

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANDRÉIA GUERRA DE OLIVEIRA

**SINGULARIDADES DO TRABALHO GERENCIAL EM UM HOSPITAL
ACREDITADO**

Belo Horizonte
2012

ANDRÉIA GUERRA DE OLIVEIRA

**SINGULARIDADES DO TRABALHO GERENCIAL EM UM HOSPITAL
ACREDITADO**

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 Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO - MESTRADO

Dissertação intitulada “Singularidades do trabalho gerencial em um hospital acreditado”, de autoria da mestrandia Andréia Guerra de Oliveira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª Dr^ª Maria José Menezes Brito - ENA/UFMG – Orientadora

Prof^ª Dr^ª LÍlian Daisy Gonçalves Wollf – UFPR

Prof^ª Dr^ª Marília Alves – Escola de Enfermagem UFMG

Prof^ª Dr^ª Kênia Lara Silva – Escola de Enfermagem UFMG

Prof^ª Dr^ª Claudia Maria de Mattos Penna – Escola de Enfermagem UFMG

Belo Horizonte, 26 de março de 2012

D E D I C A T Ó R I A

Dedico este trabalho a todos os profissionais da área da saúde que se empenham a cada dia, nos pequenos detalhes, por uma assistência de melhor qualidade.

A G R A D E C I M E N T O S

Agradeço primeiramente a Deus pelo cuidado supremo durante a minha caminhada, pelo amor incondicional que sempre encontramos Nele.

Agradeço a minha família pelo apoio e compreensão principalmente nos momentos da minha ausência.

Agradeço a minha querida orientadora Maria José Menezes Brito pelo aprendizado e experiência de vida. Obrigada por TODOS os momentos que passamos juntas nesta caminhada, serão guardados por toda minha vida.

Minha gratidão também às minhas amigas do mestrado, vocês são demais e tornaram esta jornada ainda melhor.

Agradeço a todos que torceram por mim e de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Muito obrigada!!

R E S U M O

A sobrevivência dos hospitais, de natureza pública ou privada, tem sido um grande desafio. Percebe-se que os gerentes da saúde têm envidado esforços na busca de melhorias de qualidade e nos processos gerenciais, sendo a acreditação hospitalar- AH um processo para a prestação de assistência torne-se mais adequada com aprimoramentos contínuos. A acreditação consiste em uma importante ferramenta para organizar o processo de trabalho com eficiência e eficácia, levando os hospitais a passarem por diversas mudanças, dentre as quais o desenvolvimento de melhorias contínuas da qualidade do atendimento aos pacientes e avanços no desempenho organizacional, oferecendo confiança à comunidade no serviço. Este estudo objetivou compreender o trabalho do gerente intermediário em um hospital de grande porte Acreditado com Excelência pela metodologia da ONA. Trata-se de estudo de caso qualitativo realizado em um hospital privado de grande porte em Belo Horizonte. Os dados foram coletados por meio de entrevista, com roteiro semi-estruturado, com 12 gerentes de diferentes categorias profissionais. A amostra foi definida pelo critério de saturação dos dados. Os aspectos éticos foram respeitados com aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, do Hospital e assinatura do TCLE. A partir da análise de dados utilizou-se a análise de conteúdo. Com a análise de dados elaborou-se o perfil gerencial e foram construídas quatro categorias temáticas, as quais sejam: participação do gerente enfermeiro no processo da acreditação hospitalar; as duas faces da acreditação hospitalar; os instrumentos da qualidade na AH e os “novos” desafios da função gerencial; e gestão de pessoas: estratégias dos gerentes no alcance da acreditação com excelência. Os resultados evidenciaram que com a inserção da organização no processo de acreditação hospitalar ocorreram mudanças na organização e conseqüentemente nas atividades diárias do gerente. Os gerentes se sentiram desafiados e perceberam que a gestão se tornou mais complexa, o que lhes exigiu mais conhecimento e habilidades. Na perspectiva dos gerentes, a acreditação possui aspectos positivos que se destacam, e aspectos negativos que repercutem no trabalho gerencial. Houve uma mudança de ações, formatando uma função gerencial antes e após a implantação da acreditação hospitalar com Excelência. Para o alcance da acreditação com Excelência foi fundamental a capacitação e desenvolvimento das pessoas, as estratégias utilizadas pelos gerentes para o envolvimento de toda a equipe no processo e ainda, apoio da alta direção em todas as fases da acreditação e em todos os setores do hospital. Para os gerentes a acreditação hospitalar se mostrou extremamente relevante. No entanto, existem muitos desafios. Acredita-se que o maior desafio é mudar o modelo assistencial vigente, voltado para as reais necessidades do paciente e ainda, de maneira geral, é inserir o hospital acreditado no sistema de saúde, não permitindo seu funcionamento como uma ilha em meio a outras instituições. O comprometimento com a acreditação deve atingir um maior número de instituições e com isso aumentar a probabilidade de oferecer qualidade assistencial a toda população. Acredita-se que após esse processo será possível contribuir ainda mais com uma assistência de melhor qualidade.

Palavras- chave: Acreditação; Gerência; Hospital; Qualidade da Assistência na Saúde.

ABSTRACT

The survival of hospitals, either public or private, has been a great challenge. It is felt that health managers have attempted to search for quality improvements and process management, and the AH-hospital accreditation process for the provision of assistance to become more suited to continuous improvements. The accreditation is an important tool to organize the work efficiently and effectively, leading hospitals to go through several changes, among which the development of continuous improvement of the quality of patient care and improvements in organizational performance, providing confidence to community service. This study aimed to understand the work of the middle manager in a large hospital with Excellence Accredited by the methodology of the ONA. This is a qualitative case study conducted in a large private hospital in Belo Horizonte. Data were collected through interviews with semi-structured, with 12 managers of different professional categories. The sample was defined by the saturation criterion data. The ethical aspects were met with approval by the Research Ethics Committee of UFMG Hospital and signing the WIC. From the data analysis used the content analysis. With the data analysis produced the profile of managers and were built four thematic categories, which are: participation of the nurse manager in the process of hospital accreditation, the two sides of the hospital accreditation, quality instruments in the AH and the "new "challenges of management function, and people management: strategies of managers in achieving accreditation with excellence. The results showed that the insertion of the organization in the process of hospital accreditation changes occurred in the organization and consequently in the daily activities of the manager. The managers felt challenged and realized that the management became more complex, which lnes required more knowledge and skills. From the perspective of managers, accreditation has positive aspects that stand out, and negative aspects that impact on managerial work. There was a change of actions, formatting a management function before and after the implementation of hospital accreditation with Excellence. For the scope of accreditation was fundamental to Excellence training and development of people, the strategies used by managers to involve all staff in the process and also support from senior management at all stages of accreditation and in all sectors of the hospital . For managers to hospital accreditation was extremely relevant. However, there are many challenges. It is believed that the biggest challenge is to change the current health care model, focusing on the real needs of the patient and, in general, is believed to enter the hospital in the health system, not allowing them to operate as an island in the midst of other institutions . The commitment to accreditation should reach a greater number of institutions and thus increase the probability of delivering quality care to the entire population. It is believed that after this process will further contribute to an improved quality of care.

Keywords: Accreditation; Management; Hospital; Quality of Health Care.

**L
I
S
T
A

D
E

I
L
U
S
T
R
A
Ç
Õ
E
S**

QUADRO 1- Evolução das atividades gerenciais.....23

QUADRO 2- Papéis e Funções dos gerentes.....24

QUADRO 3- Resultados da adoção da gestão da qualidade.....33

QUADRO 4- Aspectos positivos, estratégias e repercussões do processo de acreditação hospitalar na perspectiva dos gerentes.....61

QUADRO 5- Aspectos negativos do processo de acreditação hospitalar na perspectiva dos gerentes.....71

**L
I
S
T
A

D
E

T
A
B
E
L
A
S**

TABELA 1 - Categoria profissional dos gerentes de um Hospital Acreditado com Excelência de Belo Horizonte- MG.....47

TABELA 2 – Cursos de pós-graduação realizados pelos gerentes de um hospital acreditado com excelência em Belo Horizonte- MG.....49

TABELA 3 – Mudanças nas atividades gerenciais com a acreditação hospitalar em excelência.....86

**L
I
S
T
A

D
E

S
I
G
L
A
S**

AH - Acreditação Hospitalar
ANAHP- Associação Nacional de Hospitais Privados
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APS- Atenção Primária à Saúde
COEP- Comitê de Ética em Pesquisa
COEP/UFMG - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CTI - Centro de Tratamento Intensivo
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MBAH - Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
MS - Ministério da Saúde
NIAHO - National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
RVA- Raad Voor Accreditatie
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	17
2.1 Ojetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Contextualizando a gerência e a função gerencial.....	20
3.1.1 <i>A complexidade da função gerencial</i>	22
3.2 Processo de acreditação hospitalar: o cenário brasileiro	26
3.3 Adoção do sistema da qualidade.....	31
3.4 Busca da qualidade hospital e sua inserção na rede de atenção a saúde.....	33
4 METODOLOGIA	38
4.1 Tipo de estudo	39
4.2 Cenário	40
4.3 Sujeitos da pesquisa	41
4.3.1 Critérios de inclusão e amostra	42
4.4 Coleta de dados	43
4.5 Análise dos dados	43
4.6 Questões éticas	44
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
5.1 Perfil gerencial em um hospital acreditado com Excelência em Belo Horizonte	46
5.2. Participação do gerente enfermeiro no processo de acreditação hospitalar	53
5.3 As duas faces da acreditação hospitalar	60
5.3.1 <i>A face positiva da acreditação</i>	62
5.3.2 <i>A face negativa da acreditação</i>	70
5.4 Os instrumentos da qualidade na acreditação hospitalar e os novos desafios da função gerencial.....	75
5.5 Gestão de pessoas: estratégias dos gerentes no alcance da acreditação com Excelência:.....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	108
ANEXOS	111

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O hospital, como parte integrante da complexa rede de atenção à saúde, tem exigido dos gestores posturas diferenciadas como estratégia de sobrevivência em um mercado altamente competitivo. Para alcançar os objetivos decorrentes do novo cenário, faz-se necessária a adoção de modelos organizativos diferenciados que atendam às expectativas dos clientes e dos profissionais das diferentes categorias. Nessa perspectiva, os profissionais envolvidos nos processos assistenciais e gerenciais têm sido impelidos a buscar a qualidade, a eficiência e o controle dos custos nos diferentes processos.

O hospital configura-se como uma organização muito complexa, sendo, ainda, um equipamento de saúde no qual convivem múltiplos interesses. Nesse tipo de organização, segundo Albuquerque (2004), o conjunto de atores convive na antagônica condição de competir e cooperar. O mesmo autor acrescenta que toda organização é um sistema com métodos, normas, processos de trabalho, responsabilidades, atribuições e poder.

Pesquisa realizada por Couto e Pedrosa (2007) revela que existe um sentimento generalizado de insatisfação com o sistema de saúde. Em 2004, pesquisa mundial desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz identificou que 46,7% dos brasileiros usuários exclusivos do sistema público e 28% dos usuários do sistema suplementar estão insatisfeitos com o funcionamento da assistência (FIOCRUZ, 2004). Com base nestes dados, pode-se considerar que 34,35% dos clientes usuários do sistema de saúde encontravam-se insatisfeitos com a assistência.

A contemporaneidade possui, dentre outras características, um mercado com intensa competitividade, e um cenário econômico nebuloso, bem como um forte avanço tecnológico e melhor compreensão dos mecanismos das doenças e sua prevenção. Entretanto, de maneira paradoxal, vive-se um momento crítico no Sistema de Saúde, com altos custos, má qualidade, gastos elevados com morbidade e mortalidade, retrabalho e processos ineficientes na saúde (MAXIMIANO, 1997; COUTO; PEDROSA, 2007).

A sobrevivência dos hospitais, de natureza pública ou privada, é um dos grandes desafios para os profissionais e gestores da área de saúde. Além da sobrevivência, evidenciam-se a busca pelo destaque, com excelência e sustentabilidade, e o atendimento das necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente e ciente de seus direitos. Em face desses desafios, as organizações têm se inserido no processo de acreditação hospitalar. É neste

contexto os gerentes dos serviços de saúde têm adotado novos métodos para alcançar os resultados almejados e qualidade em um ambiente altamente competitivo.

Nessa perspectiva, percebe-se que os gerentes têm envidado esforços na busca de melhorias de qualidade, envolvidos no processo de preparo do hospital para avaliação de certificação da acreditação hospitalar, sendo um método apropriado que visa estimular a melhoria contínua, um processo de avaliação objetiva, baseada em padrões pré definidos, e ainda, com enfoque em projetos de humanização. A acreditação consiste, portanto, em importante instrumento para organizar o processo de trabalho com eficiência e eficácia, levando os hospitais a passarem por diversas mudanças, dentre as quais estão mudanças físicas, estruturais e processuais, como desenvolver melhorias contínuas da qualidade do atendimento aos pacientes e melhor desempenho organizacional, buscando oferecer confiança à comunidade no trabalho desenvolvido (NOVAES, 2007).

As organizações de saúde foram uma das últimas organizações sociais a adotarem métodos de gestão de qualidade e modelos para acreditação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Para esses autores, em uma tentativa de garantir a qualidade e a excelência e, ainda, acompanhar os avanços desse movimento em direção à qualidade, os dirigentes dos hospitais sentiram a necessidade de criar métodos avaliativos para a prestação de seus serviços. Definido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), o processo de acreditação hospitalar é um sistema de avaliação voluntário, periódico e reservado, com certificação de qualidade de serviços de saúde, disposto em três níveis: estrutura e segurança (Nível 1), denominado *Acreditado*; organização dos processos (Nível 2), denominado "*Acreditado Pleno*"; e resultados (Nível 3), denominado "*Acreditado com Excelência*" (BRASIL, 2006).

A acreditação pode ser vista como uma ferramenta para medir e comparar as unidades de saúde nos níveis nacional e internacional. Trata-se de um processo educativo permanente, que envolve todos os atores no cenário da instituição de saúde.

Mezomo (2001), um estudioso do tema, relata que o diferencial das organizações está nas pessoas e no desempenho profissional. A tecnologia e a estrutura das organizações podem ter um pequeno significado se as pessoas não se sentirem comprometidas com a qualidade, sobretudo no que diz respeito ao atendimento das necessidades dos clientes. Assim, no contexto da acreditação hospitalar há que se destacar a função do gerente, responsável direto pela sobrevivência e pelo sucesso das organizações, a partir de uma relação de dependência na qual a excelência da organização está relacionada com a excelência gerencial (CHIAVENATO, 2000). O trabalho gerencial é, portanto, de crucial importância e indispensável para o alcance das metas estabelecidas. A visão, a dedicação e a integridade do

gerente, aliada à habilidade, à característica de líder e às ferramentas gerenciais, são determinantes no sucesso organizacional.

Cabe destacar ainda, a responsabilidade quanto à disponibilização do potencial humano da organização, favorecendo em quantidade e qualidade a obtenção do trabalho e, ainda, sua relevância nos processos de tomada de decisão. Segundo Davel e Melo (2005, p. 29), o gerente é responsável por “alimentar a dinâmica organizacional”.

O trabalho gerencial tem motivado diversos estudos e debates, principalmente a partir dos anos de 1970, caracterizando uma constante busca sobre a definição da função gerencial. O gerente e a função gerencial foram descritos em estudos clássicos, que surgiram no início do Século XX como os de Fayol (1970), Barnard (1971), Mintzberg (1973) e Likert (1979). Alguns desses estudos apontam para o fato de que o gerente é orientado para a ação, e não para reflexão, desempenhando um trabalho repleto de tarefas imprevistas, reuniões e interrupções, além de outros trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza invariável. Esse quadro retrata um gerente sem tempo para planejar, sistematizar e pensar suas decisões, refletindo um processo de trabalho voltado para o imediatismo, que fragmenta a ação e torna o envolvimento do gestor no processo decisório da organização descontínuo, sendo várias vezes interrompido e retomado.

Anos depois, na década de 1990, segundo Motta (1991), a função gerencial ainda se caracteriza como um trabalho fragmentado, devido à grande variedade de tarefas, e diversificado, haja vista a variedade de funções desenvolvidas. O autor retrata, sobretudo, que a função gerencial baseia-se em ações desordenadas, intermitentes e repletas de ambiguidades, dado que o exercício da gerência ocorre de forma fragmentada, apóia-se em tomada de decisão de forma intuitiva e compreende um trabalho não programado, mutável e imprevisível. Para Melo (1999), quase dez anos depois, a figura do gerente continua obscura, sem definições para o trabalho gerencial. Ainda no século XXI, estudiosos tentam descrever o trabalho gerencial.

Considerando as diferentes perspectivas e reflexões dos autores mencionados sobre a função gerencial, para fins deste estudo, será adotado o entendimento de Davel e Melo (2005) sobre o gerente. Para estes autores, o gerente é um ator social que se situa como elo dos processos sociais, tecnológicos, políticos, culturais, econômicos e ideológicos, tendo por missão ligar estratégias a ações. O gerente assume, dessa forma, uma posição intermediária, que lhe confere um trabalho repleto de complexidades, contradições e dilemas.

Com a acreditação, o gerente desempenha seu trabalho com vistas a oferecer respostas ao desafio da qualidade. Existe um esforço gerencial para a organização alcançar a

acreditação e posteriormente para manutenção da acreditação, buscando obter resultados positivos para a organização. Segundo Vecina e Malik (2008), exige-se desse profissional capacidade de reflexão e de ação, sendo que seu trabalho atualmente deve focar qualidade e segurança acompanhando as necessidades e as transformações nos serviços nos quais estão inseridos.

A prestação de cuidados de qualidade, a satisfação dos pacientes e a adoção de padrões de qualidade são indicadores e critérios que incentivam o desenvolvimento e aprimoramento da qualidade da assistência no que tange ao desempenho e evolução dos resultados da organização, constituindo-se em uma realidade em construção no cotidiano das organizações hospitalares. O sistema de atendimento à saúde precisa se adequar, mas, sobretudo, os gerentes precisam ser agentes, assumir o planejamento dessas mudanças organizacionais.

Parte-se do pressuposto que em face dos processos de acreditação em nível de Excelência os gerentes têm que reorganizar seus processos de trabalho e desenvolver formas de gerenciar, consonantes com as novas exigências das organizações. Acredita-se que o gerente precisa adquirir a capacidade diferenciada para desenvolver um trabalho gerencial capaz de atender às necessidades das organizações e a responder às mudanças no contexto da acreditação. Neste sentido, os hospitais que compreendem os serviços de maior densidade tecnológica não podem se manter com base em modelos administrativos antigos, pois as mudanças estão promovendo impactos, principalmente, nas atividades de gestão.

Corroborando com o posicionamento dos autores mencionados, Salinas (2007) afirma que o problema enfrentado pelas organizações não está localizado na estratégia ou nos processos de implementação, mas sim na apropriação de novos métodos, especialmente aqueles adotados pelos gerentes. Logo, o pano de fundo deste estudo está relacionado à vivência de gestores acerca de o processo de acreditação hospitalar em um hospital privado de Belo Horizonte, tendo em vista que o referido processo em uma instituição é considerado um momento de reestruturação de toda a organização, bem como do trabalho dos profissionais envolvidos. Acredita-se que o trabalho dos gerentes, em particular em hospital certificado, pode apresentar características peculiares, que merecem ser estudadas.

As inquietações para este estudo advindas pela minha experiência profissional ao trabalhar como enfermeira e auditora interna de um hospital privado de grande porte Belo Horizonte que iniciou o processo de acreditação, buscando Nível 2 pela metodologia ONA. Procurei na universidade o aperfeiçoamento na área de gestão me inserindo em disciplinas da área e no Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem – NUPAE. Tendo em vista as

considerações apresentadas, surge a questão central do estudo: Como se caracteriza o trabalho de gerentes intermediários de um hospital privado de grande porte acreditado em nível três?

As questões secundárias são as seguintes: Quais são as possíveis modificações do trabalho gerencial no contexto da acreditação? Quais são os comportamentos comuns entre os gerentes desse hospital?

No Brasil, de forma tímida o setor saúde passou a adotar metodologias de certificação e avaliação no final dos anos 1980, devido aos recursos financeiros cada vez mais reduzidos e aos custos cada vez maiores (ANTUNES; TREVIZAN, 2000). Portanto, é um método relativamente recente e com poucos estudos relacionados ao trabalho do gerente. Acredita-se que este estudo poderá contribuir com as pesquisas relacionadas à função gerencial em hospitais acreditados e em outras organizações de saúde. Além disso, há escassez de literatura a respeito de possíveis mudanças do trabalho gerencial após a acreditação hospitalar.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o trabalho do gerente intermediário em um hospital de grande porte com certificação de “Acreditado com Excelência”.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer aspectos facilitadores e dificultadores presentes no trabalho dos gerentes no contexto da acreditação.
- Conhecer as possíveis mudanças no trabalho do gerente advindas da Acreditação com Excelência.
- Conhecer as ações comuns dos gerentes de um hospital com certificação de “Acreditado com Excelência”.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, procede-se à revisão de literatura, abordando aspectos referentes à contextualização da gerência e a função gerencial; ao processo de acreditação hospitalar no Brasil; à adoção dos sistemas da qualidade no setor saúde; e à busca da qualidade: o hospital e sua inserção na rede de atenção a saúde.

3.1 Contextualizando a gerência e a função gerencial

Após a Revolução Industrial, o capitalismo industrial foi caracterizado por um grande número de trabalhadores empregados por um único capitalista. Com o aumento da produção, os processos de trabalhos foram se modificando, surgindo daí a necessidade da gerência de forma rudimentar (BRAVERMAN, 1987). Sabe-se que gerente é aquele indivíduo que ocupa posição de autoridade formal em dada organização.

Com o capitalismo comercial e financeiro, eclodiram-se as funções de gerência, a partir do próprio exercício do trabalho cooperativo e do surgimento cada vez maior de novas indústrias. Floresce a necessidade de gerentes com formação em disciplinas de administração e gerência. Neste cenário, eram exigidas as funções de concepção e coordenação, que assumiram a forma de gerência. Tratava-se, portanto, de mudanças no contexto social, repercutindo no contexto histórico dos processos de trabalho.

Nesta perspectiva teórica, o exercício da gerência era de autoridade, uma forma de controle, vigilância e dominação. As novas relações sociais que estruturavam o processo produtivo eram caracterizadas pela antagônica relação entre aqueles que executavam o processo e aqueles que se beneficiavam dele, entre aqueles que administravam e aqueles que operacionalizavam. A virtude máxima era o capital. A maior vantagem era para o capitalista (BRAVERMAN, 1987).

Até os anos de 1970, os engenheiros fizeram de tudo para controlar a gerência. Porém, a partir daí, outras categorias profissionais, como contadores, economistas e administradores começaram a dominar a gerência. Os engenheiros passaram a ser vistos como profissionais assalariados e todos eram vistos como empregados, porém ainda com certos prestígios e privilégios (MARQUES, 2000).

Com a ajuda das telecomunicações, nos finais dos anos de 1980, a segurança de ser um gerente foi sendo desconstruída. Os gerentes foram substituídos como fonte de informação pelo inimigo mais óbvio: o computador. Aqueles que eram essenciais para as informações fluírem tornaram-se instáveis, e o número de gerentes necessários às empresas foi reduzindo. Assim, os novos modelos de caráter político, social e econômico, sobretudo organizacional, surgidos após a década de 1980, caracterizaram-se por uma ruptura com o tradicional, em que as mudanças nos padrões de acumulação e as instâncias do modelo de relações de trabalho alteraram os padrões de gerenciamento. Assim, nos finais dos anos de 1980 construiu-se um modelo de gerente pósmoderno em decorrência dessas rupturas com o tradicional e da implementação de novas tecnologias, o que implicou a construção de uma nova imagem e de novas funções do gerente (BRAVERMAN, 1987).

Segundo Melo (1999), a atuação do gerente sofreu mudança em suas posturas e qualificações. Foi preciso desenvolver novas práticas a partir da realidade que estava sendo criada. Nesse sentido,

As empresas tentam montar um novo quadro profissional/funcional mais enxuto e ágil, capaz de responder mais rapidamente às mudanças, onde busca profissionais orientados para resultados, preocupados com o trabalho em equipe, flexível, capaz de negociar com metodologias avançadas (MELO, 1999, p. 1340).

Focalizando o modelo capitalista, seus fatores políticos e ideológicos que coordenam a relação capital-trabalho, Burawoy (1979) analisa as pressões que o capitalismo exerceu sobre os gerentes, como depredações gerenciais. Assim, a atividade gerencial foi reduzida à execução de funções capitalistas, na tentativa de satisfazer e atender às “políticas da empresa”. Neste cenário de gerentes preocupados em atender aos interesses da empresa e de um modo de produção demandado pelo sistema capitalista, Burawoy (1979) reforça que os gerentes passaram a lutar para defender ou valorizar sua autoestima.

