

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

**Estudo de Não Conformidades no
Trabalho de Enfermagem:
evidências que interferem na qualidade
de hospitais em Minas Gerais**

**Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2011**

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

**Estudo de Não Conformidades no Trabalho de
Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de
hospitais em Minas Gerais**

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: Prof.^a Dr.^a Marília Alves

Belo Horizonte - MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2011

Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto.
R484e Estudo de não conformidades no trabalho de enfermagem
[manuscrito]: evidências que interferem na qualidade de hospitais em
Minas Gerais. / Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro. - - Belo
Horizonte: 2011.
136 f.: il.
Orientadora: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Gestão de Qualidade. 3.
Acreditação. 4. Pesquisa em Avaliação de Enfermagem. 5. Serviço
Hospitalar de Enfermagem. 6. Trabalho. 7. Enfermagem. 8. Dissertações
Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

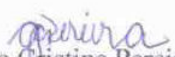
ATA DE NÚMERO 357 (TREZENTOS E CINQUENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

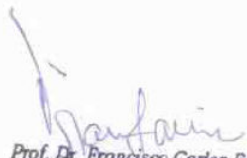
Aos 16 dias do mês de dezembro de dois mil onze, realizou-se no Anfiteatro Roseni da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa de dissertação *"ESTUDO DE NÃO CONFORMIDADES NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: EVIDÊNCIAS QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE HOSPITAIS EM MINAS GERAIS"*, da aluna Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Kênia Lara Silva, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram *Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, aprovada e apta a receber o título de mestre após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2011.


Prof.ª. Dr.ª. Marília Alves
Orientadora


Prof.ª. Dr.ª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff


Prof.ª. Dr.ª. Kênia Lara Silva


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 20/12/2011



À DEUS, por ter sido o Alfa e o Ômega deste sonho.

Às três pessoas que são exemplos para mim:

Minha mãe, Cida, exemplo de coragem e superação;

Meu pai, Vicente (sempre presente), exemplo de disciplina e força de vontade;

Meu esposo, Bruno, exemplo de serenidade, por me ensinar a “arte” do diálogo e, a cada dia, me ensinar a simplificar os desafios da nossa vida.

Amo vocês!!!



Dedicatória

À DEUS, por seu cuidado e amor incondicional, pela certeza e alegria da salvação por meio de JESUS CRISTO, e por possibilitar a concretização de mais uma etapa da minha trajetória acadêmica. Tu és Fiel Senhor!!!...

À querida Prof.^a Marília, que foi mais que orientadora e que como mãe me incentivou em cada fase desta trajetória. Obrigada pelo aprendizado, pelas ricas e noturnas orientações na escola e por telefone, por me emprestar no frio seu cachecol quentinho e me presentear com outro em um momento de angústia, demonstrando-me o seu zelo e carinho,

À querida Prof.^a Maria José, por ter sido o instrumento de DEUS para que eu conseguisse iniciar esta caminhada, pelo carinho e por acreditar em mim,

Ao meu presente de DEUS, precioso e lindo esposo Bruno, por fazer de tudo para me ajudar em todos os momentos desta caminhada, pela paciência, cuidado, compreensão, carinho, amor e oração. Amo-te!!!

À minha amada mãezinha, Cida, que, mesmo não compreendendo meus receios e esforços, me incentivou e sabia que eu conseguiria,

Aos meus sogros, Lena e Gilto, pelo carinho e incentivo, mesmo com o sonho dos netos adiado,

Aos meus familiares e amigos de Divinópolis, que tanto amo e sinto falta, por compreenderem minha ausência e por torcerem e orarem por mim,

Aos meus amigos de Belo Horizonte, principalmente Gegê e Edy, Rúbia e família, Cris, Alexandra e Dani. Vocês são amigos mais chegados que irmãos!!!

À minha turma do mestrado - "Família" -, por compartilhar tantos aprendizados e momentos. Ressalto o companheirismo da Dani (mana), Lu, Paty, Déia, Rô, Dri, Josy, Raquel, Bel, Gaby, Angel, Amanda, Delma e Raissa,

Aos amigos do NUPAE e de outras turmas da pós, principalmente Bruna (grande amiga, nossa parceria está sendo muito produtiva, obrigada por confiar em mim!), Livia, Fátima, Ju, Kátia, Gelmar, Bia, Angélica Thays e Fê Lanza,

Aos funcionários e professores da Escola de Enfermagem da UFMG, principalmente à querida Prof.^a Kênia, pelo exemplo de profissional e pelo aprendizado em todas as oportunidades em que trabalhamos juntas.

Ao Prof. Adriano, por me ajudar no início da construção do banco de dados.

Ao Prof. Sérgio, por me ajudar com o programa estatístico, e a Prof.^a Tânia e Prof. Chico, pelo aprendizado nas reuniões do Colegiado de Pós-Graduação,

Ao Wilson Schiavo, pela atenção e disponibilidade em me ajudar com o DATASUS,

À querida Lismar, pelo exemplo de liderança e dedicação profissional e pelo aprendizado na fascinante temática da qualidade dos serviços de saúde e incentivo para a realização deste sonho. Obrigada por tudo, principalmente pela sua amizade!!!

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pelo apoio para a realização deste projeto.

Ressalto o incentivo da Soraya (grande amiga), Helidea (por me apresentar os trilhos da gestão da qualidade em saúde), José Maria Borges, Flavinha, Maria Ângela, Beatriz Quina, Valquíria, Sabrina, Lourdinha, Marcela, Bruno, Marco Antônio, Chico e equipe da Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação (AGEI),

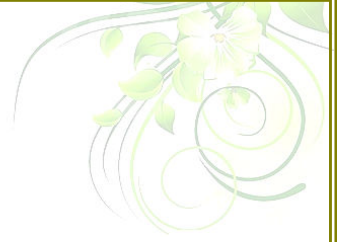
Aos dirigentes dos hospitais que participam do Pro-Hosp e atenderam o pedido para participar desta pesquisa, muito obrigada!!!

A Lílíam, pelo companheirismo na reta final deste trabalho, pelo cuidado, dedicação e incentivo,

Enfim, a todos vocês que torceram por mim, que DEUS os abençoe tremendamente!



Agradecimentos



*“Nós não somos o que gostaríamos de ser.
Nós não somos o que ainda iremos ser.
Mas, graças a DEUS,
Não somos mais quem nós éramos.”
(Martin Luther King)*

*“Grandes coisas fez o SENHOR por nós,
pelas quais estamos alegres.”
(Salmos 126:3)*



RESUMO

RIBEIRO, H. C. T. C. **Estudo de Não Conformidades no Trabalho de Enfermagem:** evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais. 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) identificou a necessidade de avaliar a qualidade dos hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (Pro-Hosp). Neste sentido, viabilizou, a partir de 2009, a realização de Diagnósticos Organizacionais da Organização Nacional de Acreditação (DO-ONA). Este estudo tem por objetivo analisar as não conformidades (NC) relativas ao trabalho de enfermagem apresentadas nos relatórios de DO-ONA dos hospitais Pro-Hosp avaliados em 2009. As NC no trabalho de enfermagem são situações que não atendem aos padrões estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), interferindo na qualidade e na segurança hospitalar. Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e retrospectiva, contemplando uma amostra de 37 (82,22%) dos hospitais avaliados em 2009. Os dados foram coletados de fontes secundárias, isto é, os DO-ONA, os sistemas de informação do Ministério da Saúde e as resoluções da SES-MG, e organizados em quadros com distribuição de frequência. As NC foram classificadas em três grupos: não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir; não conformidades relacionadas ao processo Administrar/Gerenciar e não conformidades relacionadas ao processo Educar/Pesquisar. Os resultados mostram que no primeiro grupo as NC mais frequentes foram: “ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa”, “ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)” e “ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição”. As NC mais frequentes no segundo grupo foram: “não evidenciamos a política de gerenciamento de riscos”, “ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos” e “a política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada”. No terceiro grupo, as NC que mais apareceram foram: “ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência”, “ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio” e “ausência de ações de conscientização da equipe médica e de enfermagem para a notificação de ações adversas”. Estes resultados apontam distanciamento entre o padronizado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e a prática de enfermagem, sendo necessário promover um trabalho integrado da equipe de enfermagem com os demais profissionais de saúde, visando corrigir as NC encontradas e aumentar a qualidade dos hospitais, evitando riscos para pacientes e profissionais. As NC no trabalho da enfermagem não são problemas exclusivos da categoria, pois refletem a política organizacional e o comprometimento dos hospitais com a qualidade e segurança.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão de Qualidade. Acreditação. Pesquisa em Avaliação de Enfermagem. Serviço Hospitalar de Enfermagem. Trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT

RIBEIRO, H. C. T. C. **Study of Non Conformities in the work of Nursing: evidences that interfere in the quality of hospitals in Minas Gerais.** 2011. 136 f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

The State Department of Health in Minas Gerais has identified the need to assess the quality of hospitals in the Improvement and Strengthening Program of Hospitals in Minas Gerais (Pro-Hosp). In this sense has made, since 2009, the implementation of Organizational Diagnostics National Accreditation Organization (DO-ONA). This study aims to analyze the non-conformities (NC) related to the nursing work presented in the DO-ONA's reports from Pro-Hosp's hospitals evaluated in 2009. The NC in nursing work are situations that do not meet the standards set by National Accreditation Organization (ONA), interfering in hospital quality and safety. It is a descriptive, documentary and retrospective research, contemplating a sample of 37 (82.22%) of hospitals evaluated in 2009. Data were collected from a secondary source, that is, from DO-ONA and the information systems from the Ministry of Health, and organized in tables, with frequency distribution. The NC were classified into three groups: non-conformities related to the process of nursing work Care/Aid; non-conformities related to the process Administer/Manage; and non-conformities related to the process Education/Research. The results show that the NC in the first group were the most frequent: "no safe multi-drug application plan", "lack of methodology for the planning of nursing care based on demonstrated risk, implementation of SAE" and "lack of method for risk stratification of all patients admitted to the institution". The NC more frequent in the second group were "found no policy of risk management", "lack of flow of emergency response in various assistance areas, comprising professionals, equipment and drugs" and "policy for guarantee and improvement of filling documents and identification of professionals and patients in the medical records should be strengthened". In the third group the NC that appeared most were "lack of definition of the training program for employees with a focus on non-conformities of sectors, with measurement of their effectiveness and efficiency", "absence of a qualification and involvement of leaderships program for a effective management of each business cell" and "lack of actions for raising awareness of medical and nursing staff for the reporting of adverse actions". These results indicate the distance between which was established by the Brazilian System of Accreditation and nursing practice, being necessary to promote an integrated effort of the nursing team with other health professionals, in order to correct the NC found and to increase the quality of hospitals, avoiding risks to patients and professionals. The NC in nursing work are not problems unique to the category, because they reflect the political and organizational commitment of hospitals to the quality and safety.

Key-words: Health Services Evaluation. Quality Management. Accreditation. Nursing Evaluation Research. Nursing Service. Hospital. Work. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Organizações hospitalares, por nível de acreditação no Brasil e em Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2011.....	36
Gráfico 2	- Percentual de enfermeiros na equipe de enfermagem dos 37 hospitais em 2009. Belo Horizonte/MG, 2011.....	67
Quadro 1	- Diferenças estruturais verificadas no Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) da Organização Nacional de Acreditação (ONA) entre a versão 2006 e a versão 2010. Belo Horizonte/MG, 2011.....	39
Quadro 2	- Atividades realizadas pela Enfermagem nos processos de trabalho cuidar/assistir, administrar/gerenciar e educar/pesquisar.....	49
Figura 1	- Não conformidades do processo de trabalho da enfermagem.....	59
Figura 2	- Diretrizes hospitalares na identificação de pacientes.....	79

LISTA DE TABELAS

1	- Distribuição das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por estado da federação brasileira. Belo Horizonte/MG, 2011.....	35
2	- Internações pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por esfera administrativa. Belo Horizonte/MG, 2011.....	61
3	- Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por atividade de ensino/pesquisa. Belo Horizonte/MG, 2011.....	62
4	- Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por referência micro ou macrorregional. Belo Horizonte/MG, 2011.....	62
5	- Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por leitos. Belo Horizonte/MG, 2011.....	63
6	- Profissionais de enfermagem e outras categorias, por hospital e leitos em 2009. Belo Horizonte/MG, 2011.....	65
7	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem. Belo Horizonte/MG, 2011.....	70
8	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011.....	81
9	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem. Belo Horizonte/MG, 2011.....	86
10	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011.....	96
11	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar. Seções: Organização Profissional, Diagnóstico, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio Logístico e Infraestrutura. Belo Horizonte/MG, 2011.....	99
12	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem. Belo Horizonte/MG, 2011.....	102
13	- Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011.....	104
14	- Distribuição da frequência absoluta e relativa de não conformidades relacionadas aos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar. Belo Horizonte/MG, 2011.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	<i>American College of Surgeons</i>
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-MG	-	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CQH	-	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNS	-	Departamento Nacional de Saúde
DO-ONA	-	Diagnóstico Organizacional da Organização Nacional de Acreditação
ESP-MG	-	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
EUA	-	Estados Unidos da América
IAC	-	Instituições Acreditoras Credenciadas
IAC/ONA	-	Instituição Acreditora Credenciada pela Organização Nacional de Acreditação
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	-	<i>International Organization for Standardization</i>
ISQua	-	Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde
JCAH	-	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	-	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	-	<i>Joint Commission International</i>
MBA	-	Manual Brasileiro de Acreditação
MBA/ONA	-	Manual Brasileiro de Acreditação/Organização Nacional de Acreditação
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
NA	-	Norma do Processo de Avaliação
NC	-	Não Conformidades
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONA	-	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
OPSS	-	Organização Prestadora de Serviços de Saúde
PDR-MG	-	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PGQP	-	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PMDI	-	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
Pro-Hosp	-	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBA	-	Sistema Brasileiro de Acreditação
SCIH	-	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SES-MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH	-	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos.....	22
1.1.1	Objetivo geral.....	22
1.1.2	Objetivos específicos.....	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	Avaliação da qualidade hospitalar: panorama histórico e principais conceitos....	24
2.2	Sistema Brasileiro de Acreditação: da concepção aos dias atuais.....	31
2.3	Padrões e não conformidades: importância e implicações.....	41
2.4	O trabalho da enfermagem no hospital.....	45
3	METODOLOGIA	53
3.1	Tipo de estudo.....	54
3.2	Cenário do estudo.....	54
3.3	Amostra do estudo.....	55
3.4	Coleta de dados.....	55
3.5	Análise dos dados.....	57
3.6	Aspectos éticos.....	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1	Características dos hospitais em estudo.....	61
4.2	Não conformidades relacionadas aos processos de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar.....	69
4.2.1	Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir.....	69
4.2.2	Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar.....	85
4.2.3	Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar.....	101
4.3	A interface dos grupos de não conformidades dos processos de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar.....	106
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	117
	ANEXOS	131
	APÊNDICE	134



Introdução



1 INTRODUÇÃO

A qualidade da prestação de serviços e os resultados obtidos pelas instituições de saúde têm sido uma grande preocupação para os profissionais da área. Suas implicações estão na pauta de discussão em diversos espaços, como na academia, no Judiciário e nas organizações prestadoras de serviços de saúde, tanto privadas como públicas. De acordo com Serapioni (2009), essa discussão é prioritária também na agenda das organizações internacionais e dos governos nacionais. Isso porque, segundo a Organización Panamericana de la Salud e Organización Mundial de la Salud (2007), a falta de qualidade nos serviços de saúde tem produzido sérios impactos na sociedade e nos sistemas de saúde, os quais se refletem em serviços ineficazes, que não alcançam os resultados esperados, decorrendo em variabilidade nas práticas clínicas e cuidados inadequados. Serviços ineficientes, com custos mais elevados do que o necessário para alcançar o mesmo resultado e serviços inacessíveis, tanto administrativa, geográfica, econômica, cultural ou socialmente, refletindo em longas listas de espera para a assistência à saúde. Outra expressão da falta de qualidade dos serviços de saúde se refere à crescente insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

Merecem destaque neste estudo os hospitais, os quais prestam assistência em saúde que abrange uma multiplicidade de serviços, como internação cirúrgica, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação, além de outras funções, como ensino, pesquisa, cuidado social, fonte de emprego, poder político e base para o poder corporativo, o que corrobora para que sejam considerados serviços complexos (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

Ao longo dos anos, a atenção hospitalar vem sendo considerada a maior responsável pelo aumento dos custos em saúde, porém os custos reais estimados pelos prestadores ficam geralmente acima dos valores de remuneração dos serviços. Esse cenário favorece a ocorrência de subseqüentes crises no setor hospitalar, refletidas em subfinanciamento da saúde, alocação ineficiente de recursos financeiros e administração hospitalar não profissional, com modelos ineficazes de gestão (CASTRO, 2006). A ineficiência da gestão torna-se mais séria em contextos de recursos escassos, como ocorre no Brasil, e em cenários diversificados, como em Minas Gerais.

Outras situações, como a rápida incorporação tecnológica na saúde e o aumento de preços de insumos indispensáveis ao cotidiano, contribuem para as dificuldades que os hospitais enfrentam para exercer seu papel, o qual depende do modelo de atenção adotado e da atuação dos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde. A cobertura, a

acessibilidade e a resolutividade da Atenção Primária em Saúde contribuem na demanda gerada para o cuidado hospitalar (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

O modelo de atenção adotado é visto sob diversos ângulos. Um deles focaliza a priorização da alocação financeira. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais brasileiros consomem cerca de dois terços do gasto total com saúde, aproximadamente 70% são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a maior parte dos serviços é produzida por hospitais privados, em especial filantrópicos, retratando a concepção ainda hospitalocêntrica da atenção à saúde no país.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de 2003, elaborou uma série de políticas e programas visando reestruturar a rede hospitalar. Merece destaque o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, que apontou ações estratégicas para as instituições, como: definição do perfil assistencial; definição do papel na pesquisa, desenvolvimento e avaliação de tecnologias; definição do papel na educação permanente e na qualificação da gestão hospitalar; e inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços (BRASIL, 2004a, b).

Destaca-se também a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, de adesão voluntária, que utiliza um modelo de organização e financiamento que estimula a inserção dos hospitais na rede hierarquizada de atenção à saúde e agrega resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade, além de potencializar a humanização, a gestão e a descentralização e de trazer elementos que fortalecem o monitoramento, a avaliação e a regulação dessas instituições (BRASIL, 2004c).

Faz parte também do conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo MS com vistas a fortalecer e aprimorar a rede hospitalar o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. A contratualização é o processo pelo qual as partes – ou seja, o responsável legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS – estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem ao aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio (BRASIL, 2005).

Paralelamente a essas iniciativas do MS, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) implantou o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (Pro-Hosp), por meio da Resolução SES-MG nº 0082/2003. Seu objetivo é consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macrorregional e microrregional do estado, contribuindo para desenvolver um parque hospitalar público, socialmente necessário, capaz de operar com eficiência, prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades da população, preencher vazios assistenciais e inserir-se em redes integrais de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2003, 2007).

As estratégias do Pro-Hosp são de caráter assistencial de âmbito municipal, microrregional e macrorregional; econômico, com incentivo financeiro; redistributiva, com fator de alocação financeira segundo as necessidades da região; gerencial, pela lógica contratual com compromissos recíprocos; educacional, por meio do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, promovido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG); parcerias com os gestores locais; e cooperação técnica horizontal (MINAS GERAIS, 2007).

O Pro-Hosp está no escopo do projeto estruturador Regionalização da Atenção à Saúde, que integra a área de resultados Vida Saudável, do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). O PMDI é o resultado do planejamento estratégico do estado no período de 2003 a 2023, o qual estabelece o conjunto de escolhas para alcançar a visão: “Minas, o melhor Estado para se viver”. Os projetos estruturadores são opções estratégicas do governo que têm prioridade na alocação de recursos, esperando-se os maiores impactos (SILVA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, 2009). O projeto estruturador Regionalização da Atenção à Saúde, no qual o Pro-Hosp se insere, objetiva adequar a oferta de serviços à demanda de saúde da população, de forma regionalizada, possibilitando atender o cidadão o mais próximo do seu município de residência (OLIVEIRA, 2006).

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são as instâncias responsáveis por definir os hospitais participantes do Pro-Hosp, as quais se apoiam em requisitos de resoluções da SES-MG. De forma geral, os hospitais devem ser públicos, privados sem fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, localizar-se nos municípios-polo, conforme o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), ser referência macrorregional ou microrregional e ter suas internações do SUS reguladas pela Central Estadual de Regulação (MINAS GERAIS, 2009a). Segundo a Resolução SES-MG nº 2.338/2010, atualmente fazem parte do Pro-Hosp, 128 instituições hospitalares, dos quais 36 são referência macrorregional e 92 hospitais são referência microrregional (MINAS GERAIS, 2010a).

A partir da necessidade de avaliar o desempenho dos hospitais Pro-Hosp, a SES-MG lançou em 2008 um conjunto de medidas, por meio do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde, a fim de avaliar os primeiros impactos do programa no que diz respeito à gestão da qualidade, segundo os critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA). No sentido de acompanhar o processo de avaliação criou-se, no âmbito da SES-MG, o Núcleo de Gestão da Qualidade. Coordenado por uma empreendedora pública, foi constituído por servidores dos projetos estruturadores, gabinete e outros setores da SES-MG e da ESP-MG (OLIVEIRA; RIBEIRO; FERREIRA NETO, 2008). A pesquisadora teve a oportunidade de participar desde o início do Núcleo, o qual desempenhou três frentes de trabalho. A primeira se incumbiu de

atividades relacionadas à capacitação em gestão da qualidade direcionada ao Núcleo, a outros servidores da SES-MG e aos colaboradores dos hospitais Pro-Hosp. A segunda consolidou as informações referentes às práticas de gestão da qualidade nos hospitais, retiradas da aplicação do “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade - Hospitais Pro-Hosp/Política de Acreditação - ONA”. A terceira, da qual a pesquisadora participou diretamente e que, de certa forma, consolida as outras, consistiu na execução do Prêmio Célio de Castro, lançado pela Resolução SES-MG nº 1.505/2008 (MINAS GERAIS, 2008), que buscou avaliar as melhores práticas de gestão e premiar financeiramente os hospitais Pro-Hosp. Seu nome é uma homenagem a Célio de Castro, médico e ex-prefeito de Belo Horizonte, que participou da implantação dos primeiros Centros de Terapia Intensiva de Minas Gerais, bem como das lutas políticas em favor da democracia e dos movimentos sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A primeira etapa do Prêmio Célio de Castro, ocorrida em 2008, deu-se com a aplicação do Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade pelos hospitais, em conjunto com servidores dos Núcleos de Atenção à Saúde e Vigilância Sanitária das Unidades Regionais de Saúde. O referido instrumento foi criado a partir dos princípios da ONA e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pela empreendedora pública responsável pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e a subsecretária de Políticas e Ações de Saúde da SES-MG em exercício naquela época.

Em seguida, os 20 primeiros colocados na primeira etapa em 2008 - e que aderiram formalmente à segunda etapa do Prêmio - foram visitados, a fim de validar as práticas de gestão da qualidade aferidas pelo Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade. Tal avaliação foi realizada por, no mínimo, quatro pessoas do Núcleo de Gestão da Qualidade da SES-MG, sendo uma delas o avaliador-líder, papel exercido pela pesquisadora deste estudo, nos ciclos 2008 e 2009. Convocou-se, por último, uma Comissão Julgadora, composta por profissionais com experiência reconhecida em saúde, em gestão da qualidade ou em gestão hospitalar, a qual teve por finalidade validar o resultado final (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Neste contexto de busca pela qualidade dos hospitais participantes do Pro-Hosp, em 2008, a SES-MG assumiu a meta de viabilizar até 2010 a realização de 80 diagnósticos organizacionais, que segundo a ONA (2011), consiste em avaliação dos sistemas de assistência, gestão e qualidade dos serviços de saúde, por meio da aplicação da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que deve ser desenvolvido por avaliadores da Instituição Acreditadora Credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (IAC/ONA). Esse compromisso compôs o quadro de metas da área de resultados Vida Saudável do PMDI,

por ter sido um compromisso assumido pelo governo estadual com o Banco Mundial como requisito de desembolso de recursos financeiros.

A meta pactuada foi distribuída anualmente, sendo que 45 hospitais deveriam receber o referido diagnóstico até 2009. Para tanto, as etapas do Prêmio Célio de Castro edição 2008, descritas anteriormente, selecionaram os 10 primeiros hospitais Pro-Hosp. Os outros 35 hospitais que deveriam receber o diagnóstico organizacional em 2009 foram definidos a partir dos resultados da primeira etapa do Prêmio Célio de Castro edição 2009, a qual se efetivou com uma nova aplicação do Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade.

A avaliação de hospitais e outras organizações de saúde tem se destacado no planejamento e gestão da atenção em saúde no SUS. A avaliação é uma maneira de “valoração sistemática que se baseia no emprego de procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 23). Segundo os autores, existem diversas formas de classificar as avaliações realizadas nos serviços. Consideram para tanto quatro critérios práticos para classificar as formas de se avaliar: o momento em que o serviço é avaliado; o papel ou função da avaliação; a procedência dos avaliadores; e os aspectos do serviço que são objeto de avaliação.

A avaliação de diagnóstico organizacional para a acreditação hospitalar ONA pode se enquadrar nos seguintes tipos de avaliação, conforme os critérios de classificação de Aguilar e Ander-Egg (1994): avaliação durante a execução; avaliação formativa; e avaliação externa. A avaliação durante a execução fornece informações dos resultados, de forma a verificar até que ponto o serviço prestado está de acordo com o estabelecido. As avaliações formativas ocorrem durante o programa ou o projeto. Visa melhorar o que está sendo posto em prática. A avaliação externa é aquela realizada por avaliadores que não tem vínculo (direto ou indireto) à instituição executora do programa ou serviço em avaliação.

No final da avaliação de diagnóstico organizacional a equipe de avaliadores da IAC/ONA emite um relatório denominado neste estudo como “Diagnóstico Organizacional da ONA” (DO-ONA), contendo os pontos fortes, as não conformidades e as observações da equipe de avaliadores. A equipe de avaliadores é formada por, no mínimo, três profissionais, sendo estes um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão (ONA, 2006). A organização dos DO-ONA segue as seções e subseções do Manual Brasileiro de Acreditação/Organização Nacional de Acreditação (MBA/ONA).

Dentre as informações evidenciadas pelos avaliadores da IAC/ONA descritas nos DO-ONA, destacam-se as não conformidades (NC). A experiência da pesquisadora como

avaliadora do Prêmio Célio de Castro por dois anos consecutivos permitiu observar que as NC são situações que contradizem a legislação vigente e os princípios de qualidade e segurança, colocando em risco os pacientes, os profissionais e a reputação da instituição hospitalar diante dos seus concorrentes e sociedade.

Sob esse foco e sendo a pesquisadora e a orientadora deste estudo enfermeiras de formação, houve o interesse em estudar as NC referentes ao trabalho da enfermagem, buscando responder à seguinte pergunta: Quais são as não conformidades relativas ao trabalho da equipe de enfermagem apresentadas nos relatórios de DO-ONA dos hospitais participantes do Pro-Hosp?

O estudo tem como pressuposto que tais NC estariam diretamente relacionadas ao processo de trabalho tanto do enfermeiro como da equipe de enfermagem, e que se relacionam com o descumprimento da legislação vigente.

As análises e pesquisas de pequena escala sobre a qualidade hospitalar no Brasil evidenciam deficiências nas estruturas, nos processos e nos resultados das instituições e sugerem que os processos clínicos são deficientes e resultam em erros, eventos adversos e práticas inadequadas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Segundo os autores, há um número significativo de hospitais inseguros, evidenciado pela incapacidade em atender padrões de licenciamento ou satisfazer as exigências para o controle das infecções hospitalares. Sob essa lógica, esses hospitais certamente apresentam inúmeras NC, as quais devem ser analisadas e realizadas ações que visem a sua mitigação e solução.

A temática NC, especificamente as relativas ao trabalho da equipe de enfermagem, é pouco explorada, evidenciada pela escassez de estudos na literatura científica. Porém, revela importantes aspectos a serem pesquisados, uma vez que a ocorrência e a permanência de NC podem configurar cenários inseguros, ocasionando erros por parte dos profissionais, o que compromete sua própria segurança e, principalmente, a segurança dos pacientes.

A opção de estudar as NC relativas ao trabalho de enfermagem, embora as NC ocorram em um contexto que envolve os diversos profissionais da saúde e não estejam circunscritas somente à enfermagem, deve-se à relevância da equipe de enfermagem na organização e no cotidiano da assistência hospitalar. A enfermagem contribui de forma expressiva para a qualidade dos processos assistenciais nos hospitais, pois mantém de maneira contínua e ininterrupta nas 24 horas o contato direto com os usuários (MATOS *et al.*, 2006; NONINO, 2006). Além disso, os profissionais de enfermagem são excelentes agentes na mitigação de NC, principalmente o enfermeiro, que tem visão sistêmica, resultado de sua formação acadêmica.

A IAC/ONA apresentou à SES-MG relatório contendo informações gerais das avaliações realizadas em 2009, o qual mostrou que a enfermagem em nenhum dos 45 hospitais avaliados alcançou os requisitos mínimos do nível 1 do MBA/ONA versão 2006, que estava em vigor na época. Isso constitui mais uma justificativa para a análise das NC relativas à enfermagem nos hospitais Pro-Hosp, haja vista que o nível 1 do MBA/ONA exige requisitos básicos de qualidade e segurança, os quais não estão sendo cumpridos pelas equipes de enfermagem desses hospitais.

A qualidade da assistência de enfermagem é influenciada por diversos fatores, como: quadro de pessoal, supervisão eficiente pelos enfermeiros, operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), participação dos trabalhadores nos processos educativos, carga de trabalho, remuneração e prestígio social (MARZIALE, 2001; NONINO, 2006). Estes fatores também colaboram na ocorrência ou não de NC no trabalho da enfermagem.

As NC podem ser influenciadas também pela falta de planejamento das atividades diárias da equipe, principalmente dos enfermeiros em funções gerenciais, que parecem não conseguir planejar suas ações e ficam como bombeiros, “apagando fogo”; ou seja, resolvendo uma série de imprevistos. Raufflet (2005), estudando as atividades cotidianas de gerentes, descreve que estes passam grande parte do seu tempo falando e escutando. Raramente ficam mais de 30 minutos sozinhos e sem interrupções. Suas atividades são fragmentadas e comportam uma diversidade de aspectos numa jornada de trabalho. Este estudo não é específico da saúde, mas retrata a prática cotidiana de enfermeiros em funções tanto gerenciais quanto assistenciais.

Espera-se com este estudo fornecer à SES-MG informações relevantes sobre as NC relativas ao trabalho de enfermagem apresentadas nos relatórios de DO-ONA, possibilitando incluir nas estratégias do Pro-Hosp ações direcionadas para a enfermagem. Os resultados serão encaminhados aos dirigentes dos hospitais que participaram da pesquisa, bem como para os demais hospitais Pro-Hosp, para que possam compreender melhor a temática NC e, tendo informações sobre essas, promovam ações e recursos para reduzi-las, mitigando os eventos indesejáveis e, além disso, que possam desenvolver mecanismos para internalização de uma cultura da segurança e melhoria da qualidade assistencial em suas instituições. Espera-se também que os resultados possam ser utilizados na formação e qualificação das equipes de enfermagem que atuam no cotidiano hospitalar.

Este estudo se organiza em cinco seções, incluindo esta Introdução, em que se apresentam o tema da pesquisa, o problema de pesquisa e os objetivos da pesquisa. Na Seção

2, procede-se ao resgate da literatura acerca dos temas relevantes ao estudo. Na Seção 3, descreve-se a metodologia empregada no processo de elaboração da pesquisa. Na Seção 4, apresentam-se e discutem-se os resultados da pesquisa, sendo dividida em três partes: características dos hospitais em estudo; não conformidades relacionadas aos processos de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar e a interface dos grupos de não conformidades. Na Seção 5, formulam-se as considerações finais.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem apresentadas nos relatórios de Diagnóstico Organizacional da ONA dos hospitais Pro-Hosp avaliados em 2009.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil dos hospitais que participam do estudo;
- b) Identificar as não conformidades relativas à enfermagem apresentadas nos relatórios de Diagnóstico Organizacional da ONA dos hospitais Pro-Hosp;
- c) Classificar as não conformidades do trabalho da enfermagem de acordo com os processos de trabalho cuidar/assistir, Administrar/Gerenciar e educar/pesquisar.



Revisão de literatura



2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Avaliação da qualidade hospitalar: panorama histórico e principais conceitos

Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem moderna, está entre os pioneiros da avaliação sistemática de hospitais. Seu trabalho foi fundamental para mostrar os baixos padrões de cuidados médicos dos hospitais durante a Guerra da Crimeia (1854-1856) e responsável pelo projeto mais notável de melhoria da qualidade hospitalar já realizado (MAXWELL, 1984; NEUHAUSER, 2003).

Os soldados britânicos feridos na Guerra da Crimeia eram conduzidos em navios para o Hospital Scutari, onde enfrentavam camas sujas, comida ruim e morte. Superando a hostilidade da hierarquia britânica, Nightingale e suas voluntárias organizaram esse conturbado cenário. Ela identificou cinco causas de mortalidade: falta de ventilação, falta de sistema de drenagem, falta de limpeza do ambiente, falta de acomodação apropriada e superlotação. Essas causas foram enfrentadas com medidas simples, como abertura das janelas, higienização dos drenos, enterramentos das carcaças de animais e lavagem dos cobertores trazidos pelos soldados (NEUHAUSER, 2003).

Depois dessas reformas sanitárias, iniciadas em 17 de março de 1855, a taxa de óbito de 42,7% do total de soldados registrada por Nightingale em fevereiro de 1855 caiu para 2,2% em junho de 1855, mostrando um nexo de causalidade com as mudanças efetuadas. Essa taxa de mortalidade foi a menor quando comparadas com a dos melhores hospitais de Londres (NEUHAUSER, 2003).

A discussão da qualidade ganha mais força em 1910, quando foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, de autoria de Abraham Flexner, o qual vistoriou pessoalmente as 155 escolas médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá em um período de 180 dias, avaliando a qualidade das escolas médicas. Este estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, revelou sérias inadequações do ensino médico. É considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, com profundas consequências para a formação e a assistência médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) e, ainda, para a assistência à saúde mundial.

Nesse mesmo ano, o cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts, da Universidade de Harvard, Ernest Amory Codman, outro ícone na área de qualidade em saúde, elaborou um

sistema de padronização do resultado final das intervenções médicas em hospitais. Durante um ano, Codman acompanhou pacientes cirúrgicos, os quais foram todos avaliados após um ano de alta e seu estado de saúde foi analisado em termos dos objetivos iniciais da cirurgia, procurando verificar se o diagnóstico foi correto, se houve sucesso na técnica praticada, se o paciente se beneficiou ou se houve efeitos nocivos. Assim, caso o tratamento não tivesse sido eficaz, o hospital deveria investigar e rever o padrão, para que casos semelhantes fossem futuramente mais bem tratados (MAXWELL, 1984; THE JOINT COMMISSION, 2011a).

