida que pode oferecer recursos materiais, técnicos e humanos de maior complexidade, além de manter o nível de qualidade pela padronização de rotinas e uma maior organização:

Para os colaboradores eu acho que é a segurança de você estar trabalhando em uma empresa que é reconhecida, uma empresa que está buscando cada vez melhorar e que também nos dá segurança de realizar um bom trabalho. (TE 15)

Para os profissionais, eu acho que assim a partir do momento que se padronizam certas coisas, têm-se certos quesitos, digo assim, certo

nível de qualidade, isso acaba sendo benéfico para o funcionário por que é um ambiente melhor para trabalhar, do que em novas instituições que não têm. Não que a Acreditação isente de qualquer problema, ocorre da mesma forma, mas assim, a partir do momento que tem certas coisas padronizadas isso ajuda um pouco. (ENF 4)

Eu aprendi a tentar seguir um tipo de procedimento que é imposto e deve ser seguido daquela maneira, então cria uma rotina e isso é bom. Você trabalhar em um hospital organizado é bom, é fácil de você lidar. (TE 6)

Não bastando, para os sujeitos de visão apenas positiva, o processo da Acreditação incrementa a melhoria das condições de trabalho pela segurança adquirida, bem como proporciona a estabilidade do clima organizacional entre os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que estabelece um ambiente de trabalho mais prazeroso e propício para fortalecimento das relações humanas. Nascimento *et al.* (2006) afirmam que a melhoria nas condições de trabalho favorece a relação de crescimento, de entusiasmo e de prazer dos funcionários, gerando motivação para vivenciar futuras experiências e desenvolver o trabalho de maneira eficiente, com qualidade, em um ambiente de satisfação e alegria. Nesse foco, o programa de Acreditação contribui para a melhoria do clima organizacional, estimulando o companheirismo entre colaboradores dos serviços, visto que trabalhar em um hospital acreditado e participar das atividades relacionadas à avaliação cria motivação no pessoal (OPAS, 1992). Os fragmentos a seguir contemplam essa ideia:

O hospital vai estar buscando que o clima seja legal para aquele profissional também, que entre a clientela interna, exista um clima, um relacionamento legal, preocupar também com a satisfação do trabalhador, com as condições de trabalho dele. (TE 3)

Nessa busca pela Acreditação a gente acaba virando uma família. (TE 13)

E eu acho que eu fiquei mais envolvida porque a gente tem um grupo de enfermeiros, um nível bom também, de amizade, de companheirismo e tudo. Então assim, de um ajudar ao outro, de cooperar e tudo. E aí a gente acaba crescendo, né? (ENF 3)

Outros depoimentos apontam a maturidade profissional advinda do processo da Acreditação, embasada pela troca de experiência com outros colegas de diversas categorias e pelo próprio aperfeiçoamento conquistado. Os profissionais também ressaltam que por meio da experiência e participação no processo, eles passaram a ter maiores chances de continuar no mercado de trabalho, assoberbado e competitivo:

Eu acho que é um processo que a gente amadurece muito. Se eu me pego antes da Acreditação, para agora, percebo que tenho muito mais interação com esse processo. (FIS 3)

Eu cresci aqui em 5 anos, eu cresci muito mais do que 10, 12 anos que eu trabalhei fora, justamente porque tem processos, porque tem exigências, porque eles acreditam nisso. (ENF 6)

É um processo que oferece condições de aperfeiçoamento profissional, abre o campo para esses profissionais. (ENF 9)

O mercado tem carência de funcionários qualificados, de funcionários que estão inteiros nesse processo, que tem qualidade para atender isso. Eu acredito que mais lá para frente, esses profissionais vão ter mais oportunidades de trabalho. (ENF 6)

Sobre esse aspecto, ressalta-se que a Acreditação pode representar uma importante estratégia de capacitação de pessoal no âmbito do hospital, o que reflete a atual tendência da gestão de pessoas na qual, conforme aponta Dutra (2002) deve-se promover a conciliação das expectativas organizacionais e dos trabalhadores.

No entanto, outros profissionais referem-se à adoção do processo da Acreditação como tão somente cobrança e *stress* para os profissionais envolvidos, sem nada lhes favorecer, apesar de ser benéfico para o cliente:

Em termos do profissional, eu acho que exige uma cobrança muito grande em relação a tudo para a gente. Visa à qualidade do cliente externo e esquece a qualidade do cliente interno. (MED 4)

Em relação à percepção negativa sobre a Acreditação, a falta de valorização também é uma queixa frequente dos sujeitos da pesquisa. Eles se sentem pouco prestigiados diante do grande desafio que passam no dia-a-dia, já que os erros são notados e criticados, ao passo que os elogios diante das metas e das vitórias conquistadas não apresentam grandes repercussões. Segundo Bonato (2007), as ferramentas da qualidade são, por vezes, utilizadas para imputar culpa, medo e desenvolver controle sobre as pessoas e não sobre o processo de trabalho e capacitação. Evidencia, assim, um distanciamento da qualidade na perspectiva da construção de sistemas de trabalho que redundem na melhoria dos processos e não em punição ou pressão. O depoimento de ENF 9 expressa tal situação:

Eu acho que profissional se sente estressado com tanta cobrança, a todo o momento ele sempre é cobrado por um erro, às vezes ele não tem tanto elogio de alguma coisa que ele fez bem feita. São sempre os erros que estão sendo buscados. (ENF 9)

Nota-se que os profissionais de saúde se veem em um cenário permeado por cobrança e pressão. Vale ressaltar que tal situação, apesar de inerente a qualquer sistema que utiliza de avaliação contínua, pode ser suavizada pelo incremento de estratégias que busquem a valorização dos sujeitos envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão à gestão de qualidade.

Alguns funcionários associaram a proposta de aquisição do título com o aumento da renumeração, já que idealizaram que o engajamento nos objetivos do hospital, aliado a maior cobrança e *stress*, somado, ainda, à melhoria do atendimento diante da melhor capacitação, seria fator determinante para a obtenção de recompensas. Mezomo (2001) ressalta que as pessoas precisam ser compensadas e reconhecidas em função de sua contribuição na organização, por meio de um sistema previsto pelo hospital que beneficie a todos. Os fragmentos abaixo abordam a necessidade do reconhecimento e valorização:

Para nós profissionais não faz a diferença não, não mudou nada. Porque você ganhou o título não tem um aumento de salário. Não melhora. Com ou sem ONA não muda nada. Acho que é pior ter ONA: a cobrança é muito grande. (FIS 1)

Porque quando a gente entrou, eles falaram que quando a gente ganhasse a ONA, você tava aqui na primeira, eles punham assim para gente que é muito bom, que o salário ia aumentar, que nós íamos ter um diferencial de salário dentro do hospital. Falaram que a gente ia ter o 14º se a gente ganhasse, diz agora que é até mentira isso, que nós os técnicos que criamos isso. Quem criou? Por que a gente ia criar uma coisa dessa, mentirosa? Por que que a gente ia criar isso? Não! É porque foi falado realmente pra gente, então nós começamos a cobrar. (TE 6)

Mezomo (2001) ressalta que em um processo de melhoria da qualidade deve-se pensar em um sistema de recompensas e de reconhecimento dos esforços das pessoas que contribuem com o serviço de excelência. Os atos de esforço estimulam e motivam as pessoas, quando devidamente recompensados, renovando o compromisso com a qualidade e com a excelência dos serviços prestados.

No confronto entre as razões positivas e os argumentos negativos apresentados pelos entrevistados no âmbito das implicações do processo de Acreditação para o meio profissional, observa-se que a valorização e o conhecimento adquiridos por cada indivíduo superam o *stress* e a cobrança, já que é impossível conquistar melhorias sem o aumento da responsabilidade. Aliás, talvez os pontos negativos apresentados advenham da própria novidade, pois, como anteriormente evidenciado, o novo projeto insegurança e resistência imediatas, mas momentâneas. Assim é inegável que a recompensa voltada à valorização e ao

reconhecimento do profissional, mediante elogios, palavras de apoio e outras formas de incentivo, principalmente do ponto de vista financeiro, minimizaria a visão negativa apresentada pelo entrevistado.

4.3 Aspectos facilitadores e dificultadores do processo de Acreditação

A implementação do sistema de qualidade não é tarefa simples. Ao contrário, apresenta-se como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais que buscam adequar seus processos de trabalho à excelência no atendimento. Na trajetória em busca de melhorias, são encontrados diversos cenários, dentre eles situações habituais no que se refere à inserção de um novo método e outras inesperadas, mas superáveis. Nesse contexto, será apresentada a discussão a respeito dos fatores que limitaram e facilitaram o processo de Acreditação no hospital pesquisado.

4.3.1 Dificuldades apresentadas durante a implantação e a manutenção do sistema de qualidade

O primeiro marco limitador do processo de Acreditação mencionado pelos entrevistados reside na integridade e na qualidade das informações a serem transmitidas aos profissionais, principalmente no início do processo. A esse respeito foram evidenciadas a inexperiência e a insegurança quanto à inserção no sistema de qualidade. Os entrevistados demonstraram não haver captado a base conceitual primária para engajamento na nova metodologia de trabalho proposta, de tal modo que foi possível perceber a inconsistência das informações adquiridas pelos profissionais, isto é, a incompleta incorporação de conceitos relevantes do sistema, o que poderá implicar na não adesão ao processo. Mello (2005) afirma que o processo de Acreditação colocado de forma repentina como meta, sem ter havido preocupação anterior com a incorporação de princípios e valores da instituição, além do conhecimento prévio a cerca do processo de trabalho, acarreta medo e mecanismos de defesa nos profissionais que passam agir sob tensão, e não naturalmente como deveriam. Segundo Bonato (2007), os esforços para implantação da qualidade são bem mais aceitos quando orientados em uma metodologia clara e consciente, trabalhados em harmonia por todos os integrantes do processo. Ressalta-se, ainda, que o processo de Acreditação tem grande chance de não obter o sucesso esperado, caso as pessoas não tenham sido sensibilizadas da maneira

correta em relação aos assuntos da qualidade. Os depoimentos abaixo refletem essa limitação inicial:

Esse processo de auditoria teve algumas dificuldades, porque a gente não sabia se, por exemplo, a gente tem um indicador, e se eu não atingir a meta daquele indicador? Isso aí é ruim para a auditoria? Isso daí é aceitável? (ENF 2)

Eu acho que no início só foi falado a respeito da ONA mesmo, que ia ter ONA. Foi quando a gente procurou saber o que era. Mas no início ninguém sabia como ia ser e o que era direito. (MED 6)

No início eles deram a cartilha para a gente, aquelas cartilhas que tinham o nível 1, 2 e 3 e aí a gente tinha que estudar, decorar para ser usada no dia da auditoria. (TE 13)

Os fragmentos apresentados deixam transparecer a inexperiência e a insegurança dos sujeitos envolvidos para enfrentar o processo de maneira adequada. Como consequência, o último depoimento (TE 13) retrata que a metodologia utilizada para repassar o conhecimento pode não ter sido a mais apropriada. A cartilha mencionada é usada no hospital como instrumento de divulgação dos temas relativos à qualidade e o seu conteúdo apresenta informações que serão úteis inclusive durante a visita dos auditores em um possível questionamento. No entanto, percebe-se que o instrumento, apesar de apropriado, poderia ser repassado para os funcionários de maneira que possibilitasse maior aprendizado.