Neste contexto, o gerente preocupa-se com sua estabilidade na empresa e mais vulnerável, por sentir-se mais frágil e sujeito a demissão, como qualquer um dentro da organização. Suas preocupações incluem o desempenho individual e suas perspectivas de carreira, abastecidas rotineiramente por seus superiores. Surge um gerente com posições ambivalentes: como “objeto” da organização para atingir as metas e como “sujeito”, um agente, como forma de controle capitalista. Enfim, um gerente que supervisionava e operava do modo ditado pelo imperativo capitalismo (WILLMOTT, 2007).

Pode-se concluir que floresceu um gerente não totalmente desprezado da teoria de Taylor e Fayol, mas um gerente com uma atuação mais flexível, que passou a adotar a ideia de trabalho mutável, que precisa inovar e utilizar-se das incertezas como oportunidade de trabalho em equipe e superação, atuando com proatividade e inovação. Assim, a compreensão do trabalho gerencial está em torno de um contexto pós-fordismo, em face de uma economia globalizada, competitiva e instável, e, portanto, de um contexto organizacional marcado pela reestruturação produtiva.

3.1.1 A complexidade da função gerencial

A história de Frederick W. Taylor (1856-1915) é considerada um clássico da administração. Aborda o papel do gerente e sua preocupação em desenvolver, no contexto industrial, um método de trabalho organizado e planejado de forma minuciosa. Nessa perspectiva, alguém seria um bom administrador na medida em que seus passos fossem planejados, organizados e coordenados de maneira cuidadosa e racional. O taylorismo é fundado na ciência positivista, racional e metódica. Busca o alcance da máxima produtividade com menor desperdício de tempo (TAYLOR, 1966).

Um dos primeiros clássicos que merece destaque na teoria da administração a respeito da gerência que aparece no início do Século XX foi Fayol. Ele foi o primeiro a identificar a necessidade de constituir um corpo administrativo. A partir de Fayol (1994), foram elaborados conceitos relacionados à função gerencial. A gerência era vista como executora de funções universais, impostas pela industrialização e por uma divisão complexa do trabalho (WILLMOTT, 2007).

Para ser considerado bom, o gerente deveria ter a capacidade de administrar, deter conhecimentos técnicos e financeiros e conhecer sobre segurança e contabilidade. Tudo isso em uma perspectiva de chefe, em que ele deveria velar para que tudo ocorresse de acordo com as regras estabelecidas e as ordens dadas. É de Fayol a clássica divisão das funções do administrador, quais sejam: planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar.

Na proposta de Fayol (1994), o conhecimento técnico era a base da autoridade do gerente. À medida que o profissional gerente subia para a alta gerência, o trabalho técnico reduzia. Em seus estudos, Fayol já reconhecia a importância do conhecimento teórico para o sucesso do gerente na organização. Para Marques (2000), os países que mais valorizam a formação técnica do gerente são os mais bem sucedidos economicamente das últimas décadas.

Assim, a Alemanha e o Japão investiram em formação e treinamento de gerentes, enfatizando conceitos e conteúdos técnicos, florescendo, assim, a cultura técnica nas empresas.

A partir da década de 1950, segundo Raufflet (2007), os estudos passaram do foco das funções gerenciais para começar a responder o que realmente os gerentes fazem em seu cotidiano de trabalho, funções gerenciais que contrastam com outras funções produtivas (técnicas e administrativas). Posteriormente, identificou-se que qualquer gerente deveria desenvolver funções de habilidades interpessoais. Além disso, foi constatado que a função gerencial difere de acordo com o nível hierárquico, o tipo de empresa e a área de atuação. O autor apresenta pesquisas sobre a evolução das etapas das atividades cotidianas dos gerentes, conforme mostra o Quadro 01.

QUADRO 1

Evolução das atividades gerenciais

Autor, país e ano	Contribuição
Carlson, Suécia, 1951	Os gerentes têm jornadas fragmentadas, essencialmente com comunicações verbais.
Sayles, Estados Unidos, 1964	Os gerentes são vistos como líderes, monitores e participam ativamente no processo de trabalho.
Stewart, Grã-Bretanha, 1967, 1976, 1982	No trabalho gerencial existem variações em função de relações interpessoais.
Mintzberg, Canadá, Estados Unidos, 1973	As atividades dos gerentes são caracterizadas pela fragmentação das atividades, pelo ritmo de trabalho e pela preferência por contatos verbais.
Kotter, Estados Unidos, 1982	Os gerentes mantêm suas atividades com ênfase na agenda pessoal e em sua rede interpessoal.

Fonte: adaptado de RAUFFLET (2007).

Com a adoção de novas tecnologias organizacionais alterou-se o modelo gerencial e o processo de trabalho da organização. Segundo Melo (1999), os gerentes das organizações públicas destacaram os programas de desenvolvimento gerencial e dos grupos de trabalho. Já no setor privado, destacam-se a eliminação de cargos de chefia, a melhoria de comunicação, o trabalho em equipe e a semiautonomia entre os grupos de trabalho. Raufflet (2007) reforça que atualmente as organizações tentam acabar com as divisões departamentais e enfatizar o trabalho em equipe.

Assim, o que se observa na atualidade é a diversidade de respostas em relação a o quê os gerentes pensam e consideram como características gerenciais para exercer sua função em organizações pós-reestruturação. Segundo Melo (1999), entre gerentes de linha, intermediários ou alta gerência, organizações de grande, médio ou pequeno porte, de setor

público ou privado, não importa o corte que se faça, não se consegue alcançar um consenso no que tange à função gerencial.

Compreende-se que permanece uma imprecisão a respeito da função gerencial. Estudos vêm demonstrando um trabalho fundado em tarefas, como o de um apagador de incêndio, sem conseguir planejar e coordenar um serviço da forma desejada, um trabalho assistemático, orientado a problemas. Mintzberg (1973), em suas várias pesquisas sobre as atividades dos gerentes, confirma que os gerentes trabalham num ritmo implacável e que sua rotina de trabalho é composta de ações breves, variadas e fragmentadas. Os gerentes dão prioridade a ações diretas, em detrimento das ações de reflexão; e a comunicações verbais, em detrimento dos meios escritos. De outro lado, os gerentes interagem; servem de ponte entre as organizações e as redes exteriores a elas. O gerente moderno situa-se, portanto, numa rede de relações de dependência mútua, com o objetivo de se esforçar para construir e manter um sistema de relações recíprocas. A partir das observações de Mintzberg (1973), foram elaborados os papéis e funções dos gerentes (Quadro 2).

QUADRO 2

Papéis e funções do gerente

Papel interpessoal	Papel informacional	Papel decisório
Como símbolo, o gerente representa a organização em todo tipo de cerimônia e contribui para a imagem da organização.	Como observador, o gerente busca e recebe informações relativas à gestão da organização, ao conhecimento do seu ambiente ou ao impacto de suas atividades.	Como empreendedor, o gerente busca oportunidades de negócios na organização e em torno dela.
Como líder, o gerente é o exemplo, motivador e mobilizador das pessoas.	Como difusor, o gerente difunde os elementos pertinentes às informações recebidas e garante que essas informações sejam difundidas.	Como regulador, o gerente enfrenta as situações novas e adapta às situações difíceis.
Como agente da ligação, o gerente cria e mantém redes de informações. Participa de redes relacionais dentro e fora da organização.	Como porta-voz, o gerente propaga as informações de dentro para fora da organização.	Como distribuidor de recursos, o gerente os distribui, a fim de obter meios para cumprir seus objetivos na organização.
		Como negociador, o gerente participa de discussões como representante de sua organização e como representante externo.

Fonte: Elaborado com base em: MINZTBERG (2003); MINZTBERG (1973).

Segundo Chanlat (2007), reportando-se a pesquisas empreendidas nos últimos anos, o trabalho dos gerentes tem sido mencionado várias vezes. Trata-se de um trabalho fundado em tarefas estressantes em que os gerentes reclamam da quantidade de trabalho e da sobrecarga exaustiva, em meio a reuniões, prazos, pressão, dificuldades de concentrar e telefonemas a

tudo instante. O trabalho do gerente é marcado pela brevidade. Acima de tudo, o gerente tem tarefas a executar, o que caracteriza seu trabalho fragmentado e sem reflexão, devido às urgências temporais.

Assim, como abordou Melo (1999), a função gerencial como um conjunto de atividades práticas pertinentes ao projeto organizacional é considerada um desafio para os gerentes intermediários de uma grande empresa. Vale ressaltar os desafios atuais referentes ao trabalho gerencial associados às mudanças organizacionais, o que vem refletindo no modo de agir do gerente, além da falta de consenso a respeito das novas demandas gerenciais, o que se reflete na operacionalização da prática gerencial. Para Willmontt (2007), ao estudar o trabalho gerencial, não se podem abstrair os ambientes políticos e econômicos nos quais a atividade é constituída. Devem ser considerados também, as mudanças organizacionais, o modelo de gestão e as condições de trabalho.

Compreende-se que a complexidade do trabalho gerencial extrapola o exercício da função. Este trabalho não pode ser restrito a uma atividade técnica, excessivamente burocrática e sem reflexão crítica e ação racional. Não se trata de uma atividade limitada ao aspecto puramente técnico, restrito às dimensões de um setor ou categoria profissional, e sim de um trabalho que, segundo Motta (1991), caracteriza-se por maior amplitude, exigindo capacidade analítica, de decisão e liderança e de enfrentamento de riscos e incertezas. Os aspectos destacados dizem respeito ao trabalho gerencial, tendo como pressuposto teórico a gestão como prática social. Tal perspectiva de gestão considera os dilemas éticos e políticos que os gestores enfrentam para lidar com as contradições e complexidades na organização e os aspectos sociais das práticas que constituem as organizações de trabalho (REED, 1997).

Na área da saúde, o trabalho gerencial é uma estratégia direcionada para a transformação das práticas de saúde, a qual o gerente pode direcionar o processo de trabalho e ser mediador nas relações interpessoais. Nesse sentido, para Mintzberg (2003), os gerentes de todos os níveis hierárquicos conseguem desempenhar um conjunto de papéis configurados nestes três níveis: interpessoal, informacional e decisorial.

Para Melo e Tanaka (1999) a função exercida pelo gerente intermediário na área da saúde sofreu transformações nas últimas décadas em decorrência da necessidade da tomada de decisão em equipe, pela exigência de uma participação mais efetiva de todos os trabalhadores, o que exige maior qualificação do gerente, capacitação efetiva para o exercício de papéis gerenciais e maior participação na assistência.

É um desafio para o profissional em posição de gerente desenvolver seu trabalho atendendo às mudanças ocorridas nas organizações. Vale ressaltar que foi adotada neste

estudo a concepção do trabalho gerencial proposta por Reed (1997) que trata a gestão como prática social.

3.2 Processo de acreditação hospitalar: o cenário brasileiro

Ao longo do tempo, novas demandas têm sido requeridas e mobilizadas pelos gerentes, modificando o seu trabalho e sua atuação. Diante da opção em aderir ao processo de AH, visando a certificação por organização acreditadora, as organizações se vêem diante do desafio de se tornarem mais flexíveis e, sobretudo, de oferecerem respostas às mudanças organizacionais, buscando uma assistência contendo padrões ótimos de qualidade.

A organização de saúde foi uma das últimas organizações sociais a adotar métodos de gestão de qualidade e modelos para “acreditar”. A acreditação é uma ferramenta para medir e comparar as unidades de saúde, nacional ou internacionalmente e oferece caminhos de adequação à demanda do público consumidor. O processo proposto é educativo permanente, envolvendo todos os atores no cenário da instituição de saúde: gestor, trabalhador e cliente (NOVAES, 2007; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Segundo Fortes (2007), a acreditação é um processo flexível, pois permite adaptações ao tamanho e a complexidade da organização, a qual vai atuar a ponto de ir se adaptando, inclusive às demandas a respeito dos direitos do cliente.

Neste contexto, o processo de trabalho vem passando por modificações em várias dimensões. Tais dimensões estão diretamente relacionadas não só a ações administrativas, mas também às ações de cuidar, pois envolvem melhorias no processo de trabalho nos aspectos gerencial e assistencial, com vistas à prestação de uma assistência de qualidade e excelência. É por meio do trabalho gerencial que se busca a qualidade da assistência, da excelência, da melhoria no atendimento com foco na satisfação do cliente e da acreditação nos serviços de saúde.

Torna-se necessário esclarecer os termos: “certificação”, “acreditação” e “qualidade”. “Qualidade” é o grau de serviços prestados ao paciente que aumentam a probabilidade de resultados favoráveis. O termo “certificação” é utilizado quando se trata de um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas. O termo “acreditação” é utilizado para o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de

padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação (BITTAR, 2000).

Neste estudo será utilizado o termo acreditação definido por Cordeiro (2000), no contexto das organizações de saúde, significa:

[...] aferição da conformidade do processo de trabalho em saúde com padrões, isto é, com enunciados de expectativas máximas desejáveis de desempenho de uma organização de saúde (hospital, ambulatório, laboratório de análises clínicas e outros serviços (CORDEIRO, 2000, p. 115).

Pode-se afirmar que o termo acreditar reflete na qualidade. Não se pode alcançar um bom desempenho dentro de uma organização sem trabalhar a qualidade.

O termo qualidade foi dimensionado no contexto industrial, por pensadores americanos que trabalhavam com qualidade. Seu apogeu foi na indústria japonesa, no período pós-guerra. Para transpor esse modelo de qualidade nas indústrias americana e japonesa para a área da saúde, Donabedian (1998) apontou seis atributos chaves que formam a base para a qualidade na saúde: eficácia; eficiência; equilíbrio nos custos dos cuidados prestados; atendimento das expectativas dos clientes e familiares; prestação de uma assistência atendendo conformidades éticas, valores, normas, regulamentos e leis; e equidade na assistência.

Em um contexto mais moderno, o termo *qualidade* significa melhoria contínua. Qualidade é igual a cliente satisfeito. Traduz um fenômeno que envolve aprimoramento, estabelecimento de padrões e resultados, desempenho de ações sem defeitos e gestão de qualidade. Segundo Feldman e Cunha (2006), por meio da qualidade o gerente consegue identificar falhas em rotinas e procedimentos num processo permanente de revisão, envolvendo todo o corpo da organização.

Antes de o movimento da acreditação chegar ao Brasil, na década de 1970, o objetivo inicial da Organização Mundial de Saúde (OMS) era propiciar um padrão de saúde que permitisse a oportunidade a todos os indivíduos de viver uma vida social e economicamente produtiva, meta da “Saúde para Todos”. Na década de 1980, a OMS colocou como meta “Saúde para Todos” para ser atingida até o ano de 2000. A preocupação com a qualidade da assistência à saúde ofertada pelas instituições cresceu. Foi nesse contexto de retomada da preocupação com o cumprimento da meta pleiteada para o século XXI que o tema “acreditação” se expandiu no cenário mundial (FORTES, 2007).

Em 1989, adotando este tema abrangente “A qualidade da assistência”, a Organização Mundial da Saúde iniciou na área hospitalar na América, que passou a ser o ponto inicial para

desencadear as iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se avaliar aspectos como pontos fortes e fracos das instituições (KISIL, SCHIESARI, 2003). Desde então, expandiu-se a estratégia de qualidade nos países da América Latina.

Neste cenário de qualidade na saúde, vem se consolidando no Brasil a conquista pela acreditação. Nos períodos de 1988 a 1999, o MS realizou vários projetos na tentativa de implantar uma metodologia de avaliação da qualidade da assistência. Para melhorar a qualidade em saúde no Brasil, após os anos 1980, com o médico Humberto Moraes Novaes na coordenação da Organização Pan-Americana de Saúde, estabeleceram-se normas hospitalares na América Latina para os hospitais atingirem e receberem a condição de “acreditado”, criando melhorias nos serviços de saúde. Era também uma iniciativa no desenvolvimento de metodologias para chegar à acreditação hospitalar (ANVISA, 2004). Em 1992, em Brasília, segundo Feldman e Cunha (2006), foi realizado o projeto de divulgação da AH, com ciclos de palestras em 30 localidades na esfera nacional, atingindo todas as regiões do país. O objetivo era apresentar o projeto para uma melhor compreensão sobre o sistema de acreditação, o que culminou com a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA).

No Brasil, essa expansão foi possível devido à publicação de “Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe”, que, em seguida, junto ao Ministério da Saúde (MS) em 1995, apresentou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, para a implantação da Acreditação Hospitalar (AH) (BRASIL, 2006). De acordo com Fortes (2007), o intuito do MS foi proporcionar uma visão geral da racionalidade, das atividades, das ferramentas, das tecnologias e das estruturas que caracterizam a garantia da qualidade, seu desenvolvimento e acreditação em saúde.

A ONA foi criada em 1999, concretizando e ampliando a inserção dos hospitais no processo de acreditação. Em 2001, o MS sugeriu como voluntária a participação das instituições de saúde no processo de AH e considerou como parte da política pública a adoção de metodologias para garantir a qualidade da assistência nos hospitais brasileiros, pela Portaria 538, de 14/04/2001 (BRASIL, 2006).

A ANVISA (2004) reconheceu oficialmente o Sistema Brasileiro de Acreditação em 2002, pela Resolução 921/02. Para integrar ainda mais o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a Agência incluiu na programação do convênio o curso gratuito de ensino a distância, pela internet “Avaliação de Serviços de Saúde, Licenciamento Sanitário e Acreditação”, dirigido às Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais, aos profissionais de serviços de saúde e aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação à ONA, trata-se de uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com objetivo de implantar e implementar, em nível nacional, um processo permanente de melhorar a qualidade de assistência à saúde, influenciando todos os serviços de saúde no processo de AH. Com a forte discussão sobre qualidade em saúde e o mercado competitivo entre instituições hospitalares, em 1999, o Hospital Israelita Albert Einstein foi o primeiro no mundo a ser acreditado internacionalmente, conquistando o Certificado de Acreditação Internacional, sendo um marco histórico. A partir daí, observaram-se mudanças nos padrões de atendimento e na prestação de serviço, inicialmente, dentro dos hospitais do centro de São Paulo (ANVISA, 2004; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Segundo dados do *Global Review* (2003), até o ano de 2003 foram acreditados 123 serviços de saúde (56 hospitais) no mundo todo, incluindo o Brasil. O *Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar* ressaltou que 40 hospitais estavam acreditados pela metodologia da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) no mundo (BRASIL, 2006). Esses dados têm crescido a cada ano.

Com a metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Organização divulgou que somente em Minas Gerais até setembro de 2010 foram acreditados 27 hospitais, dentre os quais apenas 8 foram “Acreditados com Excelência e, ainda, destes, cinco estão situados na região metropolitana de Belo Horizonte e, três na cidade de Belo Horizonte (ONA, 2011). Tendo como fonte de dados o DATASUS, até o ano de 2011 Belo Horizonte contava com 43 hospitais de rede pública, privada e filantrópica (DATASUS, 2011).

A acreditação é um dos métodos de avaliação das organizações de saúde que apontam medidas para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros, independente de seu porte, complexidade e vinculação institucional. Considerando a Portaria GM/MS 538, de 17 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), a ONA foi reconhecida como instituição competente e autorizada para operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar. A ONA define o processo de acreditação como um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais. A ONA é um órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da saúde. Seu manual possui descrições de padrões que certificam e propõe níveis de qualidade a serem atingidos. É o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) (FELDMAN; CUNHA, 2006).

Segundo a ONA, o MBAH é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global. É um instrumento para definir

normas e avaliar se o serviço contempla padrões previamente estabelecidos referente à qualidade da assistência prestada. A aprovação do MBAH é de competência do Ministério da Saúde. Precisa ser periodicamente revisado e adequado à realidade dos hospitais brasileiros, de forma a aperfeiçoar o processo de acreditação hospitalar no país (BRASIL, 2006).

Para viabilizar o alcance de padrões de qualidade, em 1998, foi lançada a primeira publicação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) (BRASIL, 2006), que tinha duas funções: expor um esquema flexível para prover a incorporação do hospital na rede de serviços; e conferir direção para o desenvolvimento da qualidade dos serviços (FORTES, 2007). Em 2010, a ONA apresentou sua primeira edição do MBAH de Programas da Saúde e Prevenção de Riscos (BRASIL, 2010). Os manuais publicados e a ONA são uma forma de viabilizar a autoavaliação e o aprimoramento constante da qualidade prestada como um todo. É uma forma de ordenamento das organizações de saúde, de educação continuada dos gestores e de sua equipe.

Segundo Labbadia (2004), a fim de alcançar a condição de *acreditado*, a organização de saúde passa por um processo que exige os seguintes requisitos: ser de caráter voluntário, seguir o manual de avaliação, realizar uma verificação externa, por uma instituição acreditadora credenciada pela ONA. Para a ANVISA (2004), para ser acreditado, o estabelecimento de saúde deverá passar por esta avaliação, feita por uma organização independente, credenciada pela ONA, recebendo um diagnóstico preliminar. Ao final do processo, deve-se atender aos padrões de qualidade definidos no diagnóstico para cada área de trabalho. O diagnóstico inicial pode ser considerado o marco zero do processo, “podendo ser comparado a uma radiografia do funcionamento da organização e serve como base para propor mudanças” (ANVISA, 2004, p. 335); e será estabelecido um plano diretor para nortear as alterações necessárias. A visita diagnóstica tem por função avaliar e certificar a instituição com base nos padrões e normas definidos no âmbito nacional, padrões esses que foram elaborados em três níveis, correlacionados e de complexidade crescente.

O processo de acreditação segundo a ONA até 2006 (BRASIL, 2006) se estrutura em três níveis. No Nível 1) “Acreditado” - são pedidos requisitos básicos da qualidade na assistência e tem como princípio a segurança do cliente interno e externo (estrutura). Contempla o atendimento de qualidade prestado ao paciente com qualificação profissional e especialidade compatível com a complexidade do serviço; no Nível 2) “Acreditado Pleno” - tem como princípio organização dos processos. Exige planejamento na organização da assistência hospitalar. Contempla a verificação da documentação e do corpo funcional, o treinamento dos trabalhadores, as rotinas e os indicadores para tomar decisões, com plano de

ação clínica e gerencial, além da prática de auditoria interna. No Nível 3) “Acreditado por Excelência” - princípio baseado em práticas de gestão e qualidade (resultados). Está embasado em melhorias contínuas nas estruturas, na atualização técnico profissional, em novas tecnologias, em ações assistenciais com rotinas padronizadas e avaliadas, e em procedimentos médico-sanitários, visando alcance da excelência (BRASIL, 2006).

Uma vez aprovada, a organização de saúde recebe o Certificado de Organização Acreditada, que tem validade de dois anos para Níveis 1 e 2, e de três anos para o Nível 3. As organizações são submetidas a uma nova avaliação no final desse período para manter e assegurar o padrão de qualidade. O processo é concluído com a emissão do relatório pela comissão acreditadora e entrega do parecer final à organização prestadora de serviços de saúde. Com a qualificação conseguem-se benefícios no processo saúde-doença, incluindo a capacidade de transmitir maior segurança ao paciente e maior segurança pessoal.

Para a prestação de serviços de saúde com qualidade, elementos como humanização, comunicação entre os envolvidos, cumprimento quanto ao direito do paciente à informação e educação permanente são essenciais. Nesse processo, o vínculo entre profissionais, pacientes e trabalhadores interfere na qualidade, pois é necessária uma significativa relação de confiança entre eles em todo o processo de cuidar. Vale ressaltar que os clientes têm necessidades concretas e particulares e que as organizações de saúde precisam atender da melhor forma possível a essa demanda, de acordo com a realidade na qual está inserida.

A responsabilidade dos hospitais acreditados vai além da preocupação em manter a certificação. Eles podem emergir como exemplo de gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde que querem, como imagem externa construída, a segurança, a qualidade, a eficiência, a eficácia e a ética. Integrar-se à acreditação é uma opção das instituições de saúde, mas é grande a responsabilidade diante da sociedade, a qual impõe manter os padrões de qualidade durante a assistência ao cliente interno e externo. Neste sentido, vale ressaltar o que Fortes (2007) enfatiza que é necessário tratar a acreditação sem se deixar levar pelo movimento apaixonante de pensar a qualidade apenas como ideologia. A acreditação exige do gerente e de todos os atores envolvidos um compromisso contínuo de manter a qualidade, realizando suas ações dentro dos padrões de excelência estabelecidos e não apenas atingir a certificação mas mantê-la, construir uma cultura de qualidade.

3.3 Adoção dos sistemas da qualidade: perspectivas do setor saúde

O setor de prestação de serviços de saúde, diferentemente dos setores produtivos, como a indústria, não construiu ainda uma tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade. Tudo é relativamente novo, porém a tendência deste setor é procurar adotar sistemas que garantem a qualidade. A preocupação com a qualidade advém do contexto industrial, no qual o principal foco era elaborar métodos de controle da qualidade (KEREN; LIMA, 2011).

Mezomo (2001) aborda o conceito de qualidade fundamentado na perspectiva da importância da satisfação do cliente com os serviços oferecidos. Neste sentido, qualidade significa “conformidade com os requisitos”, relacionando qualidade a um *standard*, que, uma vez definido, dá início à produção de alta qualidade. É fazer a coisa certa pela primeira vez e melhor na seguinte.