Em 1911, Codman, devido a atritos com seus colegas médicos em decorrências das avaliações realizadas, demitiu-se do Hospital de Massachusetts e abriu um hospital privado, que ele chamou de "Hospital Resultado Final". De 1911 a 1916, receberam alta deste hospital 337 pacientes, os quais foram acompanhados e registrou-se 123 erros. Codman agrupou esses erros por tipo, a saber: erros devido à falta de conhecimento ou habilidade de diagnóstico; erros devido à falta de cuidado; e erros relativos à falha dos equipamentos. Esses erros foram admitidos publicamente por Codman, sendo descritos em relatórios anuais de seu hospital, cuja publicação era paga com seu próprio dinheiro, para que os pacientes pudessem julgar a qualidade e o resultado do atendimento. Ele enviou cópias de seus relatórios anuais aos grandes hospitais americanos, desafiando-os a fazer o mesmo (NEUHAUSER, 2002).

Nessa época, em 1913, Codman ajudou, a pedido de um colega, Franklin Martin, a fundar o *American College of Surgeons* (ACS) e a implantar um programa de padronização para hospitais, o que, em 1917, possibilitou que o ACS desenvolvesse o programa de avaliação denominado “Padrões Mínimos para Hospitais”. Tal programa preconizava médicos com certificados e licenças reconhecidas, trabalhando em equipe e de forma ética, com a documentação dos casos de cada paciente e realização de reuniões (no mínimo mensais) para revisar os registros e avaliar os serviços. Além disso, preconizava instalações terapêuticas e de diagnóstico, incluindo patologia, radiologia e serviços de laboratório dentro dos hospitais. Em 1918, o ACS começou a inspecionar *in loco* 692 hospitais americanos, dos quais apenas 89 satisfizeram as exigências do programa. Consecutivas avaliações foram realizadas. Em 1950, já havia 3.200 hospitais aprovados (FORTES, 2007; THE JOINT COMMISSION, 2011a).

No Brasil, em 1941, é criada a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) no âmbito do Departamento Nacional de Saúde (DNS), responsável por estudar a assistência hospitalar e indicar, fomentar e promover os meios de solucionar os problemas. A DOH objetivava criar a rede nacional de hospitais, formada por “hospitais modernos”, com arquitetura funcional e organizados tecnicamente. O hospital “moderno”, ou “padrão”, era o protótipo do aprimoramento hospitalar, devendo ser construído segundo a normatização estabelecida. A

proposta de formação de uma rede hospitalar envolveu várias etapas, como: elaboração de legislação e normas, nos anos de 1941 e 1945 (usando dos modelos e padrões estudados pela ACS); censo e cadastro geral dos hospitais, realizados em 1941 e 1942; classificação das instituições médico-sociais; e definições da finalidade e tecnologias indispensáveis. Houve ainda a viabilização de curso, o qual formou um contingente significativo de administradores hospitalares (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1949).

O *American College of Physicians*, a *American Hospital Association*, a *American Medical Association* e o *Canadian Medical Association*, em 1951, juntam-se à ACS para criar a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), organização não governamental, sem fins lucrativos, cujo principal objetivo era implementar a acreditação de forma voluntária aos hospitais. Em 1953, o ACS transfere oficialmente seu programa de padronização hospitalar para a JCAH, a qual, em janeiro de 1953, tendo como primeiro diretor Edwin L. Crosby, começa a oferecer acreditação para os hospitais e publica as *Standards for Hospital Accreditation* (THE JOINT COMMISSION, 2011a).

Em 1959, a *Canadian Medical Association* se desliga da JCAH para formar sua própria organização de acreditação no Canadá, a *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), reconhecida pela Sociedade Internacional de Qualidade na Saúde (ISQua), garantindo prestígio internacional. O CCHSA é considerado um dos melhores certificados de qualidade hospitalar, sendo adotado como modelo de gestão em saúde por muitos países. É famoso pelo rigor com seus critérios de avaliação (OLIVEIRA; RIBEIRO; FERREIRA NETO, 2008).

Em 1965, em atendimento às alterações da legislação aprovadas pelo congresso americano, os hospitais credenciados pelo JCAH foram considerados em conformidade com as condições de participação dos programas *Medicare* e *Medicaid* (THE JOINT COMMISSION, 2011a). Esse cenário relativizou a característica “voluntária” da acreditação, uma vez que a maioria dos hospitais americanos necessita dos reembolsos de pacientes vinculados ao *Medicare* (para pacientes idosos) e à *Medicaid* (para pacientes pobres), por representar grande parte do orçamento hospitalar (NOVAES, 2007).

Somente a partir dos estudos de Avedis Donabedian (1919-2000) é que a avaliação dos cuidados médicos se desenvolveu de forma conceitual e metodológica. Por meio do apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), difundiu-se para muitos países (SERAPIONI, 2009). Donabedian, médico formado na Universidade Americana de Beirute, mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e professor da Escola de Saúde Pública da

Universidade de Michigan, por meio dos seus livros, artigos e inúmeras palestras, transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde (FRENK, 2000).

Seus estudos revelaram como campo fértil de investigação as pesquisas sobre os sistemas de saúde, nos quais ele enfatizou a questão específica da qualidade dos cuidados de saúde. Em 1966, introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado, que passaram a constituir o paradigma dominante para avaliar a qualidade de cuidados de saúde (FRENK, 2000). De acordo com Kramer e Schmalenberg (2008), por décadas este modelo estrutura-processo-resultado tem orientado a avaliação dos sistemas de saúde e a qualidade do atendimento ao paciente.

A avaliação da estrutura consiste na apreciação das instrumentalidades do cuidado e de sua organização, incluindo as instalações, os equipamentos, a mão de obra e o financiamento. É a principal abordagem usada na elaboração de padrões para avaliação, certificação ou acreditação por agências governamentais e não governamentais. A avaliação do processo consiste na apreciação do atendimento. A auditoria de enfermagem é um exemplo, na medida em que submete ao julgamento profissional os elementos do atendimento. A avaliação dos resultados consiste na avaliação dos resultados finais dos cuidados, geralmente, traduzidos em termos de saúde do paciente, bem-estar e satisfação. Assim, à medida que os resultados desejados são alcançados, reconhece-se o reflexo do uso da estrutura e do processo na avaliação do atendimento (DONABEDIAN, 2005).

Em outras palavras, estrutura é ter coisas certas no lugar, processos são fazer as coisas corretas, de modo que os resultados, com as coisas certas acontecendo, ocorrerão. Tais componentes são necessários para uma assistência de qualidade. Ou seja, qualidade nos resultados do paciente é obtida quando as estruturas permitem processos que produzem resultados. Nenhum dos componentes é opcional; todos são causalmente ligados (KRAMER; SCHMALENBERG, 2008).

Os padrões mínimos de qualidade da JCAH foram reformulados, em 1970, para melhorar os níveis alcançáveis de qualidade dos hospitais. Em 1972, é alterada novamente a legislação, obrigando o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA a validar os resultados e a incluir a avaliação do processo de credenciamento da JCAH no relatório anual ao Congresso, confirmando, a JCAH como a representante na certificação de hospitais para o Departamento de Saúde dos EUA (NOVAES, 2007; THE JOINT COMMISSION, 2011a). A JCAH conta com a adesão de muitos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, o que a torna, de certa forma, parte do sistema oficial (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Em 1974, no Brasil, é publicada a portaria do Ministério do Trabalho e Previdência Social com os modelos “Formulário de Classificação Hospitalar”, “Comprovante de Classificação Hospitalar” e “Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)”. Isso porque, devido à unificação dos institutos previdenciários para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorreu a expansão da rede de serviços, sobretudo privados, subsidiados pelo INPS, e fez surgir a necessidade de classificar os hospitais do país. Ao padrão assistencial oferecido pelo hospital correspondiam os valores monetários, estabelecendo-se como critérios as condições técnicas, administrativas e éticas, levando em conta a qualidade dos serviços de natureza hoteleira e, conseqüentemente, o preço final de seus serviços. A metodologia e os padrões estabelecidos no instrumento de avaliação RECLAR ajudaram muitos hospitais a se organizarem no país (SCHIESARI; KISIL, 2003).

A JCAH foi evoluindo com o passar do tempo, passando a congregar no processo de acreditação, além dos hospitais, outros serviços, como instituições para pacientes crônicos, assistência domiciliar, laboratórios, cirurgia ambulatorial e farmácias (NOVAES, 2007). No sentido de expressar essa expansão do escopo, em 1987, o nome da organização muda para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e é lançado um conjunto de iniciativas que reforçam que a tônica principal do processo de acreditação estava no desempenho real da organização (THE JOINT COMMISSION, 2011a). Assim, os resultados organizacionais pela JCAHO passaram a serem expressos em quatro níveis: acreditação com distinção ou com louvor; acreditação sem recomendação; acreditação com recomendação; e acreditação condicional. Nesta última, a organização teria seis meses para se encaixar em alguma das categorias anteriores (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Em 1994, é criada a *Joint Commission International* (JCI), afiliada à JCAHO, cujo objetivo era ajudar as instituições de saúde internacionais a melhorarem os cuidados prestados aos pacientes (THE JOINT COMMISSION, 2011a), sendo ainda referência para implantação de muitos sistemas de acreditação no mundo. No Brasil, a organização responsável por aplicar a metodologia da JCI é o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), criado em 1998.

Diante desse histórico, percebe-se crescente tendência de se discutir a temática da qualidade ao longo do tempo, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, quando havia a necessidade de custos menores e exigia pouca ou nenhuma falha. Porém, a definição de qualidade ainda é um desafio para os atores que operam na saúde, os quais não chegaram a um acordo sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada. De fato, o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente (SERAPIONI, 2009).

Em sua essência, a qualidade, para Donabedian (1990), significa o cumprimento das normas, as quais não são absolutas e variam de um contexto social para outro. Assim, segundo esse autor, para se avaliar a qualidade da assistência à saúde devem-se considerar três componentes: o cuidado técnico realizado; o ambiente físico em que ocorre o atendimento, que depende do contexto econômico da instituição e do país; e a gestão de relacionamento interpessoal entre profissionais e pacientes. Sob essa ótica, a qualidade de uma instituição de saúde é refletida quando a totalidade de suas características lhe confere a capacidade de satisfazer às necessidades explícitas ou implícitas do cliente (BRASIL, 2002). Qualidade na saúde significa, ainda, a sistematização dos processos, em todas as esferas de gestão, na busca da ética e da técnica, conglomerando, na pluralidade de ações, os procedimentos, interesses e motivações, para levar conforto e bem-estar ao paciente (ALMEIDA, 2001). Por último, segundo Novaes (2007), a qualidade é o exercício de julgar uma realidade em relação a uma referência ou padrão, seguida de avaliações sistemáticas.

Em face do exposto e procurando um conceito de qualidade abrangente na literatura, de acordo com Donabedian (2003), é possível conceber a qualidade como o produto de dois fatores: primeiro, a ciência e tecnologia de cuidados de saúde; e segundo, a aplicação dela na prática dos serviços de saúde. Ou seja, a qualidade do atendimento realizado no cotidiano é o produto destes dois fatores: a ciência e a tecnologia em si e sua aplicabilidade. Este produto é caracterizado por vários atributos, que incluem eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia refere-se à habilidade da ciência e da tecnologia dos cuidados de saúde em produzir melhorias na saúde. A efetividade reflete o grau no qual melhorias possíveis nos cuidados de saúde são de fato atingíveis. A eficiência aponta a capacidade do serviço de reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias possíveis na saúde. A otimização consiste no equilíbrio das melhorias e dos seus custos. A aceitabilidade se refere à conformidade com os desejos e as expectativas dos pacientes e suas famílias. A legitimidade indica conformidade às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos. A equidade determina a correta distribuição dos cuidados de saúde e seus benefícios entre a população. Estes atributos, se tomados individualmente ou combinando-os de várias formas, constituem uma definição de qualidade. Quando medidos de uma forma ou de outra, irão significar sua magnitude (DONABEDIAN, 2003).

Esses atributos e conceitos de qualidade não se mostram claros para os profissionais. Estudo realizado com gestores em Fortaleza verificou que não há distinção de tais concepções, bem como não há o reconhecimento da polissemia inerente ao conceito de

qualidade. Isso traz consequências para a construção de avaliações abrangentes que triangulem informações objetivas com a subjetividade dos atores, integrando sujeito e estrutura, processos e resultados. Este estudo constatou também a predominância da abordagem quantitativa nas práticas avaliativas dos gestores, resultando na leitura da realidade sob uma ótica objetiva, baseada em médias e inferências estatísticas. Esse cenário e a complexidade do setor saúde limitam o alcance de uma avaliação com juízos de valor voltados a intervir e melhorar o sistema de saúde como ferramenta essencial à tomada de decisão e gestão da qualidade (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Acredita-se que um serviço de saúde para ter qualidade deve estar integrado numa rede; ou seja, estar conectado com outros serviços de saúde de diferentes complexidades e a outras redes que, articuladas com o setor saúde, lhe darão suporte para uma assistência de qualidade, como a rede educacional, a de ciência e tecnologia, a de transportes e a de infraestrutura (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

Para Serapioni (2009), a avaliação da qualidade da atenção à saúde deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, envolvendo pacientes, seus representantes (porque nem sempre os pacientes têm capacidade de exigir seus direitos ou julgar a qualidade da atenção), profissionais, administradores e gerentes. Isso possibilita recuperar elementos técnicos (qualidade em função de resultados compatíveis com os padrões estabelecidos pela comunidade científica) e, também, a perspectiva dos usuários e da organização.

No sentido de superar a falta de qualidade nos serviços de saúde e seus fatores, faz-se necessário também, dentre outras ações políticas e sociais, qualificar a gestão das organizações de saúde, buscando novas ferramentas e modelos de gestão, para lograrem êxito no desempenho e nos resultados apresentados para a sociedade. Para tanto, diversos autores e estudos (CAMPOS, 2008; FELDMAN, 2009; MANZO, 2009; MENDES, 2009; SHAW *et al.*, 2010) apontam que a acreditação é um caminho para que as instituições hospitalares melhorem a qualidade da gestão, possibilitando alcançar resultados de excelência para os pacientes admitidos na instituição.

A acreditação é um processo de avaliação periódico (com intervalos de dois ou três anos), voluntário, confidencial, sistêmico e formal, executado por um órgão reconhecido, que avalia e reconhece que a instituição atende a padrões previamente aceitos, desenvolvidos, geralmente, por um consenso de especialistas em saúde, publicados e periodicamente revistos. Enfoca estratégias de melhoria contínua e o alcance de padrões ótimos de qualidade. Pode-se dizer que uma instituição é acreditada quando a organização dos seus recursos e atividades conforma um processo cujo resultado final tende a obter uma atenção assistencial de

qualidade, oferecendo confiança para a comunidade (BRASIL, 2002; NOVAES, 2007; PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2002).

Rooney e Ostenberg (1999) advertem que o limite para definir se uma organização de saúde será ou não acreditada deve basear-se em regras predeterminadas, consistentemente aplicadas para que um programa de acreditação mantenha a credibilidade e tenha a confiança do público e dos profissionais de saúde. É fundamental que processos e regras sejam estabelecidos para que a decisão da acreditação não tenha influências políticas e profissionais.

Até 1980 a acreditação foi a principal ferramenta para avaliar a qualidade hospitalar. A partir dessa época, sob influência do setor industrial, vários hospitais passaram a implementar novas iniciativas de qualidade, como Gestão da Qualidade Total, Prêmios da Qualidade, *Benchmarking*, série ISO-9000 e, recentemente, a Segurança do Paciente (NOVAES, 2007).

2.2 Sistema Brasileiro de Acreditação: da concepção aos dias atuais

A história do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) inicia em 1989, quando a Direção de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) decidiu implementar um programa latino-americano de acreditação de hospitais, sendo construído um manual de padrões para a acreditação, juntamente com o Instituto para Acreditação de Estabelecimentos de Saúde da Argentina (NOVAES, 2007).

Nesta época, foi realizado, ainda, o levantamento dos 15 mil hospitais da América Latina, o qual apurou: 70% tinham menos de 70 leitos; havia uma situação crítica relativa aos recursos humanos; baixa resolutividade clínica; ausência de mecanismos de controle; prevenção de infecção hospitalar mínima; falta de comissões de qualidade; insuficiente capacitação; e avaliação dos custos operacionais inconsistente. Cogitava-se que a introdução progressiva de padrões de qualidade por meio da acreditação iria reverter esse cenário (NOVAES, 2007). Contudo, observa-se que este cenário ainda permanece no Brasil.

Em 1989, ano da elaboração do modelo de manual de padrões, aconteceu a Conferência Latino-Americana e do Caribe sobre Acreditação de Hospitais, em Havana, sendo o modelo de manual apresentado a líderes da saúde de praticamente todos os países da região. A metodologia de acreditação foi discutida posteriormente também em inúmeros eventos nacionais e internacionais patrocinados pela OPAS. No Brasil, em 1990, na sede da OPAS, em Brasília, o manual foi apresentado para representantes de entidades da saúde e para a Federação Brasileira de Hospitais. Logo depois, esta organização foi contratada para publicar em português o manual e distribuir para os hospitais (NOVAES, 2007), alavancando

a discussão no país, o que na década de 1990, culminou com várias iniciativas relacionadas à garantia da qualidade e acreditação hospitalar.

Em 1991, deu-se início ao programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que visa contribuir para a melhoria contínua da qualidade. Mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o CQH estimula a participação e a autoavaliação voluntária dos hospitais. É uma estratégia educacional importante, por incentivar a mudança de atitudes e de comportamentos, por meio do trabalho coletivo e multidisciplinar, e o aprimoramento dos processos de atendimento. No início do programa, enviou-se comunicação a todos os hospitais de São Paulo (aproximadamente 800) informando sobre os objetivos e a metodologia e convidando-os a participarem, mediante um Termo de Adesão. Aproximadamente 200 hospitais responderam ao apelo inicial, sendo que 120 iniciaram no programa, caindo anos depois para 80 instituições. Hoje, este número é de 125, sendo que alguns não se localizam em São Paulo (CQH, 2011).

Em 1992 no Brasil, criou-se, com incentivo da OPAS, o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, com a participação de representantes de prestadores e financiadores dos serviços de saúde, entidades de cunho acadêmico e associações profissionais de todos os estados do país. O referido grupo adaptou o manual da OPAS e realizou um pré-teste de validação em diferentes hospitais, resultando em um instrumento mais adequado para a realidade do Brasil, a versão brasileira do Manual Garantia de Qualidade. A ampla representatividade do grupo objetivava uma equipe nacional, com ramificações estaduais, mas com orientação técnica padronizada (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Neste mesmo ano, foi lançado o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), uma parceria entre o setor público e o privado, objetivando divulgar os principais conceitos da qualidade para promover o aprimoramento dos produtos e serviços das empresas gaúchas (PGQP, 2011).

Em 1995, o MS lançou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. O grupo responsável por este programa esboçou os primeiros movimentos para a criação de um manual de acreditação nacional. Ainda neste período, no Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, entidades desenvolviam iniciativas voltadas ao processo de acreditação (ONA, 2011). Em 1997, o MS criou uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação. Em 1998, é publicada a primeira edição do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, após testes de campo em 17 hospitais de diversos portes e de todas as regiões do país. Neste mesmo ano, é assinado um

termo de compromisso por todas as entidades fundadoras com o MS para a criação do Órgão Nacional de Acreditação (ANVISA, 2004a; ONA, 2011).

Em decorrência desses movimentos, em 1999, é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo. Sua atribuição é implantar um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, estimulando todas as organizações prestadoras de serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade e a satisfação dos clientes. Para tanto, instituiu o planejamento, a padronização, a análise e a melhoria contínua dos processos e resultados dos serviços, como bases constantes da missão organizacional (ONA, 2010). Sob essa lógica, a acreditação de hospitais não deve ser uma meta. A meta deve ser melhorar a qualidade de cada serviço, tendo em vista que a ênfase está no sistema hospitalar e em seus processos (NOVAES, 2007).

O processo de acreditação pela ONA é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações de saúde e, principalmente, um processo permanente de educação dos seus profissionais. O SBA considera as organizações de saúde como um sistema complexo, no qual as estruturas e os processos são tão interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Assim, no processo de avaliação e na lógica do SBA não se avalia um setor isoladamente (ONA, 2010).

A acreditação pela ONA se constitui em um processo voluntário de avaliação e certificação da qualidade das instituições de saúde e jamais de fiscalização (OLIVEIRA; RIBEIRO; FERREIRA NETO, 2008). O processo de avaliação é realizado por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) pela ONA, as quais são de direito privado, com ou sem fins lucrativos, e responsáveis por realizar a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. Atualmente, existem oito IAC/ONA, as quais estabelecem equipes para avaliar as instituições, compostas por, no mínimo, três profissionais. Geralmente um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão, sendo um deles o avaliador-líder.

Após o processo de avaliação, a organização de saúde pode se encaixar em quatro situações, a saber: não acreditado; acreditado (nível 1), com certificado válido por dois anos; acreditado pleno (nível 2), com certificado válido também por dois anos; ou acreditado com excelência (nível 3), com certificado válido por três anos. Segundo a ANVISA (2006a), uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS) se enquadra no nível 1 da acreditação quando cumpre os requisitos de segurança em todas as suas áreas. É classificada no nível 2 quando, além dos itens de segurança, apresenta processos organizados. E, por último, é classificado no nível 3 quando as exigências dos níveis 1 e 2 e a de todos os requisitos relacionados são alcançados pela OPSS. No entanto, a partir da versão 2010 do Manual

Brasileiro de Acreditação (MBA), essa lógica é um pouco modificada, tema que será abordado mais adiante, quando se fará uma discussão das duas últimas versões do MBA.

A certificação hospitalar é um processo de reconhecimento da existência de determinados *standards* de qualidade nos serviços de saúde. Porém, isso não garante por si só que os serviços prestados sejam de qualidade (MEZOMO, 2001). Portanto, as organizações acreditadas em qualquer um dos níveis citados passam por uma auditoria anual, com possibilidade de perda do título se forem detectadas não conformidades.

Por meio da Portaria MS/GM n° 538/2001, o MS reconhece a ONA como instituição competente e a autoriza a operacionalizar o processo de acreditação hospitalar (BRASIL, 2001a). A Portaria MS/GM n° 1.970/2001, aprova a terceira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001b). Ainda é assinado neste ano convênio entre a ANVISA e a ONA para cooperação técnica e treinamento dos profissionais, o que, juntamente com as sociedades de hematologia e hemoterapia, de nefrologia, de análises clínicas e de patologia clínica, resultou em outros manuais: Manual de Serviços de Hemoterapia, publicado em 2003, Manual de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, revisão da quarta edição do Manual de Hospitais e o Manual de Laboratórios Clínicos, em 2004 (ANVISA, 2004a). Em 2002, por meio da Resolução n° 921/2002, a ANVISA autorizou a ONA a operacionalizar o processo de acreditação de organizações e serviços de saúde (ANVISA, 2002a).

A ANVISA, por meio da RDC n° 93/2006, aprovou tanto o MBA de OPSS, primeira edição, quanto as normas para o Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, Serviços de Hemoterapia, Serviços de Laboratório Clínico, Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento (ANVISA, 2006b).

As OPSS avaliadas pela ONA incluem: hospitais, laboratórios, atenção domiciliar, nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, hemoterapia, ambulatório e/ou Pronto Atendimento, diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear, farmácia magistral, lavanderia para serviços de saúde e programas da saúde e prevenção de riscos. Das 281 OPSS acreditadas atualmente no Brasil pela ONA, 51,96% estão localizadas em São Paulo, 18,86% em Minas Gerais, 4,63% no Paraná e 4,27% no Rio de Janeiro. Ainda se têm oito estados sem nenhuma OPSS acreditada: Acre, Amazonas, Amapá, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rondônia, Roraima e Tocantins. Os outros 15 estados possuem menos de 10 OPSS acreditadas (TAB. 1).

TABELA 1
Distribuição das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por estado da federação brasileira. Belo Horizonte/MG, 2011

Estado	OPSS acreditadas	
	n	%
São Paulo	146	51,96
Minas Gerais	53	18,86
Paraná	13	4,63
Rio de Janeiro	12	4,27
Espírito Santo	9	3,20
Rio Grande do Sul	7	2,49
Distrito Federal	7	2,49
Bahia	6	2,14
Santa Catarina	6	2,14
Pará	5	1,78
Ceará	4	1,42
Pernambuco	3	1,07
Goiás	2	0,71
Maranhão	2	0,71
Sergipe	2	0,71
Mato Grosso	1	0,36
Alagoas	1	0,36
Paraíba	1	0,36
Rio Grande do Norte	1	0,36
Total	281	100,00

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2011.

No que tange especificamente à acreditação de hospitais, atualmente a ONA tem 148 instituições hospitalares acreditadas (ONA, 2011). Esse quantitativo de hospitais acreditados no país é inferior ao quantitativo de instituições hospitalares acreditadas pela JCAHO nos estados americanos. Por exemplo, Nova Iorque tem 196 e a Califórnia, tem 360 hospitais acreditados pela JCAHO (THE JOINT COMMISSION, 2011b). Esse cenário decorre, principalmente, da diferença temporal de início das duas metodologias. Nos EUA, a JCAHO começou em 1953, ao passo que no Brasil, em 1999, com a criação da ONA. Isso contribui, de certa forma, para uma cultura de qualidade ainda em desenvolvimento no Brasil.

Dos 148 hospitais acreditados no Brasil pela ONA, 25 são em Minas Gerais, dos quais 16 são da esfera administrativa privada com fins lucrativos, oito da esfera privada filantrópica e apenas um da esfera pública estadual (ONA, 2011). O GRAF. 1 mostra o quantitativo de hospitais por nível de acreditação no Brasil e em Minas Gerais pela metodologia ONA.

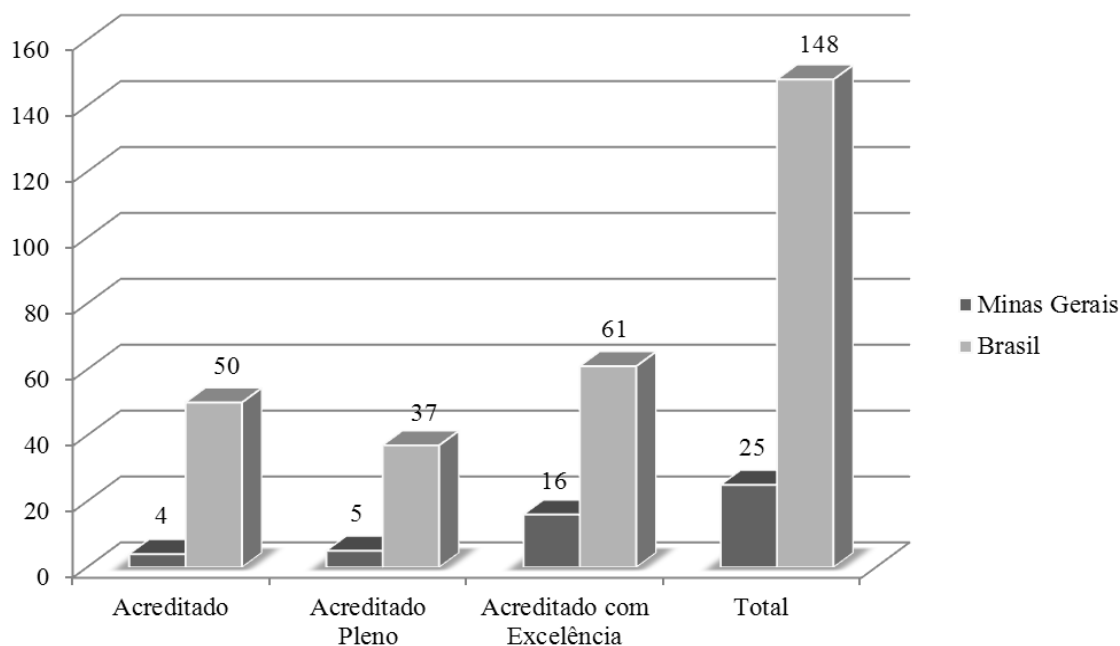


GRÁFICO 1 - Organizações hospitalares, por nível de acreditação no Brasil e em Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2011

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2011.

Rooney e Ostenberg (1999) relatam que uma estratégia para prevenir que a acreditação seja influenciada por conjunturas políticas ou interesses pessoais dos profissionais consiste na publicação e distribuição de explicações sobre os propósitos dos padrões, bem como das regras de decisão. Nesse sentido, a equipe da IAC/ONA utiliza duas referências: a Norma do Processo de Avaliação (NA), específica para cada atividade-fim, desenvolvida pela organização a ser avaliada; e o Manual Brasileiro de Acreditação (MBA).

As NA sistematizam a metodologia de avaliação para cada serviço e são fundamentais, pois incorporam às seções e subseções obrigatórias, independente da característica da organização, aquelas de aplicação conforme a característica da instituição. Assim, definem o instrumento de avaliação para cada tipo de serviço e têm por estrutura base as seguintes diretrizes e determinações: seções e subseções de aplicação obrigatória; seções e subseções conforme a característica e o perfil da instituição; presença na organização de serviços não incluídos no instrumento de avaliação; presença de serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pelas organizações; equipe de avaliadores e parâmetros mínimos para a definição do tempo de visita; e equipe de avaliadores (ONA, 2010).

O MBA vem sofrendo permanentes revisões desde 1998 com o objetivo de manter requisitos atualizados para garantir um sistema de gestão e avaliação com foco na melhoria da qualidade das organizações de saúde (ONA, 2010). Em maio de 2010, em um *workshop* da Feira Hospitalar, em São Paulo, a ONA lançou oficialmente o MBA para OPSS versão 2010.

Este MBA foi revisado por um Comitê Técnico durante um ano e submetido à consulta pública no site da ONA, recebendo 105 contribuições. A aplicação do MBA 2010 começou a ser obrigatória a partir de novembro de 2010.

Segundo a ONA (2010), os requisitos do MBA 2010 estão distribuídos em três níveis, que abordam três conceitos, os quais representam o SBA e sua metodologia: estrutura, processo e resultados. Porém, uma mudança significativa em comparação com as versões anteriores é que esses conceitos (estrutura, processo e resultado) são vistos e observados em cada um dos três níveis, e não mais em cada nível separadamente. Além disso, em cada nível busca-se expressar os fundamentos da qualidade reconhecidos mundialmente.

O primeiro fundamento é Visão sistêmica, que consiste na interdependência entre as diversas partes de uma organização, bem como entre ela e o ambiente externo. O próximo é Liderança e estratégias, que se refere à atuação aberta, participativa, inovadora e motivadora das pessoas para o alcance de um objetivo, visando à melhoria contínua e à sustentabilidade. O terceiro, Orientação por processos, atrela-se ao fato de a instituição ser gerenciada por um conjunto de atividades inter-relacionadas, o qual possibilita a tomada de decisão e a execução de ações com base na medição e análise de desempenho. O próximo fundamento, Desenvolvimento de pessoas, mede a capacidade de criar condições que promovam a realização profissional e as relações humanas, por meio do comportamento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação continuada. O fundamento Foco no cliente aponta para a geração de valor para o atendimento das expectativas e necessidades dos clientes internos e externos. O Foco na prevenção consiste em um fundamento que avalia a capacidade da organização de se antecipar às situações desejáveis e indesejáveis. O oitavo fundamento, Foco na segurança, está amparado em um ambiente seguro, que identifica, analisa, propõe e implementa melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos. O fundamento Responsabilidade socioambiental analisa a atuação conjunta da ética com a transparência organizacional, por meio da minimização dos impactos negativos de suas ações na sociedade. O fundamento Cultura da inovação é relativo à promoção de um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implantação de novas ideias e tecnologias para gerar competitividade. O décimo fundamento, Melhoria contínua, refere-se à promoção de um ambiente favorável à análise crítica e à promoção de melhorias, a partir de dados e de informações que alavanquem o desempenho institucional. O último fundamento, Orientação para resultados, vincula-se ao compromisso com a obtenção de resultados que atendam às necessidades de todos os envolvidos com a organização (ONA, 2010).

O MBA 2010 é composto, como o de 2006, por seções e subseções. Em cada uma das subseções existem padrões interdependentes, que devem ser integralmente atendidos. Esses padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos: nível 1, com o princípio da Segurança; nível 2, com o princípio da Gestão integrada e nível 3, com o princípio da Excelência em gestão. Para cada nível existe um conjunto de requisitos, com o objetivo de clarear o padrão estabelecido. São seis seções que compõem o MBA 2010, as quais agrupam os serviços com características semelhantes e as subseções (ONA, 2010).

A composição das seções e subseções do MBA 2010 está distribuída conforme os itens abaixo, nos quais as subseções grifadas são aquelas obrigatórias para a avaliação das organizações hospitalares, independente de sua característica e perfil (ONA, 2010).

- a) Seção 1 - Gestão e Liderança: Liderança; Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa; Gestão de Suprimentos; e Gestão de Qualidade;
- b) Seção 2 - Atenção ao Paciente/Cliente: Atendimento; Internação; Atendimento Ambulatorial; Atendimento em Emergência; Atendimento Cirúrgico; Atendimento Obstétrico; Atendimento Neonatal; Tratamento Intensivo; Mobilização de Doadores; Triagem de Doadores e Coleta; Assistência Hemoterápica; Terapia Dialítica; Medicina Nuclear; Radioterapia; Terapia Antineoplásica; Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica; Métodos Endoscópicos e Videoscópicos; Assistência Farmacêutica; e Assistência Nutricional;
- c) Seção 3 - Diagnóstico: Processos Pré-Analíticos; Processos Analíticos; Processos Pós-Analíticos; Métodos Diagnósticos; e Diagnóstico por Imagem;
- d) Seção 4 - Apoio Técnico: Sistema de Informação do Cliente/Paciente; Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar; Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos; e Processamento e Liberação;
- e) Seção 5 - Abastecimento e Apoio Logístico: Processamento de Roupas; Processamento de Materiais e Esterilização; Armazenamento e Transporte; Higienização; e Gestão da Segurança;
- f) Seção 6 - Infraestrutura: Gestão da Estrutura Físico-Funcional.

As principais diferenças estruturais entre o MBA versão 2006 e o MBA 2010 podem ser visualizadas no QUADRO 1.