Por outro lado, nota-se por intermédio dos depoimentos dos profissionais de saúde que tiveram sua contratação anterior à época da inauguração do hospital, que o proveito das informações iniciais foi maior, visto que apresentaram uma percepção mais madura e consistente a respeito do processo da qualidade:

A preparação para a Acreditação teve início no mínimo uns dois anos antes de eu começar o serviço. Todo o andamento, funcionamento dos serviços estavam direcionados, estruturados com a Acreditação Hospitalar que já era um objetivo do hospital, né? Aí no momento em que começou o trabalho nós já fazíamos os protocolos. Todo o nosso trabalho era direcionado, baseado na ONA. Mas partindo do princípio que nós já conhecemos o processo muito antes dele começar, isso aí foi um caminho andado, sem sombra de dúvida, que ajudou demais. (MED 5)

O hospital já nasceu com essa ideia, com essa filosofia de Acreditação bem antes das paredes estarem levantadas. A gente tinha uma estrutura pré-formada, pra que isso acontecesse. A gente, lá atrás mesmo já começou a montar todos os procedimentos operacionais padrões, a gente só foi checando depois. Pegaram alguns líderes de cada setor e começaram a formar a visão de qualidade. E aí que começou mesmo, a partir do momento que todos estavam inseridos no processo, por dentro do que ia ser feito, a

gente foi construindo determinados processos, fomos construindo toda a base do hospital. (ENF 6)

Essa constatação pode ser explicada pelo fato de os funcionários veteranos terem recebido os treinamentos previamente e com maior disponibilidade de tempo, antes do início da realização das atividades práticas, já seguindo a filosofia do processo de qualidade e imbuídos do “espírito” da Acreditação Hospitalar. Diversamente, a ausência de tempo associado com a qualidade comprometida dos treinamentos implementados tolheu daqueles profissionais contratados depois da inauguração do hospital o especial repasse de informações necessárias, dificultando, com isso, à gestão da qualidade.

Os depoimentos refletem a necessidade de se ter uma preparação prévia e adequada dos funcionários que irão vivenciar o processo de Acreditação. Assim, o que se observou foi uma divergência na percepção e vivência da Acreditação entre os profissionais previamente preparados e os que não tiveram essa oportunidade, o que compromete a adesão por parte dos funcionários recém-contratados. Vale ressaltar que a etapa de preparação do funcionário novato, sob os moldes da Acreditação, requererá um período de treinamento na maioria das vezes extenso, tempo que normalmente não poderá ser disponibilizado pelo setor à vista da alta demanda de serviço. Nesse contexto, é imprescindível a participação dos líderes dos setores juntamente com seus funcionários, a fim de que proponham estratégias de treinamentos compatíveis com a realidade da unidade, sem deixar de considerar a qualidade do repasse das informações.

Nessa perspectiva, outro aspecto relevante abordado diz respeito à falta de objetivos e de proposta clara durante os treinamentos oferecidos:

Eu percebo que existe falta de objetivo no treinamento. Vem um e fala “é para fazer assim”, aí vem outro e diz “não é assim não! Vamos mudar e fazer tudo de novo”. (ENF 8)

Segundo Mezomo (2001), a qualidade exige treinamento com seriedade de propósitos e conceitos comuns. Nesse foco, Gil (2007) afirma que a elaboração de um plano de treinamento requer inicialmente a formulação de objetivos e que estes deverão ser expressos em termos claros e precisos. Assim, a percepção de ENF 8 é uma questão relevante e requer uma revisão à proposta de treinamento oferecida, pois um dos cerne da gestão de qualidade é a ação educativa em busca de melhorias do processo. Se ela acontece de maneira equivocada não gera os efeitos desejáveis, confrontando com a proposta da Acreditação. Gil (2007) ainda ressalta que os profissionais precisam ser educados na “cultura da qualidade” e

não apenas serem treinados ou “adestrados, pois o ponto de partida para o desenvolvimento da qualidade é a mudança de atitudes, e para que isto aconteça, é necessário não simplesmente capacitar as pessoas, mas procurar oferecer aos funcionários condições que propiciem a criatividade e iniciativa, além de favorecer a criação de uma cultura comum disposta a aceitar mudanças.

Outro aspecto dificultador importante diz respeito ao não envolvimento de todos os colaboradores no processo de trabalho, principalmente no que se refere à categoria médica. Tal dificuldade foi relatada não só pelos demais profissionais de outras categorias, mas, pelos próprios médicos. Mezomo (2001) pontua que um dos grandes obstáculos na implementação do processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde está no envolvimento do médico. O mesmo autor ressalta que a participação dessa categoria é fundamental para a criação de uma adequada relação com o paciente, bem como afirma ser inútil o esforço dos profissionais de outras classes em busca de excelência se os médicos, responsáveis diretos pelo cuidado na visão daqueles submetidos ao tratamento, não aderissem à proposta. Vieira e Gurgel (2002) ressaltam que a formação médica ainda é fundamentada no modelo biomédico que enfatiza a dimensão biológica e relega os aspectos sociológicos, políticos e administrativos a segundo plano. Sendo assim, Mezono (2001) reforça que os médicos devem entender que a qualidade também os beneficia, ao passo que lhes oferece mais efetividade no trabalho, melhora sua imagem e cria um ambiente adequado para suas atividades. Nos fragmentos a seguir é possível visualizar a falta de envolvimento de alguns profissionais, e, em especial, do médico:

Eu acho que os médicos praticamente não sabem nada, como eu também não sei muita coisa, mais eu acho que eles se envolvem pouco em relação à Acreditação. (FIS 2)

Eu acho que os médicos não participam. Na verdade são poucas as pessoas que têm o interesse. Entendem que é importante para o hospital, mas, sobrecarrega em vários aspectos. Eles contribuem muito assim, quando está na época, mas no resto não, eu acho que não envolve muito. (...) Eu acho que é uma falha também do médico porque ele não vai aos treinamentos, e eu acho que é por isso que ele não está integrado, porque faz os treinamentos para os funcionários serem treinados e só vai técnico, a fisioterapia, a fono, e os médicos não vão. (MED 4)

Agora, o que eu acho mais difícil é o envolvimento mesmo de todas as pessoas, sabe? Precisa todo mundo estar empenhado da mesma forma, porque um setor depende do outro, então eu acho que aí é que tem um pouquinho de dificuldade! (TE 15)

Segundo Neto e Bittar (2004), o desinteresse dos médicos impõe a fragilidade de toda a Acreditação, já que sem o apoio deles o processo de avaliação da qualidade assistencial

possui um valor limitado. Com isso, o desafio dos dirigentes reside em descobrir maneiras de levar os médicos a participarem do processo de Acreditação, uma vez que a experiência nessa área demonstra que aqueles que se comprometem contribuem de maneira criativa para o processo da qualidade.

Nesse contexto, nos depoimentos citados percebe-se que todos os profissionais de saúde, independente de sua categoria profissional, precisam estar engajados para o integral sucesso do processo. Mezomo (2001) acrescenta ser efetivamente importante na gestão da qualidade a entrega de toda a organização em busca da excelência dos serviços. Para Puccini e Cecílio (2004) a participação de todos os profissionais é imprescindível para o sucesso da “gestão da qualidade”, pois o alto desempenho da instituição depende do compromisso e colaboração dos envolvidos no processo. Contudo, muitas vezes, o que se presencia é a falta de envolvimento, além da ausência de entrosamento e de integração das equipes, fazendo com que cada profissional realize seu trabalho de forma fragmentada. Os depoimentos apresentados ilustram essa ideia:

O que dificulta é a falta de interação entre as equipes, a gente não consegue reunir toda a equipe para discutir temas da qualidade. (ENF 8)

A grande maioria integra, mas os médicos são os menos envolvidos. Parece que eles fazem tudo certo e não precisam de treinamento. (FIS 2)

Para mim, o que dificulta é o retorno da equipe, porque nem todos participam. (ENF 4)

A equipe médica sabe pouco sobre a Acreditação e o processo todo que acontece a respeito dos indicadores, de como a gente mensura, avalia, trabalha o que está bom e o que está ruim. (ENF 7)

A gente tenta trabalhar em equipe. Às vezes sai outras não, porque tem muita desigualdade, divergência entre plantonistas que vêm de outro hospital, com outra opinião, aí vem a fisioterapeuta que também tem outra opinião de outro serviço, aí junta. Aí tem que ter a coordenação para impor alguma coisa, mas aí a coordenadora está ausente e cada um passa agir de forma diferente. Aí, na auditoria, parece que existe equipe interdisciplinar, tudo bonitinho, mas isso é falso. (FIS 1)

O médico é a classe de profissional mais difícil desse processo, porque assim, a gente tem vários planos de ação, mas a equipe médica não participa. Um exemplo disso, é uma coleta de sangue que poderia ser programada, aí colhe o sangue da criança de manhã, quando é à tarde, “ah, eu não colhi tal exame, eu quero que colhe!”, aí você vai lá e manipula a criança de novo. Não tem essa questão de manipulação mínima, de respeitar, então eu acho que o médico dificulta um pouco esse processo! Ele não envolve tanto nas questões da qualidade. Ele quer o título, mas ele não envolve, ele só cobra da gente, atingir meta, precisa atingir meta, mas ele não envolve com o

processo. São poucos que estão interessados no processo, e que trazem ideias para a gente. (ENF 1)

Nota-se, novamente, que os entrevistados mencionam a falta de integração dos médicos com os demais profissionais, bem como evidenciam a inexistência de coesão entre as equipes, ainda que devessem estar todos unidos em torno de um objetivo comum. Ressalta-se que a situação constatada contraria os princípios preconizados pela ONA, quanto ao trabalho em equipe.