Os modelos de gestão da qualidade de uso geral na saúde no Brasil são: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) ou Internacional Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), Joint Commission International (JCI) e National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). No entanto, algumas organizações adotam a ABNT NBR ISO 9001 para estabelecer seu sistema de gestão da qualidade (KEREN; LIMA, 2011).

A acreditação de organizações de saúde apresenta-se como uma forma de melhorar a gestão de serviços, e não somente como uma mera certificação, devido ao impacto na gestão da qualidade assistencial, tendo em vista que, ao atender os padrões da qualidade, estimula a consolidação e a construção de gerenciamento e garantia da qualidade (KEREN; LIMA, 2011).

O Quadro 3 remete os benefícios e motivos dessa adoção da gestão da qualidade:

QUADRO 3
Resultados da adoção da gestão da qualidade

Benefícios e razões para adoção
Valorização dos prestadores de serviço
Valorização do cliente
Valorização da própria instituição
Responsabilização e comprometimento com a segurança
Responsabilização e comprometimento com a produtividade e com a ética profissional
Redução dos custos
Eliminação dos desperdícios
Sinalização para os clientes externos e internos um padrão de gestão de qualidade
Aumento dos resultados econômicos, financeiros e da produtividade
Aumento da participação no mercado
Aumento da competitividade e garantia de sobrevivência

Fonte: Elaborado com base em: MEZOMO (2001); BRASIL (2010)

Com a adoção da política da qualidade nos serviços de saúde, a perspectiva é que contribua efetivamente para o desenvolvimento da qualidade em todos os sentidos, atingindo a satisfação dos clientes internos (profissionais) e externos (pacientes) e estabelecendo melhoria contínua de seus processos e resultados.

3.4 Busca da qualidade: o hospital e sua inserção na rede de atenção à saúde

Para a abordagem da qualidade dos serviços de saúde, envolvendo o atendimento às necessidades e demandas de saúde da população e a prestação de melhores serviços na atenção hospitalar, é indispensável a discussão do hospital e sua inserção na rede de atenção à saúde. Isso porque o processo de acreditação hospitalar e sua política de qualidade, segundo Novaes (2007) está diretamente relacionado com o desenvolvimento dos países, notadamente quanto à educação e a cultura, e com o reconhecimento dos cidadãos de seus direitos a uma assistência de saúde de qualidade.

Cabe aqui a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1957 de hospital:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade, completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (OMS, 1957, p. 122).¹

Segundo Neto e Malik (2007), os hospitais têm um privilégio nas políticas de saúde e sociais, pois, mesmo que o município disponha de Unidades Básicas e Ambulatórios, o modelo assistencial ignora a necessidade de integração de ações e de integralidade dos cuidados. Assim, os hospitais precisam dispor de novos modelos de trabalho, em face das mudanças geradas na atualidade. Tais mudanças são de natureza epidemiológica, demográfica, cultural, tecnológica e econômica, e vêm transformando os modelos de atenção à saúde e, conseqüentemente, implicando transformações em rede hospitalar. No que se refere às mudanças, no Século XX o Brasil experimentou intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade (BARRETO; CARMO, 2007). Em relação às mudanças epidemiológicas, ressaltam-se a diminuição da mortalidade geral, o aumento contínuo da expectativa de vida ao nascer e a redução da taxa de natalidade e de crescimento da população. Como consequência, impera o aumento do grupo de pessoas com 65 anos ou mais, gerando impactos no consumo de serviços de saúde, pois esse grupo etário tem maior demanda nas internações hospitalares (OPAS, 2004; NETO; MALIK, 2007).

No que se refere às mudanças demográficas, destacam-se a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças e das mortalidades por doenças crônicas e aquelas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e neoplasias, e causas externas (BARRETO; CARMO, 2007; NETO; MALIK, 2007). A retomada de doenças como tuberculose, dengue e o cólera, chamadas reemergentes, revelam um quadro potencializado pelo surgimento das enfermidades infecto-contagiosas emergentes, como AIDS, hantavírose, doença espongiforme humana, e pela crescente resistência das bactérias aos antibióticos, e além de problemas sociais, como violência, acidentes, alcoolismo, tabagismo e outras drogas com repercussão na morbi-mortalidade (OPAS, 2004; NETO; MALIK, 2007). Este contexto repercute na demanda e utilização de ações assistenciais que acompanhem as reais necessidades de saúde da população.

A especialização e o desenvolvimento tecnológico também afetaram intensamente a organização hospitalar, a qual adquiriu maior capacidade de diagnosticar, embora com aumento descontrolado dos gastos, sem critérios de custos-benefícios na incorporação de

¹ Texto original em espanhol

tecnologias (CECÍLIO; FEUERWERKER, 2007). Esse conjunto de mudanças provoca diversas alterações, que envolvem desde práticas de trabalho, mudanças na gestão e mudanças na distribuição de recursos (pessoas e suas competências), até mudanças nas normas de funcionamento, bem como nas relações entre os outros componentes do sistema de saúde (OPAS, 2004).

Para a sobrevivência e o alcance dos objetivos para os quais foram criadas, as organizações não precisam e não conseguem ser autossuficientes. As organizações hospitalares necessitam de inter-relação, cooperação, complementaridade entre outras organizações e estruturas flexíveis capazes de estabelecer relações verticais e horizontais, alcançando, assim, a finalidade da organização, que é prestar um serviço de qualidade (OPAS, 2004).

Para uma abordagem da rede hospitalar, vale ressaltar o conceito de redes de atenção à saúde, que, segundo Mendes (2008), são conceituadas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à saúde de determinada população. Assim, a prestação de serviços em saúde não deve ser organizada em níveis rígidos e segmentada de atenção, mas em redes que incluam os hospitais como membros atuantes com os diversos atores e entidades públicas, privadas, filantrópicas ou diversos componentes do sistema.

Desde sua criação, o hospital vem sofrendo modificações. A criação do hospital foi destinada a isolar as pessoas com doenças infecto contagiosas da sociedade. Hoje trata-se de uma organização destinada a solucionar os problemas de saúde da comunidade na qual está inserido. O hospital foi fundamentado em um modelo de atenção histórico, biomédico e curativo, com uma cultura predominantemente de autossuficiência, junto com o profissional médico. Uma organização vista com mais poder, com papel modulador e hegemônico no sistema sanitário (OPAS, 2004). Portanto, o hospital no contexto de uma rede de atenção a saúde, quebra o paradigma no qual era a única entidade prestadora de serviços de atenção a saúde e rompe com a posição de eixo central do sistema de saúde. Atualmente, no modelo de atenção a saúde, segundo vários autores (OPAS, 2004; Brasil, 2006; Cecílio, 1997), o eixo, a porta de entrada e o centro regulador da rede de atenção à saúde é a Atenção Primária a Saúde (APS).

Neste contexto, o MS, dentre outros prestadores públicos, está cada vez mais consciente da necessidade de conceber os hospitais como integrantes da rede de serviços públicos e privados. Neste sentido, é fundamental a efetividade, o que inclui sistemas

adequados de gestão da informação, da comunicação e de referência e contra referência de pacientes, o que exige um nível de relacionamento entre os hospitais e os estabelecimentos de atenção primária (OPAS, 2004).

O desafio que muitos países começam a enfrentar é articular redes de serviços (públicos e privados, comunitários e descentralizados) que vão superando a gestão burocrática e hierárquica; e a linha divisória entre atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, as barreiras gerenciais entre o primário e o especializado, aumentando a capacidade de resolução, articulando prestadores públicos e privados, garantindo a continuidade da atenção (OPAS, 2004, p. 81).

Esse sistema, estabelecido em rede bem organizada, tem a possibilidade de trazer vários benefícios, como: resolubilidade, melhor cobertura e facilidade no acesso, menos consumo de recursos, mais eficiência e continuidade da assistência com uma maior qualidade e com pacientes e familiares mais satisfeitos. De acordo com a OPAS (2004), o essencial é a decisão política de configurar uma prestação de serviços em rede que integre os diferentes serviços para garantir a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários.

Todavia, o desafio de garantir o acesso universal, com cuidados integrais, de forma eficiente, hierarquizada e regionalizada, é mais voltado para o setor público do que para o privado. Um dos problemas adicionais perante esta situação é de gestão. Todos os municípios das cidades brasileiras, mesmo aqueles com menos de 10 mil habitantes, querem ter o seu próprio hospital. Em verdade, os pequenos municípios devem ter acesso garantido na rede, e o sucesso disso é a hierarquização da rede, além da eficácia da informatização dos sistemas. Assim, contribuiria para que todos os cidadãos tenham acesso a todo tipo de serviço (NETO; MALIK, 2007).

Ainda segundo Neto e Malik (2007), o relacionamento entre hospitais públicos e hospitais privados perpassa por uma discussão entre o gestor público, a sociedade e o Ministério Público. Um dos passos para este desafio é manter a atenção privada como complementar, sendo fundamental montar a rede da regulação e buscar transformar a dificuldade de acesso enfrentada de forma transparente e responsável perante a sociedade.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa se deve a sua capacidade de proporcionar conhecimento mais dinâmico da realidade social. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2007), preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, podendo responder a questões subjetivas, porque trabalha um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. “A pesquisa qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados” (MINAYO, 2007, p. 22).

Neste sentido, o enfoque qualitativo pressupõe a apreensão do significado do fenômeno tal como percebido pelos atores sociais, havendo uma interação entre esses atores para a construção subjetiva da realidade (BOSI; MERCADO, 2006). Esse enfoque vai além do quantificável, sendo capaz de compreender os fatos, interpretar a atividade social e encontrar a essência.

Nesse caso, a pesquisa qualitativa é importante para: (a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos; (b) compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2007, p. 134).

A escolha pelo estudo de caso se deve ao fato de a pesquisa buscar a compreensão de um fenômeno particular: o trabalho gerencial após a certificação. Segundo Yin (2005) o método de estudo de caso tem por objetivo analisar uma unidade social, buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem sendo, portanto, coerente com o objeto de estudo aqui proposto. O mesmo autor acrescenta que o estudo de caso é utilizado como estratégia adequada quando se trata de questões inseridas no contexto de vida real e diária, contemplando pesquisas que buscam compreender fenômenos complexos, como estudos organizacionais e gerenciais. O estudo de caso é descritivo porque se propõe a conhecer e descrever a realidade do campo pesquisado, assim como os fenômenos, e analisá-los para, depois, interpretá-los.

4.2 Cenário do estudo

Como cenário de estudo escolheu-se um hospital pioneiro em acreditação hospitalar nível 3 pela metodologia ONA. Segundo dados de 2011 (DATASUS, 2011) situam-se em Belo Horizonte 37 hospitais, organizações de jurisdição pública (federais, municipais, estaduais), privada e filantrópica. Segundo a ONA, os hospitais certificados por esta metodologia perfazem 11 hospitais, dentre os quais cinco são Acreditados com Excelência: três localizados na cidade de Belo Horizonte e 2 na região metropolitana de Belo Horizonte, no município de Nova Lima (ONA, 2011). Considerando que as organizações são diferentes e que seus gerentes aprendem a se comportar em um contexto e realidade organizacionais específicos, para compreender o trabalho gerencial, a escolha inicial foi desenvolver a pesquisa nos três hospitais Acreditados com Excelência em Belo Horizonte. Porém, dos outros dois hospitais não foi obtido autorização para realização do estudo. No entanto, a pesquisa foi desenvolvida em um hospital Acreditado com Excelência em 2004, sendo o primeiro acreditado com Excelência na capital e o segundo em todo o Estado. Trata-se de um hospital privado, de grande porte, que passou pelo processo de acreditação e foi acreditado pela ONA em Nível 3, sendo atualmente referência para outros hospitais que almejam a acreditação. A escolha por realizar o estudo em um hospital de grande porte se deve ao fato de atualmente apenas hospitais desta natureza terem alcançado a acreditação com Excelência em Belo Horizonte.

O hospital, cenário deste estudo, é uma instituição privada, classificado como hospital geral, de grande porte, situado em Belo Horizonte. Foi inaugurado em 1º de junho de 1980. Sua filosofia está fundamentada com base em três princípios básicos: o científico, o cultural e o humanístico. Tem como característica ser centro de ciência, elegendo como objetivo primordial desenvolver a assistência médica, o ensino e a pesquisa. Tem por missão: "O compromisso com a qualidade pela Vida". A instituição exerce papel estratégico na formação de profissionais de saúde, com campo de estágio para alunos de nível médio e alunos de graduação, além de oferecer residência médica em diversas especialidades e multiprofissional (JORNAL, 2011).

O referido hospital integra a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Presta atendimento ambulatorial, internação e urgência à população, com demanda espontânea. Atendendo convênios e particular, funcionando 24 horas por dia. Disponibiliza um total de 233 leitos, distribuídos em dois blocos: o Bloco I, com 135 leitos, e o Bloco II, com 18 pavimentos, 200 apartamentos. Dispõe de áreas administrativas, restaurante, centro de

convenções com seis auditórios e um heliponto, que viabiliza a expansão do atendimento a todo o país.

Assim, a instituição conta com uma estrutura ampla, com Hospital Dia, Pediatria, Obstetrícia, Unidade de Internação, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Centro de Terapia Intensiva (CTI), Unidade Intermediária, Hemodinâmica, Hemodiálise, Oncologia, Bloco Cirúrgico e Clínica Médica.

Quanto à estrutura administrativa, o hospital conta com uma diretoria composta por: um presidente, dois superintendentes e cinco diretores, a saber: diretor clínico, diretor financeiro, diretor operacional, diretor técnico e diretor de desenvolvimento e marketing.

O hospital tem buscado inovação, pioneirismo e excelência (JORNAL, 2011). Nessa perspectiva, em 2004, alcançou o Certificado de Excelência Nível 3, concedido pela ONA, sendo o primeiro hospital de Belo Horizonte e o segundo de Minas Gerais a possuir tal título. Recebeu ainda, as seguintes titulações: norma ISO 9001/2000, certificação internacional por meio do selo RVA (Raad Voor Accreditatie – Conselho de Acreditação Holandês), a acreditação pela National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO) e certificado internacional utilizado pelo modelo de saúde americano, além do 15º Prêmio *Top of Mind* como instituição destaque, na categoria liderança, em maio de 2010.

Para manter o anonimato da instituição e facilitar a discussão e compreensão dos resultados, o hospital foi denominado “Hospital Gama”.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Foram eleitos sujeitos desta pesquisa 12 gerentes do nível organizacional intermediário. Os gerentes desse nível no Hospital Gama compreendem aqueles que estão em cargo de gerente de Unidades Funcionais e de Superintendência, ligados diretamente à diretoria do hospital. A escolha do gerente intermediário deve-se ao entendimento de que ele atende, de forma simultânea, aos interesses da direção estratégica do hospital e de seus liderados. Segundo Davel e Melo (2005), o gerente intermediário ocupa uma posição intermediária de transmissão entre o topo hierárquico da organização e os operários, em um contexto de duplo movimento de racionalização, exercendo, muitas vezes, uma atuação ambígua e conflitante, num contexto de flexibilização (DAVEL; MELO, 2005).

Devido à existência de várias posições e grupos com função de gestão, houve a necessidade de fazer uma subdivisão detalhada da estrutura administrativa das organizações que, segundo Reed (1997), é uma posição de chefias intermediárias, especialmente complexa,

pois seus objetivos não são certamente os mesmos dos gestores do topo, dado que suas aspirações são mais congruentes com aqueles que se encontram na base da hierarquia. Acredita-se que este gerente vive um dilema constante entre atender aos interesses da direção estratégica do hospital e os de seus liderados.

Para a concretização deste estudo, em uma primeira etapa, procedeu-se ao levantamento prévio dos gerentes que estavam no hospital antes de ter sido iniciado o processo de acreditação, mediante contatos telefônico e pessoal com o responsável pelo setor administrativo. Nesta etapa, identificou-se que 15 gerentes atendiam aos critérios de inclusão para participação na pesquisa. Na etapa seguinte, realizou-se contato telefônico com os gerentes, consultando-os sobre o interesse em participar do estudo e agendando as entrevistas. A última etapa compreendeu a realização das entrevistas com os sujeitos nos locais de trabalho, em horário e data agendada previamente.

As entrevistas foram realizadas com um grupo heterogêneo de 12 profissionais de saúde que ocupam cargo gerencial, obedecendo ao critério de saturação dos dados. Os sujeitos abrangem profissionais de diversas categorias. São gerentes na Unidade de Internação; Bloco Cirúrgico; Gerente de Relacionamento médico e Operações; Centro de Terapia Intensiva e Hemodinâmica; Recursos humanos; Coordenador da educação continuada; Gerente de enfermagem; Gerente de logística; Gerente de custos; Gerente da Auditoria Clínica; Gerente do laboratório de patologia clínica e Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa do hospital; e um Superintendente Administrativo.

Na discussão dos resultados, será apresentado o perfil dos sujeitos.

4.3.1 Critérios de inclusão e amostra

As entrevistas foram realizadas com os gerentes intermediários de forma sequencial até alcançar a saturação das informações, a qual ocorreu ao se totalizar 12 entrevistas.

A amostragem por saturação tem sido amplamente utilizada em pesquisas no campo da saúde, sendo indicada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra de estudo, interrompendo a captação de novos elementos. A inclusão de novos participantes é suspensa quando se alcança redundância ou repetição para o pesquisador. A avaliação da saturação de dados é feita de forma contínua com a análise de dados, iniciada de forma concomitante ao processo de coleta de dados (DENZIN; LINCON, 1994).

Como critérios de inclusão, definiu-se que os sujeitos seriam os gerentes intermediários que ocupavam este cargo na instituição antes e após o processo de AH; ou seja,

que tivessem vivenciado o processo de preparo para avaliação e certificação “Acreditado com Excelência”, com base na metodologia ONA; e que aceitassem participar da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de abril, maio e junho de 2011. Na ocasião, o Hospital Gama estava em processo de manutenção de acreditação. As entrevistas foram realizadas simultaneamente à transcrição e início da fase de análise dos dados. Por se tratar de um estudo de caso, foram utilizados para a coleta de dados um roteiro de entrevista contendo duas etapas: entrevista semi-estruturada (Apêndice A); e formulário de identificação (Apêndice B).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas diretas e individuais, com o auxílio de um roteiro semi-estruturado, com questões abertas, as quais, segundo Minayo (1994), permitem a formulação de perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto, e possibilitam o aprofundamento de algumas delas pelo entrevistador.

Antes de iniciar as entrevistas, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa aos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). As entrevistas foram gravadas em MP4 e gravador digital, após a anuência dos participantes, e transcritas na íntegra, para assegurar a fidedignidade dos dados.

O material coletado e as informações foram armazenados em um banco de dados, sendo passíveis de manipulação apenas pelos pesquisadores indicados nesta pesquisa, com o propósito único de servir para a geração de conhecimentos.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados das entrevistas com os gerentes, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009), na análise de conteúdo a pesquisa deve ser organizada seguindo três critérios cronológicos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; e inferência e interpretação.

Para a pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra, e foram feitas repetidas leituras das entrevistas em sua totalidade, para assegurar a exatidão da transcrição.

Posteriormente, foi realizada a leitura “flutuante”, que consistiu em leituras exaustivas de todas as entrevistas, possibilitando que surgissem impressões sobre o material. Em seguida, foi feita a categorização dos temas relevantes, analisados à luz da literatura (BARDIN, 2009). Essas categorizações podem ser feitas por semelhanças ou diferenças entre as unidades de registros, ou ainda, por critério de associação entre essas unidades. Para a análise dos dados deste estudo, foi realizada a categorização temática por semelhança de registros. Após a categorização, procedeu-se à análise dos conteúdos, com a interpretação dos dados, tendo por base a literatura, buscando os significados das mensagens, a partir das mensagens ditas e outros significados de natureza psicológica, sociológica, política etc. (BARDIN, 2009).

As entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram. Adotou-se a sigla *GR* para gerente, seguida do número de 1 a 12.

4.6 Questões éticas

Para a realização do estudo, o projeto foi aprovado pelo Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Enfermagem (Anexo B) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG- ETIC 0611.0.203.000-10, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo C), além da aprovação do Comitê de Ética do Hospital, cenário da pesquisa (Anexo D).

Para esclarecimento dos sujeitos, em cumprimento aos aspectos éticos, ressalta-se que foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos sujeitos da pesquisa, contendo os objetivos, riscos e benefícios, garantindo confidencialidade das informações, anonimato e proteção da imagem e que as informações somente seriam usadas para fins científicos, sem prejuízo para as pessoas e instituições.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e a discussão dos resultados desta pesquisa estão organizadas da seguinte forma: Perfil dos sujeitos da pesquisa, haja vista a relevância de se conhecer particularidades desses atores em seu contexto de vida e de trabalho; e as categorias temáticas advindas da análise de conteúdo, quais sejam: Participação do gerente enfermeiro no processo de AH; As duas faces da acreditação hospitalar; Instrumentos da qualidade na AH e os novos desafios da função gerencial; e, Gestão de pessoas: estratégias dos gerentes no alcance da acreditação com Excelência.

5.1 Perfil gerencial em um hospital acreditado com Excelência em Belo Horizonte

A partir da análise dos dados obtidos nos formulários de identificação, traçou-se o perfil dos sujeitos da pesquisa, compreendendo 12 profissionais que desenvolviam atividades gerenciais. No que se refere à faixa etária, a idade dos gerentes variou entre 29 e 58 anos, com média de 42 anos. Quanto ao estado civil, identificou-se o predomínio de gerentes casados (83,3%), sendo os demais gerentes solteiros (16,7%). É importante destacar que dentre os casados houve um percentual significativo de gerentes que tinham filhos, correspondendo a 75%, sendo que dentre os que tinham filhos a média (58,33%) era de apenas um filho.

Considerando esses números e os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as famílias têm optado por reduzir o número de filhos. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE sobre fecundidade, natalidade e mortalidade no Brasil, o tamanho da família brasileira diminuiu em todas as regiões: de 4,3 pessoas por família em 1981, para 3,3 pessoas em 2001. Hoje o número médio de filhos por família é de 1,6 filho. De acordo com o estudo, o número de filhos por mulher caiu de 6 até 1960 para 2 em 2006 (IBGE, 2009).

Foi identificado um grupo heterogêneo de gerentes de diversas categorias profissionais, com predomínio dos da área da saúde (58,33%). Os demais gerentes eram da área administrativa e participavam indiretamente dos processos assistenciais. As categorias profissionais estão representadas na Tabela 1.

TABELA 1
 Categoria profissional dos gerentes de um hospital acreditado em excelência de Belo Horizonte- MG

<i>Categoria</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Enfermeiro	5	41,7
Administrador	4	33,3
Médico	2	16,7
Contador	1	8,3
Total	12	100

Fonte: Entrevistas aplicadas aos gerentes. Material elaborado para fins deste estudo.

Conforme a Tabela 1, verificou-se o predomínio de profissionais da enfermagem em cargos de gestão. Dentre os 5 enfermeiros entrevistados, 4 eram do sexo feminino, o que ratifica a participação de enfermeiras em atividades gerenciais. Os dados corroboram com estudo realizado por Brito (2004), na qual é evidenciada a crescente presença da mulher enfermeira assumindo cargos de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte. Em seu estudo, a autora discute o avanço das mulheres gerentes e sua inserção nas organizações hospitalares, a presença das mulheres em cargos gerenciais em outras diversas instituições e a tendência crescente da força feminina do trabalho em saúde. Este estudo vem reforçar a presença da mulher no exercício de funções gerenciais nos hospitais.

Além do destaque de mulheres na categoria de enfermagem, entre os 12 sujeitos entrevistados também era predominante o sexo feminino, sendo um grupo constituído por sete mulheres (58,3%) e cinco homens (41,7%). Mais uma vez, salienta-se a tendência do panorama no qual se evidencia maior frequência de mulheres assumindo cargos gerenciais em níveis intermediários e, além disso, a incorporação de novas categorias profissionais na gerência. A esse respeito, Davel e Melo (2007, p. 41) afirmaram que “as mulheres parecem estar mais confiantes, destacando e valorizando suas singularidades”. Ademais, a presença de mulheres em cargos gerenciais sinaliza rupturas na lógica hegemônica em hospitais em que tradicionalmente o profissional médico detinha o poder de decisão.

Pesquisas de Melo, Davel (2007) e Brito (2004) apontam a inserção de mulheres gerentes em diferentes setores da economia e organizações, verificando que há espaços em que elas têm obtido sucesso com maiores conquistas e aceitação. Para os autores, as mulheres em cargo de gestão vivenciam esse novo espaço organizacional de forma diferenciada e individualizada, ao mesmo tempo em que demonstram características e traços comuns, como

o fato de destacarem a gestão de pessoas como aspecto fundamental pro desenvolvimento do seu trabalho e a preocupação com a capacitação da equipe. As mulheres consideram o aprendizado e o crescimento profissional como incentivo para assumirem o cargo de gerência, enquanto os homens situam em primeiro plano o incentivo financeiro.

Embora seja nítida a representatividade das mulheres em cargos de gerência, há que se destacar os desafios que lhes são impostos em face dessa nova possibilidade de emancipação e autonomia profissional e pessoal.