QUADRO 1

Diferenças estruturais verificadas no Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) da Organização Nacional de Acreditação (ONA) entre a versão 2006 e a versão 2010.
Belo Horizonte/MG, 2011

(Continua)

MBA Versão 2006		MBA Versão 2010	
Seção	Subseção	Seção	Subseção
Seção 1: Liderança e Administração	Direção e Liderança	Seção 1: Gestão e Liderança	Liderança
	Gestão de Pessoas		Gestão de Pessoas
	Gestão Administrativa e Financeira		Gestão Administrativa
	Gestão de Materiais e Suprimentos		Gestão de Suprimentos
	Gestão de Qualidade		Gestão de Qualidade
Seção 2: Organização Profissional	Corpo Clínico	Excluído	
	Enfermagem		
	Corpo Técnico Profissional		
Seção 3: Atenção ao Paciente/Cliente	Atendimento ao Cliente	Seção 2: Atenção ao Paciente/Cliente	Atendimento
	Internação		Internação
	Transferência, Referência e Contra-Referência		Excluído
	Atendimento Ambulatorial		Atendimento Ambulatorial
	Atendimento em Emergência		Atendimento em Emergência
	Atendimento Cirúrgico		Atendimento Cirúrgico
	Anestesiologia		Excluído
	Obstetrícia		Atendimento Obstétrico
	Neonatologia		Atendimento Neonatal
	Tratamento Intensivo		Tratamento Intensivo
	Reabilitação e Atendimento Multiprofissional		Excluído
	Mobilização de Doadores		Mobilização de Doadores
	Triagem e Coleta		Triagem de Doadores e Coleta
	Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos		Assistência Hemoterápica
	Terapia Dialítica		Terapia Dialítica
	Medicina Nuclear		Medicina Nuclear
	Radioterapia		Radioterapia
	Quimioterapia		Terapia Antineoplásica
	Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica		Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica
	-		Métodos Endoscópicos e Videoscópicos
Assistência Farmacêutica	Assistência Farmacêutica		
Assistência Nutricional	Assistência Nutricional		

QUADRO 1

Diferenças estruturais verificadas no Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) da Organização Nacional de Acreditação (ONA) entre a versão 2006 e a versão 2010.
Belo Horizonte/MG, 2011

(Conclusão)

MBA Versão 2006		MBA Versão 2010	
Seção	Subseção	Seção	Subseção
Seção 4: Diagnóstico	Processos Pré-Analíticos	Seção 3: Diagnóstico	Processos Pré-Analíticos
	Processos Analíticos		Processos Analíticos
	Processos Pós-Analíticos		Processos Pós-Analíticos
	Métodos Diagnósticos Cardiológicos		Métodos Diagnósticos
	Métodos Diagnósticos Neurológicos		
	Anatomia Patológica e Citopatologia		
	Diagnóstico por Imagem		
	Radiologia		Diagnóstico por Imagem
	Endoscopia		
Seção 5: Apoio Técnico	Sistema de Informação do Cliente/Paciente	Seção 4: Apoio Técnico	Sistema de Informação do Cliente/Paciente
	Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar		Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
	Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos		Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos
	Segurança e Saúde Ocupacional		Excluído
	Processamento e Liberação		Processamento e Liberação
	Assessoria Técnica aos Clientes		Excluído
Seção 6: Abastecimento e Apoio Logístico	Processamento de Roupas - Lavanderia	Seção 5: Abastecimento e Apoio Logístico	Processamento de Roupas
	Processamento de Materiais e Esterilização		Processamento de Materiais e Esterilização
	Qualidade da Água		Excluído
	Materiais e Suprimentos		Excluído
	Armazenamento e Transporte		Armazenamento e Transporte
	Higiene		Higienização
	Gestão da Segurança		Gestão da Segurança
	Gestão de Resíduos		Excluído
Seção 7: Infraestrutura	Gestão de Projetos Físicos	Seção 6: Infra-Estrutura	Gestão da Estrutura Físico- Funcional
	Gestão da Estrutura Físico- Funcional		
	Gestão de Manutenção Predial		
Seção 8: Ensino e Pesquisa	Educação Continuada	Excluído	
	Ensino		
	Pesquisa		

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006, 2010.

O MBA 2010 está estruturado em seis seções e o MBA 2006, em oito. Excluíram-se e realocaram-se algumas subseções, visando focalizar o serviço ou o processo executado, e não a classe profissional ou setor. Os requisitos dessas subseções excluídas passaram a ser contempladas em outras subseções, e atualizaram-se os nomes e conteúdos das subseções,

permitindo melhor alinhamento com a finalidade da seção. Além do mais, a última versão adotou os 11 fundamentos da qualidade reconhecidos internacionalmente, que já foram anteriormente discutidos, revisou as NA que sistematizam a metodologia de avaliação para cada tipo de organização e atualizou os princípios de cada um dos níveis, dos padrões e de seus requisitos. Esses requisitos ficaram diretamente relacionados com o seu padrão, garantindo maior correlação e definiram-se notas/comentários, para facilitar o entendimento dos requisitos. Outra diferença da versão 2010 é a exclusão da classificação de não conformidades maior ou menor (ONA, 2006, 2010). Consideram-se relevantes as mudanças que ocorreram na versão 2010 do MBA, uma vez que são coerentes com a visão sistêmica e a ênfase nos processos, a que se propõe o SBA.

2.3 Padrões e não conformidades: importância e implicações

É consenso que, para avaliar a qualidade do atendimento médico, é preciso considerar "critérios", "normas" e "padrões". Infelizmente, tem-se usado estas palavras de tantas maneiras diferentes que já se perdeu a essência de cada uma delas. Todavia, têm sido usada por tanto tempo que não se pode abandoná-las. Assim, para explicar os termos em questão, consideram-se três itens diferentes. Primeiro, um conjunto de elementos claramente definíveis e mensuráveis de fenômenos que se encaixam nas categorias de processo ou resultado e que são relevantes para definir qualidade. Esses fenômenos podem ser vistos como componentes, atributos ou características de qualquer processo ou resultado. Independentemente de como são chamados, devem ser claramente definidos, para que se possa dizer com confiança se estão presentes ou não e por quantas vezes (DONABEDIAN, 1981).

Considerando estes fenômenos - componentes, atributos ou características -, de acordo com Donabedian (1981), o segundo item é composto pelas regras para alcançar o *goodness*. Ou seja, são necessários princípios que constituam o que é considerado "ideal" em relação a cada fenômeno. Por exemplo, a presença de um fenômeno é melhor que a ausência; ou a quantidade maior desse é melhor do que uma quantidade menor. Essas regras são construídas a partir da definição da qualidade e da maneira como o fenômeno em questão se relaciona com essa definição. Por último, é necessário formular uma regra precisa do que constitui o nível aceitável ou ótimo para cada fenômeno. Donabedian (1981, 2003) chama de "critérios" os fenômenos mensurados a fim de avaliar a qualidade, como um atributo de estrutura, processo ou resultado, que é usado para desenhar uma inferência sobre a qualidade. Um exemplo de um critério de estrutura pode ser o pessoal da unidade de cuidados intensivos. Um

critério de processo poderia ser se a transfusão de sangue que foi utilizada durante a cirurgia. Um critério de resultado poderia ser um caso de letalidade (DONABEDIAN, 2003).

As "normas", para Donabedian (1981), são as regras gerais que indicam o que é *goodness*, "ideal". Norma pode ser uma regra geral do "nível ideal", por exemplo, para reduzir a mortalidade; uma descrição das práticas ou resultados atuais, tais como média, mediana ou moda; ou um padrão baseado em tal prática (DONABEDIAN, 2003).

O "padrão" é a quantidade precisa que especifica um nível *adequate* (adequado ou suficiente), *acceptable* (aceitável) ou *optimal* (ótimo) de qualidade (DONABEDIAN, 1981). Donabedian (2003) relata que padrões são uma medida quantitativa de magnitude ou frequência que especifica o que é bom ou não. Por exemplo, padrão para uma unidade de terapia intensiva: no mínimo, um enfermeiro para cada dois leitos ocupados; padrão para a frequência de transfusões de sangue: mínimo (5%) e máximo (20%) de transfusão em cirurgias de uma específica natureza em uma determinada categoria de pacientes; padrão de caso de letalidade: 0,1% no máximo para determinado procedimento (ou um conjunto de procedimentos) em determinada categoria de pacientes (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (2003, 2005), critérios e os padrões são instrumentos com os quais a qualidade do atendimento é medida. São necessários em qualquer julgamento da qualidade, os quais nada mais são do que juízos de valor, que são aplicados a vários aspectos, propriedades, componentes ou dimensões do processo da assistência à saúde.

Nessa ótica, a padronização "é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais nas organizações modernas", sendo os padrões uma "medida adotada como referência para comparação visando a unificar e simplificar um objetivo, desempenho, estado, movimento, método, procedimento, conceito ou meta a ser alcançada" (BRASIL, 2002, p. 66). Para Serapioni (2009), a avaliação da qualidade supõe a definição de padrões referentes às dimensões avaliadas pelo usuário, pelo profissional de saúde e pelos administradores/gerência dos serviços de saúde. São eles que definem com precisão o que um serviço deve ofertar, além de facilitar a identificação de conflitos e a busca de solução por meio do envolvimento dos diferentes atores.

Um padrão é uma perspectiva explícita definida por um órgão competente, que elabora o nível de desempenho aceitável de uma instituição. Os padrões de acreditação ou certificação são elaborados como ótimos e possíveis e quando alcançados levam a uma maior qualidade institucional. São, geralmente, classificados de acordo com os insumos (ou estruturas) do sistema, os processos desenvolvidos ou os resultados que a instituição espera alcançar com os serviços prestados (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

Nessa ótica, padrões relevantes, objetivos e mensuráveis são fundamentais para obter a melhoria esperada na qualidade dos cuidados da saúde. Os padrões de acreditação devem estimular as instituições de saúde a procurarem continuamente a melhoria da qualidade, reconhecendo o que é possível alcançar em função das limitações de recursos. Deve ser considerada a filosofia: fazer o melhor conforme os recursos disponíveis, para os países em desenvolvimento, nos quais as limitações de recursos causam impacto significativo na capacidade de uma instituição alcançar um desempenho ótimo. Se os padrões definidos forem muito altos, as instituições se sentirão desmotivadas para alcançá-los. Entretanto, aumentos graduais podem ser possíveis e devem ser recompensados (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

A elaboração dos padrões deve ser de acordo com a realidade e o contexto em que as organizações estão inseridas. Por exemplo, nos EUA foram, primeiro, elaborados padrões mínimos essenciais de qualidade, em 1918, por Codman, que passou para a JCAH, em 1953. Só em 1970, após os hospitais apresentarem conformidade com os primeiros padrões é que a JCAH os reformulou, passando de padrões “mínimos” para padrões “máximos”. Esta observação é importante, pois em alguns países, inclusive o Brasil, procura-se implementar padrões muito avançados para a realidade das instituições, por exemplo, os padrões atuais aplicados nos EUA, quando a maioria dos hospitais nacionais não atingiu nem os níveis mínimos de conformidade (NOVAES, 2007).

Na metodologia do SBA, os padrões procuram avaliar a estrutura, o processo e o resultado em um único serviço, setor ou unidade (BRASIL, 2002), apresentam uma definição com vários requisitos do padrão a serem garantidos e assinalam os caminhos em que os avaliadores podem procurar as evidências ou o que a organização pode apresentar para indicar o cumprimento de determinado padrão. Os programas educacionais para os colaboradores são fundamentais para a compreensão dos padrões da acreditação, os quais evoluem na medida do desenvolvimento do hospital (NOVAES, 2007). As conformidades, com base nos padrões da ONA, segundo Seiffert, Wolff e Wall (2011), têm como foco a segurança, a qualidade da assistência, o aprimoramento da gestão e a qualificação dos profissionais de saúde.

Quando a instituição hospitalar não atinge esses padrões, ou seja, esses requisitos básicos para a qualidade, há a ocorrência de não conformidades. As não conformidades (NC) são constatações indesejáveis evidenciadas no processo de avaliação dos serviços de saúde e constituem os gargalos que impedem o alcance de uma assistência de qualidade. Podem ser consideradas, também, como um sinal de alerta para que gestores e profissionais discutam suas possíveis causas e elaborem estratégias para promover melhoria contínua da estrutura e dos processos, para que os resultados positivos sejam uma consequência inerente a todo

esforço implementado. A NC é o não atendimento a requisito especificado e abrange o afastamento ou ausência de características da qualidade, incluindo características ou elementos do sistema da qualidade, em relação a requisitos especificados (BRASIL, 2002).

As NC identificadas durante o processo de avaliação eram classificadas até a versão 2006 do MBA em: NC maior e NC menor. A NC maior consistia na ausência ou incapacidade total da OPSS de atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo. A NC menor consistia na falta de cumprimento de requisitos do sistema da qualidade que o julgamento da equipe de avaliadores indicasse que não implicaria “quebra” do sistema de qualidade (ONA, 2006). Na versão 2010 do MBA, essa classificação é excluída, ficando somente NC, a qual “consiste em não atender ao princípio do padrão, comprometendo assim a coerência e o funcionamento do sistema, constatada durante a avaliação” (ONA, 2010, p. 15).

Uma das vantagens da avaliação para DO-ONA e do processo de acreditação como um todo é que ambas combinam a avaliação e as conclusões de um grupo de avaliadores em uma única impressão sobre a conformidade da instituição com os padrões e com a qualidade assistencial. Como o enfoque tem em vista a melhoria contínua dos sistemas e dos processos institucionais, o levantamento *in loco* é, geralmente, consultivo e educacional, bem como de natureza avaliatória. Os avaliadores oferecem recomendações quanto às “melhores práticas” realizadas em outras instituições semelhantes ou fazem sugestões sobre abordagens de qualidade que a instituição deseje adotar (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

Observou-se na literatura, contudo, que na área da saúde a análise de NC não é uma prática comum e menos ainda o tratamento das suas possíveis causas. Porém, no campo industrial, além de ser uma prática cotidiana, é crescente a importância que se dá à questão da avaliação da conformidade. É uma ferramenta que regula o mercado interno e globalizado, por ser de grande importância para o desenvolvimento industrial, para o incentivo ao comércio interno e externo, e para a proteção e defesa dos clientes (COSTA; FARIAS FILHO, 2007). Os autores descrevem, ainda, que as principais justificativas da utilização da avaliação de conformidades são: propiciar a concorrência justa; estimular a melhoria contínua da qualidade; informar e proteger o cliente; proteger o mercado interno; e agregar valor.

Cabe ressaltar que nem todas essas justificativas se aplicam à saúde, pois, diferente da área industrial, Serapioni (2009) afirma que o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e usuários e das ações e interações que constituem essa relação, em que o usuário exerce duplo papel: é consumidor da atenção, mas também seu coprodutor. Porém, chama a atenção o ponto de informar e proteger o cliente, que, no caso da

saúde pública, seria o usuário do SUS e seus familiares, uma vez que a prática da avaliação de conformidades poderia trazer mais segurança.

O impacto dos modelos de avaliação externa baseada em padrões, de acordo com Shaw *et al.* (2010), varia de acordo com sua finalidade, normas, procedimentos e incentivos. Os autores pontuaram no seu estudo, embasados em outros estudos, que os hospitais particulares que apresentaram maiores níveis de segurança foram associados mais com a acreditação do que com a certificação *International Organization for Standardization* (ISO), mas ambos os sistemas foram significativamente melhores que nada. Segundo Matos *et al.* (2006), isso ocorre porque, por exemplo, o programa de acreditação colabora para que, com os recursos disponíveis, aconteça de forma planejada uma progressiva mudança de hábitos, provocando nos profissionais novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição, com o estabelecimento de objetivos e a mobilização constante do pessoal, voltados para garantir a qualidade da atenção prestada aos clientes. Porém, Shaw *et al.* (2010) ressaltam que, para os programas de acreditação terem maior impacto no sistema de saúde, necessariamente, devem envolver maior proporção de hospitais.

2.4 O trabalho da enfermagem no hospital

O processo de trabalho compreende três elementos: atividade orientada a um fim; seu objeto; e seus meios. O primeiro elemento, como o próprio nome descreve é o trabalho realizado para alcançar o objetivo pretendido. O segundo - objeto - compreende todas as coisas sobre as quais incide o trabalho e que se transformarão em produto no final do processo. O terceiro elemento - meios - é uma coisa ou um conjunto delas que o trabalhador utiliza entre si e o objeto de trabalho para lhe servir como condutor de sua atividade sobre este objeto. O trabalhador utiliza coisas para fazê-las agir como meios de poder sobre outras, de acordo com o objetivo almejado (MARX, 1996).

O processo de trabalho em saúde - no qual se insere o trabalho de enfermagem - é complexo. Diferentemente de outros setores da economia, os serviços de saúde são consumidos no ato da produção e não podem ser armazenados ou realizados em série. Segundo Felli e Peduzzi (2011), a saúde é diferente, por lidar com o ser humano, o qual traz para os serviços de saúde demandas relacionadas ao processo saúde-doença, ou seja, seus problemas e necessidades de saúde, tendo-se um movimento constante entre trabalho morto e trabalho vivo, os quais são concomitantemente condicionantes e condicionados.

O trabalho de enfermagem, como prática social articulada com outras práticas, como da própria saúde, da educação e de produção de medicamentos e equipamentos, dentre outras, é efetivado na sociedade pelo trabalho exercido pelo enfermeiro e sua equipe (FELLI; PEDUZZI, 2011). O processo de trabalho de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro são amplamente discutidos na produção científica. Segundo Silva (2010), há controvérsias entre, basicamente, duas interpretações. A primeira se refere à interpretação de uma configuração de um único processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro com duas dimensões: assistencial e gerencial. A segunda é relativa à configuração do processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro, constituído por quatro processos ou subprocessos de trabalho: assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar.

No primeiro grupo de interpretações, Pires (1998) relata que o trabalho da enfermagem envolve dois campos: o dos cuidados e procedimentos assistenciais; e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial. Também Peduzzi e Anselmi (2002), ao caracterizarem o processo de trabalho de enfermeiros e auxiliares de enfermagem em um hospital, fazem referência ao trabalho assistencial e gerencial.

Ainda nesse primeiro grupo, Rodrigues e Lima (2004), ao analisarem as atividades da prática do enfermeiro, consideraram as atividades administrativas e assistenciais como partes integrantes de um mesmo todo para a transformação no objeto de trabalho, que é o paciente. Estudo realizado por Hausmann e Peduzzi (2009) partiu do pressuposto de que o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões: assistencial e gerencial, as quais são complementares e interdependentes. Luvisotto *et al.* (2010), ao pesquisarem as atividades realizadas pelos enfermeiros que trabalham em clínicas médico-cirúrgicas, dividiram apenas em: administrativas e assistenciais. Ademais, para Felli e Peduzzi (2011), as intervenções do enfermeiro se concretizam em dois processos de trabalho: cuidar e administrar, sendo que o processo administrar tem primazia em detrimento do processo de trabalho cuidar.

No segundo grupo de interpretações, outros autores, como Chaves (2005), em pesquisa realizada com enfermeiras-gerentes em hospital privado, evidenciaram quatro grupos de funções das enfermeiras: gerência, assistência direta ao cliente, educação e apoio à pesquisa na área da saúde. Peres e Ciampone (2006) referem que o trabalho de enfermagem subdivide-se também em vários processos de trabalho, como cuidar/assistir, Administrar/Gerenciar, pesquisar e ensinar, dentre os quais o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro. Os sujeitos de uma pesquisa concordaram que o processo de trabalho do enfermeiro engloba os processos de cuidar, administrar, educar e pesquisar, sendo que não há dicotomia entre eles. Os entrevistados destacaram que o professor deve formar o

aluno para o cuidado em enfermagem, sendo que os demais processos - pesquisar, administrar e ensinar - giram em torno do cuidar (TANAKA; LEITE, 2008).

Diferentemente desses dois grandes grupos de autores, para Sanna (2007), há cinco processos de trabalho da enfermagem: o assistir, o administrar, o ensinar, o pesquisar e o participar politicamente, os quais podem ou não ser executados simultaneamente.

Segundo Tanaka e Leite (2008), o arranjo do processo de trabalho do enfermeiro confunde-se com o processo de trabalho da equipe de enfermagem e com o processo de trabalho em saúde. Tal situação é adequada, uma vez que as práticas de enfermagem tornam-se complexas à medida que são articuladas às práticas de saúde e demais práticas sociais, as quais se constituem em trabalhos inseridos em processos de produção de serviços.

As diferentes categorias profissionais na enfermagem não permitem definir um único processo de trabalho para todos os seus agentes, o que ocasionou o corte entre cuidado direto e cuidado indireto. O cuidado direto fica sob responsabilidade, principalmente, do pessoal de enfermagem de nível médio e básico; e o cuidado indireto abrange as atividades de planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado, sendo responsabilidade do enfermeiro (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

A prática profissional mostra a existência de enfermeiros que realizam a assistência com bom nível de desempenho, mas que são frágeis na administração de enfermagem, e vice-versa. Essa realidade expressa as dificuldades que ocorrem na articulação entre a dimensão gerencial e a assistencial do trabalho do enfermeiro. O enfermeiro gerencial valoriza seu papel como necessário para subsidiar o cuidado e o enfermeiro assistencial deprecia a atividade gerencial, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A organização do trabalho e o gerenciamento na saúde no ambiente hospitalar tem forte influência dos modelos taylorista e fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS; PIRES, 2006). Esses princípios se mostram presentes na organização do trabalho da enfermagem pela hierarquia rígida, divisão do trabalho e destaque do “como fazer”, com os manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de tarefas e fragmentação da assistência (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Esse cenário identifica um processo de trabalho em saúde tradicional e desalinhado às mudanças que apontam a aproximação com o processo de melhoria da qualidade assistencial e a superação dos aspectos negativos do parcelamento do trabalho e da hegemonia do positivismo (PIRES, 1998).

O mundo do trabalho está sendo impactado pelo processo de reestruturação produtiva e pelo processo de acumulação flexível do capital e da implementação dos chamados “cuidados integrais”, reconhecendo-se a necessidade de mudança na gestão e organização do

trabalho na enfermagem, exigindo novos perfis de trabalhadores (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005; MATOS; PIRES, 2006). Se a organização produtiva do modelo taylorista-fordista estimulou a especialização, a fragmentação, a racionalização utilitarista, a padronização e o controle dos modos de fazer, agora novas modalidades de organização produtiva estão a exigir saberes e fazeres mais propensos à integração, flexibilidade e desenvolvimento de competências diversificadas e transversais (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005). Nesse sentido, para garantir o desenvolvimento contínuo e a motivação dos profissionais, é necessário promover o envolvimento e a gestão participativa dos serviços, a atuação dos usuários e suas famílias no planejamento e a avaliação da assistência, assim como o trabalho em equipe e a educação no trabalho (MATOS; PIRES, 2006).

No sentido de se fazer o cuidado de forma integral, a equipe de enfermagem se torna essencial, uma vez que está no hospital por 24 horas e pode chegar a até 60% da força de trabalho de saúde (CIANCIARULLO, 1997; FELDMAN, 2009; KOBAYASHI; SILVA; AYOUB, 2010; PIRES, 1998). O enfermeiro atua, ainda, como facilitador do desenvolvimento dos processos de trabalho da equipe multidisciplinar, realizando atividades assistenciais, administrativas, de ensino e de pesquisa, ou ações de humanização, visando à prestação de serviço de qualidade, sem deixar de corresponder à produtividade e à competitividade no mercado (KOBAYASHI; SILVA; AYOUB, 2010).

Segundo Rodrigues e Lima (2004), os enfermeiros procuram atender o aspecto qualitativo e quantitativo das atividades, empenham-se em proporcionar condições adequadas e prover os instrumentos necessários para a assistência de enfermagem e da equipe de saúde. Vale ressaltar que nas instituições em que a certificação da qualidade foi implantada percebem-se a valorização e a citação da importância da enfermagem para o alcance de metas (KOBAYASHI; SILVA; AYOUB, 2010).

A divergência entre a dimensão assistencial e a gerencial na literatura e no cotidiano compromete a qualidade e provoca conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja em sua relação com a equipe de enfermagem e com os demais membros da equipe multidisciplinar (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Considerando o cuidado como núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro, aquelas de cunho educacional para pacientes e os profissionais de saúde e de pesquisa realizadas pelo enfermeiro, devem objetivar a qualidade do cuidado.

O QUADRO 2 apresenta, na perspectiva de vários autores, a classificação das atividades da equipe de enfermagem que são desenvolvidas no cotidiano de trabalho.

QUADRO 2

Atividades realizadas pela Enfermagem nos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar

(Continua)

	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar	Outras
Luvisotto <i>et al.</i> (2010)	Evolução e prescrição de enfermagem e relacionamento com a equipe multiprofissional, histórico de enfermagem, exame físico; admissão e alta de pacientes; procedimentos técnicos; orientações aos pacientes e familiares, supervisão do cuidado.	Passagem de plantão, escala diária e de tarefas de funcionários e gerenciamento de exames, escala de folga e férias de funcionários, avaliação dos funcionários, previsão, reposição e controle de materiais e equipamentos, treinamento de funcionários, participação em reuniões e elaboração de trabalhos científicos.	-	-
Chanes (2009)	Avaliar os pacientes para determinar os diagnósticos de enfermagem e por meio desse determinar os resultados a serem atingidos; descrever as intervenções de enfermagem; dimensionar os recursos para a assistência, baseando-se nos achados da avaliação dos pacientes; viabilizar a discussão de casos entre a equipe multiprofissional; integrar os membros da equipe interdisciplinar nos planos de cuidado e de alta; avaliar periodicamente a adequação da assistência prestada às condições do paciente, com vistas ao alcance dos resultados; reformular o plano assistencial, caso necessário; participar da elaboração de mapas assistências e de protocolos; discutir com os componentes da equipe a inclusão ou exclusão dos pacientes nos mapas e protocolos e garantir registro da justificativa no prontuário; participar da análise de indicadores assistenciais, propondo melhorias da qualidade.	Orientar a equipe sobre o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro pra cada paciente, esclarecendo os pressupostos científicos e de qualidade que norteiam os planos; esclarecer os resultados a serem alcançados pela equipe na assistência a cada paciente, clarificando o impacto do alcance destes resultados para a qualidade assistencial; utilizar ferramentas, como o PDCA, para o controle da qualidade e do não alcance das metas prescritas; dar retorno à equipe dos resultados alcançados, reforçando o sentimento de conquista e criando a crença da efetiva busca dos resultados prescritos; realizar auditorias de enfermagem para averiguar como e em que proporções a assistência de enfermagem tem contribuído para a qualidade assistencial; utilizar os achados para orientação e educação da equipe de enfermagem.	-	-
Hausmann e Peduzzi (2009)	Visita do enfermeiro; procedimentos técnicos e SAE.	Elaboração de escala, remanejamento de funcionários, conferência e reposição de materiais/equipamentos; gerenciamento de conflitos; controle de custos; SAE.	-	-
Coelho, Barbosa e Silva (2008)	Cuidado direto, educação continuada e educação em saúde.	Foco nas normativas, recursos físicos/estruturais e recursos materiais (custos, desperdício, controle).	-	-
Sanna (2007)	SAE e procedimentos de enfermagem.	Planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria.	Ensino supervisionado e pesquisa qualitativa e quantitativa.	<u>Participar politicamente:</u> negociação e conflito.

Nota: Classificação realizada pelos autores dos estudos.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem; PDCA - *Plan-Do-Check-Act*.

QUADRO 2
Atividades realizadas pela Enfermagem nos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar
 (Continua)

	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar	Outras
Matos <i>et al.</i> (2006)	Implementação da SAE; de protocolos técnicos; execução de procedimentos de complexidade técnica; avaliação de procedimentos para a continuidade de cuidados e monitoramento de casos; avaliação sistemática dos procedimentos de enfermagem demonstrando resultados dos cuidados prestados.	Supervisão contínua e sistematizada; seleção e dimensionamento da equipe de enfermagem; elaboração de escala assegurando cobertura da assistência e disponibilidade de pessoal nas 24 horas; avaliação e ou execução de registros de enfermagem no prontuário, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados; criação de comissões obrigatórias; elaboração de manuais, normas e protocolos atualizados, disponíveis e aplicados; elaboração e análise de dados estatísticos para a tomada de decisão clínica e gerencial.	Programas de educação continuada e participação em grupos de trabalho. Desenvolvimento de pesquisas; análise de dados para tomada de decisão; elaboração de indicadores epidemiológicos; análise de impacto junto à comunidade; implantação de sistema de satisfação dos clientes internos e externos.	-
Costa e Shimizu (2006)	Visita e procedimentos de enfermagem; avaliação e assistência aos pacientes; participação de visita médica; avaliação de queixas a paciente grave; preparação para exames; cuidados com a área emocional do paciente; atividades de lazer junto ao paciente e revisão do carrinho de parada.	Confecção de escala diária de funcionários; organização e estruturação do serviço; realização de atividades burocráticas; supervisão de funcionários; orientação da equipe de enfermagem; realização de requisição, provisão e previsão de medicamento; realização de atividades burocráticas; elaboração e implementação de manuais, normas e rotinas; realização de atividades junto a equipe de enfermagem (terapia/integração).	Realização de atividades educativas junto a paciente; acompanhamento de alunos de enfermagem; realização de educação continuada, aprimoramento profissional e estudos de caso; revisão de técnicas de enfermagem.	<u>Sistema de Informação</u> : evoluções e leitura do prontuário; passagem de plantão; participação de reuniões e visita médica; integração e troca de informações com setores e profissionais.
Chaves (2005)	Assistência direta ao cliente e à família, entrevistar, examinar, levantar necessidades humanas básicas, intervir em ações de enfermagem, acompanhar evolução clínica do paciente, registrar observações, cuidados e procedimentos, garantir a integridade, analisar assistência prestada pela equipe, cumprir prescrição médica, acionar e auxiliar equipe multidisciplinar e dar apoio biopsicossocial.	Monitoramento das atividades; desenvolvimento de manuais, instrumentos para avaliação de desempenho; escalas; reuniões; supervisão de uso de EPI; dimensionamento e participação da contratação de pessoal; comunicação. Organização, diagnóstico e planejamento das unidades, elaboração de agenda de atendimentos; acomodação de pacientes; encaminhamento para procedimentos e exames; elaboração e apresentação de relatórios técnicos e administrativos; identificação de necessidade, padronização, conferência, solicitação de compras e manutenção de equipamentos e materiais; auditoria interna, em negociação com convênios e fornecedores; avaliação de glosa, comparação de custos com produção e proposição de redução de gastos; acompanhamento do fluxo financeiro; participação da definição da missão, visão, valores e negócio da organização e unidade assistencial. Análise do ambiente interno e externo; definição dos produtos e serviços do hospital, monitoramento dentro dos setores do planejamento estratégico com ferramentas gerenciais. Negociação com a diretoria das metas a serem controladas (o que é estabelecido pode não corresponder à realidade do setor).	Identificação das necessidades de treinamento; definição da logística do evento, elaboração de cronograma, preparação de material didático; convocação do público-alvo e ministração de treinamentos e palestras. Atuação na organização e participação como ouvintes dos programas; supervisão, orientação e avaliação de estagiários; participação em grupos de estudos e divulgação do modelo de gestão estratégica.	<u>Intervenções para promoção à saúde do trabalhador e da comunidade</u> : seleção de estratégias de promoção à saúde para situações e grupos específicos, participação da organização, manutenção e disseminação de projetos, execução de atividades de enfermagem em campanhas de saúde interna e externa, apoio a administração da associação de empregados do hospital.

Nota: Classificação realizada pelos autores dos estudos.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem; EPI - Equipamento de Proteção Individual.

QUADRO 2

Atividades realizadas pela Enfermagem nos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar

(Continua)

	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar	Outras
Cunha e Feldman (2005)	Registro em prontuário dos procedimentos médicos e de enfermagem e controle de forma diária e atualizada; participação em grupos de trabalho para melhoria dos processos e integração institucional; procedimentos para a continuidade de cuidados ao pacientes; adotam políticas e procedimentos para assegurar que os cuidados sejam adequados às necessidades dos pacientes; monitoria do desempenho dos serviços e profissionais; controle de qualidade; aferição dos sinais vitais dos pacientes; registro/identificação da mãe e do peso, apgar e demais informações dos recém-nascidos; ações e controle de infecções no SCIH; protocolos de lavagem das mãos, uso de germicidas, isolamento e precauções-padrão e outro; a vigilância epidemiológica das infecções é realizada por meio de busca ativa. Processos de enfermagem: histórico, diagnóstico, planejamento assistencial, prescrição, avaliação. Práticas para diminuir o estresse da internação, procedimentos e cirurgias pediátricas. Ambulatório com programas multiprofissionais de apoio aos doentes crônicos. Gestantes são orientadas sobre aleitamento materno. O ingresso no centro cirúrgico é após vestir uniformes privativos; registro das ações assistenciais dos pacientes em observação; procedimentos para casos de atendimento a agressão física, moral e psicológica; enfermeiros habilitados; entrevista de admissão do paciente; disposição dos instrumentos e outros elementos cirúrgicos, controla a entrada e saída de materiais enviados para lavagem e esterilização, controla a deposição dos resíduos para fora da área cirúrgica, não assume durante o plantão qualquer outra tarefa senão as relacionadas à área cirúrgica, controla o cumprimento dos procedimentos de assepsia, tanto nas salas de cirurgia como nas áreas adjacentes. Acompanhantes ou responsáveis são informados sobre a situação e estado geral do paciente assistido.	Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado nas diferentes áreas; registros de enfermagem completos, legíveis e assinados nos prontuários; cumprimento das leis e regulamentos são acompanhados; análise crítica dos casos atendidos, controle de problemas, minimização dos riscos e efeitos indesejáveis. A direção participa da avaliação dos serviços credenciados pelo hospital, desenvolve e implementa políticas e programas com foco na qualidade. Os dirigentes de serviços definem, por escrito, as atividades a serem desenvolvidas no âmbito dos serviços. Os dirigentes de serviços promovem a comunicação e a coordenação entre os profissionais e os serviços. Os procedimentos de enfermagem são registrados em espaço específico no prontuário, destinado à evolução/anotações da enfermagem. Profissional capacitado em métodos de gestão; para desencadear as atividades da qualidade nos processos organizacionais. Grupos de trabalho capacitado para a melhoria dos processos e integração institucional. A Direção assegura a avaliação dos recursos humanos, físicos, financeiro e de informação. Sistema de documentação e registros correspondentes ao Centro Cirúrgico. Atuação da CCIH na organização como um todo, especialmente nas áreas críticas. Fluxo do programa destinado a controlar a infecção hospitalar, o processo de vigilância epidemiológica e o processamento de resultados. Verificar no prontuário, folha e evolução de enfermagem, registro de procedimentos relativos a prescrição médica e de enfermagem e controles pertinentes. Verificar nos postos de enfermagem, a existência de normas e instruções atualizadas sobre procedimentos do serviço (manuais). Verificar com o responsável pelo serviço o método de distribuição de tarefas de enfermagem (integral, funcional e outros); participação de reuniões clínicas multiprofissionais; comissões de auditoria de prontuário, controle de infecções hospitalares e outras; se existem práticas de avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus resultados. Treinamento e avaliação semestral de todo pessoal. Funcionários com uniformes limpos e conservados. Resoluções do Conselho Municipal de Saúde são conhecidas, adotadas e divulgadas no hospital. Entrevista sucinta com o cliente para determinar seu grau de satisfação. Enfermeiro responsável elabora o programa de cirurgias, prevê recursos, acompanha e registra os procedimentos. Sistema de planejamento e melhoria contínua técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos específicos do serviço.	Examinam os relatórios e recomendações dos órgãos de controle e regulamentação e procedem aos encaminhamentos. Desenvolvem atividades de melhoria da qualidade. Avalia periodicamente seu sistema de informação. Faz avaliação de desempenho; atividades de educação continuada baseada nas necessidades assistenciais de enfermagem, com programa e treinamento para melhoria dos processos. Comissão de qualidade coordena treinamentos para a qualidade. Orientação e treinamento sistemático quanto a prevenção de acidente de trabalho. Os visitantes são orientados para a lavagem das mãos antes de entrarem em UTI. Treinamento sistemático, periódico e específico sobre os procedimentos de controle de infecção hospitalar. Sistema de planejamento e melhoria contínua técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos específicos do serviço. Evidências sobre treinamento nos procedimentos lavagem das mãos, biossegurança e limpeza organizacional (registro e entrevista com funcionários). A CCIH realiza ações sistemáticas e contínuas de vigilância epidemiológica, de monitorização e de treinamento do corpo funcional. Treinamento visando ao respeito aos direitos dos pacientes e de seus familiares. O serviço de enfermagem faz levantamentos de satisfação do usuário, investiga as causas de insatisfação e propõe soluções.	-

Nota: Classificação realizada pelos autores dos estudos.