Outro aspecto relevante refere-se à diferença de envolvimento entre coordenadores e não coordenadores. Os entrevistados relataram que, principalmente entre os médicos, a participação dos coordenadores é superior a dos subordinados, já que aqueles são diretamente cobrados pela alta direção, além de serem os alvos durante a auditoria. Em decorrência do maior acúmulo de atividades pelos coordenadores no processo de Acreditação, para os entrevistados isso pode gerar transtornos quando os mesmos não estiverem à frente de uma equipe, tornando-a sem direção. Tal situação reforça a importância de que o processo de qualidade deve ser diluído e jamais concentrado nas mãos de apenas uma ou duas pessoas. Os relatos a seguir exemplificam a questão da sobrecarga dos coordenadores e a necessidade de maior integração de todos os profissionais, independentemente do poder de mando, no processo de Acreditação:

Os coordenadores ficam um pouco mais envolvidos, pois eles serão acreditados como comissão de frente. Mas fica na mão do enfermeiro gerenciar as pessoas, os processos e resultados. (ENF 7)

Eu vejo que as pessoas mais envolvidas são aquelas que estão diretamente ligadas à Acreditação no sentido da sabatinada, de ser arguidas, de ser questionada sobre o funcionamento do setor. Mas eu creio que deveria ter um envolvimento das outras pessoas integrantes da equipe, porque não podemos arcar com tudo, né? E se eu tivesse algum problema de saúde, quem iria assumir? (MED 5)

Igual eu estou te falando, o processo envolve mais os chefes. Nossas chefes estão mais envolvidas, pois o serviço são delas. Então elas sentem mais envolvidas e a responsabilidade fica mais com elas. Então elas querem que dê tudo certo e que a ONA não seja prejudicada por causa delas, agora a gente não tem motivação nenhuma. Então, por a gente, nós não queremos estar aqui no dia da ONA. (FIS 1)

Eu vejo que a participação não pode ser apenas do líder. Ela é uma participação de todos os trabalhadores. Não adianta só o líder estar envolvido. Todo mundo precisa estar envolvido, senão o processo não anda. (FON 1)

Percebe-se, ainda, por meio dos depoimentos, que os profissionais não ocupantes de cargo de chefia preferem se esquivar da auditoria por acharem que os coordenadores possuem maior responsabilidade, dominam melhor o processo e assim devem ser submetidos à avaliação da Acreditação. Essa percepção compromete a união do grupo e interfere negativamente no processo de qualidade a longo prazo, já que o profissional subordinado abstrai informações e relega atribuições.

Outro fato relevante observado é a divergência de envolvimento dos funcionários em relação aos turnos de trabalho. Os profissionais avaliam que os integrantes do período diurno se envolvem de maneira mais efetiva em relação àqueles que trabalham no turno da noite. Isso se justifica pelo número de reuniões e treinamentos com os líderes e com os gestores, que, na sua maioria, acontecem no período diurno, com escasso repasse de informações para o plantão noturno. Ora, realizar reuniões durante o horário de descanso do profissional que trabalha à noite é ignorar a relevância do padrão de qualidade independentemente do turno, uma vez que o cuidado deve ser contínuo e ininterrupto. A consequência dessa falta de orientação é a sobrecarga para o plantão diurno, e, também, o despreparo dos profissionais quanto à qualidade no plantão noturno:

A gente tem um envolvimento muito grande das pessoas que estão no dia, que veem os processos acontecerem, e tem um envolvimento menor, talvez, das pessoas da noite. Porque tem essa diferença mesmo, eu acho que talvez por falta de gerenciamento disso, talvez pelo repasse de informações e reuniões que acontecem na sua maioria durante o dia e isso gera sobrecarga do diurno. (ENF 9)

Na reunião de quinta feira passou simplesmente que a UCP seria auditada à noite, pois as pessoas do noturno não estariam envolvidas no processo. Aí eu entrei em pânico, pensei “nenhuma enfermeira da noite está envolvida com os processos”. Isso é uma parte negativa do processo, pois acham que só o dia tem que estar envolvido com o processo. Aí pensei “a UCP não vai levar relato de não conformidade e vou ficar à noite para treinar todo mundo”. Aí pedi as funcionárias para não pesar os recém-nascidos à noite, pois agora é a rotina da noite. Chamei todas e falei “vocês vão ser auditadas agora. Calma, vou passar os treinamentos para vocês”. Chamei as pediatras, fisio e fiz o treinamento com todo mundo: “Se a auditora te perguntar sobre o quadro de gestão à vista, então mostra para ela; se perguntar sobre o que o brigadista vai fazer, vai lá e mostra o cartaz para ela e lê para ela. Não precisa saber nenhum POP de cor, entra no documento de leitura, todo mundo sabe entrar”. (ENF 1)

O último depoimento de ENF 1 reflete o despreparo da equipe do plantão noturno em lidar com o sistema da qualidade, o que gera ansiedade no momento da eventual avaliação, além de expor uma séria deficiência dos serviços, visto que, melhor seria receber o

cuidado advindo do plantão diurno, aparentemente mais capacitado. Essa situação reforça a fragmentação do processo de qualidade, pois não deveriam existir diferenças na prestação de serviços entre os turnos de trabalho. Pelo contrário, o que a Acreditação visa é uma prestação de cuidados uniforme e contínua. Observa-se, como dito, uma diferença de conhecimento e capacitação das equipes do diurno e noturno, sendo necessária uma intervenção rápida para nivelar os padrões, já que a qualidade não pode ser condicionada ao turno de trabalho.

A ausência de tempo, a sobrecarga de trabalho e a cobrança também são apontadas como fatores dificultadores do processo. O tempo é considerado curto porque a parte burocrática da Acreditação consome grande espaço da jornada dos profissionais; a sobrecarga de trabalho advém da necessidade de atenção à burocracia, além dos afazeres comuns, enquanto a cobrança recai na premência pela qualidade e perfeição. Alguns sujeitos relatam que essas circunstâncias decorrem do não envolvimento dos profissionais, em franco obstáculo ao crescimento da instituição e à conquista da excelência. Tal situação pode ser vista nos depoimentos:

Eu acho que a dificuldade maior, pelo menos em relação à questão médica mesmo, eu acho que é muito o tempo. Porque a gente tem que dar uma assistência, você tem que estar de acordo com os protocolos, então eu acho que sobrecarrega um pouco o médico sim, por que ao mesmo tempo você tem que prestar assistência, que é o que eu acho que é o principal para o paciente, e às vezes você se perde em algumas coisas burocráticas para poder ter a Acreditação. (MED 4)

O que dificulta é a falta de tempo e a sobrecarga em cima dos profissionais. (TE 14)

Às vezes é a própria demanda do serviço que dificulta ter que estar parando aquilo para registrar, para analisar quais são os resultados, de certa forma de ter que afastar um pouco do estar perto do paciente, para poder fazer esse balanço dos resultados, que é um processo muito importante, mas que, às vezes, a própria demanda assistencial inviabiliza. (ENF 9)

Eu acho que o que dificulta é o nível de exigência, que é colocado, e isso, de uma certa forma, atingir esse nível de exigência às vezes é difícil no dia-a-dia, a todo o momento, né? A gente sabe que trabalhar com resultado nota 10 todos os dias é meio difícil. A gente sabe que é meio complicado. (MED 3)

Porto e Rego (2005) avaliam que a sobrecarga exigida pelo aumento da produtividade pode fragilizar os profissionais, na medida em que eles não têm a oportunidade de construir e conquistar o desenvolvimento humano. De fato, não basta apenas impor metas e exigir resultados, deve-se oportunizar e priorizar discussões em grupo, gerando espaço para

que os profissionais reflitam sobre os problemas enfrentados cotidianamente e tenham críticas voltadas ao crescimento pessoal e ao aperfeiçoamento do sistema de qualidade.

Os profissionais de saúde também apontam cobrança desigual em relação às diferentes categorias, com sobrecarga de algumas em prol de outras, o que no ponto de vista deles não é benéfico. Exemplo disso é a equipe de enfermagem que se sente sobrecarregada pela demanda de atividades relacionadas com a questão da qualidade. Essa categoria acredita que ela realiza outras atividades que poderiam ser divididas com o restante do grupo, pretensão esta apenas idealizada. Assim, a equipe de enfermagem assume funções de outros profissionais, sentindo-se responsável por seus sucessos e insucessos:

A equipe não participa de forma geral, agora, acaba que a enfermagem fica tampando buraco que os outros não conseguiram resolver. A equipe médica participa muito pouco, praticamente nada. (ENF 4)

Olha, no meu ponto de vista a gente vê mais cobrança na enfermagem, né? Pelo menos, eu vejo isso, dos médicos eu não vejo. Pelo menos nos treinamentos eu não percebo eles lá participando, não! Então eu acho que é mais cobrado da enfermagem mesmo. (TE 5)

Dificulta quando outras equipes não se empenham em realizar aquilo que deveriam para manter tudo em ordem e sobrecarregam a equipe de Enfermagem, que eu acho que toma a frente de tudo. É uma equipe que busca, é uma equipe que tenta resolver mesmo as questões referentes à auditoria, a parte organizacional mesmo, eu acho assim que a equipe de Enfermagem é que corre muito atrás, que busca. Não sei também se é porque nós somos em maior número, então o fato é que sobrecarrega quando a gente não tem muita cooperação dos outros profissionais. (ENF 2)

Então, assim, a gente tem uma cobrança maior também, a equipe de Enfermagem, como um todo, tem uma cobrança muito grande. A maioria dos indicadores é avaliada por nós, até porque eu acho que depende muito da assistência nossa, mas, também eu acho que talvez, porque nossa visão seja ampliada, a gente tem que dar conta de muita coisa. Então, eu acho que fica muito centrado ainda na Enfermagem. Eu acho assim, que isso talvez tivesse que mudar um pouco, porque é na gente que é creditado todas as mudanças, tanto boas quanto ruins. É bom, mas eu acho que nem tudo está com a gente, nem tudo é resolvido a partir da Enfermagem. (ENF 9)

Outro aspecto dificultador apontado pelos entrevistados é a comunicação, ou o repasse de informações sobre o processo da qualidade entre os funcionários em geral. Segundo os profissionais, as informações muitas vezes não chegam a todos de maneira uniforme, principalmente, como já mencionado, para o plantão noturno:

O aspecto de informação, eu acho que é dificultador, sempre foi um ponto assim, chave, o fato de ter alguém que realmente domina o conhecimento e

com disponibilidade para repassar esse tipo de informação principalmente para o turno da noite. (ENF 3)

Além do problema da carência de informação, os profissionais expressam que há escassez de treinamento durante todo o ano, visto que a capacitação é concentrada na proximidade da auditoria. Mezomo (2001) aborda que a implementação do processo da qualidade implica uma visão de futuro, o envolvimento das pessoas, em todos os níveis, obtido por meio de um consistente plano de educação e de treinamento, a criação de estrutura de apoio, de monitoria e de retroalimentação do processo. Assim, é fundamental a existência de treinamentos ao longo do ano para obtenção de um ciclo de melhoria contínua, oportunidade que não é proporcionada aos entrevistados:

Eu acho que precisaria de mais treinamento também durante todo o ano, porque sempre quando está para chegar no momento da Acreditação intensifica os treinamentos para melhorar a qualidade, em vista à Acreditação. (MED 4)

Por que não foi feito antes? E agora que a gente está praticamente um mês para auditoria, aí começa toda a correria, todos os treinamentos... Por que os treinamentos também não são feitos sempre? É sempre mais perto da auditoria, aí junta tudo, em 1 mês, 4, 5, 6 treinamentos, é muito apertado, tira todo mundo da assistência, é muito ruim. (TE 13)