Nessa perspectiva, Davel e Melo (2005) afirmam que as questões de gênero devem ser abordadas como forma de expressão das relações de poder, visto que esta é uma característica fundamental de todas as relações sociais. Assim, é fundamental que se tenha um olhar ampliado sobre as distintas interpretações acerca das interações possíveis entre homens e mulheres, condicionadas a regras sociais hegemônicas (BRITO, 2004).

Ainda a esse respeito, salienta-se Morgan (2009) que sugere a análise das organizações como expressão do patriarcado que impera nas relações da sociedade, existindo, então, a influência nas organizações do papel de dominação instituído ao homem ao longo da formação da sociedade, com base em relações hierárquicas características da família patriarcal. Esse patriarcado funciona, portanto, como um tipo de “prisão conceitual produzindo e reproduzindo estruturas organizacionais em que predominam o sexo e os valores masculinos” (MORGAN, 2009, p. 217). Assim, as discrepantes relações de gênero nada mais são do que expressão das relações dissimétricas de poder presentes na sociedade, o que faz com que a dominação masculina esteja legitimada nas coisas e na ideologia, caracterizando um “tipo particular de violência simbólica” (DAVEL; MELO, 2005, p. 41).

Morgan (2009) afirma que as organizações, tradicionalmente, têm sido estruturadas em características que culturalmente são atreladas ao padrão ocidental masculino, cabendo à mulher assumir cargos de cunho submisso, nos quais a função é servir, agradar e apoiar. Davel e Melo (2005) apontam que as gerentes são menos valorizadas que os homens, necessitando um esforço muito maior que estes se pretendem progredir na carreira. Destacam, ainda, que o trabalho dos gerentes não está livre das dissonâncias presentes na sociedade relacionadas ao gênero. Assim, as sociedades capitalistas, alicerçadas na divisão sexual do trabalho, reproduzem a mesma lógica nas organizações, gerando um impacto significativo na segregação de mulheres no exercício da gerência. Essa segregação influencia o reconhecimento de seu trabalho, bem como as perspectivas de carreira, acarretando ainda em divergências salariais em relação aos homens que ocupam o mesmo cargo nas instituições.

Reconhecer esse desequilíbrio entre o feminino e o masculino, bem como seus desdobramentos nas organizações, possibilita o conhecimento de uma realidade historicamente presente, porém passível de mudanças.

Outro aspecto relevante identificado neste estudo diz respeito à qualificação em nível de pós-graduação dos gerentes. Em relação à qualificação profissional, os cursos realizados pelos entrevistados podem ser visualizados na Tabela 2.

TABELA 2
Cursos de pós-graduação realizados pelos gerentes de um hospital acreditado com Excelência em Belo Horizonte- MG:

<i>Categoria</i>	<i>Curso</i>
Enfermeiro	MBA Gestão em saúde
Enfermeiro	Administração hospitalar MBA Executivo em desenvolvimento
Enfermeiro	Gestão de Recursos Humanos
Enfermeiro	Terapia Intensiva
Enfermeiro	Obstetrícia
Administrador	Gestão de Negócios
Administrador	Gestão de Finanças
Administrador	Logística
Administrador	MBA Executivo
Médico	Administração hospitalar
Médico	Auditoria
Contador	Gestão de pessoas

Fonte: Entrevistas aplicadas aos gerentes. Elaborada para fins deste estudo

Conforme apresentado na Tabela 2, 100% dos profissionais realizaram curso de pós-graduação. Dentre os cursos mencionados 10 (83,3%) estão voltados para a área de Gestão e Administração; e 2 (17,7%) referem-se à assistência direta ao paciente. O elevado percentual de gerentes com curso de pós-graduação na área de Gestão e/ou Administração atende às exigências da Portaria 2.225/GM de 5/12/2002, do Ministério da Saúde, a qual especifica critérios de qualificação profissional para o exercício das funções de direção com base na classificação por porte de hospital, passando a exigir profissionais com formação específica em administração ou com cursos de qualificação na área (BRASIL, 2002). Com base nestes dados, percebe-se que os gerentes hospitalares têm buscado investir em qualificação profissional, o que permite inferir que, apesar das exigências legais, acredita-se que somente a

conclusão do curso de graduação não é mais suficiente para o desempenho da função, induzindo os profissionais a continuarem os estudos e a permanecerem um tempo maior na vida acadêmica a fim de atuarem em cargos de gerência.

Ainda em relação à qualificação profissional, verificou-se que um dos sujeitos entrevistados concluiu o mestrado acadêmico. Sabe-se que na área da saúde a trajetória de mestrado na pós-graduação ainda é relativamente nova, mas com tendência a crescer. Segundo pesquisa realizada por Ramos *et al.* (2010), a pós-graduação brasileira tem tido crescimento expressivo ao longo dos anos em todas as áreas do conhecimento principalmente na área da saúde, mas continua a demandar investimento. Até 1987, em todas as áreas de conhecimento, titularam-se 3.647 mestres e 868 doutores. Este número subiu para 32.899 e 9.919, respectivamente, em 2007. Ou seja, trata-se de avanço significativo, com expressiva expansão da produção científica brasileira, pois houve um aumento de quase 900% no número de mestres e de quase 1.100% no de doutores em apenas vinte anos.

Em relação ao número de empregos e cargos ocupados em outras instituições, vale enfatizar a busca por profissionais com graduação em Enfermagem na área da docência. Este foi um aspecto que se destacou, pois dentre os entrevistados todos que possuíam mais de um vínculo profissional eram enfermeiros, e o outro vínculo era na docência no ensino superior. Tal fato pode decorrer da expansão dos cursos de graduação em enfermagem nos últimos anos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP, 2007), na década de 2000 havia no estado de Minas Gerais 16 cursos de graduação em Enfermagem. Em agosto de 2004, alcançou-se a marca de 53 cursos, chegando a 112 cursos em dezembro de 2007. Brito (2008) discorre sobre a expansão do sistema de ensino superior, que ocorreu principalmente nas instituições privadas, expressando a tendência mercadológica da educação superior e a consequente valorização do mercado econômico como elemento fundamental na criação de cursos e instituições.

Analisando as condições de trabalho dos gerentes, verificou-se que, a despeito de todos possuírem jornada de trabalho formal de 8 horas diárias, todos possuem uma jornada informal que varia de 10 a 14 horas diárias, ou seja, trabalham mais que 44 horas semanais. Cabe ressaltar que 83,3% dos gerentes declaram ter flexibilidade de horário. Segundo Motta (1998), a flexibilização é um aspecto positivo da organização, pois estruturas rígidas provaram ser insuficientes para lidar e acabar com as incertezas que surgem em meio ao trabalho diário. No cotidiano do trabalho, variáveis podem surpreender o tempo todo, principalmente se não são identificadas em tempo hábil. Neste sentido, Dejours (1998), afirma que o trabalho precisa ter flexibilidade para atender às demandas do profissional contribuindo

assim para aumentar sua satisfação dentro da organização, pois remete a um clima organizacional favorável à satisfação das necessidades pessoais do trabalhador. No contexto da acreditação hospitalar, vale ressaltar a importância da satisfação pessoal e profissional dos gerentes inseridos neste processo de qualidade, atuando e colaborando para um clima organizacional mais harmonioso e tornando os objetivos da instituição ao alcance de todos.

Outro aspecto importante na análise do perfil dos gerentes do Hospital Gama refere-se ao tempo de serviço. Verificou-se que a média de tempo de trabalho na instituição em anos é de 13,41 anos, com tempo máximo de 19 anos, sendo que 91,66% dos gerentes estão na instituição há mais de 11 anos. Apenas 1 gerente (8,34%) está na instituição há 8 anos. Em relação ao cargo gerencial, 58,33% dos profissionais entraram na empresa já assumindo o cargo gerencial e 41,66% se encontram na função entre 1 e 5 anos. Ao estudar a evolução e o aprendizado do gerente ao assumir o cargo, Gabarro (1987) apud Rauufflet (2007) descreve as ações do gerente. Ele conclui que os gerentes, ao assumirem o cargo, passam por cinco fases: inteiração, que dura de três a seis meses; imersão, que dura de quatro a 11 meses, nos quais o gerente executa apenas algumas mudanças; reformulação, que dura de três a seis meses e representa um período de mudanças intensas nas ações gerenciais; a consolidação, que se estende por três a nove meses; consolidação final no posto de trabalho. O tempo de duração de cada etapa varia de indivíduo para indivíduo.

Analisando os dados do perfil dos gerentes que atuam no Hospital Gama em relação ao tempo no cargo gerencial, de acordo com as fases citadas por Gabarro (1987) apud Rauufflet (2007), pode-se inferir que todos os gerentes estão em fase de consolidação final do trabalho, pois estão no cargo há mais de dois anos e meio, tempo máximo na soma de todas as fases. Vale ressaltar também em relação ao tempo de atuação dos gerentes na organização que o fato de todos atuarem há mais tempo na instituição permite inferir que há investimentos por parte da instituição na retenção de talentos. Ademais, o tempo no cargo confirma a identificação dos gerentes com a organização.

Ao pensar nesta identificação dos gerentes com a organização, vale lembrar que o contexto de modernização tecnológica e de reestruturação organizacional influencia de forma direta e objetiva as práticas cotidianas dos profissionais. O desempenho eficaz de uma função exige tanto competência técnica e científica quanto conhecimento dos processos organizacionais para possibilitar a coerência com a missão organizacional.

Destaca-se a importância de se considerar a subjetividade do trabalhador na análise das questões relacionadas às organizações, sejam elas de qualquer natureza. Esta subjetividade do trabalhador, segundo Alves *et al.* (2007), diz respeito aos sentimentos e

anseios dos atores sociais presentes nas instituições com relação ao trabalho realizado, bem como a sua identificação com a organização na qual realiza suas práticas. Implica então, compreender a cultura organizacional, a qual, por sua vez, relaciona-se ao conjunto de fatores que configuram a vida na instituição, ou seja, seus mitos, valores, linguagens, lendas, símbolos, metáforas. Estas se constituem como uma construção coletiva da identidade organizacional.

De acordo com Pagés *et al* (1987), a relação estabelecida entre o profissional e a organização influencia seu processo de trabalho. Diz-se, então, de uma identificação desse sujeito com o local onde desempenha suas funções. A identificação, segundo este mesmo autor, refere-se à aproximação entre a realidade objetiva, ou seja, própria da organização, com a realidade subjetiva, própria do indivíduo. O estudo dos laços de identificação é uma das alternativas de se compreender essa relação entre o trabalhador e a organização. Para Alves *et al.* (2007) este processo de identificação do indivíduo com a organização constitui-se a base da lealdade organizacional, a qual se traduz em substrato, para que ocorram processos decisórios coerentes com os objetivos organizacionais

O indivíduo pode estar ligado à organização por meio de laços materiais ou econômicos, afetivos, profissionais e ideológicos. Os laços materiais relacionam-se aos aspectos salariais; os afetivos, às relações pessoais estabelecidas no trabalho; os profissionais, à identificação dos sujeitos com as atividades e funções que desempenham; os laços psicológicos, à imagem de força e de poder que a organização propõe aos sujeitos; e os laços ideológicos, aos valores, princípios, diretrizes e políticas presentes na instituição (ALVES *et al.*, 2007). Neste estudo, infere-se que, devido aos longos anos de dedicação dos profissionais no cargo gerencial, existe a presença de laços ideológicos e profissionais.

Em face dos dados apresentados, observa-se que no hospital Gama cargos de gerência estão sendo ocupados por pessoas com relativa experiência ao analisarmos o tempo de ocupação no cargo e suas experiências gerenciais, além disso, são pessoas com capacitação profissional. Vale salientar, ainda, que se trata de pessoas com autoestima elevada, satisfeitas com o seu desempenho profissional e felizes por atuarem como gerentes, o que é fundamental para o sucesso profissional, conforme depoimentos:

Eu sou muito feliz com o que eu faço, muito feliz com a oportunidade que eu tive há dezenove anos. Eu acho que eu sou uma pessoa iluminada, profissionalmente (GR 1).

Eu assim sou viciada nessa empresa[...] e vi o tanto que eu cresci aqui dentro. Eles te dão oportunidades. Você tem que saber aproveitar essa oportunidade e colocar pra frente (GR 5).

Eu sei muito hoje. São quase 20 anos de serviço. Acredito que atendo às expectativas da alta direção. Eu acredito que sim, né. Eu estou aqui né... (GR 2).

Ainda em relação aos laços de identificação com a organização, os relatos apontam a presença de laços afetivos entre os sujeitos e a organização, a partir do desempenho da função gerencial.

Considerando que as pessoas fazem a diferença na organização em razão de sua participação e envolvimento, pode-se inferir que o trabalho desenvolvido por gerentes com este perfil é de responsabilidade e qualidade. Mezomo (2001), ao tratar do papel dos profissionais nas organizações, ressalta que ninguém fará a produção da qualidade se antes não estiver convencido de sua validade e ninguém se convencerá se antes não tiver o claro conhecimento do porquê de sua ação. O autor reforça ainda que ao se conhecer, a pessoa se convence, a qual por sua vez, se compromete e age (MEZOMO, 2001). Assim, a inserção do gerente de forma ativa influencia a complexidade da gestão, uma vez que as ações gerenciais dependem da adesão e do comprometimento dos profissionais.

5.2 Participação do gerente enfermeiro no processo de acreditação hospitalar

Com base nos dados deste estudo, identificou-se que entre os sujeitos entrevistados a categoria profissional em predomínio é a de Enfermeiros. Portanto, considerou-se relevante destacar uma categoria temática que tratasse da participação deste sujeito na AH, haja vista suas particularidades. Tomou-se como base os depoimentos dos cinco enfermeiros que participaram da pesquisa.

A enfermagem é uma profissão cuja atuação e funções são amplas na área da saúde. Portanto, a prática do enfermeiro não se restringe à realização de procedimentos técnicos apresentando diversas funções e inúmeros campos dentro das áreas de assistência, ensino e pesquisa, o que se exige da profissão grande responsabilidade.

Com esta pesquisa, identificou-se a importância fundamental da participação do enfermeiro no processo de AH. Os resultados encontrados vão ao encontro com pesquisa realizada por Feldman e Cunha (2006). Com dados coletados de sete empresas credenciadas pela ONA, as autoras verificaram que o serviço do enfermeiro foi avaliado com destaque nas

atribuições administrativas nos programas de acreditação hospitalar, indicando que os critérios relativos às atribuições assistenciais e ensino/ pesquisa ainda necessitam ser reavaliados nos aspectos quantitativos e qualitativos para obter uma mensuração mais precisa.

Cabe salientar que o enfermeiro no processo de acreditação hospitalar é um ator fundamental, sendo, segundo Barbosa *et al.* (2004), um profissional com grande potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde. Assim, nas organizações hospitalares a participação do enfermeiro na gestão do serviço tem se mostrado crescente e relevante.

O exercício da gerência não é um fato novo para o enfermeiro, mas atualmente essa função vem sendo desenvolvida de forma mais profissional, possibilitando-lhe ter mais clareza de suas atribuições e da realidade de trabalho a ser enfrentada. No exercício da gerência no contexto hospitalar, o enfermeiro tem assumido cargos na gestão intermediária e estratégica nas organizações, com participação nas decisões organizacionais (BRITO, 2008). É neste contexto que ele também tem se destacado no processo de AH.

A acreditação hospitalar é uma nova metodologia de melhoria do gerenciamento e da assistência, a qual combina segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade no atendimento (ANVISA, 2004). No que diz respeito à atuação do enfermeiro nos processo de acreditação, sua importância deve ser destacada, haja vista suas repercussões para a instituição e para a equipe de profissionais que ali atuam. Considerando a acreditação como um processo sistêmico, que envolve todos os setores do hospital e as diversas categorias profissionais, os enfermeiros entrevistados identificam na acreditação a consolidação do trabalho coletivo. Nesta perspectiva, é apontada a impossibilidade de realização do trabalho de forma isolada e desarticulada.

De acordo com um dos entrevistados:

Ninguém alcança os objetivos propostos pelo sistema da qualidade se trabalhar sozinho, e para isso os profissionais têm a necessidade de buscar aprendizado em outras ciências. Busca aprender outros conceitos e a trabalhar de forma interdisciplinar, buscando em outras áreas a melhoria da assistência (GR 5).

Brito (2004) aponta a tendência na adoção de padrões voltados para o trabalho em equipe, em face dos novos modelos de gestão dos serviços de saúde.

A fala dos entrevistados retrata essa necessidade:

A enfermagem não trabalha isolada. A gente é um centro de referência para a assistência do paciente. Então o que aconteceu é que nós clareamos isso, nós começamos a evidenciar muito alguns conceitos de cliente interno, cadeia cliente fornecedor. Isso foi um crescente. Hoje, depois de quase sete anos de programa de acreditação, a gente amadureceu muito. Se pegar do primeiro processo de acreditação que a gente passou, a gente evoluiu bastante, e o que tornou muito mais complexa a gestão (GR 2).

Na mesma perspectiva de GR 2, Peduzzi e Anselmi (2002) afirmam que o trabalho do enfermeiro se dá em uma relação de interdependência com a equipe de enfermagem e com outros profissionais da saúde, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Esclarecem os autores:

No campo da enfermagem, os objetos de trabalho são o cuidado de enfermagem e seu gerenciamento. Cuidado este, concebido como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no transcorrer das doenças ou ao longo de processos sociovitais (saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher, do idoso, etc.), visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde (PEDUZZI; ANSELM, 2002, p. 395).

Para além da necessidade genuína à profissão de se trabalhar em equipe, o processo de acreditação exige uma potencialização desse tipo de trabalho, no qual os diversos saberes e atores precisam se articular de forma harmoniosa para concretizar os objetivos propostos.

Então, assim, as pessoas têm que ter um conhecimento em Administração, um fator que às vezes dificulta pro enfermeiro, pra quem está na assistência, apesar de que a maioria dos cursos hoje abordar isso (GR 12).

Eu não tenho a formação de administrador. Não tenho a formação de... Então, pra mim, é até difícil às vezes eu ter o controle de números. Mas a gente vai trabalhando. Aí nesse sentido, os outros gerentes dos outros setores do hospital vão ajudando também (GR 6).

Na perspectiva de articular saberes, cabe salientar a necessidade de adotar novos conhecimentos que vêm sendo incorporados, como forma de introduzir melhorias no processo de trabalho e de incrementar estratégias para os gerentes desenvolverem suas práticas diárias. Entretanto, vale ressaltar a advertência de Ramos *et al.* (2009) de que a busca do conhecimento nos processos de cuidar, com valorização excessiva do uso das tecnologias materiais, em detrimento das tecnologias não materiais, empobrece a ação cuidadora e limita o

alcance de ações de enfermagem mais qualificadas. Neste sentido, as autoras destacam o cuidado como meta e o trabalho como categoria estratégica, destacando o sujeito como fins desta meta, ou seja, o objeto de trabalho do enfermeiro é o sujeito do cuidado.

Profissionais de saúde buscam conhecimentos sobre a gerência, e essa tendência não é nova. Brito (2004) menciona essa tendência de atualização e de busca por qualificação na área gerencial, refletindo a preocupação das organizações em profissionalizarem seus quadros gerenciais. Em 1991, Motta (1991) já afirmava que o objetivo dos programas de qualidade era renovar processos organizacionais, em função das tecnologias modernas, e colaborar para a eficiência das práticas produtivas. Os depoimentos dos entrevistados indicam a preocupação dos gerentes hospitalares em melhorar a qualidade do atendimento ao cliente com base na maior qualificação do corpo gerencial.

Os enfermeiros entrevistados reconhecem na Enfermagem o cerne da assistência, configurando-se como o elo entre as ações assistenciais dispensadas ao paciente. Com este estudo, foi possível perceber que a enfermagem é fundamental para a manutenção de assistência de qualidade. O enfermeiro, na posição de gerente, passou a aprimorar seus conhecimentos gerenciais, sem desvincular-se das melhorias assistenciais, entendendo que a gestão em Enfermagem compreende um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais (RUTHES *et al.*, 2010). Percebe-se, portanto, o enfermeiro como peça-chave no processo de acreditação. Assim, o enfermeiro trabalha aliando gestão e assistência, conforme explicado por GR5:

[...] eu procuro pegar o que é gerencial, burocrático e trazer pro lado assistencial, melhorando a parte assistencial (GR 5).

Como peça fundamental, a Enfermagem ocupa um lugar de evidência para a instituição ser ou manter-se acreditada.

Se não colocar uma data num curativo, se não fizer a parte dele, não checar a medicação, a gente não vai conseguir a acreditação (GR 3).

Estes relatos remetem a Barbosa *et al.* (2004), ao situarem a enfermagem como o eixo central da assistência ao paciente, inclusive para caminhar em direção a uma política de qualidade; ou seja, que tenha por objetivo prestar uma assistência de qualidade. D' Innocenzo, Adami e Cunha (2006, p.87) ressaltam que estes profissionais possuem uma diversidade de “conhecimentos e habilidades técnicas, compromissada com a qualidade da assistência”.

Desta forma podem ser agentes de mudanças contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Ao retomar a abordagem da acreditação hospitalar pela ANVISA (2004), no que tange à segurança, observou-se que o enfermeiro tem maior confiança ao trabalhar em uma instituição acreditada. Os sujeitos da pesquisa destacam que a profissão tem riscos inerentes ao trabalho desenvolvido, mas quando se trata de uma instituição acreditada esses riscos são gerenciados. Isso porque, para obterem a acreditação, as instituições precisam melhorar seus processos, registros das atividades e documentação, de uma forma geral. Essa percepção dos entrevistados vai ao encontro da literatura, pois, segundo a ANVISA (2004), a acreditação hospitalar pela metodologia ONA considera a segurança de quem trabalha e de quem é atendido. Isso pode ser evidenciado no seguinte depoimento:

Depois que teve houve a certificação, ficou tudo mais racional. Então, houve mais... foi maior a exigência, mas nós conseguimos gerenciar melhor o nosso dia a dia e o risco da nossa profissão. Além da acreditação nos trazer também a segurança no nosso trabalho, trouxe também a documentação necessária (GR 6).

Para o programa de acreditação, a gente tem que fazer registro de tudo [...] isso também não é uma prática muito comum. Não era uma realidade antes. Hoje, a gente registra melhor, de uma forma mais organizada (GR 2).

Retomando as melhorias no processo de acreditação hospitalar, de acordo com a ANVISA (2004), no que concerne à responsabilidade e à qualidade, pode-se inferir que ambas estão diretamente ligadas à busca do conhecimento. Ao aprender mais sobre o processo de acreditação e a atingir os objetivos da qualidade, aumenta a responsabilidade do profissional em relação ao paciente, à instituição e a si mesmo.

Ela [a acreditação] exige muito conhecimento, não só do gestor, mas dos enfermeiros também. E eu evolui também como gerente nas minhas competências pra isso. [...] As análises críticas que a gente tem... Nas unidades assistenciais, cada enfermeira é responsável pela sua análise, tanto do ponto de vista assistencial quanto gerencial do setor, algo que a gente adquiriu ao longo do tempo, e o enfermeiro não vem com isso da sua formação; aprende tudo aqui dentro (GR 2).

Uma das vantagens da acreditação vai além das melhorias na assistência, incluindo a melhoria do gerenciamento da unidade e da prática de gestão (ANVISA, 2004). Vale ressaltar a evolução da enfermagem como profissão, aliando gestão e assistência, buscando

aprimoramento técnico científico para uma prática pautada no conhecimento. Apesar dos desafios encontrados diante do novo, do desconhecido no processo de acreditação hospitalar, o enfermeiro em posição de gerente se destaca nas funções gerenciais e amplia suas atividades cotidianas. O destaque do enfermeiro em posição de gerente e, muitas vezes, sua facilidade para desempenhar esta função, podem ser justificados com base nos conteúdos dos currículos de Enfermagem, os quais preservam em sua matriz curricular disciplinas ligadas às temáticas “Administração” e “Gestão”. Nesta ótica, também cabe salientar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Enfermagem, que estabelecem o desenvolvimento de competências relativas ao gerenciamento. Também é fundamental chamar a atenção para a dimensão ética do gerenciamento na saúde, haja vista que as decisões devem ser balizadas por preceitos éticos e levarem em consideração todos os sujeitos envolvidos nos processos gerenciais e assistenciais.

É interessante notar que, apesar das exigências das DCN e da inclusão de conteúdos de Administração nos currículos de graduação em Enfermagem, os enfermeiros apontam lacunas relacionadas aos conteúdos sobre acreditação e declaram que se capacitaram na própria instituição, ou seja, no hospital.

Neste sentido, alguns aspectos foram evidenciados pelos enfermeiros entrevistados neste estudo, tais como: falta de preparo profissional; formação profissional que não abrange programas de acreditação no currículo como *gap* na formação; e processo ensino-aprendizado, o qual ocorreu dentro da instituição, e não em uma universidade. Portanto, o aprendizado na prática ocorre desarticulado de uma fundamentação teórica da formação acadêmica.