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

QUADRO 2
Atividades realizadas pela Enfermagem nos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar
(Conclusão)

	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar	Outras
Franca e Barreira (2004)	Assumir o cuidado direto, frente às dificuldades das alunas; implementar medidas corretivas em situações de crise; tomar providências imediatas em caso de erro na administração de medicamentos e prestar primeiros socorros.	Favorecer relações interpessoais e melhorias no funcionamento da unidade; fazer o controle de material e pessoal; manter a disciplina, assiduidade, pontualidade e uso correto do uniforme; prover medicamentos, instrumentos, aparelhos e materiais de enfermagem para a unidade.	Corrigir erros na execução de técnicas; intensificar o acompanhamento de alunas com dificuldades; ensinar pelo exemplo e organizar um ambiente adequado ao ensino prático.	-
Peduzzi e Anselmi (2002)	Evolução de enfermagem com exame físico diário do paciente, a prescrição de enfermagem e a supervisão dos auxiliares.	Encaminhamentos de exames, colocar horário na medicação prescrita pelo médico, pedir medicação à farmácia, providenciar ambulância para transporte do paciente, chamar a nutricionista, entre outras.	-	-
Bocchi e Fávero (1996)	Prestar assistência de enfermagem, acompanha, ensina (ostomizados).	Controlar assiduidade, pontualidade, disciplina; faz anotações de funcionários, faltas; avaliar, redistribuir escala de atividades mensal dos funcionários; controlar materiais, equipamentos, pedido de farmácia, medicações; acompanhar visita de pacientes; passa em relatório as ocorrências; orienta, treina os funcionários de enfermagem, lavanderia, limpeza; resolve problemas administrativos, horário de visita, pedido de folga de funcionário, de refeições, resolve problemas da clínica, participa da passagem do plantão; avalia a assistência prestada pelos funcionários; conversa com pacientes para ver se estão sendo bem atendidos; faz controle de infecção hospitalar, colhe cultura, padroniza desinfecção e pinças para curativo; responde ofícios, faz visita, assina o ponto, vê se tudo está em ordem, se tem cirurgia, exame pra encaminhar o paciente; vigilância contínua quanto a paramentação correta, isolamento; faz supervisão geral, de curativos; passa, orienta normas, rotinas de enfermagem pra residentes, internos; prioriza os cuidados de enfermagem para paciente grave; participar de reuniões; recebe empenho (ações ordenadas pela equipe médica) pra ser passado para os funcionários; elabora planos de assistência de enfermagem de maneira informal; vê quantos pacientes estão internados; ajuda nas admissões; solicita o médico avaliação; anotações de enfermagem; passa informações do paciente para o médico; manipula aparelhos (equipamentos sofisticados, respiradores).	Acompanhando alguns internos (alunos da graduação médica).	<u>Delegáveis:</u> pedido de materiais, equipamentos, medicamentos e lavanderia; fazer ficha para concertos de aparelhos e materiais; preenche papel; avisa de alta; encaminha ofícios, prontuários; faz xerox; coloca no mural; colhe exame necessário; verifica problemas da enfermagem da parte hidráulica, elétrica (lâmpadas, chuveiros, ralo entupido); observa limpeza do leito do paciente; faz um pouco de faxina, secretária; pedi o médico para prescrever; faz eletro; observa se o número de aventais estão sendo suficientes.
Trevizan <i>et al.</i> (1981)	Observa e orienta os pacientes; administra medicação, instala e controla soro; recebe e transporta paciente do centro de recuperação, CTI e raio X; prepara paciente para exame, instalação do PVC, dissecação e veia e curativo; Prepara paciente para ser encaminhado à soroterapia oral; troca frasco de drenagem e bolsa coletora de urina; passa sonda retal; auxilia paciente a deambular; alimenta paciente; passa sonda nasogástrica e arruma cama com paciente e o posiciona.	Recebe plantão; conversa profissional com membros da equipe; orienta funcionário; elabora Kardex; consulta, manuseia e anota em prontuário; elabora escala de atribuições diárias; faz previsão de material; verifica carrinho de emergência; providencia transporte do paciente para exame fora; providencia alta de paciente; requisita medicação psicotrópica; informa Centro Cirúrgico sobre suspensão; acompanha visita médica; verifica resultado de exames; elabora escala mensal de funcionários e providencia presença do médico.	Orienta e supervisiona alunos de graduação em enfermagem.	<u>Delegáveis:</u> ao pessoal subalterno e que devem ser executadas por pessoas de outros serviços. <u>Particulares:</u> próprias do enfermeiro.

Nota: Classificação realizada pelos autores dos estudos.

CTI - Centro de Terapia Intensiva; PVC - Pressão Venosa Central.



Metodologia



3 METODOLOGIA

Neste capítulo, descreve-se a trajetória metodológica percorrida para o alcance do objetivo geral de analisar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem apresentadas nos relatórios de Diagnóstico Organizacional da ONA (DO-ONA) dos hospitais Pro-Hosp avaliados em 2009.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, documental e retrospectivo, sobre as NC relativas ao trabalho de enfermagem apresentadas em relatórios de DO-ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp, avaliados em 2009.

O foco dos estudos descritivos centra-se nos dados, fatos ou fenômenos da própria realidade e tem por propósito observar, descrever, classificar, analisar, correlacionar e medir a frequência de determinados fenômenos cotidianos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007; POLIT; HUNGLER, 1995).

Em relação à pesquisa documental, Gil (2002) descreve que este tipo de estudo utiliza informações de materiais que não receberam um tratamento analítico ou, mesmo que tenha recebido, ainda podem ser reelaborados conforme o objeto de pesquisa pretendido. A pesquisa documental está voltada para a realidade presente, sendo realizada com o intuito de buscar solucionar um problema ou conhecer determinado assunto por meio de informações contidas em materiais gráficos, sonoros ou informatizados (BARROS; LEHFELD, 2000; CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.2 Cenário do estudo

Definiram-se como cenário do estudo, os 45 hospitais participantes do Pro-Hosp que receberam em 2009 o relatório de DO-ONA, o qual é resultado de uma avaliação externa realizada por uma IAC/ONA.

Os 45 hospitais Pro-Hosp, por meio de seus representantes, foram convidados a participar da pesquisa. Os convites, bem como a explicação dos objetivos e a importância do estudo, foram realizados por telefone e, em seguida, foi enviado e-mail formalizando o contato e a solicitação do acesso ao relatório de DO-ONA. No email para cada um dos 45

dirigentes hospitalares Pro-Hosp, foram encaminhados três documentos: carta de apresentação da servidora emitida pela SES-MG, solicitação de utilização dos relatórios de DO-ONA assinada pela orientadora do estudo e um modelo de autorização, a ser preenchido, assinado e enviado pelo hospital às pesquisadoras (ANEXO A).

3.3 Amostra do estudo

Dos 45 hospitais participantes do Pro-Hosp que receberam em 2009 o relatório de DO-ONA, 37 hospitais enviaram o termo de autorização de acesso a este documento. Assim, a amostra do estudo foi de 82,22% do total de hospitais avaliados por IAC/ONA em 2009. Houve, portanto, uma perda de 8 (17,78%) hospitais que não enviaram autorização.

Os 37 hospitais que aceitaram participar da pesquisa localizam-se em diversas regiões de Minas Gerais, segundo o PDR/MG (MINAS GERAIS, 2009b). O maior contingente está na macrorregião Centro, seguido pela macrorregião Sudeste. Essas duas macrorregiões compreendem a localização de 45,95% dos hospitais. As macrorregiões Sul, Oeste e Norte perfazem juntas 32,43%. Os hospitais localizados nas macrorregiões Centro-Sul, Triângulo do Sul, Noroeste, Jequitinhonha, Nordeste, Leste e Leste do Sul, representaram 21,62% das instituições. Não houve hospitais da macrorregião Triângulo do Norte neste estudo.

Considerando o compromisso ético de não divulgar as instituições participantes do estudo, o nome dos municípios, a microrregião e o quantitativo em cada macrorregião não foram descritos, pois identificariam os hospitais, uma vez que, por participarem do Pro-Hosp, são publicados nas resoluções e demais documentos da SES-MG.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de pesquisa documental, utilizando-se dados secundários provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), de resoluções da SES-MG e de relatórios de DO-ONA de 37 hospitais participantes do Pro-Hosp. Segundo Vieira e Hossne (2001), dados secundários são aqueles que já existem e que foram produzidos ou coletados com outra finalidade que não o trabalho planejado, mas são relevantes, e por isso merecem análise. O instrumento de coleta de dados utilizado está apresentado no APÊNDICE A.

A variável do SIH utilizada neste estudo foi o número de internações nas quatro clínicas básicas da assistência hospitalar (clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica pediátrica). As variáveis do CNES utilizadas foram: número de leitos, esfera administrativa, atividade de ensino/pesquisa, número de profissionais de enfermagem (atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros) e número total de profissionais de saúde (atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e demais profissionais cadastrados no CNES pelo estabelecimento de saúde). A variável referência microrregional ou macrorregional foi obtida por meio de resoluções da SES-MG. A coleta ocorreu em outubro de 2011, com dados referentes ao ano de 2009, mesmo ano em que foram realizados os relatórios de DO-ONA nos hospitais estudados.

A coleta de dados foi realizada manualmente em cada um dos relatórios de DO-ONA pela pesquisadora durante o segundo semestre de 2010, à medida que cada hospital autorizava e enviava por meio eletrônico ou impresso seu relatório de DO-ONA. Os DO-ONA desses 37 hospitais foram emitidos no final do processo de avaliação por profissionais de uma IAC/ONA, os quais seguiram a organização do MBA versão 2006, vigente em 2009, época das avaliações.

O MBA 2006, que teve sua validade até 31 de outubro de 2010, é composto por oito seções, as quais são compostas por subseções, que totalizam 55 em todo o MBA. De acordo com a ONA (2006), segue-se a descrição das seções e das subseções:

- a) Seção 1 - Liderança e Administração: Direção e Liderança; Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa e Financeira; Gestão de Materiais e Suprimentos e Gestão de Qualidade;
- b) Seção 2 - Organização Profissional: Corpo Clínico; Enfermagem e Corpo Técnico Profissional;
- c) Seção 3 - Atenção ao Paciente/Cliente: Atendimento ao Cliente; Internação; Transferência, Referência e Contrarreferência; Atendimento Ambulatorial; Atendimento em Emergência; Atendimento Cirúrgico; Anestesiologia; Obstetrícia; Neonatologia; Tratamento Intensivo; Reabilitação e Atendimento Multiprofissional; Mobilização de Doadores; Triagem e Coleta; Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos; Terapia Dialítica; Medicina Nuclear; Radioterapia; Quimioterapia; Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica; Assistência Farmacêutica e Assistência Nutricional;
- d) Seção 4 - Diagnóstico: Processos Pré-Analíticos; Processos Analíticos; Processos Pós-Analíticos; Métodos Diagnósticos Cardiológicos; Métodos Diagnósticos

- Neurológicos; Anatomia Patológica e Citopatologia; Diagnóstico por Imagem; Radiologia; Endoscopia;
- e) Seção 5 - Apoio Técnico: Sistema de Informação do Cliente/Paciente; Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar; Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos; Segurança e Saúde Ocupacional; Processamento e Liberação e Assessoria Técnica aos Clientes;
 - f) Seção 6 - Abastecimento e Apoio Logístico: Processamento de Roupas - Lavanderia; Processamento de Materiais e Esterilização; Qualidade da Água; Materiais e Suprimentos; Armazenamento e Transporte; Higiene; Gestão da Segurança e Gestão de Resíduos;
 - g) Seção 7 - Infra-Estrutura: Gestão de Projetos Físicos; Gestão da Estrutura Físico-Funcional e Gestão de Manutenção Predial;
 - h) Seção 8 - Ensino e Pesquisa: Educação Continuada; Ensino e Pesquisa.

Neste estudo, os dados foram coletados da subseção Enfermagem, integralmente. Para a coleta nas outras subseções, utilizou-se o critério de que a NC teria que ter em sua descrição as palavras: "enfermagem", "enfermeiro" ou "enfermeira", de forma a se ter certeza que para os avaliadores da IAC/ONA aquela NC se referia ao trabalho dessa categoria profissional.

Utilizou-se para a extração dos dados dos arquivos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o *software* livre TabWin versão 3.6b, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Originalmente, esses dados são apresentados para *download* no formato *Database compressed* (DBC). Para a construção do banco de dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel*® versão 2007.

3.5 Análise dos dados

Utilizaram-se para tratamento e a análise dos dados os *softwares Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versão 11.1 e *Microsoft Office Excel*® versão 2007. Por meio da estatística descritiva, com frequência absoluta, frequência relativa e média das variáveis, os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos, e discutidos de acordo com a literatura científica. As NC foram transcritas para o estudo conforme apresentadas nos relatórios de DO-ONA.

A partir da literatura analisada sobre processo de trabalho em enfermagem (CHAVES, 2005; FELLI; PEDUZZI, 2011; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; LUVISOTTO *et al.*, 2010;

PEDUZZI; ANSEMI, 2002; PERES; CIAMPONE, 2006; PIRES, 1998; RODRIGUES; LIMA, 2004; ROSSI; LIMA, 2005; SANNA, 2007; SILVA, 2010; TANAKA; LEITE, 2008) estabeleceu-se a seguinte classificação para a análise das NC relativas ao trabalho de enfermagem encontradas nos relatórios de DO-ONA: não conformidades relacionadas ao processo de trabalho cuidar/assistir; não conformidades relacionadas ao processo de trabalho Administrar/Gerenciar e não conformidades relacionadas ao processo de trabalho educar/pesquisar.

No primeiro grupo, para fins deste trabalho, foram consideradas as NC relacionadas ao processo cuidar/assistir, aquelas relacionadas ao cuidado direto aos pacientes e aquelas relacionadas à organização da assistência, qual seja, atividades indiretas ao cuidado. Como exemplos deste grupo têm-se: protocolos, planejamento da assistência (SAE), controle de eventos assistenciais, prática do gerenciamento do risco, análise, acompanhamento e controle da qualidade da assistência e estatísticas da assistência, dentre outras.

No outro grupo, foram consideradas as NC relacionadas ao processo Administrar/Gerenciar. Relacionaram-se a este grupo as atividades associadas ao trabalho do enfermeiro, como: organização da infraestrutura das unidades e gestão de recursos materiais e físicos, para proporcionar as condições adequadas a uma assistência de qualidade e, também, gestão de pessoas, principalmente aqueles relacionados aos agentes do cuidado de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Como exemplos deste grupo têm-se: controle do estoque de medicamentos, materiais médicos e equipamentos; dimensionamento de pessoal; política e metodologia de gerenciamento do risco; comissões previstas em lei; e gerenciamento das não conformidades diagnosticadas.

No último grupo deste estudo, foram consideradas as NC do processo educar/pesquisar. Relacionaram-se as atividades do trabalho educativo cujas finalidades são: formar, capacitar e promover o aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem e demais profissionais, por meio de educação continuada e permanente, visando a sua capacitação para o trabalho e, também, ao acompanhamento dos estagiários. Como exemplos deste grupo têm-se: capacitação das lideranças de enfermagem; programa de treinamento para os colaboradores de uma forma geral; integração do novo colaborador; e conscientização para notificação de eventos adversos. Em relação a pesquisar, nenhuma NC relativa a este aspecto foi identificada nos 37 DO-ONA do estudo. Mas, considerando sua relevância, foi incluída no nome do grupo, e seriam consideradas aquelas relativas à participação em projetos de pesquisa, em estudos de caso de pacientes internados e em estudos que subsidiem as atividades do enfermeiro e que permitem descobrir novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem.

Ressalta-se que os limites entre os grupos são tênues e variam na literatura de acordo com o foco das pesquisas e seus achados, os quais são decorrentes das diferentes formas de organização da enfermagem nos hospitais. Buscou-se, com a construção dos três grupos apresentados, elaborar um modelo de análise para classificar as NC neste estudo, porém não se pretende fragmentar o trabalho da enfermagem realizado nos hospitais, uma vez que deve ser integrado e multiprofissional, foi apenas uma forma de organizar os dados desta pesquisa. A FIG. 1 representa o modelo de análise proposto.



FIGURA 1 - Não conformidades do processo de trabalho da enfermagem

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pelos 37 hospitais que forneceram os relatórios de DO-ONA e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENA/EEUFMG) e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer ETIC 0501.0.203.000-10 (ANEXO B).

Aos dirigentes dos hospitais participantes deste estudo foi assegurado o anonimato institucional, a liberdade de retirarem sua autorização de utilização dos dados do relatório de DO-ONA a qualquer momento da pesquisa e a garantia do uso das informações somente para fins científicos.



Resultados e discussão



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características dos hospitais em estudo

Apresenta-se a seguir a caracterização e a produção assistencial realizada pelo conjunto dos 37 hospitais pesquisados. As informações se referem ao ano de 2009, em que se realizaram os relatórios de DO-ONA, sendo que a produção assistencial é relativa às internações nas quatro clínicas básicas da assistência hospitalar: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica (incluindo internações para partos) e Clínica Pediátrica. A informação assistencial é parte importante dos processos para a qualidade hospitalar, sua adequada gestão depende de uma cultura organizacional que valorize as informações e cujos profissionais são responsáveis pela produção e utilização (SCHOUT; NOVAES, 2007).

No conjunto dos hospitais que moldam o cenário deste estudo, 21,62% são hospitais públicos e 78,38% são privados, sendo que do total 10,81% correspondem à esfera administrativa municipal, 8,11% a federal, 2,70% a estadual, 70,27% são filantrópicos e 8,11% instituições sem fins lucrativos. Os hospitais privados realizaram o maior número de internações nas quatro clínicas básicas de internação, as quais representaram 71,96% do total. Os hospitais públicos realizaram 28,04% das internações, sendo os da esfera federal os maiores responsáveis. A soma das médias de internações nos hospitais públicos (27.918,25) foi maior do que a soma dos privados (19.732,67), sendo que estes representam 71,96% das instituições (TAB. 2).

TABELA 2
Internações pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por esfera administrativa. Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

<i>Esfera Administrativa</i>	<i>Hospitais</i>		<i>Internações</i>		<i>Média de internações</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Pública	Municipal	4	10,81	29.249	11,27	7.312,25
	Federal	3	8,11	34.383	13,25	11.461,00
	Estadual	1	2,70	9.145	3,52	9.145,00
Subtotal	8	21,62	72.777	28,04	27.918,25	
Privada	Filantrópico	26	70,27	144.222	55,56	5.547,00
	Sem fins lucrativo	3	8,11	42.557	16,40	14.185,67
Subtotal	29	78,38	186.779	71,96	19.732,67	
Total	37	100,00	259.556	100,00	47.650,92	

Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, dez. 2009a; TABWIN/SIHSUS/DATASUS, jan./dez. 2009.

Machado, Alfradique e Monteiro (2004) apontaram que os hospitais filantrópicos de Minas Gerais realizaram em 2002, 53% das internações; os hospitais privados contratados,

23%; os universitários, 12%; os municipais, 8% e os estaduais, 4%. Observa-se que os hospitais privados são significativos para o funcionamento do SUS, sendo responsáveis pela maior parte das internações. As políticas públicas devem potencializar os hospitais públicos, de modo a diminuir a hegemonia e o poder dos hospitais privados sobre os gestores do SUS.

Das instituições participantes deste estudo, 67,57% não exercem atividade de ensino e 32,43% são hospitais de ensino, dos quais 9 estão vinculados a uma universidade e 3 são Unidades Auxiliares de Ensino, ou seja, unidade não pertencente ou dirigida por universidade pública ou privada ou escola superior (faculdade) isolada, seja pública ou privada (BRASIL, 2001c). Os hospitais sem atividade de ensino realizaram o maior número de internações nas quatro clínicas básicas (130.704), ou seja, 50,36% do total, e uma média de 5.228,16 internações (TAB. 3).

TABELA 3

Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por atividade de ensino/pesquisa. Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

<i>Atividade Ensino/Pesquisa</i>	<i>Hospitais</i>		<i>Internações</i>		<i>Média de internações</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Unidade sem atividade de ensino	25	67,57	130.704	50,36	5.228,16
Hospital de ensino	12	32,43	128.852	49,64	10.737,67
Total	37	100,00	259.556	100,00	15.965,83

Fonte: TABWIN/SIHSUS/DATASUS, jan./dez. 2009.

Dos 37 hospitais Pro-Hosp estudados, 20 (54,05%) são referências para a população de sua microrregião de atenção à saúde e 17 (45,95%) são referências para a macrorregião. Os hospitais referência para a macrorregião realizaram o maior número de internações (167.158), as quais representaram 64,40% do total e uma média de 9.832,82 internações. Os hospitais microrregionais tiveram um total de 92.398 internações nas quatro clínicas básicas, correspondendo a 35,60% do total e uma média de 4.619,90 internações (TAB. 4).

TABELA 4

Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por referência micro ou macrorregional. Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

<i>Referência</i>	<i>Hospitais</i>		<i>Internações</i>		<i>Média de internações</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Microrregional	20	54,05	92.398	35,60	4.619,90
Macrorregional	17	45,95	167.158	64,40	9.832,82
Total	37	100,00	259.556	100,00	14.452,72

Fonte: MINAS GERAIS, 2009b, 2010a; TABWIN/SIHSUS/DATASUS, jan./dez. 2009.

Em Minas Gerais, o modelo que estabelece os níveis de atenção à saúde e que compõem o PDR, instrumento de planejamento que descreve a base territorial e populacional para o cálculo de alocação dos recursos, da descentralização da saúde e do modelo de regionalização, é composto por três níveis: município, microrregião e macrorregião de saúde.

O município é a base territorial de planejamento da atenção primária. A microrregião é base de planejamento da assistência secundária e, em alguns casos, de alta complexidade (por exemplo, a terapia renal substitutiva) e é constituída por uma população de cerca de 150 mil habitantes. A macrorregião de saúde têm populações em torno de um milhão de habitantes e é a base territorial de planejamento da atenção terciária. Engloba microrregiões em função da possibilidade de oferta de serviço ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e procedimentos de média complexidade especial, que requerem maior tecnologia. O município polo exerce atração sobre outros, por sua capacidade e seu potencial de equipamentos urbanos e fixação de recursos humanos especializados (MINAS GERAIS, 2010b).

De acordo com a TAB. 5, 51,35% dos hospitais integrantes deste estudo têm entre 101 a 200 leitos, seguidos do grupo de 201 ou mais leitos, com 24,32% das instituições. Estes hospitais com 201 ou mais leitos realizaram o maior número de internações nas quatro clínicas básicas (131.039), as quais representaram 50,49% do total, e uma média de 14.559,89 internações. Segue-se o grupo de 101 a 200 leitos, com total de 101.109 internações, os quais correspondem a 38,95% do total de internações, e média de 5.321,53 internações.

TABELA 5

Internação pelo Sistema Único de Saúde em 2009 nas quatro clínicas básicas, por leitos.
Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

<i>Leitos</i>	<i>Hospitais</i>		<i>Internações</i>		<i>Média de internações</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
0 a 50	3	8,11	6.720	2,59	2.240,00
51 a 100	6	16,22	20.688	7,97	3.448,00
101 a 200	19	51,35	101.109	38,95	5.321,53
201 ou mais	9	24,32	131.039	50,49	14.559,89
Total	37	100,00	259.556	100,00	25.593,26

Fonte: TABWIN/SIHSUS/DATASUS, jan./dez. 2009.

No Brasil, mais de 60% dos hospitais têm menos de 50 leitos, sendo que a média é de 64 leitos. Os hospitais municipais são os menores, com média de 36 leitos, seguidos dos lucrativos, com 53. Os maiores são os federais, com média de 118 leitos, seguidos dos estaduais, com 103, e os filantrópicos com 88 leitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Machado, Alfradique e Monteiro (2004) em 2002 verificaram que dos 614 hospitais de Minas

Gerais, 312 tinham menos 50 leitos; 182, entre 50 a 100; e 120, mais de 100 leitos. Entre estes, 81 possuíam até 200 leitos; e apenas 39, acima de 200 leitos.

No cenário brasileiro, mostrado por La Forgia e Couttolenc (2009), e no de Minas Gerais, mostrado por Machado, Alfradique e Monteiro (2004), o número de leitos por hospital é um desafio para o planejamento da política hospitalar. Os hospitais de pequeno porte funcionam sem considerar a escala e o escopo, fatores importantes para a garantia da qualidade e da eficiência. Para Kuschnir *et al.* (2011) e Silva (2008), economia de escala está ligada à otimização dos recursos disponíveis e economia de escopo está ligada a diversidade de atividades desenvolvidas para contribuir na redução de gastos, por exemplo, em um centro cirúrgico o gasto com a infraestrutura para mantê-lo em funcionamento (serviço de esterilização, laboratório, anatomia patológica, serviços e contratos de manutenção de equipamentos) e o pessoal, não variam muito com o número de atendimentos realizados. Assim, manter uma sala cirúrgica apenas para realização de procedimentos complexos é relativamente mais caro do que manter duas para incluir outros procedimentos.

Ademais, conforme Mendes (2009), há uma estreita relação entre qualidade da assistência e escala (volume da produção), pois a prática na realização dos procedimentos de saúde oferece mais experiência para os profissionais. Os hospitais do SUS deverão passar por um processo de reestruturação para operarem com eficiência e qualidade, o que resultará em menor número de hospitais com maior número de leitos adensados tecnologicamente.

Além do número de leitos, um quadro preocupante no cenário hospitalar é a taxa de ocupação de leitos. A média é menor que 40% no país, estando entre as mais baixas do mundo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). A média da taxa de ocupação dos hospitais SUS em Minas Gerais se assemelha ao nacional, com 38% em 2002 (MACHADO; ALFRADIQUE; MONTEIRO, 2004). O estado apresenta tendência de decréscimo na ocupação dos leitos. Dados apresentados pela coordenação do Pro-Hosp em 2005 revelaram uma queda de 60% em 1995 para 47% em 1999 (OLIVEIRA, 2006).

No âmbito hospitalar, a enfermagem desempenha importante papel, desenvolvendo atividades diferenciadas e complexas em todo o espaço clínico e gerencial. Buscou-se verificar o quantitativo de pessoal de enfermagem em relação ao total dos profissionais em cada instituição participante do estudo (TAB. 6).

TABELA 6
Profissionais de enfermagem e outras categorias, por hospital e leitos em 2009.
Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

<i>Hospitais</i>	<i>Leitos</i>	<i>Profissionais de Enfermagem</i>			<i>Total geral prof.</i>	<i>Equipe Enferm. (%)</i>
		<i>Atend/Aux e Téc.</i>	<i>Enf.</i>	<i>Total</i>		
H 1	329	620	96	716	1487	48,15
H 2	141	155	30	185	758	24,41
H 3	123	115	2	117	337	34,72
H 4	93	138	30	168	317	53,00
H 5	178	302	37	339	878	38,61
H 6	181	153	8	161	342	47,08
H 7	62	70	8	78	280	27,86
H 8	506	769	81	859	2510	34,22
H 9	173	438	100	538	1578	34,09
H 10	261	323	16	339	1072	31,62
H 11	129	149	11	160	482	33,20
H 12	102	115	15	130	356	36,52
H 13	335	698	120	818	1619	50,53
H 14	77	92	9	101	415	22,39
H 15	191	182	34	216	502	43,03
H 16	46	24	1	25	101	24,75
H 17	48	52	4	56	179	31,28
H 18	73	50	7	57	158	36,08
H 19	232	242	41	283	637	44,43
H 20	129	101	31	132	322	40,99
H 21	253	313	43	356	1000	35,60
H 22	147	58	20	78	240	32,50
H 23	95	103	12	115	234	49,15
H 24	113	0	8	8	162	4,94
H 25	191	167	25	192	706	27,20
H 26	140	20	9	29	549	5,28
H 27	865	122	16	138	1371	10,07
H 28	73	20	5	25	57	43,86
H 29	144	20	3	23	305	7,54
H 30	101	100	13	113	332	34,04
H 31	331	464	45	509	1731	29,40
H 32	122	79	10	89	220	40,45
H 33	162	171	19	190	556	34,17
H 34	139	202	61	263	672	39,14
H 35	490	1075	215	1293	4450	29,06
H 36	43	14	5	19	39	48,72
H 37	155	77	27	104	310	33,55
Média	188,46	210,62	32,89	243,84	736,86	33,56

Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, dez. 2009b.

Nota: Atend/Aux e Téc. - Atendente/Auxiliar e Técnico; Enf. - Enfermeiro(a); Prof. - Profissional; Enferm. - Enfermagem.

No CNES os hospitais H8, H16, H19, H22, H26 e H32 têm também registrado “atendentes de enfermagem/atendente de berçário”. Porém, a Resolução COFEN nº 186/1995 descreve que o atendente executa apenas atividades elementares não ligadas à assistência ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/COFEN, 1995). No H8, tem outros 10 profissionais denominados “professor de técnicas de enfermagem” e no H35 outros 3 profissionais como “professor de enfermagem do ensino superior”, os quais foram agrupados no campo de enfermeiros (TAB. 6).

Dos 37 hospitais, a média dos leitos foi de 188,46; a média dos profissionais de enfermagem foi de 243,84; e a média do percentual de profissionais de enfermagem em relação ao total de profissionais foi de 33,56% (TAB. 6). Este percentual está abaixo do que a literatura apresenta, ou seja, 50% a 60% (CIANCIARULLO, 1997; FELDMAN, 2009; KOBAYASHI; SILVA; AYOUB, 2010) do total de profissionais da equipe multiprofissional. Além disso, 3 hospitais não atingiram sequer dois dígitos e outros 8 tem menos de 30,00% de pessoal de enfermagem, o que é incompatível para a assistência de enfermagem.

Isso pode ser justificado pelo fato de os dados de profissionais serem provenientes do CNES, que, embora seja um importante sistema de informação do Ministério da Saúde, os gestores das instituições de saúde ainda não se conscientizaram da importância de cadastrar dados atualizados que possibilitem a geração de informações relevantes para as políticas públicas. Por exemplo, a instituição H24 tinha em 2009 113 leitos e não consta nenhum auxiliar ou técnico de enfermagem e apenas 8 enfermeiros (TAB. 6). A experiência profissional das pesquisadoras, somada aos critérios da Resolução COFEN nº 293/2004, que estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de enfermagem nas unidades assistenciais de saúde (COFEN, 2004), mostra que alguns quantitativos de profissionais de enfermagem cadastrados no CNES tornam inviável qualquer atendimento hospitalar.

Considerando as dificuldades apresentadas, observa-se, ainda, um pequeno número de profissionais de enfermagem em relação ao total de profissionais em geral, pois apenas 2 hospitais tem mais de 50% de enfermagem em relação a força total de trabalho. Ademais, o número de enfermeiros é reduzido em relação ao quantitativo da equipe de enfermagem dos hospitais estudados (GRAF. 2). A Resolução COFEN nº 146/1992, além de normatizar a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades nas quais se desenvolvam ações de enfermagem, durante todo o período de funcionamento, normatiza ainda que o número de enfermeiros deve ser definido conforme a estrutura e finalidade da instituição, levando-se em consideração o grau de complexidade das ações a serem executadas pela enfermagem (COFEN, 1992).