Pelos depoimentos apresentados percebe-se que os sujeitos sentem falta de treinamentos contínuos durante todo o ano, pois, para os profissionais não há sentido mantê-los apenas na época da auditoria. Silva sustenta desde o ano de 1994, e ao que parece ainda sem conscientização dos dirigentes, que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo sempre ativo, caso contrário, pode favorecer a sobrecarga de treinamentos em um determinado período, implicando um aprendizado comprometido e não favorável ao processo de melhoria. O envolvimento das pessoas com a gestão da qualidade deveria ser incessante, distribuído durante todo o ano como forma de reaprendizado e reiteração das rotinas, visto que a excelência não se mede em um atendimento, mas na continuidade da prestação dos serviços. Para atingir efetivamente a máxima qualidade, os treinamentos e os protocolos devem ser frequentes, conforme observado:

Eu acho que a acreditação teria que ser uma coisa constante. Aquela busca pelo medicamento que está vencido tem que ser todos os dias. O ano inteiro! (ENF 9)

Quando chega a época da auditoria fica todo mundo querendo arrumar, todo mundo querendo que esteja tudo certo e nem sempre funciona. (TE 6)

Acho que perto da ONA, aí fica todo mundo conversando, todo mundo fazendo, porque tem que aprender rápido, porque tem que fazer efeito, e pós-ONA, simplesmente passa uma borracha e esquece. Então, simplesmente vira uma porcaria, né? As coisas que têm que ser mantidas e não são mantidas. E aí, perto da ONA, vem toda aquela confusão. (...) O povo até esquece um pouco de olhar a criança, volta para papel, volta para não sei o quê, porque isso tem que estar perfeito, porque isso tem que fazer. E a assistência? E os pais? E a criança? Então vem aquela cobrança de papel, de *check list*, de não sei o quê, mas a assistência fica um pouco prejudicada. (TE 7)

Ademais, por meio desses depoimentos observa-se que os profissionais não estão preocupados com a manutenção dos treinamentos ao longo do ano, situação que influencia negativamente a prática da gestão da qualidade. Ainda, percebe-se que, durante a auditoria, a própria prestação de serviços é relegada a segundo plano, já que o foco naquela oportunidade se resume no cumprimento da parte burocrática do processo para a conquista do título de excelência.

Outro argumento levantado pelos profissionais para justificar a descontinuidade do processo é a alta rotatividade dos funcionários. Eles apontam que a mudança de equipe com a entrada de pessoas novas sem terem treinamento prévio compromete a produção da qualidade. Conforme esclarece Mezomo (2001), a alta rotatividade dos funcionários pode mostrar que a instituição não prioriza a produção dos serviços com qualidade.

Ora, se a instituição não se preocupa com a manutenção do quadro de pessoal, além de não promover reiterados treinamentos, conclui-se que o processo de Acreditação experimenta descontinuidade. Ainda de acordo com Mezomo (2001), os funcionários são como os clientes, quando insatisfeitos não permanecem na instituição. Nos relatos abaixo percebem-se a causa e os efeitos da perda de funcionários para o setor:

Acho que a dificuldade é a rotatividade grande da equipe. Se a equipe está prontinha, aí de repente pessoas saem, aí tem que começar tudo de novo, é isso que dificulta. E muito, né? Porque você está com a equipe prontinha, e todo mundo sabe, e segue aquela norma e de repente sai três, pronto, arrebenta aquela turma. Aí começa tudo de novo, então isso dificulta muito. (TE 6)

Teve uma vez que quando conseguiu montar uma equipe boa, treinada, capacitada, foi jóia, mas vem aquela cobrança muito grande em cima e o pessoal acaba saindo. Porque é muita cobrança e aí saem mesmo. A equipe se desfaz toda, aí tem que agora montar uma equipe toda nova para treinar, o pessoal vai para a noite, vem muita gente nova, aí foge um pouco porque não faz o treinamento com a pessoa que está entrando, aí acaba tudo se perdendo. Tem tanta gente novata, que às vezes não segue, às vezes cada um vem com uma rotina do, de um hospital, vem trazendo, e às vezes não segue direito o

POP. A enfermeira é a mesma coisa. Aí muda muito e acaba se perdendo, na qualidade do procedimento! (TE 2)

A causa da fragmentação da equipe, como se observou, decorre da pressão e cobrança sobre os funcionários em torno das responsabilidades impostas pela Acreditação. O efeito da rotatividade recai na queda do padrão de qualidade, além da incorporação de novas pessoas, as quais nada sabem a respeito das rotinas e sobre a gestão de excelência. Sem o adequado conhecimento da Acreditação e à vista da pressão, novas demissões são inevitáveis e o ciclo continuará ativo até que o treinamento regular seja feito periodicamente, não apenas às vésperas de uma auditoria.

Por outro lado, fenômeno importante que interfere no aparecimento de muitos dos fatores dificultadores anteriormente mencionados é a não incorporação da cultura da Acreditação por parte dos profissionais envolvidos, impactando inclusive na ausência de adesão ao sistema da qualidade. Mezomo (2001) relata que a qualidade exige mudança cultural, com alteração na atitude e no comportamento dos profissionais envolvidos. Corroborando, Bonato (2007) sustenta que a conscientização para obter-se qualidade deve ser aliada à mudança dos modelos mentais enraizados nas equipes de saúde, as quais ainda nutrem generalizações e pressupostos ultrapassados, influenciando negativamente na forma de agir dos indivíduos e na adesão ao novo processo. A mesma autora reforça que para atender aos propósitos da instituição os colaboradores precisam conhecer a cultura institucional, as metas, os valores e a missão do processo, decorrendo dessa união a manutenção da gestão da qualidade. Salientando essa ideia, Lima e Erdmann (2006) relatam que “a mudança de atitude é proveniente de um processo de construção fundamentado no compartilhamento de informações, definição clara de objetivos e metas” (p. 277). Nessa perspectiva, as pessoas envolvidas são essenciais para a implementação de uma cultura voltada para a qualidade, prevenção e melhoramento contínuo (SANCHEZ, 2003). Assim, observa-se nos depoimentos dos entrevistados uma visão de que o processo de mudança não é uma tarefa fácil; em contrapartida, também se percebe a necessidade de acreditar no sucesso do programa e, para isso, seria essencial fortalecer a cultura da Acreditação nas diversas pessoas que ainda não incorporaram seus conceitos básicos:

Todo o profissional deveria incorporar a ideia da Acreditação. (FIS 2)

O que mais dificulta é a conscientização dos profissionais sobre Acreditação. (ENF 1)

Muitas vezes as pessoas não aderem ao processo porque não conhecem. (TE 6)

Eles não sabem qual que é a importância disso, então por isso eles não se empenham tanto em fazer... (ENF 4)

Todo processo de mudança não é fácil, mas é preciso abraçar e acreditar nisso. (...) Tem muita gente que tem resistência para mudança e cabe ao líder dos setores promoverem a conscientização da importância da mudança, no processo de aprimoramento, no processo de resultado melhor, no trabalho para ele e para o paciente. (FON 1)

Nos relatos apresentados, notadamente o último, verifica-se a importância do papel do líder no processo de conscientização a respeito dos novos paradigmas. Com isso, observa-se que os chefes de equipe devem conduzir com mais empenho o processo de Acreditação, a fim de oferecer aos subordinados a base conceitual, instigando-os à melhoria de todo o sistema.

No entanto, os profissionais entrevistados não relacionaram apenas os aspectos dificultadores à implementação do processo, já que, vencida essa etapa, resta a difícil tarefa de propiciar a manutenção da gestão de qualidade, a qual é influenciada negativamente pelos mesmos aspectos já citados:

O dificultador é manter esse processo. (ENF 7)

Você tem que se comportar como se você fosse ser acreditado todos os dias. Então isso é o mais difícil, porque isso aí é uma prova diária, né? (MED 3)

Conforme exposto, há diversos aspectos limitadores para a completa implementação e manutenção do novo sistema de gestão da qualidade, cabendo uma melhor avaliação e acompanhamento do processo, seja por meio de ações de intervenção da alta direção ou por atitudes dos líderes de setor; da prática de recompensas; da manutenção do quadro de pessoal; da maleabilidade no trato com os profissionais afastando-se a pressão; da intensificação do treinamento com a participação de todos os funcionários, seja do turno diurno ou do noturno. Enfim, devem os gestores da instituição promover ações motivadoras do crescimento, do amadurecimento e da realização do profissional, visto que simples atitudes são determinantes para o sucesso do processo de Acreditação.

4.3.2 Facilidades encontradas pelos profissionais durante o processo de Acreditação

Os sujeitos reconhecem não apenas a existência de aspectos dificultadores no processo de Acreditação, mas também os pontos em que o novo sistema beneficiou a prestação de serviços. Dentre essas questões facilitadoras, os entrevistados apontaram que o cenário do estudo, um hospital nascido com a filosofia da Acreditação, viu-se livre de vícios ou de métodos ultrapassados, com o objetivo de distinguir-se pela excelência do cuidado. Além disso, as pessoas contratadas previamente à inauguração do hospital foram treinadas dentro das rotinas propostas pela instituição, seguindo a mesma filosofia e igual padrão. Assim, na visão dos entrevistados, esse fato tornou-se um facilitador à medida que os funcionários foram se aperfeiçoando já nas rotinas do setor de alocação, deixando de lado muitos conceitos e práticas obsoletas ou inadequadas, adquiridas por outras vivências. Segundo GIL (2007) a capacitação dos profissionais consiste em dar-lhes a formação básica para que esses modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e aprimorem seus conhecimentos, a fim de prestarem um atendimento de qualidade. Essa realidade foi observada nestes depoimentos:

Acho que no primeiro momento o hospital era novo, e todo mundo uma equipe nova, eles puderam, conseguiram moldar do jeito que eles queriam, então foi fácil, não foi difícil. Diferente quando você lida com pessoas antigas, já é difícilimo, porque todo mundo já está com “defeitos”, então para você conseguir por do jeito que quer aquilo é barra pesada. Então, se o hospital fosse antigo, eu acho que seria difícil, não seria tão fácil, iria haver uma barreira, porque cada um já tem sua mania, uns acham que não têm necessidade de aprender mais do que já sabe, o outro já tem aquela mania de achar que já está bom, do jeito que está, para quê melhorar? Todo mundo acha assim. Então um hospital, que é novo, que as pessoas são novas, então você tem facilidade de impor normas, agora, se fosse no velho, aí seria bem difícil. (TE 6)

Eu acho que é mais fácil para mim, no sentido do que eu já vivenciei desde o início. Porque o novo para a gente trás um medo. A gente fica inseguro com o novo, né? Totalmente diferente, a gente fica inseguro. Então eu percebo isso nessas pessoas que estão aqui há pouco tempo. (TE 12)

Nesse foco, observou-se como aspecto facilitador, não obstante o fato de se tratar de um hospital novo e com funcionários previamente treinados dentro da filosofia da Acreditação, a maior intimidade, maturidade e consciência dos profissionais que desde o começo trabalhavam na instituição. Com isso, para os funcionários contratados à época da inauguração, a vivência nas sucessivas auditorias e o entrosamento possibilitaram a menor apreensão e a maior confiança para futuras avaliações:

Eu acho que ano passado foi o momento melhor, assim, porque eu acho que a gente estava mais madura, sabe? Porque até então, como que eu vou te falar, a gente brincava de Acreditação, né? A gente brincava de Acreditação. A gente seguia processos, seguia normas, mas o hospital não, como ele cresceu com aquilo, eu acho que ele tava imaturo para aquilo. Ano passado, não. Ano passado, as pessoas estavam muito maduras, muito conscientes do que elas estavam fazendo, o nível de maturidade dos funcionários cresceu tanto que, assim, você vê a diferença de uma análise crítica que você começou lá atrás e uma agora. O tanto que você mudou esse processo. (ENF 6)

A bagagem de conhecimento facilita qualquer um. Às vezes, a mudança de um processo, a forma de realizar um trabalho, a gente tendo essa bagagem de entendimento, é um mecanismo facilitador. Para quem está chegando agora, acredito que seja um pouco confuso entender o processo. (FIS 3)

Observa-se, portanto, que o sucesso do processo de Acreditação não está relacionado à necessidade de abertura de um novo hospital, bastando a união e a estabilidade do mesmo grupo, com capacitação frequente, tal como antes mencionado, para atingir-se melhoria no novo sistema de qualidade.