Os entrevistados também fizeram referência à influência da acreditação e da evolução do hospital na equipe de enfermagem como um todo. Assim, observa-se que a acreditação vai além de uma perspectiva individual, alcançando o coletivo:

Decorre do processo... É evidente que muda. Muda muito na área da saúde e enfermagem. Faz muito pouco tempo, nos últimos anos então, isso mudou o trabalho do gerente de enfermagem. Mas não só o trabalho do gestor, mas do enfermeiro, do próprio técnico de enfermagem. Não digo que isso é separado do processo de acreditação, mas acredito que é da própria evolução, da complexidade que se tornou o hospital, da instituição de saúde (GR 1).

Sobre o depoimento de GR1, salienta-se que a enfermagem está se adequando à proposta de reorganização da instituição e do sistema de saúde. Também se observa o envolvimento da enfermagem com a instituição e as mudanças na forma de organizar os

processos de trabalho. Alguns entrevistados, quando indagados sobre como se sentem em relação ao processo de acreditação, destacaram atuações gerenciais e assistenciais, relatando que assumem várias atividades ao mesmo tempo, mas sentem que seu desempenho tem sido satisfatório. Os aspectos mencionados, ao mesmo tempo em que geram sentimentos de insegurança nos enfermeiros, são assumidos como possibilidade de crescimento e, ainda como desafios superados:

O enfermeiro hoje pra trabalhar num hospital que tenha o programa de acreditação. Ele tem que ter competência bem fundamentada na área de gestão, que é uma dificuldade, porque na formação do enfermeiro ainda existe um gap. Então, foi um processo muito difícil de muitas mudanças, mudanças de cultura, da própria enfermagem que trabalha aqui. Então, é uma construção, foi uma construção (GR 1).

Eu evoluí também como gerente nas minhas competências pra isso (GR 3).

Um ponto dificultador é o do conhecimento. Se um gestor não tiver o devido conhecimento do processo de gestão, da parte administrativa, fica difícil entender. Você vai analisar um indicador, o que é um desvio padrão, o que é a meta. Então, assim, as pessoas têm que ter um conhecimento em administração, é um fator que às vezes dificulta pro enfermeiro (GR 12).

Também se observou nas entrevistas o desenvolvimento profissional do enfermeiro na própria organização e o seu envolvimento na acreditação hospitalar como algo que permite maior visibilidade da instituição como empresa e o exercício da atividade gerencial com mais autonomia, com poder de participação nas decisões, principalmente nas ações gerenciais. A valorização do trabalho em equipe e o relacionamento entre eles também foram mais uma vez evidenciados como aspectos que foram melhorando com o decorrer do processo relacional.

Pode se inferir que a acreditação potencializa o trabalho em equipe. Cabe ressaltar, a vantagem mais importante do programa de acreditação segundo Bittar (2000). O autor destaca que a vantagem está no período preparatório e no período posterior à avaliação, devido à melhora na comunicação, no trabalho em equipe, na auto-avaliação e na revisão interna. Aspectos como comunicação e trabalho em equipe podem ser identificados no depoimento de GR1:

Começamos a participar de determinadas ações... Nós começamos a participar da saúde financeira da empresa propriamente dita, nós os enfermeiros,[...] Aí, sim, eu acho que houve uma mudança radical de postura, de ação, de preocupação dos enfermeiros com relação à administração da empresa. Daí pra frente, a gente veio melhorando sobre o ponto de vista administrativo, de planejamento, de relacionamento entre

profissionais, de relacionamento entre equipes e com os profissionais subordinados (GR 1).

Em suma, pode-se dizer que a acreditação contribui para crescimento do profissional e da instituição, agregando novas iniciativas organizacionais e novas ações dos profissionais envolvidos, na busca de melhorar a qualidade da assistência continuamente com foco no cliente. Em meio a esse programa de acreditação, dentre os atores envolvidos, em especial, os enfermeiros se mostraram dotados de habilidades e competências gerenciais, que abrangem planejamento de ações, liderança, comunicação e trabalho em equipe. Assim, o enfermeiro nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, como o responsável pela gestão dos serviços de enfermagem, ações assistenciais e administrativas, de ensino e pesquisa, tem contribuído com o sucesso da instituição, promovendo a integração da equipe em busca de melhores resultados.

5.3 As duas faces da Acreditação Hospitalar

A pesquisa realizada permitiu identificar ambiguidades em relação à acreditação hospitalar na perspectiva dos gerentes. Neste sentido, a acreditação é percebida com duas faces: de um lado, os aspectos negativos; e de outro, os aspectos positivos.

Vale relembrar que, com a globalização e a alta competitividade entre as organizações, os serviços de saúde em especial, as instituições hospitalares passaram a rever seus modelos de gestão e a buscar melhorias contínuas, com foco na qualidade da assistência, por meio da acreditação hospitalar. Na perspectiva de compreender o trabalho do gerente hospitalar no contexto da acreditação, objetivo deste estudo, abordam-se neste capítulo as duas faces da AH a partir da perspectiva dos gerentes. Ao discursar sobre seu trabalho como gerente no contexto da acreditação, os sujeitos da pesquisa, de forma recorrente, mencionavam tanto os aspectos positivos quanto os negativos na sua rotina. Tomando como base os depoimentos dos sujeitos, elaborou-se uma síntese dos aspectos evidenciados, das estratégias e ações desenvolvidas para a viabilização dos aspectos identificados e, de suas repercussões no cotidiano de trabalho (Quadro 4).

QUADRO 4

Aspectos positivos, estratégias e repercussões do processo de acreditação hospitalar na perspectiva dos gerentes

Aspectos positivos	Estratégias/ ações desenvolvidas	Repercussões no cotidiano de trabalho
Padronização dos processos	Seguir padrões propostos pelo Manual Brasileiro de Acreditação-ONA; Realizar análise crítica;	Redução do retrabalho, desperdícios e melhoria da qualidade assistencial e gerencial. Comprometimento com a segurança.
Visão sistêmica e a intersectorialidade	Realizar reuniões de equipes e gestores. Oferecer sistema de <i>feedback</i> ao colaborador; Estabelecer contratos internos; Desenvolver planos de ação em equipe; Realizar trabalho em equipe; Efetivar a comunicação; Capacitar gestores e a equipe;	Comprometimento e crescimento profissional; Sentimento de pertença à organização por parte dos profissionais e envolvimento no processo. Oferta de serviços de qualidade pelos diferentes setores do hospital.
Organização dos processos	Realizar planejamento estratégico; Analisar os processos por meio de indicadores; Informatizar os processos;	Trabalho mais organizado e de qualidade. Mensuração dos resultados e do desempenho organizacional. Disponibilização de dados para a avaliação das ações. Identificação de barreiras e dificuldades na implantação do processo de acreditação.
Melhoria nos registros	Estruturar o sistema de informação Pré- definir Trabalhar com indicadores e metas;	Maior confiabilidade das ações. Respaldo legal. Geração de dados importantes.
Melhoria contínua	Desenvolver instrumentos de avaliação de melhoria contínua: Não Conformidade. Realizar análise crítica dos processos; Apresentar resultados com periodicidade; Analisar a causa raiz.	Maior credibilidade do hospital junto á comunidade e aos clientes internos e externos.

Fonte: Entrevistas aplicadas aos gerentes. Material elaborado para fins deste estudo.

Em face dos dados apresentados, observa-se que os aspectos positivos do processo de acreditação hospitalar mencionados pelos sujeitos da pesquisa vão ao encontro dos seis atributos da qualidade mencionados por Donabedian (1998), os quais abordam a eficácia, a

eficiência, o equilíbrio nos custos dos cuidados prestados, no sentido de atender às expectativas dos clientes e familiares com base em uma assistência em conformidades com a ética, valores, normas e leis; alcançando ainda, a equidade da assistência. Assim, não há possibilidade de uma instituição alcançar a acreditação sem trabalhar na perspectiva da qualidade. Pode-se perceber um fenômeno de aprimoramento contínuo, no qual os gerentes desenvolveram ações e estratégias para alcançar a qualidade proposta, de acordo com os padrões da ONA.

Em seguida, discutem-se todos os aspectos positivos da acreditação mencionados pelos sujeitos da pesquisa, destacados em negrito, os quais foram organizados em uma seqüência que facilita a compreensão de que estes aspectos estão interligados e mantêm relação de dependência, na qual um aponta para o outro.

5.3.1 A face positiva da acreditação

Um dos componentes que caracterizam a acreditação, segundo Novaes (2007), é a presença de **padrões ou standards** de referência preestabelecidos. Conforme discutido na Introdução, os padrões estão elaborados no Manual Brasileiro de Acreditação, com base na existência dos três níveis: Nível 1, Acreditado; Nível 2, Acreditado Pleno e Nível 3, Acreditado com Excelência. Com a crescente complexidade e com princípios específicos, estes padrões têm o princípio “do tudo ou nada”. Ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido” (BRASIL, 2010, p. 21). Assim, para um hospital ser acreditado, todos os seus serviços devem apresentar conformidades com os padrões estabelecidos.

Segundo a ONA (BRASIL, 2010), para a acreditação é necessária uma análise crítica que seja capaz de determinar se o processo de gestão utilizado pela instituição encontra-se em conformidade com os padrões definidos. Depoimentos dos entrevistados apontam para o fato de estes padrões serem instrumentos que orientaram o trabalho gerencial para o desenvolvimento e a melhoria da instituição e da gestão dos serviços.

A partir da acreditação, tenho mais instrumentos, de forma mais padronizada. Eu sei onde procurar as informações e sei o que eu tenho [...] Você tem a informação mais em tempo real e de uma forma padrão (GR 11).

A acreditação hospitalar proporciona um trabalho padronizado e organizado, com base nas normas da ONA, facilitando o trabalho ao socializar as informações com credibilidade e em tempo hábil, suscitando, assim, transformações efetivas e com a qualidade desejada.

É um trabalho que a gente desenvolve diariamente de acordo com a padronização da qualidade... Você tem que está auditado pela padronização. Então, a gente está entrando numa fase mais arrojada de gerenciamento (GR 10).

De acordo com Kisil (2003), com a padronização e o estabelecimento de normas, as instituições que se comprometeram com esta metodologia adotam padrões que abrangem instalações, estrutura, organização e funcionamento dos serviços assistenciais e administrativos.

Cabe aqui uma reflexão que Merhy (1998) traz sobre a gestão e o trabalho em saúde. O autor ressalta o cuidado que se deve ter em copiar receitas de conhecimentos e técnicas no campo da saúde, pois o ato de buscar receitas em experimentos de outras naturezas tende a ser frustrante do ponto de vista da capacidade que as ações de saúde têm de gerar melhorias efetivas para a vida das pessoas.

Diante disso, deve se atentar para o principal foco das ações em face de padrões preestabelecidos. O foco tem que ser a melhoria da assistência, indo ao encontro da real necessidade do paciente. Neste sentido, Mezomo (2001) reforça que para a acreditação hospitalar alcançar resultados em termos de elevação do nível de qualidade dos serviços é necessário ter algumas características fundamentais. Dentre essas características, destaca-se a preocupação em não centrar a certificação na estrutura, nos recursos físicos, humanos, materiais e tecnológicos, nem mesmo em rotinas e procedimentos. Tudo que está previsto nesta estrutura deve estar de acordo com as necessidades do paciente, pois é ele quem as utiliza.

Retomando a reflexão de Merhy (1998), o autor relata sobre algumas frentes de lutas que contestam algumas práticas realizadas no interior de cada serviço, como a luta por produção de novos modelos tecno-assistenciais que se contrapõem ao modelo médico hegemônico (neoliberal), caracterizado pelos altos custos, mas pouco efetivos do ponto de vista de projetos dos serviços públicos e privados de saúde. Fazendo uma analogia com a reflexão de Merhy (1998), o processo de acreditação hospitalar pode ser identificado, estrategicamente, como parte desta luta contra essas práticas assistenciais vigentes, caracterizadas por tecnologias modernas, mas desumanizadas, sem resolutividade, produzidas ou reproduzidas sem pensar em um modelo tecno assistencial centrado no usuário. A proposta da acreditação hospitalar consiste na melhoria contínua da assistência, com foco no paciente,

e esta não pode ser perdida de vista em um universo de tantos critérios e conformidades necessárias para a acreditação.

Segundo orientações da ONA (BRASIL, 2010), é com base em requisitos e padrões que a organização torna possível a realização de diagnósticos para entender aos requisitos para melhorar o desempenho e para medir e identificar, de forma sistemática, onde melhorar e promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas da equipe. Neste sentido, os sujeitos perceberam que o processo de acreditação, além de padronizar o trabalho, **organizou os processos**, proporcionando formas de mensurar os resultados e o desempenho organizacional:

O trabalho ele era não tinha digamos uma organização de processos. Ou seja, ele era feito muito mais instintivamente, sem uma definição de processos a ser cumprido. E depois, quando começou o processo de acreditação, em que as metas foram estabelecidas e que os processos foram padronizados, a gente conseguiu adequar internamente na auditoria esse trabalho (GR 5).

Com a vinda dos programas de acreditação, nós incorporamos mais método no trabalho. Então, os programas de acreditação eles acabam criando, organizando, de uma certa maneira, o trabalho em geral (GR 2).

O depoimento de GR2 aponta a padronização advinda da acreditação e também a organização do trabalho. Pode se inferir também que os profissionais se preocuparam com os objetivos do processo da qualidade, o de trabalhar buscando **melhoria contínua**:

A partir de 2004 (com a acreditação) que a gente começou a ter vários documentos e a exigir várias padronizações de trabalho. Se hoje a gente tem problemas internos ainda a gente tem que imaginar como seria sem essa padronização. A gente sabe que tem muito a melhorar, mas se hoje mesmo com a padronização definida eu tenho problemas, e antes então? (GR 9).

Os sujeitos da pesquisa relataram que por meio da acreditação hospitalar o foco dirigiu-se para a melhoria contínua. Por diversas vezes, os gerentes identificavam o processo de acreditação como um processo contínuo, periódico e estimulante a alcançar sempre novos patamares de qualidade para o desempenho organizacional:

E a gente começa a ver que a qualidade é [...] a gente não precisa trabalhar pra ter acreditação, mas a gente precisa trabalhar cada vez mais para ter qualidade na prestação de serviço (GR 10).

Na mesma perspectiva de GR10, Novaes (2007) afirma que a acreditação é um método que desenvolve instrumentos de avaliação para promover melhorias contínuas voltadas, o tempo todo, aos comprometidos com a qualidade da assistência.

Na análise dos dados, ficou evidenciado que os gerentes se referem aos padrões como a forma de realizar o trabalho, “*mostrar o procedimento padrão para um colaborador é mostrar pra ele a sua atividade*” (GR 9). Independente do setor do hospital, a atividade deve ser desempenhada de uma maneira padronizada, visando à qualidade. Assim, os padrões são pautados pelos “padrões máximos” de desempenho da organização, referido por Mezomo (2001).

O não atendimento do princípio do padrão gera uma “Não Conformidade”, a qual consiste em não atender ao padrão, comprometendo a coerência e o funcionamento do sistema (BRASIL, 2010). Os sujeitos desta pesquisa relatam ter passado por um processo de amadurecimento para entender o significado de uma “Não Conformidade”, pois receber uma não conformidade é uma forma de reconhecer os erros e de evidenciar que não se encontra em conformidade com os requisitos definidos no Manual Brasileiro de Acreditação. Uma Não Conformidade consiste, portanto, em contrapor um padrão.

A gente está bem próximo de entender. Hoje, ninguém fica magoado de receber uma não conformidade. Hoje, as pessoas entendem que se o produto não chegou conforme ele vai receber uma não conformidade, e ele vai ter que tratar essa não conformidade. Tem alguém olhando se ele tratou a não conformidade. Ele vai ter que apresentar porque o setor dele está tendo não conformidade e o que ele está fazendo pra que não ocorra novamente (GR 10).

Nas melhorias contínua que a gente faz[...] aceitar o erro que o outro aponta do seu setor era a coisa mais difícil que a gente tinha. Receber uma não conformidade era mesmo que colocar o dedo na sua ferida, que a gente passou a trabalhar, a tratar a não conformidade. É pra atuar, pra que não ocorra novamente, é como uma ferramenta que a gente utiliza pra melhorar nossos processos. Hoje a gente não vê a não conformidade, como problema. E era como uma ofensa. Se eu tive uma não conformidade, é porque eu deixei de atender os requisitos do meu cliente (GR 9).

Interessante ressaltar a forma espontânea e reflexiva com que o entrevistado se refere à não conformidade. Não atender ao padrão é bem compreendido pelo gerente, o qual revela em sua perspectiva que uma não conformidade é não atender com qualidade, o que significa não atender da melhor maneira possível. Vale salientar que, na percepção dos entrevistados, os padrões estabelecidos eram compatíveis com a realidade dos serviços, ou seja, era possível segui-los. Entretanto, Kisil (2003) afirma que alguns aspectos prescritivos do manual

dificultam a execução de forma homogênea e imediata de seus padrões. Segundo os depoimentos, receber uma não conformidade não era uma tarefa fácil, mas compreender esse instrumento era fundamental para melhorar e avançar no processo de qualidade. O objetivo de trabalhar com os padrões da acreditação, segundo Novaes (2007), é modificar o padrão anteriormente estabelecido, buscando a causa da não efetividade e, conseqüentemente, melhorando os resultados. É o que Merhy (1998) aborda sobre lutar e se contrapor em relação à eficácia e à resolutividade, práticas que têm caracterizado uma profunda crise nos serviços de saúde, públicos e privados (MERHY, 1998, p. 1).

Em uma instituição complexa como um hospital, com diversos atores, todos devem trabalhar em equipe. Na avaliação final, para receber o título de acreditado, seja em nível 1, 2 ou 3, é determinado pelo mínimo de padrões atingidos. Isto é, se um dos padrões de Nível 1 não for atingido, mesmo apresentando Nível 2 ou 3 nos demais, o hospital é considerado acreditado em Nível 1 (KISIL, 2003). Portanto, é importante enfatizar a necessidade da integração dos vários setores e processos hospitalares, sua interdependência, para que a assistência seja prestada com qualidade. GR 2 destaca essa integração em seu depoimento:

O serviço de qualidade do hospital que tem a visão do todo não é um trabalho isolado. É um trabalho integrado do hospital todo. Então, a estratégia que a gente seguiu, e acredito que todos têm que seguir, é esta. (GR 2).

Percebe-se que dentre os aspectos positivos destaca-se ainda o trabalho **sistêmico e intersetorial** que a acreditação traz para a instituição, como se pode perceber a partir dos seguintes relatos:

A gente passou a se relacionar com os outros setores de forma mais formal. Então, se não estou satisfeito eu peço revisão da nossa cadeia, e eu tenho um instrumento pra te provar que você não está me atendendo. E passa a ser uma coisa muito mais profissional que pessoal. E isso é bacana. Foi um ganho pra gente com essa metodologia de qualidade (GR 1).

A gente vivência aquilo assim. Todo mundo fica naquele de um ajudar o outro. Se eu não alcançar, ninguém alcança. O problema não é só meu. Antes, cada um pensava no seu problema, cada um defendendo o seu, eu não quero saber do problema do outro (GR 9).

O trabalho de forma sistêmica e intersetorial nem sempre é uma realidade no serviço hospitalar. Como abordado por Wachter (2004) *apud* Vecina e Malik (2008), em regra, “a estrutura organizacional deixa médicos separados do resto do hospital originando divergências que impedem a integração de ações que poderiam fortalecer a segurança do

paciente e a qualidade assistencial” (VECINA; MALIK, 2008, p. 143). Como resultado, o que se tem são serviços desarticulados, cuidados que não são discutidos em equipe, falha no planejamento das ações assistenciais e falhas de comunicação, afetando a segurança do paciente (VECINA; MALIK, 2008). Com a acreditação hospitalar, foi possível identificar que, progressivamente, foi melhorando a integração da equipe, o que, em verdade, é indispensável para uma instituição conseguir ser acreditada (NOVAES, 2007), pois sem a cooperação e integração entre todos na equipe, não só dos médicos, as ações assistenciais continuam isoladas e fragmentadas.

A avaliação da qualidade do atendimento ao paciente e do desempenho organizacional é realizada em toda instituição (NOVAES, 2007). Por isso, no hospital deve ocorrer um fenômeno de grande dependência setorial, e isso fica evidente nas falas dos sujeitos. Porém, não foi evidenciada a interdependência entre as instituições como uma rede. O que predomina é uma organização vista como uma ilha, como se o hospital fosse totalmente independente, contradizendo a necessidade de ser um sistema interligado, com interdependência interna e externa, inserido em um contexto: o sistema de saúde.

Segundo Mezomo (2001), o desempenho da empresa depende da qualidade, motivação, criatividade e envolvimento dos colaboradores, e isso foi identificado nas falas dos entrevistados:

A gente passou a trabalhar de uma forma mais sincronizada. Ninguém impõe mais nada. Tudo é discutido e acordado (GR 9).

Foram criadas comissões com o processo. Na verdade, já existiam, mas em número menor. Assim, foram criadas outras comissões. Então, existe um acompanhamento maior, existe um compromisso maior de todos pra fazer atas, reunir realmente pra poder discutir casos de condutas médica, conduta ética, ou de funcionário e “n” outras comissões que nós temos hoje no hospital, com participação de todos (GR 10).

[...] quando eu observo a melhoria do trabalho, observo que a cada ano o trabalho fica melhor. As relações internas ficam mais sólidas, a confiança que você tem das pessoas que trabalham com você. Eles também veem essa melhora. Eu acho que isso é uma melhora que a gente tem (GR 12).

Fica evidente, com base nos depoimentos, que ao se inserirem no processo de acreditação hospitalar, os gestores investiram no envolvimento e na participação dos funcionários, bem como em sua capacitação. Esta capacitação foi realizada de diversas maneiras, envolvendo todos os colaboradores em cursos, mudanças de função, reuniões periódicas, criação e participação em comissões e, principalmente, capacitação da gestão:

Para mim, o hospital ter se inserido na acreditação foi um ganho muito grande, porque na nossa profissão a gente não aprende isso na escola, e com as creditações a gente teve que aprender muita coisa. E com isso, o setor ficou mais organizado (GR 4); [...] Nós, os gerentes, a gente teve um curso da Det Norske Veritas- DNV (GR 10).

Interessante ressaltar que a capacitação não se restringiu aos gerentes, estendendo se a todos os profissionais, conforme evidenciado por GR12:

O hospital deu todo apoio necessário para que todos os gerentes se capacitassem, as pessoas colaboradoras se capacitassem, pra que o instrumento fosse alcançado, o treinamento necessário para isso, a infra estrutura para isso, da menor coisa até toda a operação do processo de acreditação (GR 12).

Em relação a treinamento realmente mudou, e acho que isso é bom porque a gente tem uma efetividade maior, tanto no treinamento quanto no acompanhamento do profissional (GR 1).

A esse respeito, Vecina e Malik (2008) afirma que o serviço prestado na área da saúde depende intensivamente das complexas interações entre as pessoas, suas relações, as quais são mais importantes que o fato de o profissional ter habilidade com manuseio de materiais, medicamentos, equipamentos, tecnologias e instalações.

Os sujeitos deste estudo confiam que o processo de acreditação hospitalar envolve mudanças na forma de **realizar os registros**.

Agora, uma coisa que a acreditação traz é com relação à exigência de formalidades que a gente ainda não fazia. Eu vejo muito isso em relação aos registros de treinamento de pessoal. Eles eram realizados, mas não havia aquela formalidade do levantamento das necessidades antes da avaliação formal. Depois, a gente fazia avaliação em serviço, mas nada formal. Isso mudou...(GR1).

*Na assistência que a gente presta... Tem que avaliar a viabilidade dos negócios que a gente tem, com dados, numeradores, indicadores, com análise crítica bem fundamentada. **A gente tem as nossas ações mais registradas, para o programa de acreditação.** A gente tem que fazer registro de tudo que você faz: o que que tá bom, o que que tá ruim, o que você fez pra melhorar. Isso também não é uma prática muito comum. Não era uma realidade antes. A gente ainda registra menos do que faz, mas hoje a gente já registra melhor, de uma forma mais organizada, com toda nossa documentação de procedimentos operacionais (GR2).*

A acreditação trouxe o registro das ações tomadas. A gente planejava, mas não registrava depois de implantado como ficou...(GR3).

Todas as ações assistenciais e administrativas passaram a ser sistematicamente registradas pelos profissionais. Essa mudança no processo de trabalho vai ao encontro de um dos objetivos do processo de avaliação citado no Manual da ONA: gerar dados importantes para sua programação, por meio do registro de eventos e de atividades (BRASIL, 2010). Com esta ênfase nos registros, há repercussões diretas na avaliação dos resultados, pois, a partir do momento em que há registros, organiza-se e facilita-se a utilização desses dados, com controle mais preciso. Além disso, os registros dos dados refletem a prestação do serviço no âmbito da continuidade do cuidado. Com o processo de acreditação, melhoraram os registros de avaliações, os procedimentos e as tarefas realizadas, bem como a continuidade da assistência. Pode-se dizer que há um reflexo na responsabilidade profissional-social-ética do colaborador que trabalha em uma instituição acreditada (CUNHA; FELDMAN, 2006).