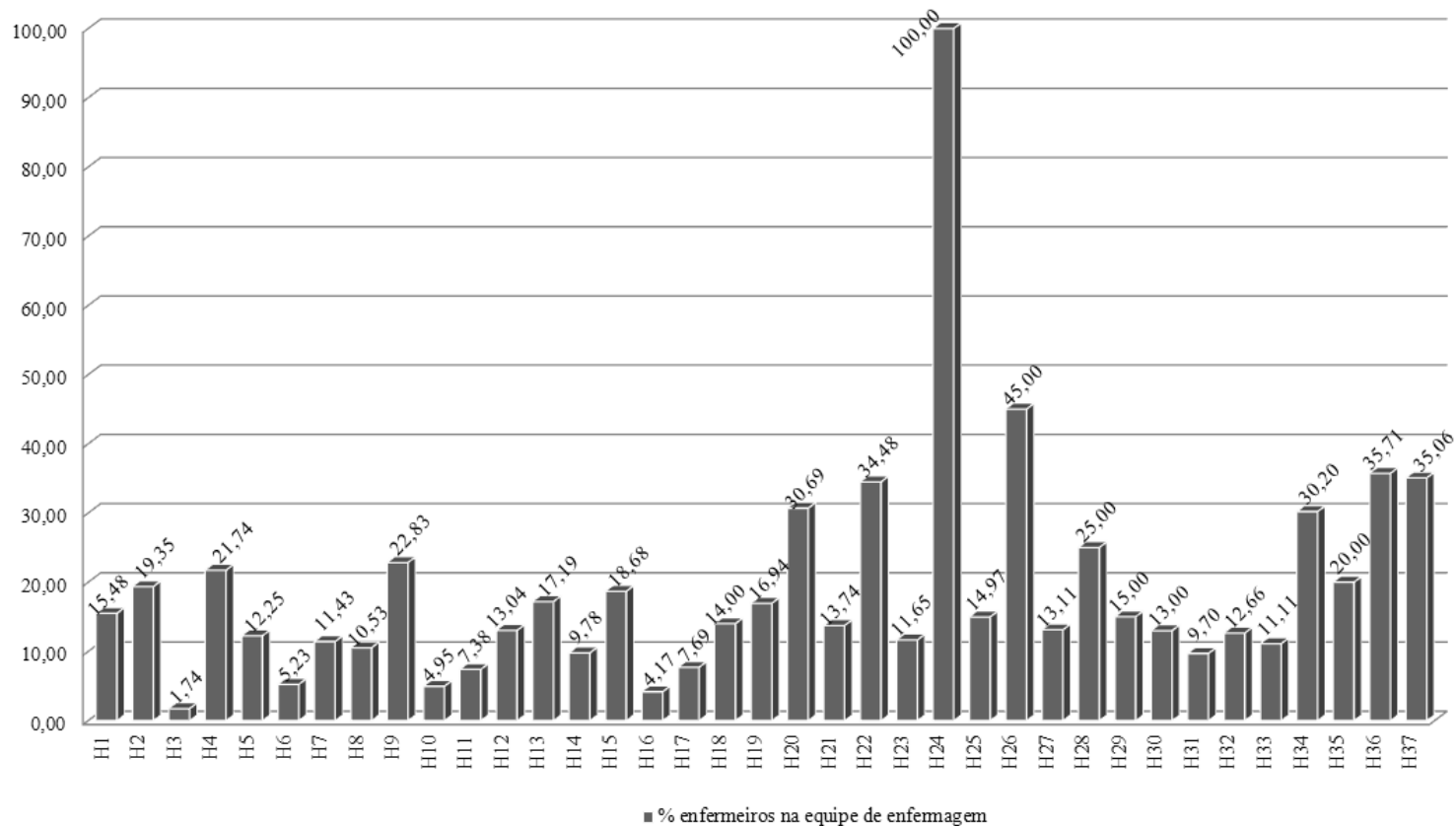


GRÁFICO 2 - Percentual de enfermeiros na equipe de enfermagem dos 37 hospitais em 2009. Belo Horizonte/MG, 2011
 Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, dez. 2009c.

No GRAF. 2, entre os 37 hospitais estudados, observa-se um percentual mínimo de 1,74% de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem no H3 e um percentual máximo de 100,00% de enfermeiros no H24. O H3 possui 123 leitos, sendo inviável a assistência de enfermagem com apenas 2 (1,74%) enfermeiros. Semelhantemente, torna-se inviável uma assistência de qualidade no H24, que, embora apresente 100,00% de enfermeiros, esse percentual equivale a apenas 8 profissionais e esta instituição possui 113 leitos. A média do percentual de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem dos 37 hospitais pesquisados foi de 19,07%.

Em estudo que objetivou dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem em um hospital, verificou-se que o número de enfermeiros correspondia a 50% do projetado, enquanto que para os auxiliares de enfermagem tinha um excedente de 29,2%. O percentual pequeno de enfermeiros faz com que o trabalho assistencial fique sob responsabilidade de auxiliares e técnicos em enfermagem, mesmo os mais complexos e que necessitariam do enfermeiro. Exemplo dessa afirmação é quando não há enfermeiros no setor à noite e os auxiliares e técnicos dividem os pacientes e executam todo o trabalho, ou quando, mesmo tendo enfermeiros, a quimioterapia é administrada por auxiliares e técnicos de enfermagem (NICOLA; ANSELMINI, 2005). Embora não pareça ser a realidade atual, este cenário acontece em hospitais de Minas Gerais, evidenciado pela pesquisadora em avaliações para o Prêmio Célio de Castro.

Estes fatos ocorrem devido à ausência de comprovação da necessidade de recursos humanos para a enfermagem, pois ainda são exercidas práticas tradicionais de gerenciamento, nas quais os pacientes são assistidos como se exigissem a mesma quantidade de cuidados, não levando em consideração que cada um demanda da enfermagem uma assistência individualizada em termos qualitativos e quantitativos (NICOLA; ANSELMINI, 2005). Além disso, a necessidade de conter gastos pode afetar o quadro de profissionais de enfermagem, sendo necessário que enfermeiros busquem o reconhecimento da administração hospitalar, evidenciando de forma ética, técnica e política as condições reais da assistência de enfermagem, utilizando métodos de dimensionamento que mostrem a necessidade de maior quantitativo de profissionais. Comprometem-se, dessa forma, os dirigentes hospitalares quanto aos riscos a que os pacientes estão expostos na ausência de pessoal de enfermagem que proporcione uma assistência segura e humanizada (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2011; RODRIGUES; LIMA, 2004).

4.2 Não conformidades relacionadas aos processos de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar

Procede-se aqui à análise das não conformidades (NC) evidenciadas nos relatórios de DO-ONA dos 37 hospitais Pro-Hosp que constituem o cenário deste estudo. Ressalta-se que os dados empíricos obtidos a partir desses relatórios tiveram como base a organização e os princípios do MBA/ONA de 2006, versão em vigor na época da avaliação. A versão 2006 do MBA continha a seção Organização Profissional, e dentro desta, a subseção Enfermagem, a qual, juntamente com outras subseções, foi foco deste estudo (ONA, 2006).

As NC relativas à enfermagem apresentadas nos relatórios em cada subseção serão analisadas, a seguir, em três grupos: não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir; não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar; não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar.

4.2.1 Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir

Neste primeiro grupo, serão apresentadas as NC relativas ao processo Cuidar/Assistir do trabalho de enfermagem elencadas dos relatórios de DO-ONA. Primeiro, serão analisadas as NC referentes ao item da Seção 2, relativa à Organização Profissional, e à Subseção Enfermagem (TAB. 7), seguida da análise das NC referentes à Seção 3 - Atenção ao Paciente/Cliente e suas referidas subseções (TAB. 8). Por último, as NC da Seção 4 - Diagnóstico, a qual foi apenas descrita, por não apresentar frequência significativa.

TABELA 7
Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem
Cuidar/Assistir. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem.
Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa	33	89,19
Ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado - Implantação da SAE	29	78,38
Ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição	27	72,97
Ausência de protocolo de transporte intra e extra hospitalar	21	56,76
Ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos	17	45,95
Ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança	16	43,24
Ausência de Plano Multiprofissional de Alta Hospitalar	12	32,43
Ausência de modelo assistencial claramente definido	6	16,22
Ausência de implantação de gerenciamento de risco na sua totalidade, a partir da definição de erros e eventos adversos	6	16,22
Ausência de análise crítica das estatísticas de lesões relacionadas à contenção de pacientes, com foco na segurança	1	2,70
Ausência de análise crítica da fragmentação da assistência nas enfermarias, com foco na segurança do paciente	1	2,70
O tempo entre o atendimento da recepção e o acolhimento de enfermagem deve ser analisado	1	2,70
Ausência de mecanismo de controle de efetividade da qualidade da assistência de enfermagem	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem.

As NC mais significativas do ponto de vista quantitativo foram: “ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa”, em 89,19% dos hospitais; “ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado. Implantação da SAE”, em 78,38%; “ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição”, em 72,97%; e “ausência de protocolo de transporte intra e extra hospitalar”, em 56,76% das instituições (TAB. 7).

A NC mais expressiva, “ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa”, apareceu em 33 (89,19%) dos hospitais, dos quais 78,79% são privados filantrópicos ou sem fins lucrativos; 12,12% são da esfera administrativa municipal; 6,06%, da federal e 3,03%, da estadual. Dos 33 hospitais nos quais se constatou essa NC, 33,33% são de ensino; e 66,67%, unidades sem esta atividade; 48,48% são referência macrorregional; e 51,52% são microrregional. Em relação à quantidade de leitos, 6,06% têm entre 0-50 leitos; 15,15%, entre 51-100; 54,55%, de 101-200; e 24,24%, mais de 201 leitos.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2008), os danos causados por eventos adversos a medicamentos ocorrem em todo o mundo. Alguns estudos sugerem que

eles respondem por um quarto de todos os erros médicos. Nos Estados Unidos, Austrália e França, esse tipo de evento ocorre em aproximadamente 4% das internações hospitalares, resultando em óbito em cerca de 5%-10% das ocorrências. No Reino Unido, em 2001, mais de mil pessoas morreram por eventos adversos a medicamentos.

A complexidade do sistema de medicação hospitalar gera no cotidiano institucional ocasiões que facilitam a ocorrência de eventos adversos por medicações, os quais estão, muitas vezes, no *ranking* das ocorrências mais frequentes nos estudos dessa área. Beccaria *et al.* (2009) constataram que dos 550 eventos adversos na assistência de enfermagem em uma UTI de um hospital paulista, os mais frequentes estavam relacionados à administração de medicamentos (51,4%). Rozenfeld *et al.* (2009) em estudo retrospectivo, por meio de 32 prontuários de um hospital público no Rio de Janeiro, utilizando critérios rastreadores adaptados do *Institute for Healthcare Improvement*, identificaram eventos adversos a medicamentos em 15,6% dos prontuários, os quais se relacionaram com a administração de analgésicos, hipoglicemiantes, antiinflamatórios e anticoagulantes. Outro estudo com metodologia semelhante verificou uma incidência de eventos adversos a medicamentos em 14,3% da amostra de 112 prontuários, sendo que em 25% dos casos houve a necessidade de intervenção de suporte à vida. Entre os medicamentos envolvidos, estavam anticoagulantes injetáveis e orais, antiagregantes plaquetários, hipoglicemiantes orais, insulina, digitálicos, diuréticos e contraste radiológico (ROQUE; MELO, 2010).

Tem-se sugerido que 75% desses erros por medicamentos são evitáveis (WHO, 2008). Porém, a abordagem na saúde para a prevenção de erro, segundo Leape (1994), é reativa, sendo, geralmente, descobertos apenas quando há incidente, efeito indesejável ou prejuízo para o paciente. Nesses casos, medidas corretivas são direcionadas para prevenir a repetição de um erro semelhante, e raramente as causas subjacentes são exploradas. Por exemplo, se uma enfermeira administra um medicamento para o paciente errado, uma resposta típica será exortação e treinamento para que ela aprenda mais uma vez a conferir a identificação do paciente e a droga a ser administrada. Improvável que seja realizada a avaliação de suas atribuições ou se outros tipos de erros estão ocorrendo em decorrência do cenário encontrado. Menos provável ainda é a realização de um levantamento de questões sobre o sistema de dispensação de medicamentos. A dispensação final de medicamentos não deve ser a inspeção por um indivíduo. Mais eficaz seria o uso de código de barras, como o usado nos supermercados. Nesse sentido, soluções criativas devem ser encontradas, de modo que sistemas e indivíduos contribuam para a solução dos problemas (LEAPE, 1994).

Na prevenção de erros no sistema de medicação, também se deve conhecer a que eles estão relacionados. Em estudo multicêntrico realizado por Miasso *et al.* (2006) em quatro hospitais no Recife, Ribeirão Preto, Goiânia e São Paulo foram identificadas falhas no processo de medicação relacionadas a: interferências do ambiente (local barulhento, desorganizado e inapropriado quanto a iluminação, ventilação e circulação de pessoas); preparo incorreto dos medicamentos (técnica de manipulação, horário e local); administração de medicamentos (falhas na técnica, registros e identificação do paciente); conferência da medicação; falhas na distribuição e estoque de medicamentos; descumprimento dos procedimentos estabelecidos (horário da medicação); falhas no ato de transcrever a prescrição em rótulos e fichas que serão utilizados na preparação e administração; conhecimentos errados ou insuficientes (dose, vias, preparação e administração); e prescrição incompletas ou com redação inadequada (grafia ilegível, rasuras) que interferem na ação da enfermagem.

O sistema de medicação envolve ainda processos interligados e interdependentes, os quais são realizados por diversos profissionais e variam de um hospital para o outro, mas, geralmente, têm, no mínimo, a prescrição pelo médico, a dispensação pelo técnico da farmácia hospitalar ou farmacêutico e o preparo e a administração dos medicamentos, realizados, na maioria das vezes, pela enfermagem. Segundo Miasso *et al.* (2006) e Silva e Cassiani (2004) pelo fato de a enfermagem atuar na última etapa do sistema de medicação (administração), muitos erros não detectados no início (prescrição) ou no meio do sistema (dispensação), são atribuídos a essa categoria profissional. Assim, nos profissionais de enfermagem é depositada grande responsabilidade, por ser a última barreira para interceptar e evitar um erro.

Dado que os erros fazem parte da natureza humana, os sistemas de medicação devem ser bem estruturados, objetivando promover as condições que auxiliem na minimização e prevenção de erros. Para tanto, segundo Coimbra (2006), tornam-se imprescindíveis recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente, planta física adequada, recursos financeiros, equipamentos e dispositivos com tecnologia apropriada. Além disso, é necessário organizar os processos que fazem parte do sistema de medicação e desenvolver e implantar padrões, condutas e estratégias com vistas a proteger todos os envolvidos, sobretudo o paciente. Neste sentido, os Procedimentos Operacionais Padrão devem padronizar os medicamentos, especialmente os de alto risco, quanto à prescrição, dispensação e administração, usando tecnologia da informação sempre que possível (WHO, 2008).

Sob esta lógica, o Plano Multiprofissional de Aplicação Medicamentosa é uma estratégia que instrumentaliza tanto a equipe de enfermagem quanto a equipe

multiprofissional na prevenção de erros relacionados à prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos. Esse plano, pela experiência da pesquisadora, é um manual contendo informações relevantes que auxiliam o profissional quanto à escolha do diluente, à forma correta de diluição, à análise da estabilidade e das interações medicamentosas e à escolha da via de administração e do melhor equipamento para infusão eletrônica. Essas informações devem ser sucintas e claras, de forma que na iminência de dúvidas os profissionais possam realizar uma consulta rápida. Além disso, deve estar disponível em lugares de fácil acesso, como nos postos de enfermagem e nas farmácias dos hospitais. Segundo Miasso *et al.* (2006), um sistema seguro de aplicação de medicamentos irá auxiliar os profissionais na prevenção de erros, por meio de instrumentos que acarretem facilidades para a ação de medicar e dificuldades para as chances de errar. Neste sentido, é fundamental que todos os hospitais estabeleçam políticas para garantir a segurança do sistema de medicação (WHO, 2008).

A segunda NC mais expressiva neste grupo, com presença em 29 (78,38%) dos hospitais, foi “ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado - Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)”, a qual está distribuída da seguinte forma entre os hospitais: 82,76% são da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 6,90%, da municipal; 6,90%, da federal; e 3,45%, da estadual. Dos 29 hospitais nos quais se constatou essa NC, 37,93% são hospitais de ensino; e 62,07% são unidades sem atividade de ensino. Ainda, 55,17% são referência macrorregional; e 44,83%, microrregional. Com relação à quantidade de leitos, 3,45% têm de 0-50 leitos; 10,34%, de 51-100 leitos; 55,17%, de 101-200 leitos; e 31,03%, 201 ou mais leitos.

Optou-se por classificar essa NC no grupo Cuidar/Assistir, pelo fato de a SAE ser entendida como instrumento que qualifica o cuidado e, portanto, estar no âmbito da assistência (CUNHA; FELDMAN, 2005; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; MATOS *et al.*, 2006; SANNA, 2007). Porém, Hausmann e Peduzzi (2009) apontam que esta ferramenta não é estritamente assistencial, visto que é referida pelos sujeitos da pesquisa como instrumento de planejamento e organização da assistência, conotando também seu aspecto gerencial.

Pires (1998) constatou em dois hospitais de seu estudo, a ausência de planejamento da enfermagem em conjunto com a equipe multiprofissional envolvida na assistência, evidenciando desde essa época situações de um processo de trabalho com a forma tradicional de assistir em saúde. No sentido de superar a falta de planejamento, a SAE foi instituída pela Resolução COFEN nº 272/2002, a qual proporciona a organização do trabalho da

enfermagem quanto a método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (COFEN, 2002). O processo de enfermagem é um instrumento que orienta o cuidado profissional e proporciona a documentação da prática de enfermagem, contribuindo para seu reconhecimento. A SAE deve ser realizada em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

Segundo Hermida e Araújo (2006), atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE é apenas uma das conquistas de sua utilização, sendo que há diversos benefícios relacionados também à profissão e aos profissionais da enfermagem. De acordo com Nascimento *et al.* (2008), a SAE proporciona maior autonomia para o enfermeiro, respaldo seguro por meio do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover aproximação enfermeiro/usuário e enfermeiro/equipe.

De outro lado, percebe-se que a implementação de um modelo predeterminado de assistência não é garantia de maior qualidade assistencial. A SAE facilita a avaliação da qualidade, mas não é um fim em si mesma, como tem sido visualizada pelos profissionais (CIANCIARULLO, 1997; NASCIMENTO *et al.*, 2008). Além disso, como instrumento no trabalho, a SAE reproduz a divisão do trabalho em enfermagem, expressando a cisão entre concepção e execução. Sem dúvidas, teve importantes avanços desde sua introdução, mas é necessário aprofundar a compreensão sobre as contradições inerentes à metodologia e a sua utilização apenas como instrumento, desvinculado do contexto de trabalho e das abordagens teóricas que fundamentam sua aplicação (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Nesta ótica, é necessário o estabelecimento de novas e complexas relações para a interação profissional, de forma a apreender o ser humano integralmente. Assim, a SAE deve ser compreendida a partir de novos referenciais, capazes de ampliar o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas, e, sobretudo, para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores da assistência centrada no ser humano (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

A terceira NC mais frequente relacionada ao Cuidar/Assistir na subseção Enfermagem, encontrada em 27 (72,97%) hospitais, foi a “ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição”. Entre os hospitais que a apresentaram, 81,48% são da esfera privada; 11,11%, da federal; e 7,41%, da municipal. Com relação à atividade de ensino, 66,67% não têm essa atividade; e 33,33% a possuem. Os hospitais referência microrregional com essa NC perfizeram 59,26%, sendo maior que os macrorregionais, com 40,74%. A distribuição de acordo com o quantitativo de leitos

apresentou-se da seguinte forma: 11,11% têm de 0-50 leitos; 22,22%, de 51-100; 37,04%, de 101-200 leitos; e 29,63%, 201 ou mais leitos.

A estratificação de risco já era realizada desde Florence, quando ela separava os doentes mais críticos em áreas especiais, para receber maior atenção. É um instrumento útil para auxiliar o planejamento da assistência de enfermagem, a qual deve ser embasada nos riscos evidenciados. Isso pode ser visto na argumentação de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), ao afirmarem que conhecer o perfil assistencial dos pacientes subsidia o planejamento e a implementação de programas assistenciais para melhor atender às necessidades desses pacientes. Além disso, auxilia na distribuição diária e na capacitação de equipe de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes nas unidades hospitalares.

A literatura traz alguns métodos para auxiliar os profissionais na classificação de pacientes, por exemplo, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), *Sepsis Score* e *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-78 e TISS-28). Esses métodos auxiliam no equacionamento da equipe multiprofissional e de enfermagem, sendo um recurso assistencial e gerencial para previsão e provisão dos melhores recursos materiais para assistir determinado grupo de pacientes, dependendo do risco/dependência desses.

A quarta NC mais evidenciada neste grupo e subseção em 21 (56,76%) dos hospitais foi “ausência de protocolo de transporte intra e extra-hospitalar”. Entre as instituições, 85,71% são da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 9,52%, da federal e 4,76%, da estadual. Hospitais que realizam atividade de ensino nos quais apareceu essa NC corresponderam a 38,10%, contra 61,90% dos que não têm essa função. A maioria das instituições que apresentaram essa NC é referência macrorregional (57,14%), sendo os microrregionais 42,86% dos hospitais. Nenhum hospital tem de 0-50 leitos; 9,52% têm de 51-100 leitos; 61,90%, de 101-200; e 28,57%, 201 ou mais leitos.

O transporte intra-hospitalar é imprescindível para a realização de exames complementares e deve ser bem planejado e executado, visando minimizar os riscos aos pacientes. Porém, em estudo realizado na UTI e na Unidade Semi-Intensiva de dois hospitais de São Paulo foi encontrada alta incidência de alterações cardiorrespiratórias nos 58 transportes acompanhados de pacientes sob ventilação invasiva, nos quais mais de 67% apresentaram alterações relevantes, totalizando 86 episódios. O resultado foi alarmante nem tanto pela ocorrência das alterações, uma vez que eram pacientes graves, com instabilidade inerentes à patologia, mas foi preocupante pela precariedade de monitorização desses pacientes. A maioria dos transportes foi realizada somente com oxímetro de pulso, o qual se tornava impreciso devido à queda de temperatura, à diminuição da perfusão e às

interferências, tornando sua leitura impossível ou não confiável. Com isso, os pacientes ficavam sem monitorização, já que este era o único aparelho utilizado com esse propósito. Diante dos resultados, os autores afirmam que deveria ser obrigatória a monitorização contínua e sistematizada durante todo o transporte, para que fossem percebidas com maior precisão as alterações cardiorrespiratórias, para que medidas fossem adotadas o mais rápido possível (ZUCHELO; CHIAVONE, 2009).

Além das graves consequências biológicas que podem ocorrer ao paciente, devido à falta de padronização no transporte intra-hospitalar, há outros problemas que devem ser levados em consideração pelo hospital. Por exemplo, um recém-nascido, ao sair do alojamento conjunto para realizar uma consulta especializada no ambulatório do hospital ou em outra instituição, pode ficar sem realizar exames importantes porque o funcionário do laboratório protelou ou descartou aquele procedimento por não ter encontrado a criança. Pode ocorrer o roubo dessa criança, e a equipe tomar ciência muito depois do ocorrido. Ou, ainda, um paciente que sai para exames e fica sem medicação essencial no horário em que estava ausente do leito. Essas situações são cotidianas em hospitais onde não é rotina a equipe de enfermagem ou outros profissionais anotarem em um relatório ou quadro de aviso: horário e motivo do afastamento do paciente, sob responsabilidade de quais profissionais ou familiares e previsão de retorno.

De outro lado, o transporte extra-hospitalar ocorre quando é necessária a transferência de pacientes de instituições de saúde menos equipadas para hospitais com maiores recursos. Segundo a Resolução CFM nº 1.672/2003, antes de remover os pacientes é necessário obter a concordância do médico ou do diretor técnico do hospital de destino e, depois, a obtenção de consentimento por escrito do paciente ou responsável (dispensável em risco de morte e não localização dos responsáveis). As remoções de uma instituição para outra exigem um sistema adequado de transporte, pois isso pode influenciar decisivamente o prognóstico do paciente transportado. O Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma que os pacientes removidos devem ser acompanhados por relatório completo, legível e assinado, com o número do Conselho Regional de Medicina (CRM). Quando do recebimento, o relatório também deve ser assinado pelo médico receptor. Tais documentos passarão a integrar o prontuário do paciente na instituição receptora. Ademais, todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem, sendo que a responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico do hospital de destino (CFM, 2003).

Nesse grupo de NC relacionadas ao processo Cuidar/Assistir e à subseção Enfermagem, além das NC citadas, outras três merecem destaque, por estarem presentes em mais de 30,00% dos hospitais: “ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos”, em 45,95% dos hospitais; “ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança”, em 43,24%; e “ausência de Plano Multiprofissional de Alta Hospitalar”, em 32,43% dos hospitais.

A “ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos” teve uma frequência em 17 (45,95%) dos 37 hospitais estudados. Dos 17 hospitais, 82,35% são da esfera privada filantrópicas ou sem fins lucrativos; 11,77%, da federal; e 5,88%, da esfera municipal. Dos 17, 29,41% são hospitais de ensino; e 70,59% não exercem essa atividade. Tem-se que 52,94% são referências microrregionais; e 47,06%, macrorregionais. Com relação ao quantitativo de leitos, 5,88% têm de 0-50 leitos; 11,76%, de 51-100 leitos; 58,82%, de 101-200; e 23,53%, 201 ou mais leitos.

Segundo a WHO, as estimativas mostram que em países desenvolvidos um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares devido a erros ou eventos adversos, sendo que nos países em desenvolvimento a probabilidade é bem maior (WHO, 2011). Para o controle de eventos indesejados, faz-se necessário implantar uma política hospitalar que visualize o acontecimento desses como uma ocorrência sistêmica, decorrentes de falhas em vários processos, mudando, assim, a cultura de encontrar o culpado pelo ocorrido. Segundo Coimbra (2006), os dirigentes devem desenvolver um ambiente não punitivo, que rejeite a filosofia de culpabilidade do profissional, com abertura para a discussão e o treinamento voltados para os erros. De acordo com o autor, a informação da ocorrência de erros colabora na prevenção de outros episódios, tornando o peso da culpa de quem errou menos árduo. Um estudo com 116 enfermeiros de 15 hospitais de São Paulo mostrou que quando esses profissionais se viam diante de um evento adverso com medicação, a manifestação predominante foi de preocupação (79,3%), seguindo-se impotência (22,4%), raiva (22,4%) e insegurança (24,4%), os quais tiveram relação direta com a idade e a vivência anterior do profissional com determinado tipo de evento (SANTOS; PADILHA, 2005).

Para que os eventos sejam controlados, é necessário lançar mão de instrumentos, como o Boletim de Notificação de Eventos Adversos (BNEA), implementado pela direção de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo. Tal instrumento visou estabelecer um meio de comunicação entre os profissionais de enfermagem e a diretoria de enfermagem sobre eventos adversos com pacientes atendidos na instituição. Os objetivos e as instruções para o

preenchimento e encaminhamento do BNEA foram divulgados por comunicação oficial escrita e em reuniões em todas as unidades do hospital. O BNEA tem os seguintes campos: identificação do paciente e unidade, tipos de ocorrências, espaço para o relato da ocorrência e campo destinado à descrição da conduta do notificador (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Entretanto, essas notificações são complexas, pois os profissionais não têm esse hábito e a iniciativa de notificar é individual de cada profissional (WACHTER, 2010).

A NC “ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança” foi evidenciada em 16 (43,24%) dos hospitais, dos quais 75,00% são da esfera administrativa privada filantrópicas ou sem fins lucrativos; e 12,50% são das esferas federal e municipal, cada uma. A atividade de ensino é realizada por 31,25%, sendo que 68,75% não têm esse fim. Dos 16 hospitais que apresentaram essa NC, 62,50% são referência microrregional; e 37,50% são macrorregional. O quantitativo de 0-50 leitos está presente em 18,75% das 16 instituições; de 51-100 leitos, 18,75% dos hospitais; de 101-200 leitos, 31,25%; e com 201 ou mais leitos, 31,25%.

A ausência ou a incorreta identificação de pacientes, segundo a WHO (2007), podem levar a erros de medicação, de transfusão de hemocomponentes, de exames de apoio diagnóstico, de realização de procedimentos em pacientes errados e de bebês entregues a famílias erradas. A identificação errada do paciente é uma causa-raiz de muitos erros, sendo que a *Joint Commission* nos EUA listou a melhoria da identificação dos pacientes como a primeira das Metas Nacional de Segurança do Paciente apresentadas em 2003, sendo ainda um requisito de acreditação (WHO, 2007).

Nos EUA, a metodologia de identificação dos pacientes tem sido por pulseiras colocadas no antebraço dos pacientes com código de barra. No Brasil, a forma mais comum de se identificar os pacientes hospitalizados é por meio de placas colocadas acima dos leitos e também por meio de pulseiras, com preenchimento manual do nome e outras informações pelos profissionais. Em uma das visitas para o Prêmio Célio de Castro em hospitais Pro-Hosp, a pesquisadora deste estudo, como avaliadora-líder do processo por dois anos consecutivos, pôde conhecer a realidade de hospitais que não têm essa prática. O mais surpreendente acontecimento nesse sentido, ocorreu na visita a um hospital universitário de Minas Gerais, no qual uma médica coordenadora da maternidade disse que não conhecia o sistema de pulseiras colocadas na parturiente e seu recém-nascido, apesar de amplamente difundido.

Esse cenário revela falta de segurança nos hospitais. Segundo a WHO (2007), independentemente da tecnologia ou abordagem utilizada para a identificação dos pacientes, é

necessário que seja realizada de forma precisa. Além disso, um planejamento dos cuidados irá garantir a identificação adequada do paciente antes de qualquer intervenção médica e de enfermagem e oferecerá tratamento mais seguro, com erros significativamente menores. Sob essa lógica, o hospital deve garantir em sua política a segurança da identificação dos pacientes. A FIG. 2 apresenta diretrizes que não devem ser esquecidas nos hospitais.

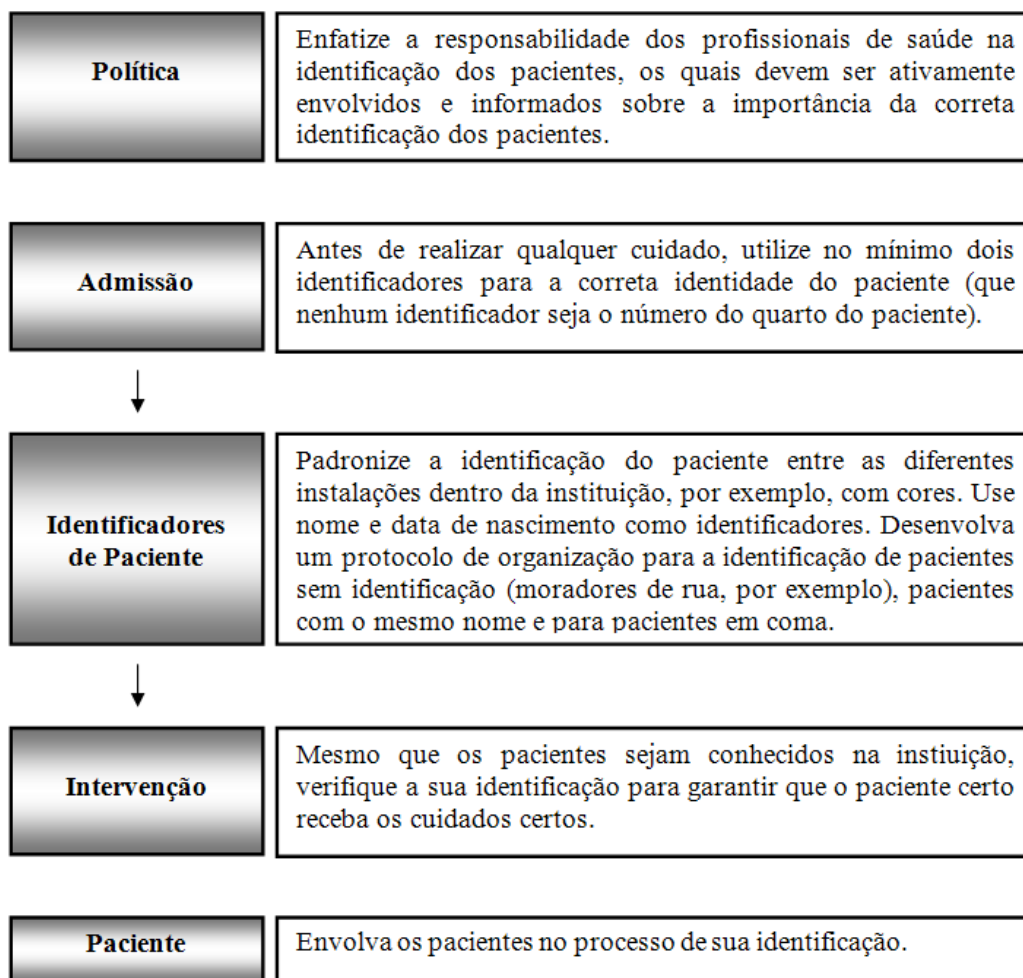


FIGURA 2 - Diretrizes hospitalares na identificação de pacientes

Fonte: THE JOINT COMMISSION; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, p. 3.

A NC “ausência de Plano Multiprofissional de Alta Hospitalar” esteve presente em 12 (32,43%) dos hospitais pesquisados. Entre estes 91,67% são instituições privadas filantrópicas ou sem fins lucrativos; e apenas 8,33% são públicos da esfera federal. Metade dos 12 hospitais exerce atividade de ensino. A referência macrorregional é cumprida por 58,33% dos 12 hospitais. Nenhum hospital entre 0-50 leitos apresentou a NC; 8,33% têm de 51-100 leitos; 50,00%, de 101-200; e 41,67%, 201 ou mais leitos.

O plano de alta hospitalar exige um trabalho interdisciplinar com interação entre os profissionais envolvidos no processo saúde-doença, permitindo a discussão sobre a forma de resolver os problemas, com vistas a compreender a realidade dos pacientes. Segundo Alves, Ramos e Penna (2005), o trabalho interdisciplinar se manifesta no interior das possibilidades do exercício do trabalho em equipe, no qual a noção de conjunto se produz nos papéis individuais e nos potenciais de troca, parceria e respeito nas relações entre aqueles que se articulam, porque visam aos mesmos fins e almejam uma qualidade na ação que desenvolvem.

Nesse sentido, o plano de alta é um instrumento que garante a continuidade do cuidado após a hospitalização, sendo que o seu ensino é parte do processo educativo realizado pelos profissionais de saúde, que deve incluir orientações tanto a pacientes como a seus familiares sobre o que precisam saber e compreender. Para tanto, os profissionais devem considerar os aspectos biopsicosocioespirituais (POMPEO *et al.*, 2007).

A participação do enfermeiro no plano de alta hospitalar ainda é um desafio, haja vista a presença de NC em 32,43% das instituições pesquisadas. No estudo de Pompeo *et al.* (2007) realizado com 43 pacientes que estavam com a alta assinada, 83,72% relataram ter recebido orientações, dos quais 48,84% relataram as terem recebido apenas do médico e 16,28% afirmaram não terem recebido. Um montante de 72,08% dos depoentes relatou que não houve a participação do enfermeiro nas orientações para a alta e 25,60% relataram ter recebido orientação dos enfermeiros em parceria com os médicos. Os autores observaram que o enfermeiro não se envolve com o planejamento da alta de forma sistemática e que as orientações ocorrem somente no momento em que o médico comunica a alta ao paciente. Segundo Huber e McClelland (2003), o planejamento da alta deve iniciar-se no momento de admissão do paciente e ser desenvolvido durante a internação. Uma alta realizada de forma inadequada gera readmissões, falha na continuidade do tratamento e no reconhecimento de sinais de complicações e sofrimento psicológico.

De acordo com Pompeo *et al.* (2007), as orientações para alta são fornecidas pelos profissionais, individualmente. Cada um esclarece o que é importante na sua visão, não existindo orientação em equipe. Os médicos orientam sobre sua prescrição e continuidade de tratamento no ambulatório; a psicóloga, sobre os retornos ambulatoriais e as instruções para a família; a nutricionista, sobre a dieta após a alta; e os enfermeiros, sobre os cuidados que envolvem readaptações individuais, como, troca de bolsas de ostomias e uso de sondas. Segundo os autores, os pacientes ainda deixam o hospital com dúvidas, principalmente sobre a receita médica e os cuidados para sua reabilitação e independência no domicílio.