Outro aspecto relevante apontado pelos profissionais é a uniformização das práticas e das condutas, ponto facilitador identificado desde as respostas sobre o conceito de Acreditação. A padronização, assim, é considerada ferramenta indispensável para a gestão da qualidade, visto que, havendo normas a serem seguidas, acredita-se que as pessoas envolvidas na ação falem e ajam da mesma maneira. Esse fato gera maior controle do processo de qualidade e maior rigor em busca de melhorias:

O que facilita é que todos vão trabalhar de maneira uniforme. Com isso, em qualquer setor, você pode ter certeza de que todo o processo vai ser realizado de acordo com as normas. (TE 15)

Os facilitadores é que todo mundo trabalha igual. Então o que eu falo é o que outra fala, o que o CTI fala é o que a recepção fala, quer dizer, é uma fala só. (ENF 6)

Ainda no campo da busca por melhorias, os entrevistados afirmaram que o empenho, a valorização e a motivação da equipe são fundamentais para adesão e manutenção do processo da qualidade. Soma-se a isso o fato de o hospital já ter alcançado a Acreditação em nível de excelência, o que é um incentivo na visão dos profissionais. Bonato (2007) reforça que o trabalhador precisa sentir-se valorizado como pessoa participante de um grupo, enfrentando desafios comuns. Nesse contexto, Juran e Gryna (1991) afirmam ser de extrema importância a motivação e o comprometimento de todos os funcionários para o alcance da qualidade. Tal situação expõe mais uma vez a necessidade de maior valorização das pessoas

envolvidas no processo. À medida que é criado um ambiente de trabalho estimulador para aquisição de conhecimento e desenvolvimento de novas habilidades, há um grande salto em busca de melhoria. Os fragmentos abaixo traduzem essa ideia:

Quando a gente pensa em equipe, eu acho que facilita quando as pessoas se empenham para que as coisas sejam resolvidas. (ENF 2)

Eu acho, que o que facilita é o empenho da equipe, se a equipe está empenhada, o processo flui!(TEC 9)

O facilitador é o incentivo em busca da melhoria. As pessoas estimulam pelo fato de estarem trabalhando em um lugar que é acreditado em nível 3. (TEC 14)

Eu acho que facilita é o entrosamento da equipe, porque, por exemplo, no processo de Acreditação, se a enfermeira consegue passar para a equipe de técnicos a importância disso, os benefícios disso para o serviço, aí a gente tem uma maior adesão e isso facilita. (ENF 4)

Nota-se, além do mais, de acordo com os sujeitos da pesquisa, que o papel do líder como incentivador é essencial para o processo de melhorias. Bonato (2007) relata que os líderes influenciam de maneira saudável os colaboradores, enfocando a participação da força humana dentro da instituição, uma vez que, ao potencializar o saber dos indivíduos, os funcionários serão capazes de enxergar novas possibilidades nas situações cotidianas, melhorando a relação pessoas *versus* trabalho. Cabe ressaltar, com isso, a importância do envolvimento do líder no processo, ao passo em que ele inspira uma visão de melhoria contínua e encoraja a substituição de práticas antigas por métodos novos. Ao mesmo tempo, estimula a autoestima dos funcionários e favorece a satisfação dos clientes. Os depoimentos seguintes abordam tal percepção:

E o que facilita é ter o apoio dos coordenadores, paciência, né? Acho que isso facilita. (TE 5)

Eu acho que quando os líderes estão sempre prontos para ajudar a gente nas dificuldades, eles ajudam muito. Os líderes aqui são muito abertos. Aqui tem hierarquia, mas sem essa barreira, né? Então eu acho que fica tranquilo. (TE 15)

No depoimento de TE 15 foi apontado que mesmo com a presença de hierarquia dentro da instituição, os líderes não ficam rotulados como meros chefes, pelo contrário, demonstrou-se a existência de membros participantes e ativos no processo, além serem prestativos e essenciais ao equilíbrio do grupo.

Além de descreverem a importância do líder, os entrevistados adicionaram aos fatores positivos da Acreditação o valor do trabalho em equipe e da interação do grupo. Mezomo (2001) relata que a melhoria dos processos não é algo a ser cumprido por um setor ou por pessoas selecionadas, mas é o resultado de esforço em grupo. O mesmo autor ainda acrescenta que a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria contínua privilegia o trabalho em equipe, a capacidade produtiva, a relação de parceria e de coresponsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, o respeito e o valor de quem produz o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e das metas. Corroborando, Alves *et al.* (2005) ressaltam a importância do trabalho complementar das diversas categorias de profissionais que integram a equipe e do reconhecimento de que nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém o saber necessário para suprir as demandas dos serviços. Dessa maneira, os discursos abaixo retratam a ideia do trabalho conjunto como uma maneira de facilitar a prática assistencial, já que esta proporciona discussões valiosas em busca de melhorias alternativas, além de favorecer a troca de experiência entre profissionais:

(...) todo mundo estar interagindo, um respeitando o outro, independente da sua profissão, trocando experiências. (TE 6)

Eu acho que trabalhar em equipe é um facilitador importantíssimo, eu acho que essa é a chave principal. (MED 1)

Em se tratando de trabalho em equipe, os profissionais também consideram a comunicação como uma ferramenta essencial para o sucesso do grupo. Os entrevistados apontam que as informações repassadas indistintamente a todos, independentemente da função que exerçam, favorecem o surgimento do pensamento crítico, de soluções e de ideias inovadoras. Segundo Mezomo (2001), a informação que chega a todos os profissionais cria um ambiente de integração e participação que reforça o processo de melhoria da qualidade na organização. Os discursos abaixo ilustram a visão descrita e ainda ressaltam que a facilidade da dissolução das informações acarreta descentralização das funções, contribuindo para o maior envolvimento dos profissionais em relação aos objetivos da empresa:

Eu acho que facilitador, hoje nós temos é, os meios de comunicação muito fáceis, ágeis, isso ajuda. É a tendência hoje de descentralização das funções, os diretores são apoiados por vários profissionais, originados de diversas áreas. (ENF 9)

Eu acho que as informações devem ser passadas para todos, isso ajuda muito. (ENF 4)

A partir dos relatos dos aspectos facilitadores, observa-se que o processo de Acreditação necessita ser lapidado, a fim de que os pontos de sucesso sobreponham os problemas. A discussão fundamental reside em quais estratégias podem ser alcançadas para a manutenção e para a melhoria da gestão de qualidade, táticas que, não obstante as críticas já relatadas ao longo deste estudo serão discutidas a seguir.

4.4 Estratégias apontadas pelos profissionais de saúde em busca da manutenção do processo de qualidade

Ao responderem sobre quais as estratégias deveriam ser utilizadas para manutenção e melhora da gestão, os profissionais apontaram diversas alternativas. Para buscar-se a primazia da prestação de serviços, os entrevistados sugeriram que a revisão contínua dos métodos de trabalho é uma relevante ferramenta para incorporar práticas mais atualizadas e compatíveis com a realidade da instituição. Segundo Lima e Erdmann (2006) as organizações necessitam de profissionais capacitados para atingir suas metas e objetivos, tornando necessário um trabalho contínuo com os funcionários. Nesse contexto, essas autoras sugerem a atualização dos conhecimentos como estratégia de busca de melhorias. O depoimento abaixo expressa essa ótica:

Treinamentos, revisão de POPs, levantamento de necessidades, de estar sempre revisando algum processo ou rotina, tentando melhorar. (ENF 1)

Além da revisão de processos de trabalho, os sujeitos da pesquisa indicam a relevância da inserção periódica de treinamentos, visto que reconheceram na recapitulação uma forma de inibir o esquecimento e aprimorar as novas técnicas, focando-se na excelência da qualidade da prestação de serviços:

Os treinamentos com a equipe, reciclagem mesmo da equipe. Acho que seria isso. Grupos de treinamentos... (ENF 4)

A gente procura capacitar a equipe, durante o ano todo, uma preparação durante o ano todo para não ficar acumulado mais no final do ano, e ser uma cobrança muito grande em um curto espaço de tempo. E procura motivar mesmo o pessoal em torno disso, conscientizar de que não adianta fazer tudo certo só na época da auditoria, que tem que ser um processo contínuo, né? (ENF 9)

Ainda se tratando de treinamentos e repasse de informações, os funcionários retratam o “quadro de gestão à vista” como uma estratégia de divulgação do conhecimento. Ressalta-se que o quadro de “gestão a vista” consiste em uma ferramenta utilizada pela gestão da qualidade com finalidade de divulgação das questões relativas à melhoria contínua dos processos de trabalho. Por meio desse quadro de fácil acesso aos funcionários, é possível que os mesmos acompanhem os indicadores de qualidade podendo, assim, participar melhor do planejamento e da execução do plano de ação como tática de correção ou como forma preventiva diante de uma ocorrência futura.