Com as ações registradas na área da assistência e na área administrativa, ocorreu melhora significativa no planejando e na avaliação das ações. Assim, um aspecto enfatizado pelos sujeitos deste estudo após a melhoria nos registros diz respeito ao fato de a instituição se inserir no processo de acreditação e passar a ser vista como empresa:

O hospital passou a ser visto como empresa. Faz muito pouco tempo. Nos últimos vinte anos da complexidade que se tornou o hospital, da instituição de saúde, do mundo de hoje, em função da demanda de hoje, o processo de acreditação teve uma influência nisso (GRI).

A adesão à acreditação revela responsabilidade e comprometimento da instituição e dos profissionais com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realizam e com a busca da qualidade do atendimento a população (BRASIL, 2010). Segundo pesquisa realizada por Manzo (2011), na visão dos entrevistados, o processo de acreditação traz repercussões positivas, tais como: boa imagem, propaganda, melhores serviços, referência em qualidade, segurança, clientela e lucro. Portanto, mostra-se como a chave para a superação no mercado competitivo. Assim, o processo de Acreditação Hospitalar é de fundamental importância não apenas para o aprimoramento e a melhoria dos serviços, mas, principalmente, pelos bons resultados financeiros que a gestão da qualidade pode oferecer para qualquer hospital. Todos os aspectos positivos do processo de acreditação estão interligados. São interdependentes e colaboram para a melhoria da qualidade. Com base no exposto, elaborou-se a seguinte figura referente aos aspectos do processo de acreditação, na perspectiva dos gerentes:

FIGURA 01

Aspectos positivos do processo de acreditação hospitalar, na perspectiva dos gerentes de um hospital Acreditado com Excelência



Fonte: Entrevistas aplicadas aos gerentes. Elaborado para fins deste estudo.

Por meio deste estudo, com os dados e discussões apresentadas, foi possível compreender que o processo de acreditação hospitalar traz consequências não só para os profissionais inseridos na organização, com repercussões na prática de gestão, bem como para a instituição acreditada, o que consequentemente reflete na qualidade da assistência centrada no paciente.

5.3.2 A face negativa da acreditação

O Quadro 5 sintetiza os aspectos negativos da acreditação, na perspectiva dos gerentes. Também, são apresentadas as estratégias da instituição e suas repercussões no dia a dia do gerente:

QUADRO 5

Aspectos negativos do processo de acreditação hospitalar, na perspectiva dos gerentes

Aspecto	Estratégia	Repercussão
Cobranças, pressões, com foco nos resultados	Estabelecimento de metas com prazos curtos; cronogramas de atividades mensais; indicadores mensais. Cria plano de ação se as metas não forem atingidas; Metas do planejamento estratégico semestralmente.	Gera desconforto, fadiga, estresse profissional. Reduz qualidade profissional e capacidade de inovação. Reduz a qualidade de vida do profissional. Mal estar gerencial
Elevado custo financeiro	Investimento em recursos físicos, tecnológicos e humanos. Manutenção da metodologia ONA com as taxas de manutenção e implantação.	Desenvolvimento de estratégias para gerar recursos.

Fonte: Entrevistas aplicadas aos gerentes. Elaborado para fins deste estudo

A adesão à acreditação revela não só aspectos positivos como também aspectos negativos, os quais foram citados pelos gerentes do hospital, girando em torno da acentuada cobrança e da pressão contra o tempo. Também foram evidenciados aspectos referentes à pressão para cumprir metas e receber a visita diagnóstica. Com a acreditação, surgem mais e mais metas a serem alcançadas, e o trabalho também aumenta.

Quando a gente passou pela primeira auditoria, né, de certificação... e acho que daqui pra frente a gente vai alcançar mais resultados. Nessa primeira, assim, é aquela tensão, aquele desespero. Tem que sair. Ela sai, né, mais na garra do que na tranquilidade de fazer as coisas. Eu acho que a partir da segunda, da terceira, a gente vai melhorando...(GR1).

No primeiro processo de acreditação, o processo parece ser mais burocrático, e as pessoas trabalham mais para que aquilo aconteça. Em determinado período, por exemplo, a acreditação é em maio, aí, todo mundo chega em abril, as pessoas trabalham desesperadamente para que a coisa aconteça. Esse é uma situação-problema, que é desagradável e angustiante. Eu chamaria de “pressão de tempo”, e que torna a vida de todo mundo um inferno, né. Todo mundo tem que fazer um monte de coisas que não cabe praticamente nas 24h do dia (GR2).

A acreditação é um processo que exige muito da gente, e a gente não recebe nenhum pagamento por isso. Então, acho que, em termos de alta direção, um dia isso seria interessante, porque a gente exige mais do funcionário. O nível de exigência é maior, a cobrança é maior. Então tinha que ter (GR3).

A acreditação é mencionada como um importante fator de pressão no cotidiano dos gerentes. Torna-se evidente nas falas dos sujeitos a maior exigência por parte da alta direção do hospital em cumprir as metas e alcançar a acreditação no prazo determinado no

planejamento estratégico do hospital. Há uma exigência de realizar ações mais complexas e com metas cada vez maiores e mais difíceis de serem alcançadas. Interessante ressaltar que se as metas não são atingidas é necessário apresentar um plano de ação:

Além disso, nós temos metas de planejamento estratégico, que são semestrais. Então, você tem que apresentar a cada dois meses como está este andamento. Se você não alcançou, você tem que apresentar um plano de ação... (GR10).

As exigências da diretoria ficou mais difícil, porque as metas que são estipuladas são mais difíceis de alcançar. Porque, se aperta mais, você dá, e isso até que não é ruim (GR1).

Então, é um conjunto de ferramentas para manter em dia... mensurar indicador, e isso é mensal... É necessário que haja cobrança para que saia tudo no prazo (GR11).

Apesar do desgaste e da pressão, o gerente GR11 apoia a cobrança. Vale aqui ressaltar a posição intermediária e “delicada” do gerente, que tem que atender aos interesses da direção estratégica do hospital e de seus liderados. Esse é um dos dilemas dos gerentes intermediários.

Mediante as discussões apresentadas, um fato agravante a se destacar é citado por Bittar (2004), que discorre sobre algumas barreiras à implantação do sistema da qualidade nos hospitais. O autor destaca a desvantagem de algumas categorias profissionais no que se refere à sobrecarga de trabalho. Muitas vezes, esses profissionais são responsáveis por inúmeras atividades, dentre elas o atendimento a fornecedores, a cotação de insumos, a supervisão dos profissionais a ela subordinados e, ainda, a assistência ao pacientes. Esses fatores repercutem diretamente na qualidade do trabalho institucional e na qualidade de vida dos profissionais. Os profissionais envolvidos na acreditação hospitalar precisam sentir-se valorizados, sem, no entanto, se sentirem fadigados. O esforço que os profissionais despendem para superar as dificuldades decorrentes de processos escassos limita as possibilidades de inovação no hospital.

Cabe salientar que aspectos do trabalho do gerente, como ações tomadas sempre em curto prazo, sobrecarga de trabalho, falta de investimentos em recursos e, principalmente, falta de infraestrutura, dificultam o processo de decisões, promovem a morosidade das soluções e desqualificam as ações gerenciais (BITTAR, 2004).

Os aspectos deste lado negativo da acreditação ficam evidentes nos seguintes depoimentos:

É difícil você ter sabedoria pra tornar a rotina do dia a dia viável. Porque o programa de qualidade tem muita documentação. Se o gestor não tiver olhos pra isso, não facilitar a vida das pessoas, ela vai se afogar no meio de tanto trabalho (GR2).

O que não é fácil nisso tudo? [...] não é fácil manter tudo isso em dia, porque existem outras demandas que surgem no dia a dia, e você vai precisar de tempo pra fazer isso. A rotina de todo mundo é muito pesada (GR10).

Assim é a acreditação: aumenta a qualidade do serviço. Mas aumenta também o volume de serviços. Com certeza aumenta (GR3).

Davel e Melo (2005) denominam “mal-estar gerencial” esse sentimento gerado pela falta de perspectivas de futuro, pelo aumento dos meios de controle e da pressão quanto às metas de desempenho, pela imprecisão na definição de tarefas e responsabilidades, bem como, pela pouca consideração ou reconhecimento demonstrado pelos dirigentes da organização.

Chanlat (2005) refere a esse respeito que toda e qualquer atividade produz certo nível de estresse e destaca como principais fatores de estresse dos gerentes: sobrecarga de trabalho, papéis organizacionais, relações interpessoais, carreira e clima organizacional.

Com a acreditação, os profissionais precisam adquirir uma habilidade excepcional para conciliar interesses da instituição e interesses profissionais, sendo evidente ***a cobrança com foco nos resultados:***

Ela (a acreditação) te dá grandes oportunidades. Mas, ao mesmo tempo, ela cobra, porque ela tem padrões pra gente seguir. Aqui é uma empresa que preza muito padrões. Os caminhos são os indicadores que a gente tem no setor, que a empresa julgou ser necessário pra que a gente possa produzir resultados tanto da parte assistencial quanto da parte financeira, pra que, juntando isso tudo, as estratégias que ela tem de trabalho pra se manter no mercado (GR4).

Para os profissionais da área da saúde, cuja formação é voltada para a assistência ao paciente, são exigidos conhecimentos específicos para solucionar problemas, sendo indispensável a capacitação profissional e a participação de várias categorias profissionais. Segundo Vecina e Malik (2008), exige-se um jogo de cintura entre a gestão do negócio e a gestão da assistência. Os gerentes precisam possuir uma habilidade excepcional para harmonizar interesses e vontades, muitas vezes, conflitantes entre os que atuam em cada uma dessas partes, as quais, inexoravelmente, precisam operar de forma simultânea e interativa para alcançar os melhores resultados (VECINA; MALIK, 2008).

Percebe-se, ainda, por meio dos depoimentos, outro aspecto negativo que a acreditação traz: os custos. Estes podem assumir certa ambiguidade de sentido. Trata-se dos custos que a acreditação gera para a instituição. Segundo Vecina e Malik (2007), a demanda do setor de saúde, em especial o setor hospitalar tem sido modificada em função de novos fármacos e tecnologias inseridas na saúde. Os insumos diretos e indiretos envolvidos na assistência impactam os custos. Além disso, existe uma inflação intrínseca do setor. Os preços da saúde crescem mais que os da economia em geral, caracterizando uma oferta que não consegue acompanhar o crescimento. Em relação aos custos para a instituição que busca a AH, além dos custos inerentes à instituição, há investimentos na estrutura do hospital, o que contempla recursos humanos e recursos físicos, conforme explicitado nos depoimentos que se seguem:

Aumenta o custo também. A auditoria te exige sinalização, rampa. Hoje tem que ter tudo: pintura adequada, a cadeira se o couro está rasgado. Eles olham o que você está oferecendo pro paciente (GR3).

Da primeira visita diagnóstica pra frente é que a gente começou a realmente a mudar algumas ações, direcionando pra certificação, algumas adequações. Acho que a maior adequação, a maior mudança que aconteceu, foi na parte física, estrutural do hospital mesmo. Foi adequação física, adequação de construção. Muita coisa né. O hospital tem muitos anos de construído. Então, muita coisa a gente teve que adequar (GR1).

Durante todo o processo, também existem taxas que a instituição paga para a realização do Diagnóstico Organizacional perante à ONA, antes mesmo do processo de visita. Para fins da acreditação, após o atendimento dos critérios de elegibilidade, é recolhida uma taxa de inscrição para a certificação perante a ONA. Além disso, uma taxa de manutenção anual deve ser recolhida à ONA, até o término de validade do certificado recebido pela instituição (BRASIL, 2010).

Neste sentido, Mezomo (2001) reforça que a criação, implantação e manutenção do processo de acreditação hospitalar geram um custo que deve ser avaliado. Tudo depende da capacidade dos hospitais para se iniciar o processo de acreditação. É preciso prever as fontes de financiamento, com o qual os hospitais arcam com cerca de 60% do custo. O processo de acreditação pode parecer oneroso, mas, por ser um processo educativo, tendo em vista os resultados e as melhorias do sistema hospitalar, sugere-se a existência de custo é necessária quando se tem como imagem-objetivo a qualidade da assistência e a segurança do trabalhador.

A acreditação é um processo válido, na perspectiva dos gerentes do Hospital Gama, sendo extremamente importante que os clientes internos reconheçam seus benefícios. Mas,

como afirma Novaes (2007), é também preciso reconhecer que, muitas vezes, é fundamental mudar a cultura institucional, redesenhar os sistemas, reavaliar os processos diretamente envolvidos e, principalmente, evitar a fadiga dos profissionais. Na visão dos entrevistados, o processo de acreditação traz mais repercussões positivas do que negativas. Percebe-se, portanto, que o processo de acreditação é de fundamental importância para qualquer hospital, pensando não só no desenvolvimento e melhoria dos serviços como também na sobrevivência frente a um mercado competitivo. A qualidade do serviço é que contribui para a sobrevivência da instituição.

5.4 Instrumentos da qualidade na acreditação hospitalar e os “novos” desafios da função gerencial:

Em conformidade com os critérios utilizados anteriormente, nos capítulos que seguem foram destacados dados para melhor compreensão dos resultados.

Segundo Bittar (1994), para o funcionamento de qualquer instituição se faz necessária uma estrutura organizacional bem definida, na qual áreas afins se comuniquem, possibilitando as tomadas de decisão. Para este mesmo autor, os resultados das atividades desenvolvidas no hospital estão relacionados à estrutura, aos processos e ao meio ambiente.

Donabedian (1998), referindo-se às peculiaridades para se alcançar a qualidade na saúde, afirma que a qualidade se embasa em três pilares: estrutura, processo e resultado. Considerando que a acreditação está entrelaçada com a qualidade, a instituição sofre importantes modificações para alcançar a certificação e oferecer melhorias. Ele precisa atender às exigências de estrutura física, recursos humanos, materiais, qualificação profissional e habilitação dos responsáveis técnicos de acordo com a complexidade da instituição e, também, pensar na segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

No Hospital Gama, concomitantemente com as mudanças apontadas por Donabedian (1998) e a inserção de novas tecnologias organizacionais, mudaram-se o modelo gerencial e o processo de trabalho da organização. Assim, a acreditação foi apontada pelos entrevistados como fator de mudanças organizacionais e também no trabalho gerencial. O gerente hospitalar, como peça fundamental neste contexto de mudanças, foi considerado pelos entrevistados como um profissional fundamental para o sucesso da organização, haja vista sua posição estratégica, essencial para o alcance dos objetivos da instituição. Em face do exposto, este estudo identificou as ações gerenciais desenvolvidas antes e após a AH. Apesar de o processo de acreditação ter acarretado mudanças significativas nas ações dos gerentes, eles se

mostraram capazes de responder rapidamente a essas mudanças. Para tanto, a instituição teve papel fundamental, preparando os profissionais e orientando-os para os resultados. Coube ao gerente ser flexível e buscar o desenvolvimento necessário para o trabalho em equipe conduzir todos os profissionais para o alcance dos objetivos da organização.

As atividades gerenciais desenvolvidas passaram a ser registradas e documentadas de forma mais organizada, conforme observado nos depoimentos:

O que mudou foi que a partir da acreditação tenho mais instrumentos de forma mais padronizada. Eu sei onde procurar as informações e sei o que eu tenho. Então, antes, se me pediam uma informação, eu tinha que pesquisar se eu tinha essa informação, ou às vezes, criá-la, ou, às vezes, ela era informal, ou eu tinha que montar relatório. Hoje, depois de acreditados, essa disponibilidade que você sabe os números com maior facilidade. Você tem a informação mais em tempo real e de uma forma padrão, registrada. Você sabe onde procurar e porque e pra que serve aquilo (GR11).

Hoje, temos ferramentas mais palpáveis, que direcionam melhor seu serviço, melhora as atividades que são corriqueiras: gestão de pessoas, gestão de escala, gestão da unidade, de montar uma unidade, material, medicamento disponível. Os processos foram mais bem descritos, gerando uma qualidade melhor da assistência e da segurança do paciente (GR 3).

Os gerentes, frequentemente, reportam-se aos instrumentos da qualidade que passaram a empregar, os quais poderiam ser chamados de instrumentos administrativos. Segundo Oliveira (2008), eles sempre influenciaram a qualidade das organizações. Neste estudo, optou-se por denominá-los como “instrumentos da qualidade”, os quais são recursos ou meios disponíveis para a ação gerencial orientada pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, o Manual Brasileiro de Acreditação, para o alcance dos objetivos propostos. Assim, os gerentes deste estudo destacaram que passaram a utilizar instrumentos de gestão, como: plano de ações; avaliação de indicadores; cadeia cliente fornecedor; análise crítica das ações e matriz de risco. Para a ONA, com essas ferramentas, com base nos requisitos e padrões, tem-se a possibilidade de: “entender os requisitos para melhorias do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender de forma sistemática seus pontos fortes e oportunidades para melhoria; e promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas da equipe” (BRASIL, 2010, p. 13). Interessante ressaltar que os gerentes desenvolvem o trabalho gerencial com este pensamento de melhoria, com foco na qualidade das ações, buscando um trabalho com qualidade, conforme depoimento:

Trabalho mais organizado é garantir a qualidade através dessa ferramenta de qualidade a fazer e acompanhar isso melhor, através da proximidade que ela oferece pra que fique mais próximo da gestão no dia a dia. Não é uma coisa a mais a fazer (GR8).

Os gerentes possuem consciência da importância do trabalho desenvolvido, não identificando estes instrumentos apenas como burocráticos ou que aumentam a carga de trabalho, mas, sobretudo, como facilitadores do desenvolvimento de um trabalho mais organizado, com dados mais palpáveis, refletindo-se na qualidade da assistência e em melhorias contínuas. As estratégias utilizadas são percebidas como instrumentos que chegam para dinamizar o processo assistencial com compromisso e responsabilidade.

Na sequência deste capítulo, apresenta-se uma análise com base nos depoimentos dos sujeitos, considerando os instrumentos da qualidade propostos, quais sejam: planos de ações, avaliação de indicadores, cadeia cliente fornecedor, análise crítica das ações e matriz de risco.

Em relação ao **plano de ação**, a instituição já realizava o planejamento estratégico anual:

É que a gente já trabalhava com planejamento, o planejamento estratégico que a gente já tinha desde 1996, que foi um facilitador. Porque a gente já tinha metas internas, que a gente tinha que fazer análise dessas metas, o porquê de alcançar ou não essas metas (GR9)

Segundo Oliveira (2008), o planejamento estratégico é o instrumento administrativo que mais tem contribuído para a eficácia da organização. Além disso, tem forte interação com os planejamentos táticos e operacionais dos setores. O princípio do planejamento estratégico consiste em apresentar os planejamentos setoriais de forma interligada e interativa, ou seja, o planejamento estratégico de forma isolada é insuficiente.

O planejamento estratégico é realizado semestralmente, através de desdobramento realizado com a alta direção com as metas estratégicas pra toda organização. Cada setor tem uma meta específica, que é o desdobramento das metas estratégicas do hospital (GR7).

A gente tinha os procedimentos de planejamento estratégico, a gente tinha as análises críticas, mas de uma forma mais informal, agora não. Agora o hospital já é acreditado desde 2004. Então, a gente já tem a maturidade em relação ao processo de gestão muito maior que há sete anos atrás, e isso resulta numa melhoria tanto pros gestores quanto pro hospital. Consequentemente no alcance das metas também (GR8).

Segundo GR8, o trabalho dos gerentes com foco no planejamento estratégico ocorria informalmente. No setor hospitalar, era desenvolvido um trabalho de improviso, sem planejamento das ações. Assim, com a acreditação os gerentes passaram a realizar planejamentos operacionais, o que se pode chamar de “planos de ação”, com planejamentos operacionais de curto prazo das unidades, o monitoramento contínuo dos resultados e o cronograma com objetivo, métodos, recursos, ações e metas. Assim, os planejamentos são realizados por meio de reuniões formais entre gerentes de outros setores e seus funcionários. Construir planos de ação é a função inicial dos gerentes no processo administrativo.

Também é importante ressaltar que GR8 explicita a necessidade de que se adquira maturidade em relação ao processo de gestão, o que somente se alcança com tempo e capacitação.

No que concerne aos **indicadores**, os gerentes precisam estabelecer indicadores que tenham por objetivo mensurar o processo de trabalho de maneira sistemática. Segundo a ONA esses indicadores precisam ser alinhados e correlacionados às estratégias da organização. É pré-requisito para a instituição ser acreditada cumprir um sistema de indicadores para o monitoramento e o controle dos resultados do programa, por meio de metas predefinidas (BRASIL, 2010). Os depoimentos apresentados a seguir reforçam a utilização de indicadores pelos gerentes com a AH:

Então, é um conjunto de ferramentas para manter em dia, mensurar indicador. Isso é mensal, e vejo isso como facilitador. É necessário que haja cobrança para que saia tudo no prazo (GR10).

Antes da acreditação, os processos já existiam, mas não eram uniformes em todo o hospital. Por exemplo, o CTI tinha os indicadores assistenciais, alguns administrativos, mas tinha setores que não tinham (GR3).

A gente percebe que depois que envolveu com o processo da acreditação, que se envolveu isso, começou mais ou menos em 2002, e a gente foi certificado em 2004, a gente percebe uma maior sistematização. Então, você tem os indicadores que você faz, você mensura. Então, tem local pra isso, justifica, faz plano de ação, mas de uma forma mais sistematizada. Hoje, você tem instrumentos que qualificam melhor pra você fazer isso (GR4).

Estes relatos evidenciam que para os gerentes do Hospital Gama a manutenção dos indicadores é relevante para a avaliação dos processos e dos resultados, devendo ser realizada de forma sistêmica, uma vez que permitem o monitoramento e a identificação de pontos de melhorias de todos os setores para o alcance da qualidade. Para Bittar (2001), os indicadores mensuram aspectos quantitativos, que podem ser usados como instrumentos para monitorar e

avaliar a qualidade de cuidados promovidos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Assim, alimentar, acompanhar e avaliar os indicadores são ações fundamentais para a elaboração de programas de educação e treinamento continuado, o que favorece continuamente a melhoria do cuidado prestado (BITTAR, 2001).

A **análise crítica das ações** constitui-se em ações gerenciais que devem estabelecer uma relação de causa e efeito entre os indicadores, em que o resultado de um influencia os demais, bem como permite a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão. Assim, o gerente identifica oportunidades de melhorias e de inovações decorrentes deste processo contínuo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência (BRASIL, 2010).

Os depoimentos apresentados a seguir reforçam a utilização da análise crítica pelos gerentes:

As análises críticas que a gente faz nas unidades assistenciais, cada enfermeira é responsável pela sua análise, tanto do ponto de vista assistencial quanto gerencial do setor, algo que agente adquiriu ao longo do tempo, né? (GR2).

Além de a acreditação nos trazer a segurança no nosso trabalho gerencial, trouxe também a documentação necessária. Hoje, todos os nossos documentos são registrados em uma matriz, todas as nossas atividades são documentadas, os registros são periodicamente revistos, os procedimentos operacionais, e a gente trabalha também com indicadores, pra acompanhar o desempenho do nosso trabalho, além das análises críticas periódicas e das auditorias internas e externas, que nos fazem manter o nosso trabalho de modo adequado (GR6).

Então, existe uma preocupação muito maior com a prevenção do que com a correção. Então, hoje, a gente tem muito mais planos preventivos que corretivos. Isso muda a forma de gerir, sim, antecipar-se ao problema. E isso acontece com as análises mensais ou quinzenais e nas análises críticas da alta direção, em que todos os setores têm que estar presente pra falar do seu planejamento e da análise do seu setor (GR10).

Interessante ressaltar que cada gerente é responsável pela análise crítica do seu setor, sendo essas análises realizadas constantemente, em prazos curtos como mensalmente ou quinzenalmente. É necessário apresentá-las para a direção do hospital e para os outros gerentes de diversos setores em reuniões. As análises críticas são realizadas de forma sistêmica, e todos os gerentes a desenvolvem, revelando evidências de atuação de melhoria e inovações.

Em relação à **cadeia cliente-fornecedor**, o gerente precisa identificar seus fornecedores e clientes e desenhar a sua interação sistêmica; isto é, formalizar a interação dos processos entre cliente e fornecedores, avaliando sua efetividade e promovendo ações de melhoria e aprendizado (BRASIL, 2010). É um tratado de acordo entre as partes cliente e fornecedor para melhorar os resultados, “cumprir o dever” quanto ao prazo estabelecido com mais eficiência e eficácia.

Os depoimentos apresentados a seguir deixam clara a importância da cadeia cliente-fornecedor:

A gente tem que conseguir atender o nosso cliente interno nos requisitos da cadeia cliente-fornecedor. Essa cadeia é muito bem estabelecida, estruturada e esclarecida. Então, nós não temos como ter uma expectativa diferente nem com a alta direção nem com o colaborador. Se ele estiver alinhado com os valores, a cultura da instituição, principalmente com a estratégia, onde esta instituição quer chegar e quais os objetivos dela, é tranquilo (GR7).