Das outras NC do grupo Cuidar/Assistir da subseção Enfermagem, duas ocorreram em 16,22% dos hospitais, cada uma: “ausência de modelo assistencial claramente definido” e “ausência de implantação de gerenciamento de risco na sua totalidade, a partir da definição de erros e eventos adversos”. As demais ocorreram em apenas um hospital, conforme apresentado na TAB. 7. Todas expressam também alarmes para a melhoria da qualidade assistencial prestada pela enfermagem. Ainda no grupo Cuidar/Assistir e a partir do TAB. 8, serão discutidas as NC relativas ao trabalho da enfermagem na seção Atendimento ao Paciente/Cliente e as subseções que a compõem, conforme o MBA versão 2006 (ONA, 2006).

TABELA 8
Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011

Subseção	Não conformidade (NC)	n	%
Internação	Ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base no risco	2	5,41
	Ausência de estratificação de riscos do paciente para planejamento da assistência de enfermagem com foco na segurança	1	2,70
	Não evidenciamos evolução do profissional enfermeiro no prontuário da totalidade dos pacientes	1	2,70
Atendimento Ambulatorial	A presença do profissional técnico de enfermagem para a confecção de imobilização gessada deve ser analisada criticamente	1	2,70
Atendimento em Emergência	A eficácia do acolhimento de enfermagem deve ser analisada criticamente	2	5,41
	Ausência de procedimento de planejamento do atendimento de enfermagem	2	5,41
	Ausência de anotação de enfermagem nos prontuários dos pacientes sob observação	1	2,70
	O tempo entre o atendimento da recepção e o acolhimento de enfermagem deve ser analisado criticamente	1	2,70
	A presença do profissional técnico de enfermagem para a confecção de imobilização gessada deve ser analisada criticamente	1	2,70
	A garantia de assistência segura aos pacientes nas observações frente ao quantitativo de enfermagem, a distância entre as observações e o posto de enfermagem e a ausência de sistema de chamada para pacientes deve ser analisada criticamente	1	2,70
Atendimento Cirúrgico	Ausência de planejamento da assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório com base na estratificação de risco	12	32,43
Obstetrícia	Ausência de evolução diária do profissional enfermeiro no prontuário da totalidade dos pacientes	2	5,41
	Ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base na estratificação de riscos	1	2,70
	Ausência de estratificação de riscos da puérpera e recém nascido para planejamento da assistência de enfermagem com foco na segurança	1	2,70
Tratamento Intensivo Neonatal/ Pediátrico e Adulto	A habilitação dos enfermeiros para implantação de cateter central de inserção periférica em neonatos deve ser analisada criticamente	1	2,70
	O modelo definido para a elaboração do histórico de enfermagem deve ser analisado criticamente	1	2,70
Transfusão e Procedimento Hemoterápico	Ausência de registro de enfermagem em prontuário na administração de hemocomponentes	1	2,70
	Ausência de metodologia de acompanhamento das instalações das bolsas feita pela equipe de enfermagem	1	2,70
Terapia Dialítica	Ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base no risco/gravidade dos pacientes	6	16,22
Hemodinâmica	Ausência de ações para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente	4	10,81
	Definição de anotação da enfermagem durante a permanência do paciente no setor, principalmente no setor de recuperação	1	2,70
Assistência Farmacêutica	Ausência da descrição e implantação do Plano Seguro de medicação em conjunto com a equipe médica, enfermagem e nutrição	8	21,62
	Ausência de protocolo de uso de medicamentos trazidos pelo paciente, em conjunto a enfermagem e equipe médica com foco na segurança da utilização dos mesmos	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

Na subseção Internação, apenas três NC foram evidenciadas: “ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base no risco”, em 5,41% dos hospitais; “ausência de estratificação de riscos do paciente para planejamento da assistência de enfermagem com foco na segurança”, em 2,70% dos hospitais e “não evidenciamos evolução do profissional enfermeiro no prontuário da totalidade dos pacientes”, em 2,70% dos hospitais. Dessas NC, as duas primeiras já foram descritas naquelas relativas à subseção Enfermagem. A primeira ocorreu em 78,38% e a segunda em 72,97% dos hospitais, o que pode justificar a baixa frequência nessa subseção.

Na subseção Atendimento Ambulatorial, a única NC que apareceu, e em apenas um dos hospitais, foi “a presença do profissional técnico de enfermagem para a confecção de imobilização gessada deve ser analisada criticamente”.

Na subseção Atendimento em Emergência, as NC mais frequentes foram: “a eficácia do acolhimento de enfermagem deve ser analisada criticamente” e “ausência de procedimento de planejamento do atendimento de enfermagem”, ambas em 2 (5,41%) dos hospitais estudados. Esta última ocorreu em 78,38% dos hospitais na subseção Enfermagem. O acolhimento, segundo Prochnow *et al.* (2009), é umas das principais diretrizes que norteiam o cuidado em saúde. Entretanto, é um assunto mais pesquisado no nível primário de atenção, o que os motivou a verificar em seu estudo como o acolhimento é vivenciado por acompanhantes de pacientes internados em um hospital do Rio Grande do Sul. Os sujeitos do estudo associaram o acolhimento hospitalar ao esclarecimento pelos profissionais das normas e da forma de recebimento dos alimentos. Assim, o acolhimento oferecido aos pacientes pela equipe de enfermagem na prática hospitalar (seja na emergência ou não) deve ser repensado, no sentido de ser mais abrangente e humanizado.

Com relação à subseção Atendimento Cirúrgico, a NC “ausência de planejamento da assistência de enfermagem no pré, trans e pós operatório com base na estratificação de risco” teve uma frequência de 32,43%. Além desse percentual, dois destes hospitais tiveram essa mesma NC evidenciada na subseção Atendimento Cirúrgico específico da Unidade Oftalmológica/Otorrinolaringológica e Clínica dos Olhos. Nessa última, apareceu também a NC “ausência de método para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco dos pacientes atendidos”.

Dos 12 hospitais em que emergiu a NC “ausência de planejamento da assistência de enfermagem no pré, trans e pós operatório com base na estratificação de risco”, 83,33% são compostos por instituições privadas filantrópicas ou sem fins lucrativos; e 16,67% são públicos da esfera federal. A metade exerce atividades de ensino e 75,00% são referência

macrorregional. Nenhum desses hospitais tem entre 0-50 leitos, sendo que 8,33% têm de 51-100 leitos; 41,67%, de 101-200; e 50,00%, 201 ou mais leitos.

Segundo a WHO (2011), a cirurgia é uma das intervenções de saúde mais complexas realizadas nas instituições hospitalares e os problemas associados à segurança cirúrgica respondem por metade dos eventos adversos evitáveis que resultam em morte ou invalidez. Assim, a ausência de planejamento da assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório é uma NC importante a ser corrigida pelos enfermeiros. Para tanto, o enfermeiro do Centro Cirúrgico e da Unidade de Internação devem realizar a visita pré-operatória. Segundo Grittem, Meier e Gaievicz (2006), a visita pré-operatória é atividade exclusiva do enfermeiro, o qual deve considerá-la prioritária e como um processo interativo que promove e/ou recupera a integridade e a plenitude biopsicosocioespiritual dos pacientes. A partir dos dados da visita, o enfermeiro tem informações para ajudar no planejamento da cirurgia e do pós-operatório.

Segundo Saragiotto e Tramontini (2009), 87,5% das sete enfermeiras de diferentes hospitais de Londrina que participaram da sua pesquisa não realizam todas as fases da visita pré-operatória. As estratégias empregadas por elas no pré-operatório consistiram em contato telefônico e orientações na enfermaria e na recepção do centro cirúrgico; no período transoperatório, em participação nos procedimentos, auxílio no preparo do paciente para a cirurgia e na recuperação do paciente, ainda na sala operatória; e no pós-operatório, em visitas e orientações na enfermaria.

Na subseção Obstetrícia, a NC mais frequente foi “ausência de evolução diária do profissional enfermeiro no prontuário da totalidade dos pacientes”, que foi evidenciada em 2 (5,41%) dos hospitais. As duas NC nesta subseção que apareceram em apenas um hospital, quais sejam, “ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base na estratificação de riscos” e “ausência de estratificação de riscos da puérpera e recém nascido para planejamento da assistência de enfermagem com foco na segurança”, foram descritas para o mesmo hospital, provavelmente, porque os avaliadores da ONA quiseram dar ênfase à questão da estratificação e planejamento assistencial neste hospital.

“A habilitação dos enfermeiros para implantação de cateter central de inserção periférica em neonatos deve ser analisada criticamente” e “o modelo definido para a elaboração do histórico de enfermagem deve ser analisado criticamente”, respectivamente, foram relacionadas à subseção Tratamento Intensivo Neonatal/Pediátrico e Adulto de uma mesma instituição. Essas NC devem ser trabalhadas, pois nessas unidades são atendidos pacientes graves com risco de vida que necessitam de intervenção contínua dos profissionais num trabalho coletivo, envolvendo trabalhadores de saúde e de apoio (PIRES, 1998).

Na subseção Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos, a NC “ausência de registro de enfermagem em prontuário na administração de hemocomponentes” apareceu no H30 e a NC “ausência de metodologia de acompanhamento das instalações das bolsas feita pela equipe de enfermagem”, no H32.

“Ausência de planejamento da assistência de enfermagem com base no risco/gravidade dos pacientes” foi encontrada em 16,22% dos hospitais na subseção de Terapia Dialítica. Embora tenha sido frequente também na subseção Enfermagem, na subseção Terapia Dialítica chama a atenção por ser uma unidade de atendimento complexo, onde é necessário cumprir rigorosamente toda a legislação para a segurança dos pacientes. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), por meio da Portaria nº 82/2000 que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes no SUS, esses serviços devem atender requisitos de qualidade e um padrão de assistência médica que assegure aos pacientes tanto a exposição mínima aos riscos inerentes ao próprio tratamento em relação aos benefícios da assistência como o monitoramento permanente da evolução do tratamento e dos efeitos adversos.

Na subseção Hemodinâmica, a NC mais frequente, com 10,81%, foi “ausência de ações para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente”. Na hemodinâmica dos hospitais, são realizados procedimentos altamente invasivos e complexos, geradores de riscos e erros por parte dos profissionais. Para garantir a qualidade e a segurança nesta unidade, é necessário capacitar os profissionais para o planejamento dos procedimentos a serem executados, definindo os processos de trabalho, além de ser necessário prover espaço físico e equipamentos adequados para a obtenção de resultados positivos.

A Assistência Farmacêutica representa um grupo de atividades de grande importância para a qualidade e a segurança nas instituições hospitalares. A NC mais frequente nesta subseção, que ocorreu em 21,62% dos hospitais, foi “ausência da descrição e implantação do Plano Seguro de medicação em conjunto com a equipe médica, enfermagem e nutrição”. Os 21,62% de hospitais com esta NC estão entre os que tiveram esta mesma NC na subseção Enfermagem. Ou seja, os avaliadores enfatizaram em 21,62% dos hospitais esta NC nas duas subseções. De outro lado, em 10,81% dos hospitais em estudo não foi evidenciada a NC relativa à ausência de um Plano Seguro de Medicação, sendo 2 instituições filantrópicas, 2 públicas e 1 exercendo atividade de ensino.

Nas subseções da seção Diagnóstico, também foram evidenciadas NC neste grupo Cuidar/Assistir. Na subseção Endoscopia/Colonoscopia/retossigmoideoscopia, em 2 (5,41%) hospitais ocorreram a NC “ausência de metodologia segura para acompanhamento do paciente

no pós-exame (ausência de profissionais de enfermagem em sala monitorando o paciente, equipamentos de suporte, chamada de enfermagem, macas com grades)”, ambos são instituições hospitalares filantrópicas, referência microrregional e sem atividade de ensino. Na subseção Métodos Diagnósticos Neurológicos - eletroencefalografia, as NC “os cuidados de enfermagem pós-exame sob sedação devem ser reforçados” e “os registros dos cuidados de enfermagem devem ser reforçados” foram evidenciadas no mesmo hospital, sendo ele referência macrorregional com atividade de ensino.

Em geral, as NC do processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir se referem à segurança do paciente e refletem um distanciamento significativo entre o cuidado real e o cuidado ideal para o alcance de uma assistência de qualidade e segura aos pacientes. O trabalho assistencial em saúde é um tipo de serviço especial, o qual é consumido no momento em que é produzido (PIRES, 1998). Isso exige da enfermagem e demais profissionais de saúde, atenção contínua e avaliação da qualidade para minimizar os riscos e os danos, os quais não poderão ser reparados, por já terem sido consumidos no ato da produção.

A mitigação e a solução de muitas NC não estão sob a governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem. Além disso, o SBA não visa responsabilizar determinada classe profissional ou setor, a metodologia focaliza o serviço ou processo como um todo. Assim, é necessário que a alta direção promova constantemente educação permanente e grupos de discussão nas instituições hospitalares, dando oportunidade dos profissionais refletirem sobre as NC referentes ao processo em que está inserido à sua prática e, busquem viabilizar ações conjuntas para que as NC sejam totalmente solucionadas.

4.2.2 Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar

Nesta seção, discutem-se as NC de enfermagem relativas ao processo de trabalho Administrar/Gerenciar retiradas dos relatórios de DO-ONA de hospitais Pro-Hosp. Primeiro, analisam-se as NC referentes ao item da seção 2 relativa à Organização Profissional e subseção Enfermagem (TAB. 9), seguida da análise das NC referentes à seção 3 (Atenção ao Paciente/Cliente) e suas referidas subseções (TAB. 10). Por último, na TAB. 11 apresentam-se as NC referentes às subseções das seções Organização Profissional, Diagnóstico, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio Logístico e Infraestrutura.

TABELA 9
Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem
Administrar/Gerenciar. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem.
Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Não evidenciamos a política de gerenciamento de riscos	37	100,00
Ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos	29	78,38
A política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada	23	62,16
Ausência de Comissão de Ética em enfermagem	19	51,35
Ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador	19	51,35
Ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas	17	45,95
Ausência de indicadores básicos de apoio a gestão (absenteísmo e <i>turnover</i> , por exemplo)	15	40,54
Ausência do regimento interno disponível do serviço	10	27,03
Ausência de metodologia para o gerenciamento dos riscos identificados: queda, flebites, úlceras por pressão entre outros	9	24,32
Ausência de método efetivo de controle, em conjunto com a farmácia e almoxarifado, do estoque de medicamentos, materiais médicos e equipamentos disponíveis nas unidades	6	16,22
Os procedimentos de risco junto ao SCIH devem ser validados	6	16,22
Ausência de registro de Responsabilidade Técnica	6	16,22
Ausência de método seguro para o controle de temperatura das geladeiras de medicamentos	3	8,11
A falta de cobertura de enfermeiro nas 24 horas com foco na legislação e gerenciamento de risco deve ser analisada criticamente	2	5,41
As atribuições da equipe de enfermagem no Planejamento da Assistência deve ser analisada criticamente	1	2,70
Ausência de definição com o serviço de farmácia a responsabilização da guarda e conferência para a totalidade dos carros de emergência	1	2,70
O registro da evolução do paciente em livro nos setores, quanto a duplicidade de informações deve ser analisada criticamente	1	2,70
A fragmentação do prontuário com foco na qualidade das informações do paciente deve ser analisada criticamente	1	2,70
Ausência de metodologia para elaboração e acompanhamento dos indicadores para o auxílio dos diferentes processos	1	2,70
Ausência de metodologia de acompanhamento dos enfermeiros e de suas unidades, definindo critérios de avaliação da prática assistencial	1	2,70
Ausência de metodologia para gerenciamento das não conformidades do serviço de enfermagem	1	2,70
Ausência de metodologia de controle dos conselhos de classe dos profissionais	1	2,70
A metodologia definida para o aprazamento das prescrições médicas, com foco na segurança da assistência e atendimento ao plano terapêutico deve ser analisada criticamente	1	2,70
As ações para a reativação do Comitê de Reprocessamento de Materiais devem ser reforçadas	1	2,70
A inteiração com a equipe multiprofissional para a garantia de melhores resultados assistenciais deve ser reforçada	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

A NC mais significativa do ponto de vista quantitativo na subseção Enfermagem relacionadas ao processo Administrar/Gerenciar na totalidade dos hospitais foi “não evidenciamos a política de gerenciamento de riscos”. Entre as características desses hospitais, destaca-se que dos 37 hospitais, 78,38%, são instituições da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 10,81%, da esfera municipal; 8,11%, da federal; e 2,70%, da esfera estadual. A maioria (67,57%) são hospitais sem atividades de ensino; e 54,05% são referências para a microrregião de saúde. Com relação ao quantitativo de leitos, 8,11% têm entre 0-50; 16,22%, de 51-100 leitos; 51,35%, de 101-200; e 24,32%, 201 leitos ou mais.

Segundo Campos (2008), a assistência à saúde é, por princípio, uma atividade de risco. Para D’Innocenzo (2006), riscos podem ser definidos como condições, situações, procedimentos, condutas ou eventos adversos ou incertos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo, causando dano ao paciente, ao profissional, ao ambiente e à organização.

Para aprimorar a qualidade dos serviços hospitalares, deve-se realizar uma gestão do risco (CAMPOS, 2008), a qual compreende o conjunto de condições que visam minimizar ou eliminar os eventos adversos ao mínimo possível, para garantir segurança dos usuários e profissionais, reduzir perdas, preservar a organização, atender à legislação vigente e alinhar a instituição com os padrões para certificação da qualidade (FELDMAN, 2009; FELDMAN; D’INNOCENZO; CUNHA, 2007). A gestão do risco deve estar integrada à filosofia da organização. A alta administração tem que apoiar a mudança de cultura e estabelecer uma política administrativa que tenha relação com os planos estratégicos, tático e operacional, além de um planejamento com o escopo a ser trabalhado e as diretrizes de classificação dos riscos, por exemplo, riscos assistenciais/ocupacionais, profissionais/responsabilidade civil, ambientais/de resíduos e institucionais (FELDMAN, 2009).

Os riscos assistenciais são oriundos de situações que envolvem cuidados durante a permanência dos pacientes no hospital; os ocupacionais, das situações ergonômicas na prática profissional. Os de responsabilidade civil são provenientes dos procedimentos realizados no paciente pelos profissionais responsáveis pelas condutas, tomadas de decisões e tratamentos. Os riscos ambientais são eventos provocados por meio de agentes físicos, químicos e biológicos ou por resíduos hospitalares. Os institucionais são provenientes de situações de conflitos entre profissionais, pacientes, familiares e operadoras de saúde que gerem danos por ações e processos contra o hospital. Na visão de processos, esses riscos se inter-relacionam. Por exemplo, uma queda de um paciente do leito tem eminentemente risco assistencial, de responsabilidade civil e institucional (FELDMAN, 2009).

Todos os riscos, principalmente os assistenciais, podem levar a erros de ordem humana, os quais podem causar danos nos pacientes, por vezes, irreparáveis. Segundo Leape (1994), os esforços na prevenção de erros na saúde têm, geralmente, seguido a pressuposição de que, se médicos e enfermeiros estiverem adequadamente treinados e motivados, eles não cometerão erros. Assim, os métodos utilizados para alcançar esse postulado têm-se baseado em treinamento e punição. O treinamento ensina os profissionais a fazerem a coisa certa. Na enfermagem, a adesão rígida aos protocolos é enfatizada e na medicina, a ênfase é maior no conhecimento. A punição é por meio da desaprovação social. As culturas profissionais da medicina e da enfermagem usam a culpa para incentivar o desempenho adequado. Os erros são considerados como falhas de alguém, causadas por desatenção. Contudo, segundo o autor, estudiosos sobre erros e desempenho rejeitam este postulado, pois as causas de um erro humano costumam estar além do controle do indivíduo, sendo que os sistemas que dependem de desempenho livre de erros estão fadados ao fracasso.

Segundo Feldman, D’Innocenzo e Cunha (2007), para iniciar a Gestão do Risco, é necessário realizar um diagnóstico hospitalar. Para isso, deve-se realizar visita *in loco* e entrevistas com coordenadores das áreas críticas do hospital. A técnica de avaliação utiliza observação direta, entrevista formal e análise de documentos. O programa de Gestão do Risco inclui auditoria, formação e capacitação de um Comitê do Risco e criação de um manual dos riscos, que possibilitará o aprimoramento da qualidade, a prevenção de eventos adversos e a segurança da comunidade e do hospital.

As NC com expressão significativa superior a 50,00% de evidência nos hospitais são: “ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos”, em 78,38%; “a política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada”, em 62,16%; “ausência de Comissão de Ética em enfermagem”, em 51,35%; e “ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência. Ausência de checagem formal e diária do desfibrilador”, em 51,53%.

A “ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos” foi descrita para 29 (78,38%) dos hospitais. Dentre estes, 75,86% são da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 10,34%, da esfera municipal; 10,34%, da federal; e 3,45%, da estadual. Hospitais sem atividade de ensino são 62,75%; e a maioria (51,72%) é referência para a

microrregião de saúde. Em relação ao quantitativo de leitos, 3,45% têm entre 0-50; 13,79%, entre 51-100 leitos; 51,72%, entre 101-200; e 31,03%, 201 leitos ou mais.

Esta NC é uma situação que expressa grande risco assistencial, haja vista que pode ocorrer demora na resolução de um problema de emergência por não haver um fluxo para tal atendimento, incorrendo em prejuízo para os pacientes. É necessário que os gerentes de enfermagem hospitalar se reúnam com as chefias médicas e administrativas para definirem em conjunto os melhores fluxos para cada possibilidade de emergência, sendo que eles devem contemplar de forma clara todos os profissionais, equipamentos e medicamentos necessários, que devem ser amplamente divulgados para todos os colaboradores.

Em estudo realizado em oito hospitais com profissionais chefes da emergência (administrativo, enfermagem e médico), constatou-se que apenas três trabalhavam com classificação de risco na porta de entrada. Quanto ao fluxo de trabalho da emergência com os serviços externos, as dificuldades estavam mais presentes do que nos serviços internos do hospital. Todos os sujeitos referiram dificuldades com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bombeiros e clínicas de apoio. A dificuldade interna maior foi com a Clínica Médica. Alguns pacientes crônicos, neurológicos, idosos e sociais foram apontados como difíceis de encaminhar dentro do sistema, os quais, segundo os sujeitos, são tratados de forma diferenciada, por estarem “internados” na Emergência. Apenas em dois hospitais ocorre corresponsabilização pelos pacientes entre as diversas clínicas e a Emergência. Em três, a Emergência é a única responsável. No restante, apenas alguns serviços cirúrgicos assumiam a responsabilidade pelos doentes da emergência (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A anotação em prontuários foi uma atividade da equipe de enfermagem levantada por Costa e Shimizu (2006), Cunha e Feldman (2005), Luvisotto *et al.* (2010) e Trevizan *et al.* (1981), sendo uma temática importante e que sempre está em pauta quando se discute a qualidade dos serviços de enfermagem. “A política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada” foi uma NC constatada em 62,16% dos hospitais, evidenciando a necessidade de melhoria neste quesito.

Setz e D’Innocenzo (2009) descrevem que o registro de enfermagem sobre a assistência ao paciente respalda, ética e legalmente, o profissional responsável, assim como o paciente. Quando o registro é inadequado há comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade de mensurar os resultados da prática da enfermagem. Segundo as autoras, a padronização das anotações e das evoluções de

enfermagem é necessária para minimizar as falhas existentes no que se refere à linguagem formal, à exatidão, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

A “ausência de Comissão de Ética em enfermagem”, presente em 19 (51,35%) hospitais, é realidade nas instituições, mesmo com a Resolução COFEN n° 172/1994, que autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais nas instituições, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras da prática profissional e ética da enfermagem (COFEN, 1994). Das 19 instituições nas quais foram evidenciadas esta NC, 68,42% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 15,79%, da federal; 10,53%, da municipal; e 5,26%, da esfera estadual. Os hospitais sem atividade de ensino sobressaíram com 68,42%, bem como aqueles que exercem referência microrregional com 57,89%. Os hospitais com 0-50 leitos foram 5,26%; os com 51-100 leitos, 21,05%; entre 101-200, 52,63%; e os com 201 leitos ou mais, 21,05%.

O Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) normatizou a criação e o funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde do estado, por meio da Deliberação COREN-MG 35/2000 (COREN-MG, 2000). Segundo esta deliberação, a criação e a implantação das Comissões nas instituições são de responsabilidade da Diretoria de Enfermagem, sendo constituída por um grupo de trabalho de todas as categorias da enfermagem. Tem os seguintes objetivos: fortalecer o componente ético, divulgando o Código de Ética, demais normas disciplinares e do exercício profissional; incentivar a organização das Comissões em todas as instituições e assessorar na criação; sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância da notificação; e averiguação das intercorrências no exercício ético dos profissionais de enfermagem.

A NC “ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador” está presente em 19 (51,35%) dos hospitais. Dentre estes, 73,68% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 15,79%, da federal; e 10,53%, da municipal. Os hospitais sem atividade de ensino perfizeram 68,42% dos estudados e 57,89% são referências microrregionais. De 0-50 leitos possuem 10,53% das 19 instituições; de 51-100 leitos, 15,79%; de 101-200, 42,11%; e de 201 ou mais leitos, 31,58%.

Realizar revisão do carrinho de parada foi citada como atividade da enfermagem por Costa e Shimizu (2006) e Trevizan *et al.* (1981). Os primeiros classificaram esta atividade como de âmbito gerencial e também foi opção deste estudo. Costa e Shimizu (2006) a referenciou como atividade assistencial.

O sucesso no atendimento a pacientes em emergência está sujeito, em grande medida, à disponibilidade de materiais e medicamentos. Portanto, esta NC é preocupante, por gerar duas situações: excesso ou falta de medicamentos/materiais. Segundo Feldman (2009), um carro de emergência aberto e sem lacre, com materiais e medicamentos em excesso, pode causar desorganização no momento de atender um paciente em parada cardiorrespiratória, além de dano material e financeiro à instituição por furto e falta de controle. Ao contrário, um carro de emergência com falta de materiais e equipamentos pode atrasar ou impossibilitar o atendimento, levando a graves sequelas ou, mesmo, a óbito do paciente.

Estudo realizado por Lima *et al.* (2010) com o objetivo de analisar a adequação dos carros de emergência à Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em dois hospitais constatou que nenhum carro de emergência avaliado apresentava o conjunto de materiais especificados na normatização brasileira. Apenas 29,2% dos carros de emergência localizados em enfermarias para adultos possuíam monitor/desfibrilador com a função de monitorização nas pás e 45,9% deles dispunham de desfibrilador externo automático. Em nenhum deles foi encontrado tubo orotraqueal de todos os tamanhos preconizados. Detectaram-se deficiências em relação às agulhas de punção venosa periférica. Em um dos hospitais da pesquisa nenhum carro era equipado com máscara com reservatório de oxigênio. De todos os carros de emergência, os da unidade pediátrica eram os mais defasados no que concerne a materiais e equipamentos. Os autores verificaram que dos três setores que fizeram parte da pesquisa nenhum dos carros estava localizado em pontos adequados na unidade.

A funcionalidade dos equipamentos de reanimação também é essencial para qualquer atendimento de emergência. Segundo Dyson e Smith (2002), as falhas são multifatoriais e podem ser classificadas em três grupos. O primeiro é relativo a falhas básicas, como quebra dos equipamentos, falha de um componente e erro de fabricação. O segundo é referente a fatores externos, como falta de corrente elétrica e interferência no momento da desfibrilação. Por fim, o grupo de falhas decorrentes do erro humano é a causa mais comum e decorre de conhecimento profissional inadequado, falta de experiência e de supervisão, inadequada checagem dos equipamentos diariamente e falta de manutenção preventiva.

A NC “ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador”, presente em 51,35% dos hospitais, complementa, de certa forma, a segunda NC mais frequente neste grupo e subseção, qual seja, a “ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e

medicamentos”, que ocorreu em 78,38% dos hospitais. Tais NC devem ser solucionadas para prover melhor qualidade nos atendimentos às emergências hospitalares.

Outras quatro NC merecem destaque: “ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas”, com 45,95% de evidência; “ausência de indicadores básicos de apoio a gestão (absenteísmo e *turnover*, por exemplo)”, com 40,54%; “ausência do regimento interno disponível do serviço”, com 27,03%; e “ausência de metodologia para o gerenciamento dos riscos identificados: queda, flebites, úlceras por pressão entre outros”, com 24,32%.

Chaves (2005) apontou o dimensionamento de pessoal como uma atividade da enfermeira-gerente no contexto hospitalar. É uma temática em foco ao longo dos anos, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2011). Entretanto, neste estudo houve em 17 (45,95%) hospitais a NC “ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas”. Das 17 instituições, 76,47% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 17,65%, da municipal; e 5,88%, da federal. Os hospitais sem atividade de ensino foram 82,35% dos estudados. Os que exercem referência microrregional foram 76,47%. Os hospitais com 0-50 leitos foram 17,65%; com 51-100 leitos, 17,65%; entre 101-200, 52,94%; e os com 201 leitos ou mais, 11,76%.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e do qualitativo de profissionais necessários, a partir da particularidade dos serviços, para oferecer uma assistência segura aos pacientes e trabalhadores (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2011). No sentido de ser efetivo, deve-se lançar mão de várias informações, por exemplo, o quantitativo médio de pacientes na unidade hospitalar classificado quanto ao grau de dependência. Segundo o COFEN (2004, p. 15), o grau de dependência “é o nível de atenção quantitativa requerida pela situação de saúde em que o paciente se encontra, exigindo demandas de cuidados mínimos, intermediários, semi intensivos e intensivos”.

De acordo com Wolff *et al.* (2007), deve-se considerar para o planejamento do cuidado a associação do quadro clínico do paciente com a dependência da enfermagem e a carga de trabalho exigida no seu cuidado, evitando sobrecarga de trabalho (mediante o uso eficiente dos recursos humanos na distribuição das atividades), além de proporcionar melhoria das condições de trabalho e a colaboração dos demais profissionais de saúde da unidade.

A Resolução COFEN n° 293/2004 estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais (COFEN, 2004). Segundo esta resolução, o dimensionamento e a adequação quantitativa e qualitativa do quadro de enfermagem devem basear-se em características da instituição (missão, porte, estrutura organizacional e física, complexidade dos serviços e política de pessoal, de recursos materiais e financeiros, entre outros), em características do serviço de enfermagem (funcionamento das unidades nos diferentes turnos, modelo gerencial e assistencial, jornada de trabalho, desempenho dos profissionais e proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e médio, entre outros) e em características da clientela, por meio de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) que considere sua dependência de cuidados de enfermagem.

A NC “ausência de indicadores básicos de apoio a gestão (absenteísmo e *turnover*, por exemplo)”, evidenciada em 15 (40,54%) dos hospitais pesquisados, expressa uma gestão de pessoas de enfermagem frágil, sem parâmetros para o dimensionamento e o planejamento dos recursos humanos de enfermagem para uma assistência de qualidade e segura. Dos 15 hospitais nos quais se constatou esta NC, 60,00% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 20,00% da federal; e 20,00%, da municipal. Os hospitais sem atividade de ensino foram 73,33% e os de referência microrregional foram 60,00%. Em relação à quantidade de leitos, 6,67% dos 15 hospitais têm entre 0-50 leitos; 13,33%, entre 51-100; 46,67%, de 101-200; e 33,33%, mais de 201 leitos.

Estudo realizado sobre absenteísmo-doença de um hospital especializado em atendimento de urgência e emergência de Belo Horizonte forneceu à administração hospitalar informações fundamentais para o gerenciamento de recursos humanos no local pesquisado (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). Segundo as autoras, o conhecimento do absenteísmo-doença e dos demais indicadores de apoio à gestão, aliado à aspiração política de investimento na saúde dos trabalhadores, torna possível organizar o serviço de acordo com a realidade interna, analisando as condições reais de trabalho e favorecendo a maior satisfação dos profissionais.

Apenas 10 (27,03%) das instituições estudadas apresentaram a NC “ausência do regimento interno disponível do serviço”. Não que seja um número pequeno, pois há a necessidade deste instrumento em todos os hospitais, porém 72,97% dos hospitais o possuem, mas parece que não são aplicados na prática, haja vista as diversas irregularidades evidenciadas. Das 10 instituições nas quais foi evidenciada esta NC, 60,00% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 10,00%, da esfera federal; e 30,00%, da municipal. Os hospitais sem atividade de ensino sobressaíram com 80,00%, bem como os que

exercem referência microrregional, com 70,00% das instituições estudadas. Os hospitais com 0-50 leitos perfizeram 20,00%; os com 51-100 leitos, 20,00%; entre 101-200, 40,00%; e os com 201 leitos ou mais, 20,00%.

O regimento do serviço de enfermagem deve expressar a missão institucional, as características dos pacientes a serem assistidos e a disponibilidade e organização dos recursos humanos e materiais necessários. Ressalta-se que a assistência de enfermagem com qualidade está diretamente ligada à organização do serviço de enfermagem, função privativa do enfermeiro (COREN-MG, 2010).

A “ausência de metodologia para o gerenciamento dos riscos identificados: queda, flebites, úlceras por pressão entre outros”, frequente em 9 (24,32%) dos hospitais, reforça a NC referente à totalidade dos hospitais sem política de gerenciamento de riscos. Dessas 9 instituições, 77,78% são da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; e as das esferas municipal e estadual são 11,11% cada uma. São hospitais sem atividade de ensino, 55,56%; e referências para a macrorregião de saúde, 66,67%. Quanto ao número de leitos, 55,56% têm de 101-200; e 44,44% têm 201 leitos ou mais. Assim, é necessário que uma metodologia de gerenciamento do risco seja introduzida no contexto das organizações hospitalares, a fim de melhorar a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e dos profissionais, para minimizar os gastos evitáveis (FELDMAN, 2009).

As NC “ausência de método efetivo de controle, em conjunto com a farmácia e almoxarifado, do estoque de medicamentos, materiais médicos e equipamentos disponíveis nas unidades”, “os procedimentos de risco junto ao SCIH devem ser validados” e “ausência de registro de Responsabilidade Técnica” estiveram frequentes em 16,22% dos hospitais. As duas primeiras são reflexos da falta de integração e de trabalho em equipe dos profissionais na instituição. A enfermagem deve fazer parceria com a equipe da farmácia e o almoxarifado no sentido de, juntos, desenvolverem e implantarem um método de controle efetivo de estoque nas unidades hospitalares. A enfermagem deve, ainda, estar em permanente contato com a CCIH, buscando validar os procedimentos que oferecem risco aos pacientes, reforçando a necessidade de gerenciar os riscos assistenciais. Além disso, na avaliação para a acreditação a atuação efetiva da CCIH é um ponto crucial, sendo que esta unidade/grupo de trabalho é considerada o “coração da acreditação”.