Ressalta-se que um dos itens presentes na avaliação durante o processo de auditoria recai na verificação da ciência, por todos os funcionários, das ocorrências, do planejamento e da execução de tarefas desempenhadas na instituição em busca de melhorias. É válido mencionar que na avaliação periódica do processo de qualidade é apurado se os funcionários conseguiram visualizar e participar ativamente dos ciclos de melhorias, cujas informações podem ser obtidas pelo “quadro de gestão à vista”. Os depoimentos abaixo retratam tal fato:

A manutenção seria esses treinamentos mesmo, né? Esses quadros de gestão à vista que os enfermeiros passam para a gente. Porque a gente faz um acompanhamento, né? (TE 6)

Eu faço treinamentos, tem treinamento de indicadores também. Tem os indicadores, que falam se está alto ou se está baixo tal situação para tentar melhorar, né? Fazer um plano de ação sobre isso... (TE 5)

É fazendo treinamento mesmo. Analisar porque o indicador aumentou e que estratégias a fazer. (FIS 1)

Por outro lado, estratégia primordial para a manutenção e melhoria do sistema reside no treinamento intensificado dos profissionais novatos, a fim de que alcancem o mesmo grau de envolvimento demonstrado pelo funcionário com mais tempo na instituição. Os entrevistados acreditam que tal procedimento é fundamental para a sensibilização do recém-contratado quanto às questões de qualidade desde no início da sua história no hospital, fazendo com que o jovem funcionário se sinta responsável pelo o processo como os demais profissionais:

À medida que esse profissional chega, ele já é inserido num processo de treinamento, de capacitação, para que ele saiba como proceder. É diferente ele assistir um neonato em uma instituição qualquer do que ele assistir aqui dentro. (ENF 9)

As estratégias são basicamente as mesmas para adquirir a Acreditação, faz treinamento para a equipe e para os novatos. Fazendo reuniões e tentando passar conhecimento para toda equipe e não deixar com que alguns fiquem com o conhecimento e outros não. (ENF 7)

Salienta-se que o profissional regularmente treinado não oscilará facilmente diante de cobranças; com isso, sua sobrecarga de *stress* será reduzida e o envolvimento com o processo só tende a crescer, diminuindo também a rotatividade no trabalho.

Tática simples, mas eficaz, seria difundir o conhecimento em treinamentos camuflados por jogos e brincadeiras, visto que os profissionais usariam do entretenimento como meio para afastar a fadiga e a pressão do processo. Assim relatou a entrevistada:

O pessoal aqui é muito criativo. A gente fez uma gincana. Eu acho que todo mundo ficou envolvido. Acaba que fica mais fácil de passar por esse processo, porque todo mundo se envolve na brincadeira. (TE 15)

Outra estratégia apontada pelos entrevistados diz respeito à necessidade da participação conjunta e ativa da equipe interdisciplinar. De acordo com Gomes, Pinheiro e Guizardi “as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços de saúde” (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 108). Nesse contexto Vilela e Mendes ressaltam que a interdisciplinaridade é “considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum” (VILELA; MENDES, 2003, p. 528). Assim, os sujeitos da pesquisa sugerem que essa nova filosofia de trabalho busque a interação e a comunicação entre os profissionais de diversas áreas, por meio de diálogos, promovendo, ademais, a articulação de conhecimentos, tudo voltado ao favorecimento do processo da qualidade, uma vez que as pessoas se empenharão por um mesmo objetivo:

Lembro do dia no auditório que o auditor destacou o trabalho da equipe da fono, fisio, enfermagem e médicos. E, quando falou de cada um fazer um trabalho interdisciplinar, estou tentando mostrar isso, o cuidado interdisciplinar com o RN. A gente junto dá uma coisa maravilhosa. (FIS 3)

A gente às vezes pensa que não vai conseguir chegar a fazer tantas coisas, mas consegue. Principalmente por ser um trabalho de equipe, de um estar ajudando ao outro. (ENF 9)

Por outro lado, os funcionários acreditam que para haver a manutenção do processo de Acreditação é fundamental a divisão de tarefas entre os envolvidos no trabalho,

principalmente entre os turnos diurnos e noturnos, com o aprimoramento deste. Com isso, haverá uma maior colaboração e envolvimento de todos no hospital:

Mas eu sinto que a gente podia fechar essa situação de forma melhor. Porque assim, as coisas estão mal distribuídas, eu sinto isso. Eu acho que as pessoas podem colaborar muito mais. Podem se envolver muito mais, as questões ligadas à qualidade, elas podem ser divididas e menos penosas para umas pessoas. Então assim, eu acho que pode haver um equilíbrio. Mas o que vejo é que algumas pessoas não têm consciência, porque que elas estão aqui. Então assim, é um hospital que demanda esse tipo de sacrifício para uns e prazer para outros. Então vamos dividir, né? (ENF 3)

Acho que a gente podia dividir melhor as tarefas. Principalmente plantão noturno e diurno. (TEC 6)

É válido ressaltar que a gestão da qualidade não se apresenta de forma estática, pelo contrário, ela busca a todo o momento a excelência por meio do ciclo de melhorias. Nessa perspectiva, Nascimento *et al.* (2006) salientam que o sistema organizacional de saúde deve propiciar o suporte necessário para qualificar os funcionários para melhor desenvolver suas práticas, beneficiando o hospital e a clientela. Desse modo, é fundamental que o profissional veja a necessidade de melhorar a cada dia para oferecer não só um trabalho de qualidade, mas também propiciar aprimoramento para si mesmo, para o hospital e para os pacientes:

E estar sempre acreditando que tem alguma coisa para melhorar, que tem alguma coisa a mais para acrescentar dentro desse processo. (TE 15)

A gente sempre busca estar acompanhando tudo aquilo que é feito no hospital, desde o controle de tudo que se faz a parte assistencial, a parte de organização, a parte de coleta de dados. A gente sempre acompanha para poder estar verificando o que está falho, o que está melhorando, o que está piorando, para então a gente estar entendendo e não deixar que as coisas se percam. Então a gente tem ciclos de melhoria mesmo, que a gente vai estar sempre buscando manter a qualidade, e estar sempre avaliando os dados que são coletados para gente não deixar que as coisas se percam. (ENF 2)

Retomando a necessidade de melhoria progressiva e constante, verificou-se que os sujeitos da pesquisa reforçaram a importância da manutenção contínua dos processos de trabalho voltados à garantia da qualidade. Segundo Lima e Erdmann (2006), é importante salientar que para proporcionar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, deve-se aperfeiçoar e incrementar os programas de educação continuada a fim de gerar conhecimento e reflexão sobre esse assunto. Na visão dos profissionais é preferível manter

aceso o processo durante todo ano a concentrar esforços apenas em um determinado momento, próximo da auditoria. O fragmento abaixo retrata esse pensamento:

A gente tenta ficar fazendo durante o ano essas coisas que a gente faz próximo à ONA, só que eu acho que dá uma relaxada depois da auditoria. Tudo bem, a gente faz, mas eu acho que poderia estar lembrando mais, não só nesse período. Hoje eu chequei no *check list*, mas essas coisas não são feitas geralmente, não são tão cobradas, a gente infelizmente acostuma fazer aquilo que se cobra, se eu deixar as coisas 1 mês, 2 meses sem fazer e ninguém notar, não vamos fazer mesmo. Essas coisas burocráticas que eu falo né? De ter que assinar. Eu faço meu *check list*, mas essas coisas de assinar, ter que dar o papelzinho, eu acho que não é tão cobrada quanto é em época de ONA. Acho que poderia manter durante todo ano. (TE 1)

Ademais, como relatou a entrevistada, devem ser conjugados treinamentos duradouros com cobranças periódicas, visto que a avaliação, não apenas na época da auditoria, apresenta-se como excelente forma de controle, de dissipação e manutenção da qualidade.

Ainda no âmbito do ciclo de melhoria contínua, os sujeitos apontaram que no primeiro momento o entusiasmo é maior para buscar a Acreditação, mas que, com o passar do tempo, o processo se torna cansativo. Isso se justifica pela empolgação da novidade, mas o não cumprimento das promessas, a oscilação de pessoal e a escassez de treinamentos, diminuem o entusiasmo. Cabe ressaltar que durante todo processo é indispensável a existência de empenho e de dedicação. Se tais fatores são perdidos, provavelmente não existirá a manutenção da qualidade. Assim, observa-se que o hospital necessita incrementar o aspecto motivacional dos seus funcionários, para que eles resistam aos momentos de desânimo. O depoimento de ENF 2 confirma tal afirmação:

Marca muito quando a gente passa pelo o processo. Com o passar dos anos seguidos que a gente tem que manter esse título, a gente começa a perceber que às vezes fica um pouco cansativo. Porque a equipe da 1ª vez se sente muito empolgada, no gás total para fazer tudo, mas depois vai marcando a gente, porque nos vamos vendo que a equipe às vezes fica cansada na busca da manutenção desse título. Porque é um ganho muito grande para o hospital, para o paciente, mas enquanto retorno para equipe e benefício pessoal para cada um, não tem. A pessoa se sente valorizada, por mais uma vez estar conseguindo um título, mas eu acho que as instituições, às vezes pecam um pouco nesse sentido, pois não gera motivação contínua. (ENF 2)

Continuando na busca do fundamento da qualidade na prestação de serviços, os profissionais abordaram que o importante é não perder o objetivo primordial de toda a Acreditação, qual seja: fornecer uma assistência qualificada e humanizada ao paciente. Porto

e Rego (2005) ressaltam que, para haver o sucesso do processo de construção e implementação de qualidade, é imprescindível não só o desenvolvimento das qualidades técnicas, mas também humanas das pessoas que estão envolvidas nesse contexto. Para tanto, sem dispensar a técnica conquistada com os treinamentos, com as rotinas criadas e com os protocolos de excelência, os profissionais devem orientar-se pela indispensabilidade do cuidado humanizado. Tal visão foi constatada no trecho de entrevista:

Mais importante é a gente não perder o foco da Acreditação que é o cliente. Muitas vezes a gente percebe que o foco está sendo dado ao processo e não ao cliente. Muitas vezes nos vemos muito longe do paciente e muito mais próximo do que está no papel. E o que deveria ter é uma assistência muito mais humanizada e perto do paciente e promovendo sempre a melhoria do paciente. (ENF 7)

Ratifica-se que a manutenção do processo é uma tarefa árdua, já que desvencilhar-se dos paradigmas tradicionais e incorporar uma nova ideia de trabalho apresenta barreiras. Conforme relatou o entrevistado:

Tem sempre uns critérios que são exigidos, né? Que mudam um pouquinho, ano a ano, né? Eu acho que a exigência, ela tende a ser um pouco maior, eu acho que é mais difícil manter a Acreditação que ganhar uma Acreditação, né? (MED 3)

Afinal, o importante é engajar-se na luta contra o desânimo, superando os desafios em busca da manutenção do processo de trabalho:

A gente não pode é retroceder, né? Se nós já conquistamos o título é que realmente valeu a pena e não dá para esmorecer quando a gente não consegue muitos detalhezinhos, né? Vai em frente que dá tudo certo. (MED 5)

Ressalta-se que as dificuldades podem ser vencidas ou superadas, bastando, para tanto, a observância, pelos interessados em Acreditação Hospitalar, dos pontos abordados neste estudo, os quais, não obstante as necessárias críticas, projetarão benefícios no sistema de excelência para a prestação de serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços prestados é o caminho para as instituições que lutam pela permanência no mercado competitivo e que prezam pelo atendimento de excelência. Por isso, os hospitais procuram novos modelos assistenciais e outras formas de gestão, a fim de alcançarem resultados capazes de otimizar recursos, incrementar o cuidado humanizado, além de garantir a melhoria do serviço oferecido. Nesse contexto, o programa de Acreditação Hospitalar surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual, desgastado pelo modelo “tecnicista” de atendimento. O novo processo de qualidade traz mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos, impõe aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência.