A gente é um centro de referência para a assistência do paciente. Então, o que aconteceu é que nós clareamos, nós começamos a evidenciar muito alguns conceitos de cliente interno, cadeia cliente-fornecedor. Isso foi um crescente (GR 2).

A gente passou a trabalhar de uma forma mais sincronizada. Ninguém impõe mais nada, é discutido e acordado. Cada setor monta a cadeia cliente-fornecedor, e a gente discute como quer receber o produto e como quer fornecer o produto. Então, é acordado (GR10).

A cadeia cliente-fornecedor é uma ferramenta simples e fácil de aplicar. Ela auxilia a realização das ações de forma correta pela primeira vez e ajuda no relacionamento com as partes envolvidas, desenvolvendo uma interação bem-sucedida. Porém, para melhorar a qualidade da assistência, todos os profissionais devem estar comprometidos com a filosofia da qualidade, capacitados para utilizar a ferramenta e, principalmente, ser verdadeiros conhecedores de todo o processo. Também é importante salientar a necessidade de haver expectativas conciliadas entre a alta direção e o colaborador (GR7), o que reforça a necessidade de manutenção de um fluxo de comunicação e informação eficiente.

A **matriz de risco** ajuda a gerenciar os riscos existentes nos setores. A gestão dos riscos envolve os ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco, visando a um sistema seguro (BRASIL, 2010). Segundo Feldman (2011), a gestão dos riscos se traduz como esforços transdisciplinares combinados para atingir objetivos como diminuir riscos que culminem em um possível evento adverso, causando prejuízos inestimáveis. Assim, o

gerenciamento dos riscos tem o intuito de promover a segurança nas ações, melhorando o cuidado ao paciente e a segurança profissional. A ferramenta utilizada para gerenciamento dos riscos pelos gerentes deste estudo foi a RCA - Análise de Causa Raiz, que é uma ferramenta antiga na administração, porém nova para a área da saúde, que, segundo os gerentes deste estudo, encontraram dificuldades para desenvolvê-la:

Uma coisa que sobressai de toda essa questão da gestão para a acreditação é a questão do gerenciamento de risco, porque isso é algo novo, é um ganho para a instituição que hoje não tem como uma empresa sobreviver se não estiver gerenciando esse risco, principalmente uma instituição de saúde (GR10).

A despeito de ser um processo novo e que implica dificuldades por parte do gerente, o gerenciamento de riscos vem sendo incorporado gradativamente ao cotidiano dos gerentes, conforme apontado por GR6.

E hoje mais focado na gestão de risco. Então, eu acho que vai agregando, e agregando valores também. Antes, a gente preocupava com os processos e o registro, e depois com os indicadores, e depois com a educação continuada no sentido de melhorias contínua. Agora, a gestão de risco, e por aí vai (GR6).

Para os entrevistados, o gerenciamento dos riscos não é mais uma opção; é uma questão de sobrevivência para a organização de saúde. Na saúde, há o desafio de desenvolver práticas pensando na segurança do paciente. Neste sentido, **a análise da causa raiz** é um instrumento usado para identificar os fatores básicos ou causais responsáveis pela variação do desempenho, incluindo a ocorrência, ou quase ocorrência, de um evento sentinela, lesões permanentes ou morte, ou condições adversas ou quase adversas (NOVAES, 2007). Ainda segundo o autor, ela deve ser analisada interdisciplinarmente, ou seja, envolvendo vários gerentes, conforme o problema. Continuamente, aprofunda os cinco “por quês” em cada nível da causa. É um método que identifica quais alterações têm que ser realizadas no sistema ou nos processos para evitar variações (NOVAES, 2007). Vale ressaltar que a análise de causa raiz é uma ferramenta para identificar estratégias de prevenção, pensando na segurança do paciente e profissional, realizando revisão de sistemas e processos. O objetivo é descobrir o que aconteceu, por que aconteceu e o que fazer para prevenir novas ocorrências.

Os instrumentos de trabalho do gerente são fundamentais para desenvolver suas funções, mas a estes estão adicionadas as responsabilidades das pessoas que os operam, pois é por meio desta responsabilidade que eles passam a realizar o seu trabalho. O gerente se ocupa

o tempo todo desses instrumentos da qualidade exigidos pela instituição, de forma que, em relação à posição hierárquica, quanto mais alta maior é a abrangência destes instrumentos e maior a responsabilidade do gerente. Estes fatores exigirão domínio e habilidade especiais para o bom desempenho das atribuições e para o sucesso profissional do gerente, bem como o sucesso da instituição (MAXIMILIANO, 1979).

Neste sentido, em relação ao aspecto desafiador, os gerentes hospitalares necessitam adquirir conhecimentos e habilidades para trabalhar com estes instrumentos da qualidade de modo eficaz. Assim, os instrumentos são úteis para promover a melhoria contínua dos serviços prestados. Entretanto, a incorporação desses instrumentos justifica-se somente se os gerentes incorporarem os dados e utilizarem as informações registradas para avaliar e reorganizar as práticas de gestão e de saúde. Considerando que a maioria dos gerentes que atua no hospital tem formação superior em cursos como Enfermagem, Medicina, Farmácia, esses desafios se tornam ainda maiores, como retrata o depoimento:

Então, eu tenho que produzir, eu tenho que dar assistência, tenho que faturar em cima daquilo que eu propus. Tenho vários funcionários, vários indicadores que vão mostrar pra diretoria se está tudo dentro do que ele propôs pra gente gerenciar, que é bom financeiramente, estrategicamente no mercado. Isso pelo fato de eu ter dez anos de casa. Pra mim, foi um ganho muito grande, porque na nossa profissão a gente não aprende isso na escola, e com as creditações a gente teve que aprender muita coisa e com isso o setor ficou mais organizado. Profissionalmente também eu ganhei muito porque meu tempo de formada eu formei em 1985 quer dizer, se eu não estivesse nessa empresa eu estaria hoje bitolada somente no fazer, e hoje eu consigo associar o fazer com números, com resultados que são palpáveis, que eu posso ver onde é que eu tenho que atuar na minha equipe (GR5).

Do ponto de vista dos entrevistados, os gerentes passaram por uma experiência desafiadora, um período de mudanças organizacionais e de ações gerenciais. Neste sentido, eles passaram por algumas dificuldades, principalmente os da área da saúde, decorrentes de sua formação mais focada na assistência. Há uma necessidade de desenvolvimento gerencial e atuar com eficiência após a inserção das ferramentas da qualidade.

E no meu trabalho, o que mais mudou foi a parte gerencial, porque a gente ficava muito ligada à assistência e a gente ficava completamente perdida dentro desse âmbito de análise, de instrumentos administrativos. Com relação a indicador, o que isso influencia? Se vai mudar? A minha visão mudou. O hospital cresceu muito não só estruturalmente, mas intelectualmente. As coisas ficaram mais fáceis de enxergar e trabalhar com resultados (GR5).

A partir da inserção no processo de acreditação hospitalar, começaram a ocorrer mudanças na organização e, conseqüentemente, nas atividades diárias do gerente. Os gerentes discorrem sobre uma gestão que se tornou mais complexa, exigindo dos mesmos mais conhecimento e permitindo que produzissem mais e se desenvolvessem melhor. A organização traçou sua meta, pautada na sua missão e visão, e o gerente busca trabalhar dentro da mesma visão organizacional para alcançar os objetivos dela e conciliando seus interesses com os da organização:

Eu vi o tanto que eu cresci aqui dentro. Eles te dão oportunidades. Você tem que saber aproveitar essa oportunidade e colocar pra frente. Então, assim, acrescentei em conhecimento, crescimento profissional, pessoal, qualquer empresa lá fora te pega na hora. São cursos, vou pra São Paulo, empresas que fazem curso aqui, e abrem vagas pra gente, e pagam cursos pra gente, a gente ganha muito, muito conhecimento. No início, como a gente não tinha experiência, tava todo mundo assim, nó tem que fazer, tem que fazer, muita pressão, pelo amor de Deus.... o que aconteceu: .chegou ONA pegou muito estrutura, processo, resultado, veio NAIHO, ISSO, seguindo o paciente, a assistência do paciente, quer dizer, nós viramos mulher- maravilha (GR5).

A respeito do depoimento da GR5, salienta-se que a organização vem trabalhando numa perspectiva de conciliação de interesses entre a organização e os colaboradores. Tal perspectiva é apontada por Dutra (2002) como adequada ao contexto atual, uma vez que o crescimento pessoal e profissional é muito valorizado pelos trabalhadores no mundo contemporâneo.

Ressalta-se que à medida que a filosofia da qualidade era inserida na organização, mais o trabalho exigia habilidades e capacitação profissional. Assim, a mudança organizacional exigiu posturas diferenciadas do próprio gestor, mas principalmente da diretoria do hospital. Com os depoimentos percebe-se a busca dos gerentes por melhoria nas ações gerenciais, seu caminhar junto com às mudanças organizacionais e o apoio da alta direção para que isso acontecesse. Cabe aqui a abordagem de Motta (1998) em relação à transformação organizacional. O autor afirma que “uma organização é uma construção humana arbitrária com base lógica e racional pela intenção explícita de se alcançar um objetivo” (MOTTA, 1998, p. 128). Essa construção na organização é uma ação integrada, que só é capaz de acontecer quando há ação de seus membros. É o que a GR5 deixa explícito em seu depoimento sem o envolvimento de maneira efetiva na transformação organizacional. O mesmo autor discorre ainda que, ao assumirem suas funções, os atores organizacionais integram suas personalidades, valores e concepções de mundo à realidade organizacional.

Com o objetivo de acreditar o hospital, foram incorporados mais métodos no trabalho do gerente, com uma perspectiva de melhoria contínua. O depoimento da gerente GR5 revela de maneira bastante esclarecedora como se procedeu a implantação de mecanismos de gestão eficientes, na tentativa de assegurar a viabilização do setor. Uma das dificuldades dos gerentes com a formação assistencial foi usar os instrumentos de controle que envolvessem resultados, as denominadas “ferramentas da qualidade”. A gerente cita, inclusive, a sua maior dificuldade, os indicadores. No nível III da ONA, é requisito o uso de indicadores, o que levou a gerente E5 a se adaptar. “O uso de indicadores permite concentrar esforços e aprender mais rapidamente sobre questões de segurança e qualidade assistencial. Como regra, os indicadores devem cobrir uma ampla base com vários níveis da segurança e a qualidade” (NETO, 2009, p.145).

Além disso, em relação aos métodos inseridos nas mudanças, como é o caso dos indicadores para GR5, Motta (1998) refere que a mudança exige decisão e métodos próprios para provocar um novo aprendizado e instituir uma rotina não dependente do trabalho gerencial cotidiano. Como a inovação compromete ações comuns, gera receios sobre a possibilidade de controle das novas rotinas.

Na perspectiva dos gerentes, essas mudanças foram gradativamente sendo aperfeiçoadas e, com o passar do tempo, incorporadas na rotina de trabalho. Neste sentido, percebe-se um processo de acreditação contínuo, com etapas a serem galgadas, devendo ser um processo periódico, pois a qualidade não será um estado adquirido; é um processo de construção e reconstrução permanente.

Observa-se a existência de uma diversidade de anseios e insegurança por parte de gerentes comprometidos com a instituição. Eles percebem na mudança também a oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional. Ao mesmo tempo, tem-se uma instituição que acredita no potencial das pessoas e, de certo modo, as prepara para enfrentar os novos desafios. Neste sentido, as mudanças organizacionais geram mudanças nas ações gerenciais, de maneira que a instituição passa a exigir profissionais altamente capacitados, motivados, envolvidos e com visão sistêmica do processo.

Se tomarmos Motta (1998) como referência para analisar o depoimento de GR5, verifica-se que a forma como a gerente reagiu à mudança e às situações problemáticas se encaixa em um modelo denominado “*aprendizado contínuo*”, que consiste em um enfoque exploratório não só para descobrir problemas como também para solucioná-los. É uma perspectiva de reconhecer a mudança como emergente da aprendizagem, como se fosse um

canal para ideias inovadoras, cabendo a organização incentivar as pessoas a experimentarem, a correrem riscos e a tolerarem erros.

À luz dos diversos relatos sobre as ações gerenciais, percebe-se uma grande variedade e complexidade de ações realizadas pelos gerentes, refletindo na função gerencial antes e após a implantação da acreditação hospitalar.

Com o intuito de facilitar a visualização das mudanças identificadas nas atividades gerenciais antes e após a acreditação hospitalar com Excelência, foi feita uma síntese (Tabela 3), que aborda outras ações gerenciais enfocando as mudanças que o processo de acreditação trouxe para estas atividades:

TABELA 3

Mudanças nas atividades gerenciais antes e após a acreditação hospitalar com Excelência em um hospital de Belo Horizonte:

Funções gerenciais antes do Processo de Acreditação	Funções gerenciais após Acreditação Hospitalar nível três da ONA
Realizar Planejamento Estratégico do Hospital Utilizar Indicadores	Realizar o Planejamento Estratégico do Hospital utilizando o manual da ONA. Envolver toda a equipe para alimentar os indicadores , divulgar os resultados e desenvolver plano de ação com base nos resultados.
Realizar registro parcial das ações, dados informais, registros manuais -----	Realizar registro formal de todas as ações
Atuar como gerente	Atuar ativamente como membro e líder de comissões dentro da instituição.
Realizar treinamentos -----	Atuar como líderes- Motivar funcionários Sistematizar todo o processo de capacitação
Aplicar ações corretivas	Realizar análise crítica das ações
Trabalhar com objetivo	Trabalhar com prevenção do erro
Fazer relatório de glosa	Trabalhar com metas = a estabelecer prazo
Realizar ações individualizadas	Analisar relatório de glosa
Participar de reuniões entre gerentes	Rever procedimentos operacionais, Padronização das ações
Desenvolver ações assistenciais	Participar de reuniões com todos os membros da equipe e intersetoriais.
Gerenciar pessoas	Desenvolver ações assistenciais*
Gerenciar materiais e recursos -----	Gerenciar pessoas: realizar avaliação de desempenho com funcionários incluído na participação nos lucros da empresa
-----	Gerenciar materiais, recursos controlando os custos
Gerenciar o seu setor	Elaborar matriz de risco
Avaliar resultados	Elaborar e implementar projetos de melhorias continua
	Gerenciar o seu setor e trabalhar junto com os gerentes de outros setores
	Avaliar sistematicamente os resultados e divulgá-los

Fonte: Entrevistas com gerentes de um hospital acreditado em Belo Horizonte – MG. *Ações desenvolvidas por profissionais com formação na área da saúde.

Os dados apresentados na tabela 3 revelam uma diferença inequívoca entre as ações gerenciais antes e após a acreditação hospitalar. As ações dos gerentes se tornaram mais complexas e menos individualizadas. Além disso, o trabalho gerencial após o processo de acreditação hospitalar se mostrou um trabalho de reconstrução dos processos organizacionais. Não havia anteriormente a preocupação com a melhoria dos processos com a acreditação. Os processos passaram a ser descritos formalmente, com revisão constante, o que agilizou o trabalho e também refletiu na redução dos custos e do retrabalho.

O processo de acreditação organizou e facilitou os serviços e as ações dos gerentes, além de contribuir para sua atuação com mais segurança e autonomia no processo decisório, pois, ao desenvolver essas ações, os dados e as informações que são fornecidas servem para subsidiar a tomada de decisão. Neste sentido, a vantagem mais importante do processo de acreditação situa-se na melhora da comunicação entre os gerentes, no trabalho em equipe e na avaliação e revisão constante dos processos. Assim, foi possível identificar que em seu cotidiano de trabalho os gerentes passaram a desenvolver ações mais voltadas para o trabalho em equipe, a integração das várias estruturas e processos, com a preocupação em melhorar a qualidade do atendimento prestado ao paciente em aumentar a produção.

Apesar de as ações gerenciais possuírem um lado característico de imprevisibilidade, fragmentação e imediatismo, com os depoimentos, pôde-se inferir que com a acreditação hospitalar os gerentes passaram a planejar melhor suas ações e a trabalhar junto com outros gerentes, descaracterizando as ações fragmentadas e sem reflexão no cotidiano dos gerentes (MOTTA, 1991).

O papel do gerente, acho que ele tem que ser muito claro pra quem tá exercendo, que é o papel da liderança. A gente tem que acreditar e saber fazer, cativar as pessoas pra que elas acreditem nisso, e não que elas façam um trabalho forçado. Mostrar para as pessoas que aquilo vai ter ganho não só no presente, no momento, mas ao longo do processo de trabalho. Eu acho que é muito importante. Então, a referência, o acompanhamento, o estar junto nas dificuldades são coisas difíceis de sair, muitas vezes, até da zona de conforto. O fato, assim, essas mudanças, é fazer que essas pessoas inovem sempre, que vão buscando realmente fazer diferente. Tem que sempre estar junto. Tem que dar os recursos (GR7).

Na época, um dos critérios primordiais foi a capacitação mesmo. Mas eu acho que atualmente mais é o processo de liderança. Então, o envolvimento das pessoas, as pessoas entenderem o que está acontecendo, as pessoas participarem, as pessoas serem capacitadas, serem envolvidas, é fundamental (GR3).

A análise da Tabela 3 e dos depoimentos revela ainda que o gerente detém características distintas daquelas anteriormente identificadas, passando a assumir a liderança no processo e deixando de agir como chefe. Segundo Mezomo (2001), o líder busca novas áreas para explorar, cria abordagens e se relaciona com as pessoas no sentido de motivá-las com sua visão de futuro. A questão da motivação foi destaque nos depoimentos dos entrevistados:

O gerente é que motiva. É ele que é responsável diretamente pelo processo e pelo resultado também. Nas mãos dele está motivar a equipe, se preparar, acompanhar, treinar, né, e depois fazer a análise crítica com a alta direção do hospital (GR6).

A liderança foi um dos aspectos pontuados pelos entrevistados como a chave do sucesso. De acordo com Matos *et al.* (2006), para o alcance da acreditação hospitalar, por meio de uma capacitação imbuída nos princípios da qualidade, é possível desenvolver competências profissionais relacionadas à liderança, principalmente à motivação, sendo instrumentos importantes para a obtenção de um trabalho com qualidade. Neste sentido, de acordo com Siman *et al.* (2011), determinando o atender às mudanças organizacionais, a apropriação de novos conhecimentos e o alcance de uma assistência organizada, está relacionado com o desenvolver habilidades de liderança e comunicação. Os depoimentos dos entrevistados reforçam as assertivas de Matos *et al.* (2006) e Siman *et al.* (2011), pois, consensualmente, os entrevistados citam o papel do gerente como motivador, norteador e como aquele que tem a missão de envolver a sua equipe para que se sintam parte do processo.

5.5 Gestão de pessoas: estratégias dos gerentes no alcance da acreditação com Excelência

O desempenho da organização depende do envolvimento dos profissionais que ali atuam. A partir da realização deste estudo, foi possível identificar que a estratégia da instituição acreditada para alcançar a Excelência, está na gestão de pessoas. Para Peixoto (2011), a gestão de pessoas nas organizações hospitalares apresenta características singulares e complexas. Trata-se de um contexto de alta tecnologia, que envolve diversas categorias profissionais e pessoas que se encontram em uma situação fragilizada. Neste sentido, a direção do hospital tem buscado gerentes comprometidos, com competências para garantir a qualidade, com eficácia no trabalho e que gerem resultados. Os gerentes entrevistados apresentaram uma visão direcionada para o **envolvimento de seus funcionários** no processo de acreditação hospitalar. Nessa perspectiva, afirmam ter criado oportunidades para o desenvolvimento e a capacitação de seus funcionários, fato que pode ser percebido nos seguintes depoimentos:

A acreditação ela não é do gestor; é de todos. É da equipe, do hospital. Assim, é pra tudo que a gente faz na vida. Então o envolvimento das pessoas, as pessoas entenderem o que está acontecendo, as pessoas

participarem, as pessoas serem capacitadas, serem envolvidas, é fundamental! Não tem jeito de um hospital conseguir uma acreditação só com a alta direção. Tem que ter o envolvimento de todo mundo. As pessoas têm que entender e participar do processo. Têm que ser parte do processo. Fundamental! Fazer parte do processo é a receita. (GR3).

Não é um trabalho isolado; é um trabalho integrado do hospital todo, porque o programa de acreditação envolve a empresa inteira (GR2).

Em consonância com a literatura, neste estudo observou-se que no processo de acreditação hospitalar a participação de todos os profissionais é imprescindível para o sucesso da “gestão da qualidade”, pois o alto desempenho da instituição depende do compromisso e da colaboração dos atores envolvidos no processo.

Com certeza, estão envolvidos, porque a gente trabalha também com indicadores e trabalha também com painel de gestão à vista, onde eles acompanham o desempenho do setor (GR6).

É, acima de tudo, é trazer as pessoas, aquela questão da motivação, o conhecimento que o processo de acreditação vai fazer bem é pra todo mundo. Quando a gente consegue atingir o objetivo de acreditação todo mundo sai ganhando, qualquer pessoa, por mais simples que seja atuação dela dentro da instituição (GR7).

Para Peixoto (2011), a participação dos trabalhadores acentua a complexidade da gestão em face das propostas de mudanças, uma vez que estas dependem da adesão e do comprometimento das pessoas em um ambiente de fortes corporações profissionais como é o caso do hospital. Os gerentes demonstraram entendimento neste assunto, deixando explícita a relevância do envolvimento de todos os profissionais para alcançarem o objetivo da acreditação com Excelência. As pessoas receberam definição clara da própria missão da organização, de seus valores e desafios:

A gente mostra os resultados e faz uma análise. É em cima dessa análise, a gente propõe ações de melhorias sempre contínuas, e não só com o gerente, A gente tem que passar pra nosso colaborador como é que tá o retrato do nosso setor dentro do âmbito da empresa toda (GR5).

A participação de todos. Nós nos reunimos, difundimos a missão. A gente colocou primeiro os POP's em papel, mas com a ajuda de cada um dos trabalhadores, e hoje eles também nos ajudam a rever esses protocolos, esses documentos. Anualmente é feito uma revisão e atualização de documentos (GR6).

A gente tinha indicadores, mas os funcionários não tinham acesso aos resultados, como que estava o desempenho do setor dele, gerou muita demanda do serviço tanto da gerência, coordenação e supervisão e dos

técnicos e auxiliares de enfermagem também, porque, porque teve se organizar mais (GR4).

Os funcionários começaram a participar do conjunto de etapas que envolvem todo o processo, tendo a visão do todo, dentro do seu setor e da instituição. Um exemplo disso foi o envolvimento dos funcionários para alimentar indicadores, acompanhar e participar da análise e dos resultados. Portanto, os funcionários passaram a participar dos resultados do trabalho em equipe, o que corrobora com o alinhamento da gestão de pessoas com os planos organizacionais.

Interessante ressaltar que a perspectiva da participação inclui os lucros da empresa. Ao atingir as metas, os funcionários recebiam a participação nos lucros, uma gratificação a cada seis meses, o que demonstra a visão da organização hospitalar em aumentar o nível de satisfação do funcionário. São estratégias desenvolvidas para motivá-los e retê-los na empresa. Para Dutra (2002), é um processo de valorização dos trabalhadores, que corresponde às práticas de remuneração, premiação, serviços e facilidades. No entanto, o foco principal não é a gratificação salarial, e sim o desenvolvimento das pessoas. Essa participação dos funcionários nos lucros da empresa pode ser identificada no depoimento a seguir:

Aqui, a empresa dá um incentivo em cima desses resultados. A cada seis meses, a gente tem a liberação da participação dos lucros pra todos os colaboradores (GR6).

Concomitantemente ao envolvimento das pessoas, o investimento no **desenvolvimento humano** é fundamental. Mezomo (2001) afirma que, para envolver, efetiva e permanentemente as pessoas no projeto da organização, em primeiro lugar, é preciso educá-las. Nesta ótica, os gerentes investiram em um processo de educação contínua dos seus funcionários. No que se concerne às ações da gestão de pessoas no hospital, no Manual da ONA constam ações relacionadas à organização e coordenação de atividades relativas a planejamento dos recursos humanos, condições de trabalho, segurança, saúde e desenvolvimento das pessoas (BRASIL, 2010).

Neste sentido, para Manzo (2011), o alcance da acreditação demanda grande esforço dos gerentes hospitalares, os quais têm por objetivo desenvolver nos colaboradores da instituição conhecimentos, competências e habilidades que proporcionem ciclos de melhoria contínuos da qualidade hospitalar. Os gerentes devem ter em mente que os colaboradores são o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo. Este aspecto foi claramente percebido nos depoimentos que se seguem:

Agora, o que mudou realmente foi alguma coisa com relação à exigência de formalidades que a gente ainda não fazia. Eu vejo muito isso em treinamento de pessoal. Eles eram realizados, mas não havia aquela formalidade do levantamento das necessidades antes, da avaliação formal depois. A gente fazia avaliação em serviço, mas nada formal. Isso mudou, acho que a postura das meninas em relação a treinamento realmente mudou. E acho que isso é bom, porque a gente tem uma efetividade maior, tanto no treinamento quanto no acompanhamento do profissional (GR1).