A NC “ausência de registro de Responsabilidade Técnica” representa, mais uma vez, o descumprimento à legislação vigente, sendo também evidenciada neste grupo Administrar/Gerenciar nas subseções Quimioterapia e Terapia Dialítica. Toda instituição de saúde onde existem atividades de enfermagem deve, obrigatoriamente, apresentar Certidão de

Responsabilidade Técnica de Enfermagem, fornecida pelo COREN, ao profissional enfermeiro, que deverá ser renovada a cada doze meses, após sua emissão (COFEN, 2005).

A NC “ausência de método seguro para o controle de temperatura das geladeiras de medicamentos” foi constatada em 3 (8,11%) dos hospitais. A temperatura de todas as geladeiras para a guarda de medicações deve ser verificada diariamente, no mínimo, duas vezes (início da manhã e final da tarde), com termômetro de máxima e mínima, devendo ser anotada em formulário próprio mensal, o qual deve ser afixado na parte de fora da geladeira. Além disso, as geladeiras que se encontram nas enfermarias para a guarda de medicamentos devem ser exclusivas para este fim, sendo que estas medicações devem ser identificadas com o nome do paciente a que se destina. Porém, nas avaliações para o Prêmio Célio de Castro foram evidenciadas pela pesquisadora, em diversos hospitais, medicações abertas e sem identificação e medicações com o prazo de validade vencido, além de itens indesejados, como garrafa de suco de funcionário, iogurte e frutas no interior das geladeiras.

A NC “a falta de cobertura de enfermeiro nas 24 horas com foco na legislação e gerenciamento de risco deve ser analisada criticamente” foi evidenciada em 2 (5,41%) hospitais. Esta NC está diretamente relacionada com a NC “ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido por meio da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas”, evidenciada neste grupo e subseção presente em 17 (45,95%) dos hospitais.

Em geral, esses resultados corroboram a afirmação de La Forgia e Couttolenc (2009) de que o Brasil precisa expandir a acreditação, para garantir que os hospitais estejam altamente motivados a monitorar e melhorar seus processos e resultados. Segundo os autores, o país possui programas de acreditação bem desenhados, porém a apropriação dos seus princípios é limitada a um pequeno número de hospitais, geralmente, pertencentes à elite do setor.

Neste grupo do processo de trabalho Administrar/Gerenciar, a partir do TAB. 10, discutem-se as NC relativas ao trabalho da enfermagem evidenciadas na seção Atendimento ao Paciente/Cliente e as subseções que a compõem, conforme o MBA versão 2006 (ONA, 2006).

TABELA 10

Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011

Subseções	Não Conformidade (NC)	n	%
Internação	Ausência de barra de segurança e chamada de enfermagem na totalidade dos leitos e banheiros dos pacientes	5	13,51
	Ausência de definição junto à farmácia do prazo de validade dos medicamentos multidoso após a sua abertura e orientação à equipe de enfermagem para datar os frascos no momento da abertura	2	5,41
	Ausência de identificação dos profissionais de enfermagem e médico na totalidade dos documentos do prontuário	2	5,41
	A metodologia definida para dimensionamento da equipe de enfermagem com foco na segurança da assistência deve ser analisada criticamente	1	2,70
Obstetrícia - Alojamento Conjunto - Centro Obstétrico	Não evidenciamos sistema de acionamento de enfermagem na totalidade dos quartos	2	5,41
	Ausência do profissional enfermeiro nas 24 horas deve ser analisada criticamente	2	5,41
	O registro de enfermagem deve ser reforçado quanto ao aprazamento dos procedimentos e medicamentos prescritos	1	2,70
	A identificação em prontuários do profissional de enfermagem responsável pela assistência às pacientes deve ser reforçada	1	2,70
	A utilização e permanência de lâminas de bisturi abertas no posto de enfermagem devem ser analisadas criticamente com foco no risco do acidente	1	2,70
Neonatologia - Berçário	Ausência de definição de funcionário de enfermagem presente no setor durante todo o período de internação dos recém nascidos	2	5,41
Tratamento Intensivo Adulto/ Cardiológico/ Neonatal/ Pediátrico	A metodologia definida para planejamento da assistência de enfermagem deve ser analisada criticamente com foco no risco	2	5,41
	O registro das ações da equipe multiprofissional (médico, enfermagem, nutrição, fisioterapia, assistente social) deve ser em prontuário único	2	5,41
	A cobertura de enfermeiros para fins de semana deve ser analisada criticamente	1	2,70
	As anotações médicas, de enfermagem e técnicos nos documentos pertencentes ao prontuário deve ser reforçada	1	2,70
	Ausência de metodologia de registro das ações de enfermagem com foco na avaliação e continuidade da assistência	1	2,70
	Analisar criticamente a definição de atividades não assistenciais dos técnicos de enfermagem	1	2,70
Terapia Dialítica	Ausência de especialização e certificado de Responsabilidade Técnica do profissional de enfermagem	7	18,92
	A identificação dos profissionais e legibilidade dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes deve ser reforçada	3	8,11
	Ausência de implantação metodologia formal para controle seguro de validade de medicamentos dos postos de enfermagem e no almoxarifado	2	5,41
	Ausência de análise da qualidade dos registros das evoluções de enfermagem	1	2,70
Quimioterapia	Ausência da disponibilidade do certificado de Responsabilidade Técnica do enfermeiro responsável pelo setor	1	2,70
	A inteiração entre corpo clínico, enfermagem e farmácia deve ser reforçada em relação à suspensão do tratamento, com foco na utilização racional dos medicamentos e redução de custos	1	2,70
Assistência Farmacêutica	Ausência de definição na Farmácia e nos postos de Enfermagem dos controles de medicamentos psicotrópicos conforme exigências legais	1	2,70
	Ausência de metodologia segura junto a equipe de enfermagem para a garantia da validade dos medicamentos e materiais dos carros de parada cardio-respiratória	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (HI a H37), 2009.

Na subseção Internação, referente ao grupo Administrar/Gerenciar, a NC mais expressiva quantitativamente foi a “ausência de barra de segurança e chamada de enfermagem na totalidade dos leitos e banheiros dos pacientes”, frequente em 5 (13,51%) hospitais. Destes, todos são privados filantrópicos ou sem fins lucrativos, sendo 80,00% instituições com atividade de ensino e todos macrorregionais. Dos 5 hospitais, 20,00% têm de 101-200 leitos; e 80,00% têm mais de 201. Tem-se na ANVISA (2002b), por meio da RDC nº 50/2002, o regulamento técnico para planejar, programar, elaborar e avaliar os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Sob o aspecto específico da NC descrita, a legislação apresenta a necessidade e a obrigatoriedade de se ter nos banheiros uma barra horizontal de segurança a 90 centímetros do piso, bem como sistemas de sinalização de enfermagem nos leitos e banheiros das unidades hospitalares.

De fato, constata-se pelos relatórios de DO-ONA neste estudo e pela experiência das pesquisadoras que a estrutura física dos hospitais de Minas Gerais está aquém do que a legislação preconiza, uma vez que são construções antigas, que seguiram outra lógica na construção. Somada a isso, vale ponderar que existe legislação que, apesar de bem elaborada e estudada, está fora da realidade da maioria dos hospitais. Esse cenário faz com que os dirigentes dessas organizações e o governo fiquem em um estado de vácuo jurídico, pois, mesmo sabedores da falta de conformidade com a legislação, não podem interromper a assistência. As duas partes - dirigentes hospitalares e governo - devem juntas, envidar esforços para que estratégias sejam adotadas para a melhoria deste quadro, garantindo uma assistência segura e de qualidade. Acredita-se que o Pro-Hosp e o Programa de Gestão da Qualidade são iniciativas importantes do governo estadual para instituir a melhoria contínua dos hospitais em Minas Gerais.

Ainda na subseção Internação, com 5,41% de frequência nos hospitais, emergiram as NC “ausência de definição junto à farmácia do prazo de validade dos medicamentos multidoso após a sua abertura e orientação à equipe de enfermagem para datar os frascos no momento da abertura” e “ausência de identificação dos profissionais de enfermagem e médico na totalidade dos documentos do prontuário”. Tais NC reforçam outras já descritas e discutidas.

Na subseção relativa à Obstetrícia, que envolve o Alojamento Conjunto e o Centro Obstétrico, as NC mais frequentes foram: “não evidenciamos sistema de acionamento de enfermagem na totalidade dos quartos” e “ausência do profissional enfermeiro nas 24 horas deve ser analisada criticamente”, presentes em 2 (5,41%) hospitais estudados. Tais NC, apesar de terem sido evidenciadas em um número pouco significativo de hospitais, representam

grandes falhas do serviço de enfermagem oferecido às mulheres e a seus recém-nascidos, as quais devem ser corrigidas para a melhoria da qualidade assistencial a esse grupo de pacientes/clientes da instituição.

Na subseção Neonatologia/Berçário, em 5,41% dos hospitais foi evidenciado a NC “ausência de definição de funcionário de enfermagem presente no setor durante todo o período de internação dos recém nascidos”, reforçando nestes hospitais e nesta unidade a NC evidenciada também na subseção Enfermagem, qual seja, a “ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas”.

Uma das NC mais frequentes na subseção Tratamento Intensivo foi “a metodologia definida para planejamento da assistência de enfermagem deve ser analisada criticamente com foco no risco”, em 5,41% dos hospitais. Um destes hospitais, esta NC foi descrita pelos avaliadores ONA tanto no tratamento intensivo adulto quanto no específico de cardiologia. Também com 5,41%, a NC relacionada com “o registro das ações da equipe multiprofissional (médico, enfermagem, nutrição, fisioterapia, assistente social) deve ser em prontuário único”, fator imprescindível para uma atuação multi e interdisciplinar.

Com relação às outras NC da subseção Tratamento Intensivo apresentadas na TAB. 10 e que ocorreram em apenas um hospital, todas vão ao encontro das outras NC anteriormente citadas em outras subseções deste grupo. A última, “analisar criticamente a definição de atividades não assistenciais dos técnicos de enfermagem”, deve ser cuidadosamente trabalhada, uma vez que os técnicos podem estar exercendo ilegalmente a profissão, pelo fato de que atividades gerenciais/administrativas são exclusivas dos enfermeiros.

Na subseção Terapia Dialítica, as NC mais frequentes foram: “ausência de especialização e certificado de Responsabilidade Técnica do profissional de enfermagem”, em 18,92%; “a identificação dos profissionais e legibilidade dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes deve ser reforçada”, em 8,11%; e “ausência de implantação metodologia formal para controle seguro de validade de medicamentos dos postos de enfermagem e no almoxarifado”, em 5,41%. A complexidade da unidade de terapia dialítica exige que essas NC sejam minimizadas e solucionadas pelos profissionais que nela atuam.

A subseção de Quimioterapia apresenta duas NC com 2,70% de frequência cada uma, conforme apresentado na TAB. 10, refletindo, mais uma vez, as irregularidades no cumprimento da legislação e a falta de trabalho interdisciplinar nos hospitais.

Por fim, a última subseção que apresentou NC foi a Assistência Farmacêutica, com 2,70% de frequência relativa à “ausência de definição na farmácia e nos postos de

enfermagem dos controles de medicamentos psicotrópicos conforme exigências legais” e “ausência de metodologia segura junto a equipe de enfermagem para a garantia da validade dos medicamentos e materiais dos carros de parada cardio-respiratória”, também com 2,70%. A questão do controle de medicamentos psicotrópicos foi evidenciada também pela pesquisadora na avaliação do Prêmio Célio de Castro. Nesta oportunidade, observou-se que esses medicamentos têm livre e fácil acesso nos postos de enfermagem.

A partir daqui, e ainda relacionado com o grupo do processo de trabalho Administrar/Gerenciar, discutem-se as NC relativas ao trabalho da enfermagem evidenciadas nas subseções das seções Organização Profissional, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio Logístico e Infraestrutura, conforme MBA 2006 (ONA, 2006), na TAB. 11.

TABELA 11

Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar. Seções: Organização Profissional, Diagnóstico, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio Logístico e Infraestrutura. Belo Horizonte/MG, 2011

Seção/Subseção	Não Conformidade (NC)	n	%
Seção 2: Organização Profissional Subseção: Corpo Técnico-Profissional	A interação com a equipe médica e de enfermagem deve ser reforçado, com foco na melhoria dos resultados assistenciais	1	2,70
Seção 4: Diagnóstico Subseção: Métodos Diagnósticos Cardiológicos	Ausência de definição por prescrição formal para a totalidade dos medicamentos a serem administrados pela enfermagem	1	2,70
Seção 5: Apoio Técnico Subseção: Sistema de Informação do Paciente	O controle do preenchimento dos diversos documentos do prontuário (espaços em branco, checagem enfermagem), bem como identificação dos profissionais envolvidos na assistência deve ser reforçado	1	2,70
Seção 6: Abastecimento e Apoio Logístico Subseção: Higiene	A interação com os setores recepção, internação e enfermagem deve ser reforçado para o gerenciamento do tempo de liberação de leitos	2	5,41
Seção 6: Abastecimento e Apoio Logístico Subseção: Gestão de Segurança	A interação com a enfermagem e internação deve ser refinada nos processos de alta hospitalar	1	2,70
Seção 7: Infraestrutura Subseção: Gestão da Estrutura Físico-Funcional	Ausência de chamada de enfermagem e barras de proteção nos banheiros dos pacientes	4	10,81
	O uso de macas enferrujadas deve ser analisado criticamente	1	2,70
Seção 7: Infraestrutura Subseção: Manutenção Predial	Ausência de manutenção dos bicos de saída dos gases nas unidades assistenciais, assim como dos painéis de alarme nos postos de enfermagem	3	8,11
	A ausência de alarme dos painéis de controle de gases medicinais no centro cirúrgico e nos postos de enfermagem deve ser analisada criticamente	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

Neste grupo, a NC mais significativa do ponto de vista quantitativo foi na seção 7 e na subseção referente à Gestão da Estrutura Físico-Funcional, qual seja, a “ausência de chamada

de enfermagem e barras de proteção nos banheiros dos pacientes”, evidenciada em 4 (10,81%) hospitais. Esta mesma NC também foi evidenciada na seção Atendimento ao Paciente/Cliente, subseção Internação, em 5 (13,51%) dos hospitais. A segunda NC mais frequente neste grupo foi encontrada na seção 7, subseção relativa à Manutenção Predial, qual seja, “ausência de manutenção dos bicos de saída dos gases nas unidades assistenciais e dos painéis de alarme nos postos de enfermagem”, em 3 (8,11%) dos hospitais.

Tais NC são problemas de ordem da estrutura das instituições, ou seja, não estão sob a governabilidade da enfermagem, são inadequações do espaço físico onde se realiza a assistência aos pacientes, as quais devem ser resolvidas pela alta direção. Essas inadequações estão ligadas a diversos fatores, como: arquiteturas antigas, falta de planejamento para uma reserva financeira para reformas dos hospitais e falta de fiscalização das autoridades competentes. La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que muitos hospitais no Brasil foram edificadas em cumprimento a promessas eleitorais, sem preocupação com fatores importantes, como as necessidades de saúde, a capacidade institucional e a sustentabilidade financeira.

Neste grupo Administrar/Gerenciar, na seção 6, subseção Higiene, foi evidenciada a NC “a interação com os setores recepção, internação e enfermagem deve ser reforçado para o gerenciamento do tempo de liberação de leitos”, em 5,41% dos hospitais. É fato que esta NC é importante, mesmo com o quantitativo pequeno de hospitais que a apresentaram, pois, uma vez que a recepção, a internação e a enfermagem não se comunicam, podem ocorrer atrasos no processo de internação e acomodação dos pacientes nas unidades. Isso causa desconforto e insegurança nos pacientes e familiares, que ficam aguardando em outros serviços ou na recepção a liberação dos leitos, e ainda afeta na rotatividade dos leitos. Além dessas três NC mais frequentes, as outras foram evidenciadas em apenas um hospital, conforme apresentado na TAB. 11, mas também devem ser corrigidas alcançar a qualidade hospitalar.

Observou-se neste segundo grupo de análise - processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar - frequência baixa em cada NC das subseções da seção Atendimento ao Paciente/Cliente e subseções das seções Organização Profissional, Diagnóstico, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio Logístico e Infraestrutura. Isso pode ser explicada por já ter sido contemplado na subseção Enfermagem.

No foco de Administrar/Gerenciar, como parte do processo de trabalho do enfermeiro, Cianciarullo (1997) afirma que a enfermagem sempre se preocupou com o controle da qualidade da assistência. Desde a preocupação secular e informal das enfermeiras em realizar os procedimentos exatamente conforme o preconizado pelas normas até a elaboração de um conjunto organizado das atividades - processo de enfermagem -, no qual as enfermeiras

procuraram desenvolver um sistema formal para avaliar a qualidade das ações. Segundo a autora, há diferença entre avaliação e controle de qualidade. A avaliação identifica os aspectos positivos e os negativos, não se preocupando com as mudanças do cuidado avaliado. O controle da qualidade da assistência de enfermagem refere-se ao acompanhamento das metas do processo de enfermagem implementado, visando à sistematização das ações.

Em geral, as NC descritas no grupo Administrar/Gerenciar referem-se a ausências de políticas, como a de gerenciamento de riscos e melhoria do preenchimento de documentos institucionais; ausência de comissões; ausência de metodologias, como indicadores para auxílio de diversos processos e gerenciamento de NC, dentre outras. Tais NC, embora reflitam um distanciamento entre o gerenciamento/administração realizado no cotidiano do serviço de enfermagem dos hospitais e o preconizado pelo SBA, comporta aspectos que não estão sob a governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem ou do enfermeiro. Como exemplo dessa falta de governabilidade, pode-se citar a instituição de determinada política institucional, a qual é peculiar da alta direção.

4.2.3 Não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar

Nesta seção, apresentam-se as NC de enfermagem relativas ao processo Educar/Pesquisar extraídas dos relatórios de DO-ONA de hospitais Pro-Hosp. Primeiro, serão analisadas as NC do item da seção 2, relativa à Organização Profissional, e subseção Enfermagem (TAB. 12), seguindo-se a análise das NC referentes à seção 3 (Atenção ao Paciente/Cliente) e suas referidas subseções (TAB. 13), e, por último, aquelas NC concernentes à Seção 4 - Diagnóstico. Porém, como nessa seção não houve número expressivo, será feita a análise descritiva nas duas NC que foram evidenciadas.

TABELA 12
Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem
Educar/Pesquisar. Seção Organização Profissional. Subseção Enfermagem.
Belo Horizonte/MG, 2011

Não conformidade (NC)	n	%
Ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência	16	43,24
Ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio	8	21,62
Ausência de programa de integração do novo colaborador com foco na capacitação e no desenvolvimento	3	8,11
Ausência de programa formal de acompanhamento de estagiários	1	2,70

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

A NC “ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência”, foi a mais frequente deste grupo e da subseção, com evidência em 16 (43,24%) dos hospitais em estudo. Destes, 68,75% são hospitais da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos; 6,25%, da federal; 6,25%, da estadual; e 18,75%, da esfera municipal. A maioria (81,25%) não tem atividade de ensino e 75,00% são referência microrregional. Com relação ao número de leitos, 12,50% têm de 0-50 leitos; 18,75%, de 51-100 leitos; 62,50%, de 101-200; e 6,25%, 201 ou mais leitos.

Essa NC vai ao encontro de todas as ações realizadas pela SES-MG, no sentido de dar elementos palpáveis para que os hospitais Pro-Hosp possam trabalhar para a melhoria contínua dos seus serviços. Os DO-ONA subsidiados pelo estado aos hospitais - com base nos procedimentos já abordados para seleção das instituições - devem ser utilizados pelos dirigentes como instrumento de gestão para a realização de Planos de Ação que possibilitem a correção de NC. As NC diagnosticadas devem ser também elementos de identificação de necessidades de treinamentos dos colaboradores. Nesse sentido e com o aprimoramento do Pro-Hosp, a SES-MG espera contribuir com os hospitais socialmente necessários do estado a alcançarem níveis cada vez melhor de qualidade assistencial e gerencial.

A segunda NC mais frequente neste grupo e nesta subseção Enfermagem é “ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio”, que apareceu em 8 (21,62%) dos hospitais, o que vem ressaltar o papel de líder dos enfermeiros. Desses 8 hospitais, 50,00% são da esfera privada filantrópica ou sem fins lucrativos; e 25,00%, da federal e municipal, cada um. A atividade de ensino é realizada por 25,00%, sendo que 75,00% não têm esse fim. E 75,00% dos 8 hospitais que

apresentaram essa NC são microrregionais. Os hospitais que têm de 0-50 leitos são 12,50%; de 51-100, 25,00%; de 101-200, 50,00%; e de 201 ou mais leitos, 12,50%.

Donabedian (2003) afirma que a liderança é uma característica significativa para a cultura de uma organização. Se ela for criteriosa e persistentemente empregada, pode modificar a própria cultura. Esse autor descreve que dois fatores influenciam o sucesso que a liderança pode exercer. O primeiro é a autoridade, que inclui a capacidade de influenciar profissionais tanto para elogiar quanto para repreendê-los. O segundo é o carisma, que é a capacidade de persuadir, motivar, inspirar confiança e dar exemplo pessoal de compromisso para a melhoria da qualidade do atendimento.

Em estudo desenvolvido em 14 hospitais certificados pela ONA e pela JCI em São Paulo, a liderança foi a competência mais importante e mais presente nos gerentes de enfermagem, na visão dos seus superiores hierárquicos (FURUKAWA; CUNHA, 2011). Os enfermeiros recebem uma formação básica e fundamental para exercerem seu trabalho durante a graduação. Porém, ao final desta e no decorrer da sua vida profissional, os conhecimentos e as habilidades ainda permanecem em construção e remodelagem. Assim, a capacitação é importante por permitir a atualização e contextualização das práticas dos profissionais e a construção de relações e processos que vão das equipes em atuação às práticas institucionais de cada célula de negócio; ou seja, de cada unidade do hospital.

Muitas empresas promovem sinergias entre os diversos negócios e as áreas que a compõem, sendo as empresas automobilísticas, metalúrgicas e eletrônicas grandes referências nesse processo. Infelizmente, na saúde essa sinergia está sendo incorporada aos poucos, mas há traços de melhoria. Por exemplo, a lógica da estrutura e da produtividade era departamental até poucos anos atrás, o que fragmentava ainda mais a assistência hospitalar, mas as organizações têm trabalhado para romper esses desafios (FELDMAN, 2009).

A NC “ausência de programa de integração do novo colaborador com foco na capacitação e no desenvolvimento” foi evidenciada em 8,11% das instituições participantes do estudo. Esta NC é relevante no sentido de se refletir como os hospitais tem integrado o novo colaborador em seu corpo de profissionais. Na prática, o que acontece é que o profissional que chega ao serviço vai aprendendo aos poucos onde está localizado cada serviço do hospital, os fluxos e as práticas. Geralmente, um auxiliar ou técnico de enfermagem mais antigo - no sentido de tempo de trabalho - ou que exerça algum tipo de liderança é que passa a acompanhar os técnicos ou, até mesmo, os enfermeiros que chegam ao serviço. Assim, há transmissão de vícios para os novatos, permanecendo a cultura organizacional vigente e a dificuldade de inovação. Nesse sentido, é necessário repensar esse

cenário e implementar programas que visem apresentar os fluxos assistenciais e administrativos internos para os novatos, bem como todas as atividades que eles deverão cumprir, de uma forma dialogada e reflexiva.

Além dessas NC, a “ausência de programa formal de acompanhamento de estagiários”, evidenciada em apenas um hospital, sugere uma reflexão sobre como se tem preparado aqueles que um dia podem fazer parte dos trabalhadores da instituição ou ocupar espaços de liderança.

No grupo do processo de trabalho Educar/Pesquisar, com base na TAB. 13, discutem-se as NC relativas ao trabalho da enfermagem evidenciadas nas subseções da seção Atendimento ao Paciente/Cliente, de acordo com o MBA versão 2006 (ONA, 2006).

TABELA 13

Distribuição das não conformidades relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem Educar/Pesquisar. Seção Atendimento ao Paciente/Cliente. Belo Horizonte/MG, 2011

Subseção	Não conformidade (NC)	n	%
Internação	Não evidenciamos orientação formal para a instalação de hemocomponentes pela enfermagem e reconhecimento das reações adversas	1	2,70
Hemoterapia	O treinamento dos profissionais de enfermagem deve ser reforçado para instalação, monitoramento e registro formal das transfusões, bem como reconhecimento e notificação de eventos adversos	7	18,92
	O treinamento da equipe de enfermagem deve ser reforçado para correto preenchimento dos parâmetros do paciente no prontuário no início, meio e término da infusão	1	2,70
Assistência Farmacêutica	Ausência de ações de conscientização da equipe médica e de enfermagem para a notificação de ações adversas	8	21,62

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp de Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

Do conjunto das NC evidenciadas na subseção Atendimento ao Paciente/Cliente do grupo Educar/Pesquisar, observa-se que três correspondem ao ato de transfusão de hemocomponentes. Dessas, a com maior número de hospitais foi a NC “o treinamento dos profissionais de enfermagem deve ser reforçado para instalação, monitoramento e registro formal das transfusões, bem como reconhecimento e notificação de eventos adversos”, evidenciada em 7 (18,92%) dos hospitais. Dentre esses, 85,71% são da esfera administrativa privada filantrópica ou sem fins lucrativos e 14,25% são da esfera municipal. Das 7 instituições, 85,71% não têm a função de ensino como atribuição e 71,43% são referências para a macrorregião. O quantitativo de 101-200 leitos está em 71,43% dos hospitais e no restante (28,57%) os leitos hospitalares são superiores a 201 leitos.

Segundo Barbosa *et al.* (2011), os profissionais de enfermagem exercem papel essencial na segurança transfusional. Além de saberem executar a administração das

transfusões, devem conhecer suas indicações, realizar a checagem de dados de forma correta e com atenção para a prevenção de erros, orientar os pacientes sobre o procedimento da transfusão, detectar, comunicar e atuar no atendimento às reações transfusionais e documentar todo o processo realizado. Segundo os autores, a atuação da enfermagem pode minimizar os riscos para o paciente que passa pela transfusão e evitar danos, desde que o gerenciamento do processo transfusional ocorra com a eficiência necessária. Isso exige a preparação dos profissionais que são responsáveis, direta ou indiretamente, pela segurança transfusional, buscando reduzir a distância entre a prática e o conhecimento científico disponível e, consequentemente, a redução dos riscos transfusionais.

Segundo a RDC nº 153/2004, as transfusões devem ser feitas por profissional de saúde habilitado e qualificado para a realização desse procedimento, sob a supervisão médica (ANVISA, 2004b). Ou seja, pelo menos um médico deve estar presente caso haja reações ou complicações. O paciente deve ter seus sinais vitais aferidos e registrados antes do início da transfusão. Os primeiros dez minutos de transfusão devem ser acompanhados pelo profissional de saúde, que deve permanecer ao lado do paciente. No meio do ato transfusional, o paciente deve ser periodicamente observado, para detecção precoce de eventuais reações adversas, as quais, se ocorrerem, o médico deve ser chamado imediatamente. Assim, como a enfermagem geralmente está à frente da execução dos atos transfusionais, é importante prever treinamentos e uma rotina estabelecida para observar, aferir e anotar os parâmetros básicos e vitais do paciente no início, no meio e no término de cada infusão.

Neste grupo e subseção, ainda, foi constatado em 21,62% dos hospitais a NC “ausência de ações de conscientização da equipe médica e de enfermagem para a notificação de ações adversas”. Embora já tenha sido abordada em outros grupos a notificação de ações adversas, aqui é focalizada a necessidade de conscientização dos profissionais; ou seja, os dirigentes das instituições devem providenciar estratégias que sensibilizem e levem todos os profissionais a se conscientizarem da importância de notificar ações adversas que ocorreram. Torna-se necessário esclarecer que os profissionais estão em contínuo processo de atualização, tendo em vista as mudanças no setor produtivo e as falhas dos processos de formação profissional. Para tanto, é necessário contar com uma cultura organizacional madura capaz de reconhecer esses eventos como oportunidade de aprendizado, e não de identificação e punição do profissional.

Na seção Diagnóstico deste grupo Educar/Pesquisar, ocorreu duas NC, sendo cada uma em um hospital: “ausência de definição e implantação de treinamentos de aprimoramento dos procedimentos de coleta para a enfermagem, com foco na diminuição das re-coletas” e “a

capacitação dos colaboradores da enfermagem das unidades para realização de eletrocardiograma deve ser reforçada”. As NC ocorreram, respectivamente, em um hospital público e em um privado.

A respeito deste grupo Educar/Pesquisar, segundo Peres e Ciampone (2006), nos cursos de graduação, as disciplinas da área da educação são trabalhadas de maneira dispersa. A associação da educação com o saber da enfermagem não é integrado. É necessário rever a abordagem, ampliando-a para a capacitação do enfermeiro em exercer o processo educativo informal nas relações de trabalho, criando o hábito de aprender a aprender constantemente. Dentre os elementos que permitem desenvolver a competência de educação permanente no enfermeiro, destacam-se: planejamento, políticas de gerenciamento de pessoas, conhecimento do processo de trabalho e leis trabalhistas, cultura organizacional, trabalho em equipe, comunicação e educação continuada (PERES; CIAMPONE, 2006).

4.3 A interface dos grupos de não conformidades dos processos de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar

A TAB. 14 apresenta o quantitativo de NC de enfermagem encontradas nos DO-ONA, por hospital, e as frequências relativas de acordo com os grupos de análise do estudo.

Do conjunto dos 37 hospitais estudados, em 20 (54,05%) a frequência de NC referentes ao grupo do processo de trabalho Administrar/Gerenciar foi maior que dos outros dois grupos. Os hospitais H11, H28 e H29 foram os que apresentaram a maior frequência de NC relacionados ao processo de trabalho Administrar/Gerenciar, com 66,67% cada um. Dos 20 hospitais, 13 (65,00%) são da esfera administrativa privada filantrópica e 7 (31,82%) são públicos, sendo 3 (42,86%) da esfera municipal, 1 (14,29%) da estadual e 3 (42,86%) da federal. Dos 20 hospitais, 13 (65,00%) são referências microrregionais e 14 (70,00%) são unidades sem atividade de ensino.

TABELA 14
Distribuição da frequência absoluta e relativa de não conformidades relacionadas aos processos de trabalho Cuidar/Assistir, Administrar/Gerenciar e Educar/Pesquisar. Belo Horizonte/MG, 2011 (n=37)

Hospital	Não conformidades de enfermagem			
	n	Cuidar/Assistir (%)	Administrar/Gerenciar (%)	Educar/pesquisar (%)
H 1	14	35,71	50,00	14,29
H 2	9	66,67	33,33	-
H 3	22	40,91	54,55	4,55
H 4	16	31,25	56,25	12,50
H 5	13	46,15	38,46	15,38
H 6	15	33,33	60,00	6,67
H 7	14	42,86	50,00	7,14
H 8	23	47,83	47,83	4,35
H 9	14	35,71	50,00	14,29
H 10	12	41,67	58,33	-
H 11	18	22,22	66,67	11,11
H 12	14	57,14	35,71	7,14
H 13	19	15,79	63,16	21,05
H 14	17	23,53	58,82	17,65
H 15	14	28,57	57,14	14,29
H 16	12	50,00	50,00	-
H 17	15	33,33	53,33	13,33
H 18	10	60,00	40,00	-
H 19	15	53,33	46,67	-
H 20	16	25,00	56,25	18,75
H 21	9	55,56	44,44	-
H 22	17	58,82	35,29	5,88
H 23	10	60,00	40,00	-
H 24	17	35,29	52,94	11,76
H 25	20	60,00	25,00	15,00
H 26	9	33,33	33,33	33,33
H 27	21	52,38	47,62	-
H 28	6	33,33	66,67	-
H 29	18	33,33	66,67	-
H 30	13	30,77	46,15	23,08
H 31	16	50,00	50,00	-
H 32	15	60,00	40,00	-
H 33	14	42,86	50,00	7,14
H 34	16	25,00	62,50	12,50
H35	28	42,86	57,14	-
H36	13	46,15	46,15	7,69
H37	11	54,55	27,27	18,18

Fonte: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA, 2009.

Nota: Dados extraídos dos Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais que participam do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37), 2009.

- significa dado rigorosamente zero.

O gerenciamento realizado pelo enfermeiro, segundo Peres e Ciampone (2006), resulta do arranjo histórico da força de trabalho em enfermagem que promoveu a divisão técnica e social. Desde os primórdios da enfermagem moderna, segundo Gomes *et al.* (1997), visualizou-se a dimensão do saber administrativo executado pelas *ladies-nurses*, de nível social elevado, com capacitação diferenciada e traduzido por ações de supervisão e ensino.

Tal dimensão distinguia-se daquela associada ao cuidado direto aos pacientes executado pelas *nurses*, de nível social inferior. As vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados na cadeia hierárquica e a cisão provocada entre gerenciamento e execução ao longo dos anos fizeram com que o trabalho gerencial fosse cultivado como função privativa do enfermeiro, ressaltando o seu *status* profissional, aliado à sua responsabilidade legal sobre a equipe (PERES; CIAMPONE, 2006).

Porém, mesmo com a modernização organizacional em grande parte dos hospitais, os níveis intermediários da administração, nos quais se situa comumente o enfermeiro, as funções gerenciais são confusas, diluídas e distantes do usuário e das práticas interdisciplinares. Isso interfere nos processos de trabalho, no modelo assistencial e na qualidade do cuidado. Assim, torna-se necessário revisar os conceitos e as ações gerenciais em enfermagem, visando estimular reflexões sobre novas possibilidades do “fazer”, tendo em vista o indivíduo como centralidade dos processos gerenciais do enfermeiro (ROSSI; LIMA, 2005). Considera-se que as atividades gerenciais devem ser realizadas com o intento de assegurar a qualidade da assistência e o apropriado funcionamento da organização.

O enfoque gerencial/administrativo do processo de acreditação - visto pela maior frequência de NC - coloca o enfermeiro em situações de desafio quando precisa tomar decisões que vão impactar a qualidade e o resultado institucional. De acordo com Yamauchi (2009), a prática administrativa do enfermeiro tem evoluído para se adaptar às novas exigências apresentadas em cada contexto histórico, social, político e econômico. Segundo essa autora, no passado o enfermeiro era chefe do setor, mas hoje o mercado exige que ele seja gestor da unidade estratégica de negócio, com entendimento do todo, e não apenas da enfermagem, como tradicionalmente lhe cabia.

Em 12 (32,43%) dos hospitais as frequências do grupo Cuidar/Assistir foram maiores que as frequências dos outros dois grupos. Desses hospitais, 91,67% são da esfera administrativa privada e 8,33%, da esfera municipal. Interessante que a maior parte de hospitais é da esfera privada. Isso pode ser devido a inúmeros fatores, por exemplo, para conter gastos, o hospital privado exige que um enfermeiro exerça diversas funções.

As frequências de NC relacionadas ao grupo Cuidar/Assistir variaram também. O percentual maior ocorreu no H2, uma instituição privada sem fins lucrativos. Dos 12 hospitais, 41,67% são hospitais de ensino e 58,33% são unidades sem atividade de ensino.