Este estudo buscou aprofundar a reflexão sobre o processo da Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde, reforçando que para a implementação, a adesão e a manutenção do processo de qualidade nos hospitais é imprescindível, antes de tudo, conhecer a percepção daqueles sujeitos acerca da Acreditação. Ressalta-se que um obstáculo enfrentado na realização da pesquisa foi a escassez de literatura sobre as questões subjetivas que permeiam o processo de Acreditação. Entretanto, ao mergulhar nos discursos dos sujeitos da pesquisa, foi possível apreender as ideias e os significados lançados sobre o referido processo, permitindo, uma melhor visão do sistema de qualidade através daqueles que prestam diretamente os serviços. Além disso, foram obtidas informações importantes a respeito da influência do processo da Acreditação para os pacientes, para o hospital e para os próprios sujeitos que estão envolvidos nessa prática; aspectos facilitadores e dificultadores do processo e estratégias para manutenção do sistema de qualidade.

Por intermédio do estudo notou-se que não há consenso entre os profissionais de saúde a respeito da gestão de qualidade. Constatou-se que parte dos entrevistados consegue visualizar o processo da Acreditação na sua esfera técnica, processual e operacional, ainda que mediante limitações. No entanto, poucos profissionais conseguem perceber que o sistema de qualidade abrange também aspectos subjetivos importantes, como valores individuais e sociais dos profissionais e das instituições envolvidas nesse contexto, notadamente a humanização do cuidado. Essa carência reflete uma ideia fragmentada do processo da Acreditação, já que os profissionais não conseguiram incorporar todos os princípios preconizados pelo sistema de qualidade. Além do mais, alguns dos sujeitos entrevistados não

conseguiram visualizar que o processo da Acreditação traz benefícios não só para os clientes ou para o hospital, mas também para os próprios profissionais.

Ademais, ficou evidente a necessidade da sensibilização dos funcionários em relação aos objetivos e as propostas da Acreditação, visando provocar uma melhor assimilação dos princípios da ONA. Com efeito, à medida que esses sujeitos não agregam a filosofia da Acreditação na sua prática assistencial, provavelmente não existirá a continuidade do processo, nem mesmo a prestação do cuidado com excelência. Dessa maneira, confirma-se o pressuposto inicial da pesquisa de que a manutenção do processo da Acreditação está intimamente ligada à incorporação dos princípios preconizados pelo sistema de qualidade.

Outro achado importante diz respeito às influências do sistema de gestão para o hospital, pacientes e funcionários, sendo que grande parte dos entrevistados afirmaram prontamente que o hospital somente apura benefícios com o processo de Acreditação, haja vista ganhar referência no cenário de saúde, obter *status*, atrair clientes e incrementar o lucro.

No que se refere aos pacientes, a visão dos profissionais entrevistados demonstra que o atendimento traz segurança, confiabilidade e certeza de bom atendimento com a padronização de técnicas e o respaldo na cientificidade do cuidado, como também um atendimento de excelência. Mas é importante ressaltar, nesse quadro, a preocupação de alguns entrevistados em relação ao distanciamento do funcionário envolvido com o processo de qualidade em relação ao paciente. Os profissionais relataram que a parte burocrática do processo de Acreditação leva à fragmentação do cuidado oferecido, além de promover um afastamento entre o cuidador e o paciente, mostrando muitas vezes um cuidado aparentemente “desumanizado”. Essa constatação também reafirma os achados iniciais, quando se abordou a fragilidade do processo de Acreditação à vista da não incorporação, pelos profissionais, do cuidado humanizado.

Em relação à influência do processo para os próprios entrevistados, notou-se certa divergência de ideias. Alguns sujeitos da pesquisa entendem que o processo da qualidade traz uma série de benefícios para os profissionais, principalmente no que se refere ao crescimento pessoal e ao aprendizado adquirido. No entanto, há pessoas que afirmam que o *stress* e a cobrança impostos pelo novo sistema, além da ausência de valorização àqueles que se engajam no processo, demonstram que a Acreditação beneficia tão somente cliente e hospital. Nesse foco, é importante que a instituição e os líderes pensem em uma forma apropriada de prestigiar e valorizar o funcionário para que ele contribua positivamente para o processo de qualidade, circunstância que também o fará permanecer maior tempo na instituição. Caso contrário, esses funcionários ficarão cada vez mais insatisfeitos, gerando alta rotatividade do

emprego e descontinuidade no processo, em franco prejuízo à qualidade buscada pela Acreditação.

No âmbito dos aspectos facilitadores e dificultadores do processo da Acreditação, grande parte dos profissionais preferiu iniciar a abordagem pelos aspectos limitadores, os quais, segundo sua visão, interferem bastante na manutenção da prestação do cuidado com excelência. Dentre esses aspectos dificultadores, foi destacada a ausência de envolvimento de alguns profissionais no processo, em especial do médico, o que reforça a necessidade de se criar estratégias em busca de maior comprometimento dos sujeitos, pois, caso contrário, acarretará na ruptura do processo da qualidade. Nesse âmbito, de acordo com os entrevistados, a falta de envolvimento de alguns profissionais leva a sobrecarga de atividades para outros, principalmente da equipe de enfermagem que se vê prejudicada pela grande demanda de atribuições gerada por outros colegas que preferem esquivar-se do processo de gestão da qualidade.

Também foi apontada a diferença de envolvimento entre os turnos de trabalho, haja vista o plantão diurno se apresentar mais preparado em relação à gestão de qualidade do que o plantão noturno, o qual se encontra distante da filosofia da Acreditação, rompendo com processo.

Outro aspecto relevante apresentado foi a falta de manutenção do sistema de qualidade ao longo do ano. Os sujeitos da pesquisa apontaram a existência de uma sobrecarga de treinamentos e repasse de informações próximas ao período da auditoria, o que gera desgaste nos profissionais nessa época, além de faltar objetividade e qualidade na capacitação oferecida. Alguns funcionários ainda ressaltaram a existência de um certo “maquiamento” da situação, como, por exemplo, nos prontuários organizados, nos *check list* realizados e na sala de reunião arrumada apenas nos dias de auditoria, todavia, cotidianamente, tal realidade não seria verificada. Esse fato, na visão dos entrevistados, não é benéfico para a instituição e nem mesmo para os clientes. Constatam-se assim, inúmeros aspectos dificultadores que precisam ser revistos e melhor analisados e trabalhados, pois se os problemas encontrados não tiverem a devida importância, o processo da qualidade estará provavelmente fadado ao insucesso.

Em relação aos aspectos facilitadores, os sujeitos da pesquisa relataram que o processo de qualidade é viabilizado principalmente quando há trabalho de equipe, com o diálogo e com a contribuição do conhecimento de todos os profissionais em busca de um objetivo comum. O trabalho em equipe se apresenta como um dos instrumentos importantes para que ocorra a solidificação do processo, visto que, sem o debate entre os funcionários, o crescimento e a difusão da gestão de qualidade padece inibido.

Além do trabalho integrado, os sujeitos desse estudo ressaltaram como aspecto de relevância o fato de o hospital ser novo e ter nascido sob a ideologia da Acreditação. Essa situação é importante, pois, diferentemente de outros hospitais em que os profissionais estão enraizados em hábitos ultrapassados, o cenário de pesquisa se apresentou destituído de tais valores. Ademais, proporcionou aos seus funcionários, desde a contratação, treinamentos embasados nos princípios da ONA. Engajar em um novo sistema de gestão qualidade com uma equipe recém contratada, mas entusiasmada e aberta aos novos conhecimentos, sem dúvida favorece o processo de implantação da Acreditação. Mas, ressalta-se que, de maneira isolada, o mero nascimento de um hospital sob os pressupostos da qualidade não lhe garante o sucesso da Acreditação.

Por fim, os profissionais reconheceram que o grande desafio enfrentado por eles e pelos dirigentes é a própria manutenção do processo de Acreditação. Apontou-se que uma das principais estratégias viabilizadoras da permanência do sistema de qualidade seria a capacitação continuada e igualitária de todos os profissionais. Nesse foco, observa-se que a educação contínua é uma questão enfatizada pelos profissionais de saúde ao longo desse trabalho, além da necessidade de disseminação das informações independente do turno de trabalho ou da classe profissional. Vê-se que por meios de treinamentos consistentes e distribuídos ao longo do ano os profissionais têm a chance de aperfeiçoar, reciclar e entender melhor o processo de trabalho. Assim, os líderes, juntamente com sua equipe, devem se ocupar com a qualidade da prestação de serviços não apenas às vésperas de uma auditoria, mas em qualquer época do ano, ou turno de trabalho. Mostrando-se indispensável à manutenção da excelência de qualidade, os responsáveis devem dispor recompensas àqueles que melhor assimilarem e aplicarem os princípios da Acreditação.

Com base neste estudo foram identificadas diferentes percepções e expectativas dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação Hospitalar, visões que precisam ser trabalhadas e melhor compreendidas não apenas pelos próprios funcionários, mas também pela instituição, a fim de proporcionar maior clareza do sistema de trabalho, sua manutenção e, conseqüentemente, adesão integral à gestão da qualidade. Nesse campo, reforça-se também a imprescindibilidade das ações que contemplem o pensar, o agir e o sentir humanizados, o que possibilitará maior compreensão à abordagem sistêmica do processo de Acreditação, em detrimento da forma mecanizada.

Espera-se, portanto, que a partir do maior conhecimento sobre a Acreditação Hospitalar na visão dos profissionais que a empregam, barreiras sejam rompidas, comportamentos se alterem e o agir se qualifique. Almeja-se, além disso, que este estudo

possa suscitar novas pesquisas sobre o tema, além de provocar nos profissionais de saúde e nos dirigentes, motivação e compromisso para promoverem as mudanças necessárias, bem como propiciar ao paciente uma melhor prestação de serviços, com um cuidado humanizado e de excelência.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasil Enfermagem*, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 84-89, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.
- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & contexto Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 17, 2005.
- ANTUNES, L. M. *Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA*. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- AZEVEDO, A. C. Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. *Revista de indicadores de produtividade*, n. 1, p. 49-54, 1993.
- BARDIN. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009.
- BONATO, V. L. *Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais*. 1. ed. São Paulo: Icone, 2007. 119 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de vigilância Sanitária. *Legislação*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa mundial de saúde: primeiros resultados*. Brasil, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 maio 2004.
- BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. *Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*. Brasília: ONA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CHIAVENATO, I. *Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas*. São Paulo: Atlas, 2000. 312 p.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. *Hospital: Acreditação e gestão em Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377 p.

D'INNOCENZO, M. *Indicadores de qualidade dos recursos humanos de enfermagem das unidades de clínica médica de hospitais de ensino e Universitários*. 2001. Tese (Doutorado em Administração Aplicada à Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), 2001.

DONABEDIAN, A. The quality of Health: how canit be assred? *JAMA*, v. 260, p. 1743-1748, 1998.

DUTRA, J. S. *Gestão de Pessoas: Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Atlas, 2002. 210 p.

FELDMAN, B. F.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2009.