A gente precisa se preparar. O setor precisa se organizar, se atualizar [...] as atualizações também da acreditação, os novos manuais, novas regras que vem durante o percurso (GR 6).

No processo de desenvolvimento das pessoas, os gerentes realizavam eventos, treinamentos e capacitações de uma forma mais sistematizada. Inseriram também a avaliação de desempenho profissional. Para Dutra (2009), a avaliação de desempenho é definida como análise sistemática do desempenho dos profissionais na realização do seu trabalho, de acordo com as metas estabelecidas, os resultados a serem alcançados e o potencial de desenvolvimento do trabalhador. Em consonância com o autor, a avaliação no hospital é realizada em todos os níveis hierárquicos, como pode ser constatado no depoimento

E, na verdade, eu também devo satisfação ... Sou avaliada... E tem também o processo de feedback que aqui é geral, também para os meus subordinados. A partir daí eu vejo o nível de aceitação, aceitação do meu trabalho (GR2).

Percebe-se que, além da avaliação de desempenho entre subordinados, também é realizada uma avaliação da gerência. Trata-se de uma avaliação cuja finalidade é identificar problemas de gerência e avaliar a integração das pessoas, sendo pelos gerentes considerada uma importante ferramenta capaz de possibilitar *feedback* do trabalho deles mesmos. Em face do exposto, fica evidente que o desenvolvimento humano se estende também aos gerentes do hospital, os quais ressaltam sua participação na gestão de pessoas e estão cientes da necessidade da capacitação profissional.

Hoje, você tem mais subsídios e informações pra poder mensurar seu desempenho, o desempenho da sua equipe. Mas o primordial foi a capacitação mesmo. Comecei todo o processo de capacitação, sistematização do processo de capacitação. Isso traz um crescimento para a instituição (GR4).

Questão de pessoal, contratação né, avaliação de desempenho dos funcionários, escalas, treinamento, muita reunião [...]. A gente dá

capacitação. Todo mês eles estão recebendo assuntos novos, material, uma revisão, não precisa buscar cursos fora. Eu acho que isso é legal (GR3).

As instituições estão, cada vez mais investindo no desenvolvimento humano, semelhante à constatação feita por Dutra (2002), no que se refere ao necessário investimento com vistas a agregar valor tanto para os profissionais quanto para a organização, caracterizando a conciliação de interesses organizacionais e profissionais. Entretanto, o gerente precisa desenvolver um plano de capacitação e treinamento envolvendo todos os funcionários pensando em melhorias contínuas. Neste sentido, o trabalho do gerente pautado no conhecimento das normas, do manual, e nas legislações gera competências profissionais que são fundamentais para a viabilização da acreditação, dado que o conhecimento lhes trará a segurança para que não se sintam vulneráveis e pressionados no dia a dia das práticas organizacionais (MELO; SOUZA; PALLA, 2005).

Importante também registrar a transparência mencionada por GR2 na realização do trabalho do gerente para o acompanhamento de seus funcionários, e proporcionando-lhes o *feedback*, como pode ser constatado nos depoimentos:

Então, a gente tem um processo aqui dentro que já funciona há algum tempo, que a gente tem um cuidado muito grande que é o processo de feedback. Eu costumo ser muito transparente né. O que que a alta direção estabelece como diretriz é dito para os meus subordinados, de uma forma transparente, rápida e clara (GR2).

A postura dos gerentes apresenta traços que foram abordados por Costa e Ricaldoni (2007) no contexto da acreditação hospitalar, a partir dos quais o gerente deve acompanhar e registrar, por meio de um processo de *feedback* transparente, quais são as limitações e as dificuldades na conduta dos profissionais e o que pode ser melhorado. É neste sentido que os gerentes têm contribuído para o sucesso organizacional, envolvendo os funcionários, capacitando-os, trabalhando de forma transparente e dando retorno do trabalho de toda equipe.

Outro aspecto importante que emergiu dos depoimentos dos gerentes diz respeito “às reuniões de repasse”:

A questão da relação da alta direção com a gente sempre foi muito aberta, muito tranqüila. O hospital tem uma reunião que acontece toda terça-feira, desde que o hospital foi fundado, e a gente tem nossa função nessa reunião. A nossa função é transmitir essa reunião, esse conteúdo para nosso subordinado. Chama reunião de repasse (GR9).

É trazer as informações pra que as pessoas sintam envolvidas no trabalho. Então, tem essa preocupação de fazer esse envolvimento. Nossa reunião com os subordinados é toda quarta-feira pra gente repassar (GR12).

As reuniões de repasse acontecem semanalmente entre os gerentes e a alta direção do hospital. Da mesma maneira, os gerentes repassam o que foi discutido nas reuniões com seus subordinados. Com data definida, as reuniões são realizadas separadamente. Os gerentes se denominam “multiplicadores”. Na perspectiva dos gerentes, esse repasse é fundamental para envolver toda a equipe no trabalho e no alcance das metas, que é um objetivo de todos.

Outro aspecto importante identificado nos depoimentos dos gerentes está relacionado ao grande envolvimento da alta direção. Segundo Mezomo (2001), a mudança não é algo que a diretoria decide ou decreta e que as pessoas executam. A mudança é algo de melhoria da qualidade que deve ser feito pela diretoria e por todos os funcionários. Neste sentido, cabe à diretoria inspirar confiança e premiar o esforço.

A participação efetiva da alta direção é identificada nos depoimentos:

É o envolvimento da alta direção. A alta direção é extremamente envolvida, no dia a dia só no momento de ditar regra não, é do início ao fim. É no chão de fábrica. É em tempo integral, é cobrando e apoiando, prestando conhecimento. Tudo muito transparente e com muito, muito acompanhamento (GR7).

Eu acho que o facilitou mais foi o envolvimento das pessoas, especialmente a direção do hospital. A diretoria comprou a idéia. Isso foi fundamental. A diretoria esteve presente o tempo todo. Deu suporte pra gente, deu suporte físico. As melhorias que a gente precisava fazer. Tudo isso estiveram muito presentes. Esteve presente nas reuniões, nas auditorias, foram auditados, então isso é um exemplo que contagia (GR6).

A participação da alta direção foi mencionada como aspecto facilitador e fundamental no processo da acreditação hospitalar pelos entrevistados. Os gerentes percebem que a alta direção conhece a filosofia da qualidade, estando por este motivo, visivelmente comprometidos com a implantação da acreditação hospitalar e permanentemente envolvidos com o processo da qualidade. Além disso, promoviam as mudanças necessárias para o alcance dos resultados. Assim, o compromisso da alta direção criou um ambiente favorável à implantação, alcance e manutenção da AH.

Em síntese, há que se destacar que o trabalho gerencial envolve um processo dinâmico que deve ser permeável às mudanças organizacionais. A complexidade da ação gerencial vai além de desempenhar ações isoladas. Constitui-se de processos inteligíveis diversos, mas

complementares, que se caracterizam como essenciais para o sucesso organizacional. Dentro desta perspectiva, é imprescindível o papel do gerente como elo no envolvimento de todos os atores sociais. Isso implica busca de prestação de cuidados de qualidade, por melhorias nas ações para satisfação dos pacientes, a adoção de padrões de qualidade assistenciais, os quais, por sua vez, refletem em uma instituição hospitalar comprometida com a qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios da instituição hospitalar é sua sobrevivência no contexto de um mercado altamente competitivo. Para o alcance de seus objetivos, a organização sob estudo tem adotado modelos organizativos diferenciados, e os gerentes envolvidos nos processos assistenciais e gerenciais têm sido impelidos a buscar a qualidade, a eficiência e o controle dos custos. Mediante estes desafios, as organizações têm se inserido no processo de acreditação hospitalar.

Este estudo buscou compreender a função gerencial neste novo contexto de acreditação hospitalar, tendo como cenário um hospital de grande porte certificado com “Acreditado com Excelência” pela metodologia ONA. Buscou-se conhecer as possíveis mudanças no trabalho do gerente, além de identificar os aspectos facilitadores e dificultadores no processo de preparo para avaliação da certificação e após ser Acreditado com Excelência, e conhecer as ações comuns dos gerentes nesse contexto. O estudo possibilitou a compreensão do trabalho gerencial e a ampliação da visão sobre a temática da acreditação hospitalar, com toda sua contribuição para uma assistência de maior qualidade. Além disso, foram obtidas informações importantes a respeito das ambiguidades do processo da AH na perspectiva dos gerentes e suas estratégias para o envolvimento de todos os atores dentro da organização, alcançando, assim, o sucesso organizacional.

No que concerne ao perfil profissional dos 12 sujeitos da amostra, foi identificado um grupo heterogêneo de gerentes de diversas categorias profissionais ocupando cargos intermediários de gestão, com predomínio de profissionais da saúde (58,33%). Os demais profissionais eram da área administrativa e participavam indiretamente dos processos assistenciais.

Foi evidenciado que os gerentes que atuavam no Hospital Gama buscam a qualificação para o exercício das funções gerenciais no nível de pós-graduação. Outro aspecto que merece ser destacado foi o fato de todos os entrevistados que possuíam mais de um vínculo profissional serem enfermeiros com atuação na docência no ensino superior. Observa-se que no hospital acreditado com Excelência pela metodologia ONA os cargos de gerência estão sendo ocupados por pessoas com experiência gerencial e capacitação profissional, além de terem uma autoestima elevada e estarem satisfeitas com o seu desempenho profissional, o que é fundamental para alcance dos objetivos organizacional e profissional.

O enfermeiro se destacou no exercício da gerência no contexto da acreditação hospitalar e utilizou estratégias singulares nas decisões organizacionais, percebendo a impossibilidade da realização do trabalho de forma isolada e desarticulada, e valorizando o trabalho em equipe e a articulação com os diversos saberes e atores para concretizar os objetivos propostos. Assim, na perspectiva dos gerentes, o enfermeiro é peça fundamental, ocupando lugar de destaque para a instituição ser ou manter-se acreditada. Além disso, foi identificado que a acreditação confere segurança ao gerente e contribui positivamente para o seu crescimento do profissional e o da instituição, agregando novas iniciativas organizacionais e novas ações dos profissionais envolvidos na busca de melhorar a qualidade da assistência.

Considerando a acreditação um método inovador, o que se tem é a enfermagem se apropriando da proposta de reorganização da instituição e do sistema de saúde. Em verdade, em meio a esse programa de acreditação, dentre todos os atores envolvidos, em especial, os enfermeiros se mostraram dotados de habilidades e competências gerenciais, que abrangem planejamento de ações, liderança, comunicação e trabalho em equipe.

A respeito dos aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho dos gerentes, no contexto da acreditação, foram identificadas ambiguidades apontando aspectos positivos e negativos. Com a acreditação, o hospital padronizou os processos, além de ter proporcionado ao gerente uma visão sistêmica, a intersetorialidade, a organização dos processos, a melhoria nos registros, tudo em uma perspectiva de melhoria contínua. Assim, aspectos positivos do processo de acreditação estão interligados, interdependentes e colaboram para a melhoria da qualidade. Porém, ao mesmo tempo, são mencionados aspectos negativos, como a pressão para a produção de resultados, o aumento da carga de trabalho, e a fadiga e o alto custo para a instituição obter a acreditação.

Vale ressaltar, ainda, que, a partir da inserção no processo de acreditação hospitalar, ocorreram mudanças na organização e, conseqüentemente, nas atividades dos gerentes. Os gerentes se sentiram desafiados e perceberam que a gestão se tornou mais complexa, exigindo mais conhecimento e habilidades. Houve uma mudança de ações, formatando uma função gerencial antes e após a implantação da acreditação hospitalar. Para o alcance da acreditação com Excelência, foram fundamentais a capacitação e o desenvolvimento das pessoas, as estratégias utilizadas pelos gerentes para o envolvimento de toda a equipe no processo e, a presença da alta direção em todos os setores do hospital.

Esclarece-se que a acreditação hospitalar, sob a óticas dos gerentes, se mostrou relevante. No entanto, existem muitos desafios. Pensando no gerente, talvez o maior desafio se concerne

à qualificação profissional, desde a sua formação inicial, para atuação com os métodos de acreditação hospitalar. Porém, acredita-se que o maior desafio é mudar o modelo assistencial vigente, voltado para as reais necessidades do paciente e, ainda, de maneira geral, é inserir o hospital acreditado no sistema de saúde, não permitindo seu funcionamento como uma ilha em meio às outras instituições. O processo de acreditação deve ser desenvolvido no maior número de instituições e com isso contribuir para que seja oferecido qualidade assistencial a toda população. Acredita-se que após esse processo será possível contribuir ainda mais com uma assistência de melhor qualidade.

Sabe-se que como todo estudo, este também contém limitações e não representa toda a amplitude e complexidade da temática. Uma limitação do estudo é constituir-se de um grupo de gerentes não envolvendo as perspectivas e contribuições do profissional que não ocupa cargo de gestão e do próprio paciente. Apresenta-se como sugestão estudos voltados para o clima organizacional abordando gerentes e demais funcionários; estudos sobre o ambiente interno de um hospital acreditado Nível 3; e ainda, a acreditação hospitalar na perspectiva do usuário. Almeja-se que este estudo proporcione elementos relevantes para subsidiar novos estudos e novas discussões voltadas para o alcance destes desafios, além de proporcionar informações sobre a função gerencial no processo de acreditação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. *et al.* O hospital no sistema de saúde In: ALBUQUERQUE, C., *et al.* **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS OMS, 2004.

ALVES, M. *et al.* Identificação dos gerentes com o trabalho em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte: realidade ou utopia? **Enfermeria Global**, n 11, nov. 2007.

ANTUNES, A. V. TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, p. 35-44. 2000.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.2. p. 335-336. 2004.

BARBOSA, M. A. *et al.* - Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.09-15. 2004. Disponível em<www.fen.ufg.br>. Acesso em 12 de jun. de 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BARRETO, M.L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p. 1779-1790. 2007.

BARNARD, C. **The functions of the executive**. Cambridge: Havard University Press, 1971.

BITTAR, O.J.N.V. Cultura e qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITAR, O.J.N.V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa; 2004. 17 p.

_____. Estrutura organizacional em hospitais. **Rev Ass Med Brasil**, São Paulo, v.40, n.2, p. 81-84. 1994.

_____. Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Brás.** São Paulo, v. 46, n.1, Jan./Mar. 2000.

_____. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de redes assistenciais. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

_____. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil. **Portaria 2.225/GM de 5 dez de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sãs/PORTARIAS.html>

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. A degradação do trabalho no séc. XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRITO, A. M. R. de. **Representações sociais de discentes de Enfermagem sobre ser enfermeiro**. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas e Administração da Universidade Federal de Minas Gerais. 2004.

BURAWOY, M. **Manufacturing consent**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

CECÍLIO, L.C.O; FEUERWERKER, L.C.M. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v.4, p.965-971. 2007.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mai. 2011.

CHANLAT, J. F. Mitos e realidades sobre o estresse dos gerentes. In: **Gerência em ação: singularidades do trabalho gerencial**. Ed. FGV. RJ, 2005, Cap. 1.

_____. Mitos e Realidades sobre o estresse dos gerentes. In: DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

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

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

CORDEIRO, H. Acreditação de Serviços de Saúde: Controvérsias, Perspectivas e Tendências para o Aprimoramento da Qualidade. In: CORDEIRO, H. **ENSAIO: Avaliação e Políticas em Educação**. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio, Número Especial, v. 8, junho, 2000.

COSTA, V.G. RICALDONI, C.A. Gestão de pessoas e capacitação. In: COUTO, R.M. PEDROSA, T.M.G. **Hospital, acreditação e gestão em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377 p.

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n.1, p. 65-69, jan/fev. 2006.

DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 340 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCON, Y. S. editors. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

D' INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 1, n. 59, p.84-88, jan. 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of health: how can not be assured? **JAMA**, v. 260, p. 1743-1748. 1998.

DUTRA, J.S. **Gestão de pessoas**: modelos, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas, 2002.

DUTRA, J.S. **Competências**: conceitos e instrumentos para gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2009.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1970. p. 149

FELDMAN, L.B. O gestor da área de gerenciamento de riscos. In: ALVES, V.L.S. FELDMAN, L.B. **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**: atuação e competências abordagem multidisciplinar. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev Latino AM Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.4, jul. 2006.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditarão. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, n. 18, p. 213-219. 2005.

FORTES, M. T. R et al. A acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre acreditação na França, no Reúno Unido e Catalunha. **Rev Assoc Med Bras**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 239-246. 2011.

GABARRO, J. H. The dynamics of taking charge. Cambridge: Havard Business School Press, 1987 *apud* RAUFFLET, Emmanuel. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In: DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS - INEP. **Cadastro das Instituições de Educação Superior**. 2007. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 18 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Departamento de população e indicadores sociais**. Síntese de indicadores sociais. 2005. Rio de janeiro: IBGE, 2009.

JESUS, E. S. *et al.* Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p.166-173, fev. 2010.

JORNAL MATERDEI. Materdei. **Ano XIX**. Belo Horizonte. Mar,Abr,Mai, 2011.

KERN, A. E; LIMA, A. P. F. O gestor da área de qualidade. In: ALVES, V.L.S. FELDMAN, L.B. **Gestores da saúde no âmbito da qualidade: atuação e competências abordagem multidisciplinar**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

KISIL, M.; SCHIESARI L. M. C. Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS** vol. 5, n 18, Jan-Mar, 2003.

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

LIKERT, R. **Novos padrões de administração**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1979. p. 307.

MANZO B.F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; BRITO, M.J.M.; ALVES, M. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. **Rev. de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.571-576, out. 2011.

MARQUES, A. L. Condições de Trabalho e Identidade de Classe de Profissionais e Gerentes Brasileiros. Anais III **Congresso da Associação Latino Americana de Sociologia do Trabalho- ALAST**. Buenos Aires. 2000. 65 p.

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

MAXIMILIANO, A.C.A. A função gerencial no processo de inovação tecnológica. **Rev. Adm. IA-USP**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 97-114, Jan. 1979.

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

MELO, C.; TANAKA, O. Y. Tecnologia Virtual e serviços de saúde: impacto sobre o trabalho em equipe. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.47-54, Jan/fev. 1999.

MELO, M. C. O. L. **O gerente e a função gerencial nas organizações pós reestruturação produtiva.** Anais do VI ABET. São Paulo: ABET. 1999.

MELO, M.C.O.L., DAVEL E. Reflexividade e a dinâmica da ação gerencial. In: Davel E, Melo M C O L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial.** Rio de Janeiro: FGV, 2007. p.323-329.

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

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais (RMMG).** MG, v. 18, n. 4-S4, 2008. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/96>>. Acesso em 10 de maio de 2010.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira, Sonia F. **Democracia e Saúde.** São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 9 ed. Petrópolis:Vozes, 1994.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Ed. Atlas, 2003. 334 p.

MINTZBERG, H. Trabalho do executivo: o folclore e o fato. **Coleção Harvard de Administração.** 1. ed. São Paulo: Abril S. A, 1973. 102 p.

MORGAN, G. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 2009.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** Rio de Janeiro: Record, 1991. 256.p.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional**: a teoria e a pratica de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. 224p.

QUINTO, ANTÔNIO NETO. responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **Rev. Administração em Saúde**, v. 10, n. 41, out-dez. 2008.

VECINA, G. NETO; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração e Saúde**, v.9, n.37, out-dez. 2007.

OLIVEIRA, D.P.R. **Teoria Geral da Administração**: uma abordagem prática. São Paulo: Atlas, 2008. 427 p.

Sistema do Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde. **DATASUS**. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310620&NomeEstado=MINAS_GERAIS. Acesso 13 março de 2012.

OPAS- Organização Panamericana de Saúde. **A transformação da gestão de hospitais na America Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 389 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos em Organización de la Asistencia Medica. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. **Rev Inform. Tecn**, v 4, n 122, 1957.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Conheça a ONA**. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>>. Acesso em 10 jun 2011.

PAGÉS, *et al.* **O Poder nas organizações**. São Paulo: Editoras Atlas, 1987. 234 p.

PEDUZZI M.; ANSEMI M.L. O processo de trabalho da enfermagem: a cisão entre o planejamento e a execução dos cuidados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 392-398. 2002

PEIXOTO, T.C. **A dinâmica da gestão de pessoas em uma unidade de internação pediátrica**. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

RAMOS, F. R. S. et al . Formação de mestres em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina: contribuições sob a ótica de egressos. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p.359-365, Jun. 2010.

RAMOS, F.R.S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto e Contexto*, Florianópolis, n.18, v. 2, p.361-368, abr-jun. 2009

RAUFFLET, E. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In; DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

REED, M. **Sociologia da gestão**. 1. ed. Lisboa: Celta, 1997. 167 p.

SALINAS, José Luis. Gerentes, competências e aprendizagem nas organizações. In DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SIMAN, A.G., MASSIMO, E.A.L., BRITO, M.J.M., *et al.* The process of hospital accreditation in Brazil and management skills of nurses. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 5, n.10, p. 2537- 2544, dez. 2011.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. 2.ed. São Paulo: Atlas. 1966

YIN, R. K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman. 2005. Original inglês.

WILLMOTT, Hugh. Gerentes, controle e subjetividade. In: DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação, singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Roteiro de entrevista
Data / /
Entrevista n°
1- Descreva sucintamente a sua atividade gerencial.
2- Fale sobre seu trabalho como gerente antes, durante e após a Acreditação hospitalar com excelência:
3- Para o alcance da Acreditação em Excelência você adotou alguma estratégia de gestão diferenciada?
4- Fale sobre o papel do gerente no processo de Acreditação hospitalar
5- Você se considera um gerente bem sucedido para aquisição do título com excelência? Fale sobre isso.
6- No seu cotidiano de trabalho como gerente você atende as expectativas dos dirigentes?
E dos subordinados? Fale sobre isso
7- Para desenvolver o trabalho gerencial no contexto da acreditação hospitalar houve uma situação problema? Quais as facilidades e dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho com a Acreditação em Excelência?
8- Você acha que o seu trabalho gerencial mudou após o Processo de Acreditação Hospitalar?

ANEXOS

ANEXO - A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO CONSENTIMENTO



Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**As singularidades do trabalho gerencial em um hospital acreditado**”. A referida pesquisa é de autoria de Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito e Mestranda Andréia Guerra de Oliveira. Neste sentido, gostaríamos de convidá-la (o) para participar de uma entrevista gravada que ocorrerá por meio de um questionário com o **objetivo** de Compreender o trabalho gerencial em um hospital de grande porte Acreditado com Excelência de Belo Horizonte. As entrevistas abordam aspectos referentes a:

- Compreensão do trabalho do gerente intermediário em hospital de grande porte de Belo Horizonte Acreditado com Excelência

Possíveis benefícios: O benefício da presente estudo são benefícios de pesquisa, que está na possibilidade de permitir uma compreensão mais ampla sobre o trabalho gerencial após a acreditação hospitalar com excelência.

Desconfortos e riscos: Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora e a entrevista será encerrada caso deseje, não haverá gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação em qualquer momento, sem ônus, de qualquer natureza. Asseguramos que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado exclusivamente para fins desta pesquisa, e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Você tem a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

Prof^a Dr^a. Maria José Menezes Brito
Prof. Dep. de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, li e entendi o consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de questionário, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder de Maria José Menezes Brito, Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, com o objetivo de realizar a pesquisa intitulada “**As singularidades do trabalho gerencial em um hospital acreditado**”.

Assinatura: _____

Belo Horizonte,

Telefone dos pesquisadores: Andréia Guerra- fone (31) 88251510

__/__/__

Maria José Menezes Brito –fone: 3409 9849.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – 3409-4592. Av. Pres. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar - sala 2005. Cep: 31270-901 Belo Horizonte, MG. CEP do HMD Av. Barbacena, 1057, Santo Agostinho, Belo Horizonte Tel: 3339-9033.

ANEXO B**Modelo - Carta de Autorização para realização da pesquisa nas instâncias da Escola de Enfermagem da UFMG.**

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2010.

Assunto: Autorização Realização Pesquisa Instituição

Pelo presente, a Direção da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, autoriza a realização da pesquisa “SINGULARIDADES DO TRABALHO GERENCIAL EM UM HOSPITA ACREDITADO COM EXCELÊNCIA EM BELO HORIZONTE”, coordenada pela Profª Drª Maria José Menezes Brito.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria de Fátima Imaculada de Freitas
Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG

ANEXO C – Aprovação do projeto no COEP/UFMG**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP****Parecer nº. ETIC 0611.0.203.000-10****Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de março de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Singularidades do trabalho gerencial em hospitais acreditados cm excelência em Belo Horizonte"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral", is written over a horizontal line.

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

ANEXO D – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital

Belo Horizonte 9 de fevereiro de 2011.


De: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mater Dei

Para: Andréia Guerra de Oliveira

Prezada Andréia,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mater Dei, analisou e APROVOU em reunião realizada em 26 de janeiro de 2011, o protocolo de pesquisa intitulado: ***“Singularidades do trabalho gerencial em Hospitais acreditados com excelência em Belo Horizonte”***, a ser realizado no Hospital Mater Dei, sob sua responsabilidade.

Cordialmente,


Cleusa Maria Vieira Miguel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mater Dei

**Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Mater Dei**