A equipe de enfermagem tem por essência, o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Contudo, o enfermeiro tem se afastado do paciente e dedicando-se mais ao trabalho administrativo, deixando aos auxiliares

e técnicos de enfermagem a responsabilidade de assumir a assistência, com base em seus paradigmas, conhecimentos e vícios, subvalorizando a assistência (CHANES, 2009). De acordo com Cianciarullo (1997), o enfermeiro sempre buscou a qualidade na tecnologia da saúde, no ensino, nos métodos de pesquisas e na administração de serviços, relegando a segundo plano a essência da qualidade do cuidado que presta à sua clientela. Segundo a autora, isso ocorreu na prática dos enfermeiros em primeiro lugar “porque por muitos anos se dedicaram a uma prática tecnicista e em segundo lugar por realmente conhecerem muito pouco acerca da prática cuidativa” (CIANCIARULLO, 1997, p. 18).

Manzo *et al.* (2011) descrevem que o processo de acreditação hospitalar, quando implementado de forma a atingir a mudança da cultura organizacional, surge como uma possibilidade de promover melhoria da qualidade das instituições, pois traz transformações nos hábitos, nos valores e nos comportamentos dos profissionais, impondo a estes a ruptura do cuidado mecanizado.

Em 4 (10,81%) dos hospitais houve empate em relação às frequências de NC dos grupos Cuidar/Assistir e Administrar/Gerenciar. O H8 apresentou frequência de 47,83% nos dois grupos; o H16 e o H31 de 50%; e o H36, de 46,15% em cada um dos grupos Cuidar/Assistir e Administrar/Gerenciar. Todos esses hospitais são privados filantrópicos e unidades sem atividade de ensino.

A frequência de NC no grupo Educar/Pesquisar em nenhum hospital foi superior à dos outros dois grupos. Entretanto, em 1 (2,70%) hospital esse grupo empatou com os outros dois grupos, ou seja, no H26 a frequência de NC nos três grupos foram de 33,33% em cada. Do conjunto dos hospitais, 13 (35,14%) não apresentaram nenhuma NC deste grupo. Observou-se que as NC relativas ao processo de trabalho Educar/Pesquisar foram mais focado nas orientações e treinamento da equipe de enfermagem.

Tanaka e Leite (2008) relatam, a partir da revisão de literatura sobre o processo de trabalho do enfermeiro, que o educar incidiu na educação em saúde e que no trabalho da enfermagem o processo de trabalho pesquisar, como imperativo da formação profissional do enfermeiro, não foi relevante. Ressalta-se que, embora não tenha sido encontrada nenhuma NC relativa à pesquisa, manteve-se o nome do grupo, por se considerar que a participação da enfermagem tanto em desenvolvimento de pesquisas como nas discussões clínicas dos pacientes é fundamental para a qualidade da assistência. A pesquisa em enfermagem é pouco incentivada nas organizações hospitalares, sendo o quantitativo inferior quando comparado com o das Universidades e Escolas de Enfermagem (FELDMAN; CUNHA, 2006).

De outro lado, há estudos, como o de Hausmann e Peduzzi (2009), realizado com enfermeiros, que mostram a existência de atividades gerenciais seguidas imediatamente de atividades assistenciais, ou vice-versa, reforçando o pressuposto da complementaridade. Quando o planejamento da assistência de enfermagem vem acompanhado da interação com o paciente como uma forma de qualificar o cuidado, ocorre a articulação entre a ação gerencial planejar e a ação de cuidado direto. Assim, o procedimento técnico ligado ao planejamento garante ao paciente o cuidado de qualidade, pois, ao planejar, o enfermeiro define os objetivos para promover uma assistência de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes.

E, ainda, o enfermeiro tem papel importante na determinação dos processos de trabalho em saúde, nos aspectos coletivo e multidisciplinar, por ser um dos articuladores dos processos de trabalho, interagindo com o restante da equipe e coordenando a organização dos processos (ROSSI; LIMA, 2005). Fato é que o enfermeiro, na maior parte do tempo, é o ponto de convergência e de distribuição de informações para pacientes, familiares, profissionais da equipe de saúde e os diferentes serviços do hospital. O enfermeiro oferece as condições para a concretização do trabalho como um todo, promovendo e mantendo os instrumentos adequados para a qualificação da assistência. Com isso, proporciona as condições para que os outros profissionais efetuem os seus trabalhos (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Segundo Rossi e Lima (2005), todavia, o enfermeiro ainda não é capaz de explorar com intensidade o trânsito e a representatividade que há de uma ponta a outra; ou seja, do cuidado ao usuário até os processos de gerenciamento e gestão. Essa exploração se daria no sentido de agir e de investir na qualificação do trabalho vivo em ato, de encadear suas ações com outros profissionais, de construir novas tecnologias e de incorporar o papel fundamental que exerce na organização e estruturação dos processos de trabalho em saúde.

A qualidade da assistência da enfermagem envolve: conhecimentos, habilidades, crenças e valores individuais, profissionais e institucionais. Os conhecimentos fundamentam as ações de enfermagem e são expressos operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca, por meio da sistematização das ações, alcançar um nível de qualidade articulado com os recursos disponíveis e com as necessidades de pacientes, familiares e comunidade. A habilidade envolve a capacidade para realizar algo - cuidado, gerência, capacitação -, constituindo um dos alicerces da qualidade assistencial. As crenças e valores individuais, profissionais e institucionais influenciam o padrão instituído para a “assistência de enfermagem que se fundamenta, apesar de raramente estar explícita, na qualidade dos resultados desejados da interação do enfermeiro com o cliente e reflete-se no compromisso do ser enfermeiro e do estar exercendo a profissão” (CIANCIARULLO, 1997, p. 16).

Contudo, a enfermagem sozinha não garante a qualidade da assistência (CIANCIARULLO, 1997). Esta se dá pelo conjunto de ações, as quais devem ser executadas por uma equipe multiprofissional. Pensar nesse trabalho multiprofissional significa, segundo Alves, Ramos e Penna (2005), pensar num cuidado centrado no paciente e em suas necessidades, pois a heterogeneidade de situações exige respostas imediatas, para não colocar em risco os pacientes. Assim, a conexão de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objetivo comum torna-se fundamental para que a assistência seja oportuna e livre de riscos. Neste sentido, o estudo de Manzo *et al.* (2012) com profissionais de enfermagem de um hospital de Belo Horizonte evidenciou que a conquista da certificação propicia, de forma contínua, o crescente aprimoramento dos processos de trabalho e tende a minimizar os riscos na execução dos procedimentos, alcançando-se melhorias efetivas na qualidade da assistência.

Contudo, poucos êxitos serão alcançados caso não seja nítido o envolvimento da alta administração dos hospitais, refletido não somente nas recomendações escritas, mas também, e principalmente, no exemplo de atitudes. Ou seja, o papel estimulante dos líderes da instituição é fundamental para melhorar a qualidade (MATOS *et al.*, 2006). É importante também, segundo Manzo *et al.* (2011), sensibilizar os colaboradores em relação aos objetivos e às propostas da acreditação, visando provocar melhor assimilação dos princípios da ONA. As autoras afirmam que se os profissionais de saúde não internalizarem a filosofia do processo de acreditação em sua prática assistencial o processo não terá continuidade, não sendo possível alcançar a excelência na prestação dos serviços.



Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento da pesquisa e a partir dos dados analisados, entende-se que o conjunto de não conformidades reflete o nível de qualidade da organização, tornando-se necessário que sejam trabalhadas conjuntamente pela alta direção, pelos profissionais de saúde e demais áreas dos hospitais, no sentido de corrigi-las para aumentar a qualidade, evitando riscos e danos para os pacientes.

Há grande heterogeneidade das instituições hospitalares em todos os aspectos que possam caracterizá-las. Os hospitais pesquisados se localizam em diversas regiões de Minas Gerais e a maioria é composta por hospitais privados filantrópicos ou privados sem fins lucrativos. Os sem fins lucrativos são os que mais internam nas quatro clínicas básicas. Porém, a média de internações dos hospitais públicos é maior. A maioria dos hospitais é referência microrregional da atenção à saúde, sem atividade de ensino e tem de 101 a 200 leitos. Porém, o maior número de internações foi realizado pelo grupo de hospitais que têm mais de 201 leitos.

O quantitativo de profissionais de enfermagem dos hospitais estudados foi baixo quando comparado com o encontrado na literatura, o que pode justificar a ocorrência de muitas NC. A pequena quantidade de enfermeiros nos hospitais permite inferir que o trabalho assistencial fica sob a responsabilidade de auxiliares e técnicos de enfermagem. Entretanto, a maior parte das NC relativas à enfermagem ocorreu no grupo Administrar/Gerenciar, as quais são privativas do enfermeiro, segundo a legislação, e vão ao encontro do direcionamento da acreditação, que é um processo eminentemente gerencial.

No grupo relativo ao processo de trabalho de enfermagem Cuidar/Assistir, as NC se relacionaram a: falta de segurança na administração de medicamentos, ausência de planejamento da assistência, falta de estratificação dos riscos dos pacientes admitidos na instituição, ausência de protocolos e metodologias para assegurar a qualidade, falta da prática cotidiana de gerenciamento dos riscos, dentre outros. Tais aspectos de atuação relativos à enfermagem estão intrinsecamente ligados aos processos de trabalho de outros profissionais, não sendo possível circunscrevê-los apenas à enfermagem. Assim, deve ser construído no âmbito de cada hospital um sistema de minimização das NC assistenciais, o qual impactará na prevenção de erros, por meio de instrumentos que tragam facilidades a uma assistência de qualidade e segura, assim como dificuldades para causar erros advindos dela.

No grupo relativo ao processo de trabalho de enfermagem Administrar/Gerenciar, as NC se relacionaram a: não implantação de política de gerenciamento dos riscos e melhoria do preenchimento de documentos institucionais, ausência de fluxos de atendimento, falta de comissões e registros obrigatórios pela legislação, ausência de controle de materiais, medicações e equipamentos, dimensionamento da equipe sem metodologia adequada e falta de indicadores de gestão, entre outros. Tais NC estão diretamente relacionadas ao cumprimento da legislação vigente e com os objetivos estratégicos determinados pelos dirigentes institucionais, sendo que sua mitigação e solução não estão sob governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem. A alta direção deve viabilizar educação permanente para os profissionais enfermeiros, possibilitando um (re)pensar da sua prática gerencial, bem como, prover os recursos necessários no sentido de um trabalho conjunto da enfermagem, demais profissionais de saúde e alta direção para a mitigação e solução das NC encontradas.

Do grupo Ensinar/Pesquisar emergiram NC relacionadas a: falta de programas de treinamento para os colaboradores, com a mensuração da eficácia e da eficiência, ausência de capacitação e envolvimento das lideranças, falta de programa de integração do novo colaborador, ausência de ações de conscientização da equipe para a notificação de ações adversas, entre outros. A associação das metodologias e das práticas da educação com o saber assistencial e gerencial da enfermagem desde a formação dos profissionais não ocorre de forma integrada, sendo necessário (re)construir abordagens que consigam juntá-las no cotidiano de trabalho. Contudo, as NC neste grupo estão ligadas diretamente à política de gestão e desenvolvimento de pessoas exercida pela instituição, sendo necessário assim, que os dirigentes hospitalares revisem essa política.

As NC relativas ao grupo Ensinar/Pesquisar evidenciadas nos hospitais, foram voltadas para os colaboradores dos hospitais e não foram descritas sobre educação em saúde para pacientes e familiares. Isso pode se justificar devido à priorização dos avaliadores em destacar a necessidade de revisão da política de gestão de pessoas, com foco na capacitação dos colaboradores, para alcance da acreditação. Entretanto, a educação em saúde para pacientes e familiares também é um item importante da qualidade hospitalar.

Mediante a análise das interfaces dos três grupos de NC deste estudo, verifica-se a preponderância de NC relativas ao processo de trabalho da enfermagem Administrar/Gerenciar. Porém, vale ressaltar que essa classificação foi de difícil elaboração, haja vista que a literatura aponta várias possibilidades de classificação das atividades da enfermagem, as quais permeiam de um a outro processo de trabalho, dependendo do estudo analisado.

Observou-se que muitas NC descritas na subseção Enfermagem - relatórios DO-ONA realizados com base na versão 2006 do MBA - foram também apresentadas em outras subseções, mostrando que os avaliadores já eram preparados em avaliar a instituição sistemicamente, mesmo com a versão anterior do MBA, a qual estava em vigor em 2009, época da avaliação dos hospitais Pro-Hosp estudados.

Os resultados dos três grupos de análise deste estudo apontam distanciamento significativo entre o estabelecido pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e a prática de enfermagem. Contudo, a mitigação e solução das NC relativas ao trabalho da enfermagem não estão sob governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem. É necessário, primeiro e principalmente, que a alta administração tenha como política organizacional a busca incessante pela qualidade e pela segurança hospitalar. Os dirigentes e líderes devem criar grupo/núcleo/setor de profissionais que coordene e execute as ações de qualidade e segurança no hospital.

Esse grupo/núcleo/setor, em um trabalho conjunto com a alta direção do hospital, deve sensibilizar todos os profissionais quanto à importância do trabalho conjunto, para o alcance dos padrões de qualidade e para adequação da instituição à legislação vigente. Essa sensibilização pode ser realizada por meio de capacitação, palestras e outras formas mais criativas, para que os colaboradores se conscientizem, internalizem e adotem a ideia da busca pela qualidade e pela segurança. Afinal, aqueles que às conhecem e que se convencem delas certamente se comprometerão com a realização de ações voltadas para o objetivo almejado.

É necessário, após ampla divulgação, criar Grupos de Trabalho na instituição, os quais devem ter uma organização quanto a datas de encontro, pautas levantadas previamente e atas registradas e compartilhadas com a direção. Nos Grupos de Trabalho, devem ser discutidas as NC daquela unidade, levantando as possíveis causas de sua ocorrência, ou seja, deve ser realizada uma análise sistemática dos fatores que contribuem e/ou causam a ocorrência das NC mais relevantes, de modo a mitigá-las. Para tanto, existem diversas ferramentas da qualidade disponíveis para se descobrir a causa de uma NC, como *brainstorming*, os *5 why* e o diagrama espinha de peixe.

Após essa fase de discussão das causas das NC, é necessário realizar Planos de Ação para que cada Grupo de Trabalho responsável pela sua área de atuação no hospital possa agir para a resolução das NC eleitas como prioritárias. O Plano de Ação é uma importante ferramenta por direcionar as ações que devem ser executas pelos colaboradores dos hospitais, bem como é um instrumento gerencial para a alta administração, que deve realizar reuniões periódicas para analisar o cumprimento de prazo das ações propostas.

Ressalta-se que as NC estudadas não são problemas sob a governabilidade exclusiva da Enfermagem, pelo contrário, a mitigação e solução delas e demais NC institucionais devem ser um objetivo estratégico do planejamento elaborado pela alta direção das instituições, pois trabalhar com análise e tratamento de NC, de forma multiprofissional e interdisciplinar, reflete uma política organizacional comprometida com a qualidade e segurança dos serviços prestados.

Constitui limite deste estudo o fato de os dados de NC dos relatórios de DO-ONA referirem-se a apenas hospitais avaliados em 2009, não representando a totalidade dos hospitais de Minas Gerais e também o fato de, por ser um estudo descritivo, não ter sido possível realizar correlações entre as variáveis. Para suprir esta limitação, apresenta-se como sugestão a realização de pesquisas que focalizem maior número de hospitais e também que busquem as causas das NC, contemplando o sistema hospitalar como um todo, uma vez que a ação conjunta de todos os profissionais é que assegura a qualidade e seguranças da assistência nos hospitais.

Almeja-se que este estudo proporcione informações que estimulem discussões e reflexões sobre as práticas institucionais dos hospitais e a importância de conhecer e corrigir as NC. Igualmente, poderão subsidiar a continuidade das ações da SES-MG voltadas para o incentivo à melhoria da qualidade dos hospitais em Minas Gerais.



Referências

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Resolução (RE) nº 921, de 29 de maio de 2002. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 maio 2002a.

_____. **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002b. 144 p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2010.

_____. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, abr. 2004a.

_____. **Resolução RDC nº 153**, de 14 de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. 2004b. 92 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_153_2004.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2010.

_____. **Segundo Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação**. Brasília: ANVISA, 2006a. 11 p.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 93, de 26 de maio de 2002. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jul. 2006b.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Tradução de Jaime A. Clasen e Lúcia Mathilde E. Orth. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 199 p. Tradução de: Evaluacion de servicios y programas sociales.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal aplicado à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 1-10, jul./set. 2001.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006.

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set. 2005.

BARBOSA, S. M. *et al.* Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 132-136, 2011.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia**. 2. ed. ampl. São Paulo: Makron Books, 2000. 122 p.

BECCARIA, L. M. *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, jul./ago. 2009.

BOCCHI, S. C. M.; FÁVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 41-59, jul. 1996.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-324, abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 82**, de 3 de janeiro de 2000. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. 2000. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/82_00.htm>. Acesso em: 29 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 abr. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.970, de 25 de outubro de 2001. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em sua 3ª edição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan. 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Vocabulário da saúde em qualidade e melhoria da gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 98 p.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 maio 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.044, 1 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2005.

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CASTRO, M. S. M. de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, out./dez. 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 162 p.

CHANES, M. Qualidade assistencial em enfermagem. In: MALAGUTTI, W. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. p. 61-73.

CHAVES, M. M. **O trabalho da enfermeira-gerente no contexto hospitalar: um estudo de caso sobre habilidades e funções à luz da teoria gerencial**. 2005. 145 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

CIANCIARULLO, T. I. **C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997. 147 p.

COELHO, M. A.; BARBOSA, M. A.; SILVA, M. M. L. Análise dos registros de ações planejadas/executadas por gerentes de enfermagem de um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 573-579, set. 2008.

COIMBRA, J. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 142-148, set. 2006. Suplemento. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5181/3352>>. Acesso em: 8 set. 2011.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR/CQH. **Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Quem Somos?** 2011. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/?q=node/9>>. Acesso em: 19 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/COFEN. **Resolução COFEN nº 146**, de 1992. Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Rio de Janeiro, 1 jun. 1992. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4237>>. Acesso em: 8 set. 2011.

_____. **Resolução COFEN nº 172**, de 1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. Rio de Janeiro, 15 jun. 1994. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4246>>. Acesso em: 26 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/COFEN. **Resolução COFEN n° 186**, de 1995. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. Rio de Janeiro, 20 jul. 1995. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4248>>. Acesso em: 8 set. 2011.

_____. **Resolução COFEN n° 272**, de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 27 ago. 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>>. Acesso em: 8 set. 2011.

_____. **Resolução COFEN n° 293**, de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 21 set. 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>>. Acesso em: 26 set. 2011.

_____. **Resolução COFEN n° 302**, de 2005. Revoga a Resolução COFEN-168/1993. Baixa normas para Anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas. Rio de Janeiro, 16 mar. 2005. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4337>>. Acesso em: 27 set. 2011.

_____. **Resolução COFEN n° 358**, de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 8 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/CFM. **Resolução n° 1.672**, de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Brasília, 9 jul. 2003. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1672_2003.htm>. Acesso em: 4 set. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS/COREN-MG. **Deliberação COREN-MG 35/2000**. Dispõe sobre a criação de Comissão de Ética de Enfermagem em todas as instituições onde existirem atividades de enfermagem, no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 20 mar. 2000. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/interna.php?menu=0&subMenu=2&pr efixos=35>>. Acesso em: 26 set. 2011.

_____. Unidade de Fiscalização. **Regimento do Serviço de Enfermagem (RSE):** subsídios para elaboração. Belo Horizonte: COREN-MG, 2010. 18 p. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/modelManualRegimento.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

COSTA, A. F.; FARIAS FILHO, J. R. de. Processo de acreditação de organismos de certificação utilizado pelo INMETRO: um estudo comparativo com organismos congêneres de outros países. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 83-100, jan./jun. 2007.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 418-426, set. 2006.

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 65-69, jan./fev. 2005.

D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. 21 p.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, Washington, v. 71, n. 4, p. 409-412, apr. 1981.

_____. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública de México**, México, v. 32, n. 2, p. 113-117, mar./abr. 1990.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 200 p.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DYSON, E.; SMITH, G. B. Common faults in resuscitation equipment - guidelines for checking equipment and drugs used in adult cardiopulmonary resuscitation. **Resuscitation**, Limerick, v. 55, n. 2, p. 137-149, nov. 2002.

FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2009. 392 p.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 540-545, jul./ago. 2006.

FELDMAN, L. B.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. Como fazer o gerenciamento de riscos? Proposta de um método brasileiro de segurança hospitalar. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 5, p. S55, set. 2007. Suplemento 1. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/artigos/vol5_Supl1/RC%20-%20p-S48-S63.pdf>. Acesso em: 23 set. 2011.

FELDMAN, L. B.; 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.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O Trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1-12.

FORTES, M. T. R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde**: as propostas de política e suas diversas creditações. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2007.

FRANCA, L. S. de; BARREIRA, I. A. A enfermeira-chefe como figura-tipo em meados do século XX. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 508-511, jul./ago. 2004.

FRENK, J. Avedis Donabedian, M. D., M. P. H. 1919-2000. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 42, n. 6, p. 556-557, nov./dec. 2000. In Memoriam.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 121-135.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan./fev. 2005.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 106-114, jan./feb. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, E. L. R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

GRITTEM, L., MEIER, M., GAIEVICZ, A. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 31, p. 245-251, set./dez. 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, set./out. 2006.

HUBER, D. L.; MCCLELLAND, E. Patient preferences and discharge planning transitions. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 19, n. 4, p. 204-210, july/aug. 2003.

KOBAYASHI, R. M.; SILVA, A. B. V.; AYOUB, A. C. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 19-28, out./dez. 2010.

KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C. Confirmation of a healthy work environment. **Critical Care Nurse**, Secaucus, v. 28, n. 2, p. 56-63, apr. 2008.

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 121-151.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da Excelência**. São Paulo: Singular, 2009. 496 p. Tradução de Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence.

LEAPE, L. L. Error in medicine. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 23, p.1851-1857, dec. 1994.

LIMA, S. G. de *et al.* Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 399-404, set./out. 2010.

LUVISOTTO, M. M. *et al.* Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, parte 1, p. 209-214, 2010.

MACHADO, E. N. M.; ALFRADIQUE, M. E.; MONTEIRO, L. P. **Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. 101p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade: questões associadas. In: _____. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 3, p. 10-15. (Série Saúde & Cidadania).

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

_____ *et al.* As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, out./nov./dez. 2011. No prelo.

_____ *et al.* Las implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de profesionales de enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, n. 25, jan. 2012. No prelo.

MARX, K. **Os economistas. O Capital. Crítica da economia política. Livro Primeiro. O processo de produção do capital**. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996. 496 p. (Prefácios e Capítulos I a XII, v. I). Tradução de: Value, Price and Profit; Das Kapital - Kritik der Politischen Ökonomie.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 1-5, maio 2001.

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

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MAXWELL, R. J. Perspectives in NHS Management: quality assessment in health. **British Medical Journal**, London, v. 288, n. 6428, p. 1470-1472, may 1984.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Atheneu, 2009. 847 p.

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

MIASSO, A. I. *et al.* O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-363, maio/jun. 2006.

MINAS GERAIS. **Resolução SES-MG n° 0082**, de 16 de maio de 2003. Institui o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais - PRO-HOSP e fixa suas diretrizes. Belo Horizonte, 2003. 4 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2003/RESOLUCaO%20SES%20082.pdf>. Acesso em: 6 out. 2011.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, 2007. 121 p.

_____. **Resolução SES-MG n° 1.505**, de 18 de junho de 2008. Institui o Edital do 1° Prêmio Célio de Castro. Belo Horizonte, 2008. 6 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2008/resolucao_1505.pdf>. Acesso em: 6 out. 2010.

_____. **Deliberação CIB-SUS/MG n° 613**, de 9 de dezembro de 2009. Aprova as normas gerais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais - PRO-HOSP Macrorregional e Microrregional. 2009a. 2 p. Disponível em: <http://200.198.43.10:8080/ses/atos_normativos/deliberacoes/2009/Del%20613%20PRO%20HOSP.pdf>. Acesso em: 6 out. 2011.

_____. **Deliberação CIB-SUS/MG n° 618**, de 9 de dezembro de 2009. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização - PDR/MG 2009. 2009b. 27 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2009/Del%20618%20PDR.pdf>. Acesso em: 6 out. 2011.

_____. **Resolução SES-MG n° 2.338**, de 8 de junho de 2010. Altera o Anexo Único da Resolução SES n° 2.191 de 27 de janeiro de 2010 que fixa o valor do repasse dos recursos financeiros destinados aos hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais - PRO-HOSP Macrorregional e Microrregional, nos termos da Resolução SES n° 2.135 de 9 de dezembro de 2009. Belo Horizonte, 2010a. 5 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2010/resolucao_2338.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. Assessoria de Gestão Regional. **O PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, 2010b. 223 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. Divisão de Organização Hospitalar. **Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar**. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais LTDA, 1949. 45 p. v. 5.

NASCIMENTO, K. C. do *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, dez. 2008.

NEUHAUSER, D. Heroes and martyrs of quality and safety. Ernest Amory Codman MD. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 11, n. 1, p. 104-105, 2002.

_____. Heroes and martyrs of quality and safety. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, n. 4, p. 317, 2003.

NICOLA, A. L.; ANSEMI, M. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 186-190, mar./abr. 2005.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo - segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out./dez. 2007.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, nov./dez. 2009.

OLIVEIRA, B. R. de. **Construindo a regionalização da assistência à saúde em Minas Gerais: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG - Pro-Hosp**. 2006. 80 f. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro (FJP), Belo Horizonte, 2006.

_____. *et al.* Processo e metodologia no Prêmio Célio de Castro: uma análise pontual da política de gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, Ano 2, n. 3, p. 14-28, jul./dez. 2009.

OLIVEIRA, B. R. de; RIBEIRO, H. C. T. C.; FERREIRA NETO, J. **A gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais: uma avaliação do Prêmio Célio de Castro**. 2008. 67 f. Monografia (Especialização em Gestão Hospitalar) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, 2008.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA. **Manual brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 203 p.

_____. Instituto Qualisa de Gestão/IQG. **Relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitais participantes do Pro-Hosp em Minas Gerais (H1 a H37)**. 2009. (Visita de avaliação realizada em 2009).

_____. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 160 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, 1).

_____. **Organizações certificadas**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. In: SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO, 140., 2007, Washington, D.C., EUA. **Anais...** 2007. p. 1-12. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce140-18-s.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez. 2008.

PAIVA, M. C. M. S. de; PAIVA, S. A. R. de; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 361-369.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254 p.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, set. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POMPEO, D. A. *et al.* Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-350, july/sept. 2007.

PROCHNOW, A. G. *et al.* Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 11-18, mar. 2009.

PROGRAMA GAÚCHO DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE/PGQP. **O que é o PGQP?** 2011. Disponível em: <http://www.mbc.org.br/mbc/pgqp/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=151>. Acesso em: 15 set. 2010.

RAUFFLET, E. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In: DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. (Org.). **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. p. 67-81.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

RODRIGUES, F. C. P.; LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 314-322, dez. 2004.

ROONEY, A. L.; OSTENBERG, P. R. V. **Licenciamento, Acreditação e Certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde**. United States of America: Center for Human Services (CHS), 1999. 59 p. (Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade). Disponível em: <http://www.hciproject.org/sites/default/files/Licenciamento_Acredita%C3%A7%C3%A3o_Certifica%C3%A7%C3%A3o_2000.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2011.

- ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 607-619, dez. 2010.
- ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005.
- ROZENFELD, S. *et al.* Efeitos adversos a medicamentos em hospital público: estudo piloto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 887-890, out. 2009.
- SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.
- SANTOS, A. E. dos; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 429-433, jul./ago. 2005.
- SARAGIOTTO, I. R. A.; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 366-371, jul./set. 2009.
- SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, jul./ago. 2007.
- SEIFFERT, L. S.; WOLFF, L. D. G.; WALL, M. L. A expertise de Nightingale e o manual brasileiro de acreditação de organizações de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 556-559, jul./set. 2011.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Portugal, n. 85, p. 65-82, jun. 2009. Disponível em: <www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010.
- SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, maio/jun. 2009.
- SHAW, C. *et al.* Towards hospital standardization in Europe. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 244-249, jun. 2010.
- SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 279-285, 2004.
- SILVA, A. M. da. **Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos**. 2010. 196 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, M. V. C. da; TAVARES JÚNIOR, F.; MENDES, E. V. Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais. In: MARQUES, A. J. S. *et al.* (Org.). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 29-44.

SILVA, S. F. da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas (SP): IDISA/CONASEMS, 2008. 202 p.

TABWIN/CNES/DATASUS. **Arquivos STMG0912.dbc**. dez. 2009a. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. **Arquivos LTMG0912.dbc**. dez. 2009b. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. **Arquivos PFMG0912.dbc**. dez. 2009c. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

TABWIN/SIHSUS/DATASUS. **Arquivos rdmg0901 a 0912.dbc**. jan./dez. 2009. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J. The nurses' working process: the view of professors from a public university. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 481-486, jul./set. 2008.

THE JOINT COMMISSION. **The Joint Commission History**. 2011a. 12 p. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_History_20111.PDF>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. **Quality Check**. 2011b. Disponível em: <<http://www.qualitycheck.org/consumer/searchQCR.aspx>>. Acesso em: 24 ago. 2011.

THE JOINT COMMISSION; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Identification. **Patient Safety Solutions**, Geneva, v. 1, p. 1-4, may 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

TREVIZAN, M. A. *et al.* Atividades da enfermeira de uma unidade de interação cirúrgica. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. IV, n. 19, p. 28-31, 1981.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 192 p.

WACHTER, R. M. Sistema de Notificação, investigação de incidentes e outros métodos para entender as questões de segurança. In: _____. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução de Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 171-183. Tradução de: Understanding patient safety.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. Patient Identification. **Patient Safety Solutions**, Geneva, v. 1, solution 2, may 2007. 4 p. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Patient Safety Workshop. Learning from error.** Geneva: WHO, 2008. 26 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf>. Acesso em: 4 set. 2011.

_____. **10 facts on patient safety.** 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html>. Acesso em: 4 set. 2011.

WOLFF, L. D. G. *et al.* Dimensionamento de pessoal de Enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 171-182, abr./jun. 2007.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: MALAGUTTI, W. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 41-59.

ZUCHELO, L. T. S.; CHIAVONE, P. A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 367-374, abr. 2009.



Anexos



ANEXO A**Modelo Autorização para acesso aos relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA dos hospitais Pro-Hosp**

Logomarca do hospital

AUTORIZAÇÃO

O Hospital (colocar o nome da instituição) autoriza a mestrandia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) **Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro**, sob a orientação da Professora Marília Alves, a utilizar o relatório de Diagnóstico Organizacional da Organização Nacional de Acreditação (ONA) realizado por Instituição Acreditadora Credenciada, para sua dissertação de mestrado.

Fomos informados (as) do caráter estritamente acadêmico do estudo intitulado provisoriamente por “Estudo sobre as Não Conformidades apresentadas no processo de Acreditação de hospitais em Minas Gerais”, que tem como objetivo analisar as não conformidades do trabalho de enfermagem e da gestão de pessoas apresentadas nos relatórios de Diagnóstico Organizacional ONA em hospitais que participam do Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais - Pro-Hosp.

Estamos cientes que o uso das informações do relatório de Diagnóstico Organizacional será somente para elaboração da dissertação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, não identificará os hospitais e somente será feito mediante o envio do referido Diagnóstico Organizacional pelo hospital e com essa autorização assinada. O estudo será submetido às normas éticas aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais.

Assim, eu (nome) _____ CI _____ envio e autorizo o acesso ao relatório de Diagnóstico Organizacional ONA e coloco à disposição o hospital supracitado para colaborar com a realização do estudo, sem receber qualquer incentivo financeiro, ciente de que o hospital não será identificado.

Data: ___/___/2010

Assinatura do Responsável Legal
Carimbo

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



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

Parecer nº. ETIC 0501.0.203.000-10

Interessado(a): **Profa. Marília Alves**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de novembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade em hospitais de Minas Gerais: estudo das não conformidades evidenciadas no processo de acreditação hospitalar" 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.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



Apêndice



APÊNDICE

Instrumento de Coleta de Dados
“Estudo de Não Conformidades no trabalho de Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais”

Data: ____/____/____

Nome do hospital: _____

Código do hospital no estudo: H _____

Município de localização do hospital: _____

Características do hospital:

1) Macrorregião de Minas Gerais que se localiza o hospital:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro | <input type="checkbox"/> Noroeste |
| <input type="checkbox"/> Centro-Sul | <input type="checkbox"/> Norte |
| <input type="checkbox"/> Sudeste | <input type="checkbox"/> Jequitinhonha |
| <input type="checkbox"/> Sul | <input type="checkbox"/> Nordeste |
| <input type="checkbox"/> Oeste | <input type="checkbox"/> Leste |
| <input type="checkbox"/> Triângulo do Norte | <input type="checkbox"/> Leste do Sul |
| <input type="checkbox"/> Triângulo do Sul | |

2) Esfera Administrativa:

Pública: Municipal Estadual FederalPrivada: Filantrópico Sem Fins Lucrativo

3) Quantidade total de leitos existentes (SUS e não SUS): _____

4) Atividade de Ensino/Pesquisa:

 Sim Não

5) Referência para a micro ou macrorregião de saúde:

 Microrregional Macrorregional

6) Internações realizadas em 2009 nas quatro clínicas básicas:

Clínica Médica: _____ internações

Clínica Cirúrgica: _____ internações

Clínica Obstétrica: _____ internações

Clínica Pediátrica: _____ internações

7) Quantidade de Profissionais em dezembro de 2009:

Atendente de Enfermagem: _____ profissionais
 Auxiliar de Enfermagem: _____ profissionais
 Técnico de Enfermagem: _____ profissionais
 Enfermeiros: _____ profissionais
 Equipe total de Enfermagem: _____ profissionais
 Total de profissionais de saúde (incluindo Enfermagem): _____ profissionais

Não Conformidades apresentadas nos DO-ONA:

1) Não conformidades (NC) apresentadas na Seção 2 - Organização Profissional e Sub-Seção - Enfermagem:

NC	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar
1 -			
2 -			
3 -			

2) Não conformidades (NC) apresentadas na Seção 3 - Atenção ao Paciente/Cliente:

NC	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar
1 -			
2 -			
3 -			

3) Não conformidades (NC) apresentadas na Seção 4 - Diagnóstico e outras seções que ocorrerem NC referente à enfermagem: Enfermagem:

NC	Cuidar/Assistir	Administrar/Gerenciar	Educar/Pesquisar
1 -			
2 -			
3 -			