GIL, A. C. *Gestão de Pessoas: enfoque nos profissionais*. São Paulo: Atlas, 2007. 307 p.

GOMES, Rafael S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco, 2005. p. 105-116.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. *Controle da qualidade: Conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. São Paulo: Makron/Mc Graw-Hill, 1991. 377 p.

KLUCK, M.; GUIMARAES, J. R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C. A. A gestão da qualidade assistencial do hospital de clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *RAS*, Rio grande do Sul, v. 4, n. 16, jul.-set. 2002. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To err is human: building a safer health sistem*. Washington: Committeres on Quality of Health Care in America/Institute of Medicine National Academy Press, 2000. 287 p.

LABBADIA, L. L. *et al.* O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MALIK, A. M. *Avaliação, qualidade e gestão para trabalhadores da área de saúde e outros interessados*. São Paulo: Centro de Educação em Saúde / SENAC, 1996.

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; ARAÚJO, J. *Educação Médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. 390 p.

MATOS, S. M. *et al.* Um Olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de Acreditação. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 418-424, out./dez. 2006.

MAXIMIANO, A. C. A. O enfoque na qualidade na administração. In: MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada*. São Paulo: Atlas, 1997. cap. 5.

MELLO, K. R.; SOUZA, M. G. M.; PALLA, I. O. Acreditação institucional: vivência e competência da enfermagem. In: CUNHA, K. C. (Coord). *Gerenciamento na enfermagem: novas competências*. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2005. 118 p.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001. 301 p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 269 p.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

NASCIMENTO, I. J.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. C. M. C. A qualidade dos serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. *Revista de enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 350-356, jul./set. 2006.

NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. *Hospitais: administração da qualidade e Acreditação de organizações complexas*. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 315 p.

NOVAES, H.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. *Brasília Médica*, Brasília, v. 35, n. 3/4, p. 93-98, 1998.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. *Garantia da qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: Acreditação de hospitais para América Latina e do Caribe*. Organização Pan Americana de hospitais/Organização Mundial de Saúde/Federação Latina Americana de Hospitais. Brasília (DF): editora da Federação Brasileira de Hospitais, 1994.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. *A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade*. Brasília (DF): 2000. Folder.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Garantia de qualidade: Acreditação de hospitais para América Latina e o caribe*. Brasília: OPAS/OMS/Federação Latino-Americana de Hospitais, 1992. 210 p.

PORTO, I. S.; REGO, M. M. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem. *ACTA Paul Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2009.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

QUINTO NETO, A. Q.; GASTAL, F. L. *Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários dos profissionais de saúde e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 136 p.

ROONEY, A. L.; OSTENBER, P. R. *Licenciamento, Acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Projeto de garantia da qualidade, Centro dos serviços Humanos – CHS. USA: USAID, 1999. 64 p.

SANCHEZ, K. R. *Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido a Acreditação, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 1400 e BS8800*. 2003. 260 f. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SCHIESARI, L. M. C. *Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, L. D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 111-116, 2003.

SILVA, S. H. *Controle da qualidade assistencial: implementação de um modelo*. 1994. Tese – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

TRIVIÑOS, A. S. T. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, abr. 2005.

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

UNIMED. *Hospital-Dia e Maternidade: Cartilha para colaboradores – ANS*, n. 34.388-9. Belo Horizonte: UNIMED, 2006. 24 p.

VIEIRA, M. M. F.; GURGEL, G. D. J. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WALDOW, V. L. *O cuidado na saúde: as relações entre eu, o outro e o cosmos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. 235 p.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de autorização para a realização do estudo



Carta de Autorização para realização da pesquisa nas instâncias do Hospital dia e Maternidade Unimed-BH.

Belo Horizonte, 11 de Julho de 2008.

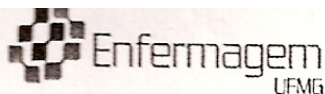
Assunto: Autorização Realização Pesquisa Instituição

Pelo presente, a Diretoria do Hospital Dia e Maternidade Unimed - BH autoriza a realização da pesquisa **“A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação”**, coordenada pela Profª Drª Maria José Menezes Brito e Mestranda Bruna Figueiredo Manzo.

Atenciosamente,

Tarcísio Dayrell Neiva
Administrador Hospitalar,
Hospital Dia e Maternidade Unimed-BH

APENDICE B – Carta de Informação aos sujeitos da pesquisa



ANEXO A

CARTA DE INFORMAÇÃO

Caro participante,

De acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e conforme requisito do Comitê de Ética em Pesquisa, estamos nos apresentando a você e descrevendo brevemente a pesquisa “A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar” que estaremos realizando.

A pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do processo de acreditação. Para este estudo estaremos realizando entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde vinculados ao hospital em estudo. Todas as entrevistas não provocam quaisquer riscos ou desconfortos. Ressalto que você terá a garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa.

Você tem liberdade em não participar da pesquisa e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro e poderá deixar de participar a pesquisa em qualquer momento.

Comprometemo-nos a manter confidencialidade das informações fornecidas por você e não identificar seu nome em nenhum momento, protegendo-o de eventuais questões éticas que possam surgir.

Se houver alguma informação que deseje receber, o telefone de contato é (0xx31 – 30241978). Desde já agradecemos sua atenção e colaboração.

Maria José Menezes Brito – Coordenadora da pesquisa

Bruna Figueiredo Manzo - Mestranda UFMG

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro ter sido informado a respeito da pesquisa “A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar” e ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, e os dados que serão coletados. Declaro estar ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Estou ciente que o pesquisador irá realizar a entrevista, que será gravada, ouvida, transcrita e servirá de base para o estudo em questão e, após sua utilização a fita será inutilizada. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e confirmo a minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa estão disponíveis os seguintes contatos:
 COEP - UFMG - Endereço: Av. Antônio Carlos, nº 6627, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha
 Telefone: 3409-4592

Telefones dos Pesquisadores : Bruna (3024-1978) e Maria José Brito(3342-1120)

Declaro que obtive de forma voluntária o **Consentimento Livre e Esclarecido** para participação neste estudo.

Nome: _____

Assinatura _____

Documento _____

Profissão _____ Tempo de empresa (UNIMED) _____

Data: ___/___/___

Maria José Menezes Brito – Coordenadora da pesquisa

Bruna Figueiredo Manzo – Mestranda UFMG

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas

Roteiro de entrevista

Data _____

Setor de trabalho _____

Categoria Profissional _____ Sexo: () Masc () Fem

Tempo de instituição _____

- 1) O que você entende por Acreditação Hospitalar?
- 2) Fale sobre a trajetória do processo de Acreditação neste hospital.
- 3) Fale sobre a participação dos profissionais de diferentes categorias no processo de Acreditação.
- 4) De acordo com seu ponto de vista, quais foram as principais contribuições de sua equipe para o processo de Acreditação?
- 5) Fale sobre os aspectos facilitadores e dificultadores do Processo de Acreditação.
- 6) Na sua visão, quais as influências da Acreditação para este hospital?
- 7) Na sua visão, quais as influências da Acreditação para os pacientes deste hospital?
- 8) Na sua visão, quais as influências da Acreditação para os funcionários deste hospital?
- 9) Quais as estratégias que você e sua equipe utilizam para a manutenção do processo da Acreditação?
- 10) Descreva 1 (um) episódio marcante durante o processo de Acreditação.
- 11) Você deseja falar algo que não foi perguntado a respeito do processo de Acreditação?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação do EMI/EEUFMG

Página 1 de 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
DEPARTAMENTO ENFERMAGEM APLICADA

Parecer ENA 012/2008

Assunto: Projeto de pesquisa: “A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação”.

Interessada: *Profª Maria Menezes Brito*

Relatora: *Anadias Trajano Camargos*

Histórico

Recebi da Secretaria do ENA o Projeto de pesquisa: “A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação” em 01/08/08, para emissão de parecer.

Mérito

O projeto de pesquisa intitulado *A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação*, coordenado pela Profª Dra Maria José M. Brito, e se propõe alcançar os mais elevados padrões de qualidade assistencial para que possa sobreviver no mercado de trabalho globalizado e competitivo. A referida pesquisa será desenvolvida no Hospital Dia e Maternidade Unimed – BH, tendo sido autorizado pela diretoria administrativa, em 11/07/08, e após aprovação em Câmara Departamental, o projeto será encaminhado ao COEP para a devida aprovação.

Trata-se de um tema atual e relevante que deve contribuir, e muito com os profissionais de saúde/enfermagem, com a instituição com a perspectiva de melhorar o padrão da qualidade de atendimento da clientela. Além disso, exige mudanças de comportamento dos profissionais da saúde e em especial na forma especial de gerenciamento de políticas na área da administração/saúde, visto que esse processo estimula a competitividade, ou seja, em futuro próximo as instituições que não aderirem essas mudanças terão dificuldade de sobreviver no de trabalho globalizado e competitivo.

Ao analisar o projeto constatou-se que o mesmo se enquadra nos requisitos exigidos para o desenvolvimento de uma pesquisa de qualidade tendo como objetivo compreender a percepção dos profissionais da saúde acerca do processo de acreditação hospitalar considerando o aspectos subjetivos que envolvem esse processo.

Quanto aos aspectos metodológicos estão bem delineados tratando-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, e, como instrumento de coleta de dados será utilizada entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde envolvidos no processo de acreditação hospitalar.

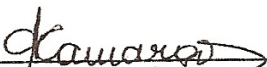
A pesquisadora acrescenta ainda que os resultados da pesquisa poderão contribuir também para reflexão da equipe de trabalho com vistas a mudanças de comportamentos e conceitos alienantes que estão impedindo os avanços tecnológicos e principalmente em relação ao processo de acreditação, uma ferramenta valiosa para se praticar atividades assistenciais junto ao cliente que cada dia se torna mais exigente, além disso pretende publicar os resultados em eventos científicos e periódicos nacionais e internacional.

Acredita-se que esse tipo de pesquisa vem promovendo as instituições de saúde e forçando os profissionais assumirem responsabilidades que contribuam para manter a instituição no mercado de trabalho, devido os prejuízos causados em decorrências dos descumprimentos de normas institucionais, além de melhorar o nível de responsabilidade social, a qualidade da assistência, promover educação continuada, motivação dos profissionais com repercussão na humanização do cuidado, fator primordial para uma prática de saúde com qualidade.

Conclusão

Pelo exposto, sou, S.M.J da Câmara Departamental do ENA pela aprovação do projeto de pesquisa, uma vez que a pesquisadora se compromete cumprir com os requisitos exigidos para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos.

Belo Horizonte, 04 de agosto de 2008.


Prof^a. Anadias Trajano Camargos
Representante Suplente dos Professores Assistentes

Aprovado em reunião de Câmara do
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 06/08/08.


Prof^a Dr^a Rita de Cassia Marques
Chefe do Depto de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem da UFMG

ANEXO B – Parecer de aprovação do COEP/UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 2567/08

**Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 3 de setembro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **"A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação"** 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a faint yellow watermark.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**