

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação**

**Assistência Multiprofissional em  
Unidades de Terapia Intensivas Neonatais  
Acreditadas em Nível de Excelência**

**Bruna Figueiredo Manzo**



**Belo Horizonte**

**2012**

Bruna Figueiredo Manzo

**Assistência Multiprofissional em  
Unidades de Terapia Intensivas Neonatais  
Acreditadas em Nível de Excelência**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2012

M296a Manzo, Bruna Figueiredo.  
Assistência multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva neonatais acreditadas em nível de excelência [manuscrito]. / Bruna Figueiredo Manzo. - - Belo Horizonte: 2012.  
139 f.: il.  
Orientadora: Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acreditação. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Controle de Qualidade. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 153



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

Tese intitulada por: “Assistência Multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais Acreditadas em Nível de Excelência”, de autoria da doutoranda Bruna Figueiredo Manzo, avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves - ENA/EEUFMG - Orientadora

---

Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia - Faculdade Novos Horizontes (Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna - ENA/EEUFMG (Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kênia Lara Silva - ENA/EEUFMG (Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suzinara Beatriz Lima - UFSM (Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roseni Rosângela de Sena - EEUFMG (Suplente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Flávia Gazzinelli Bethony - EEUFMG (Suplente)

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 17 de agosto de 2012



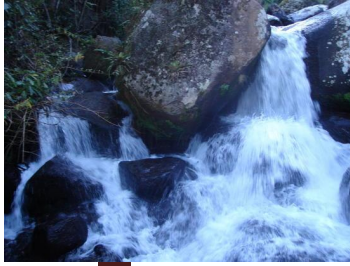
## Dedicatória

Àqueles que são essenciais em minha vida:

Ao meu **filho, Bruno**,  
que enche minha vida de alegria e amor.

Ao meu **marido, Giovani**,  
companheiro na vida e nos meus sonhos.

Aos meus **pais, Marco e Bia**,  
fonte inesgotável de inspiração e força.



# Agradecimentos

**À Deus,**  
que sempre iluminou meu caminho, me conforta a todo instante e me permitiu chegar até aqui.

Aos meus **pais, Marco Antônio e Bia,** pelo exemplo de vida, ensinando-me a ter persistência e coragem na busca dos meus sonhos, por mais difíceis que pudessem ser. Certamente, tudo de maravilhoso que alcancei até aqui é resultado do apoio, carinho e dedicação de vocês. Não tenho palavras para descrever meu amor e minha admiração por vocês.

Ao meu **marido, Giovani,** pelo carinho e apoio nos momentos mais difíceis desta trajetória. Sem você este trabalho não seria o mesmo. Obrigada por tudo!

Ao meu **filho, Bruno** eterna razão do meu viver. Obrigada por me alegrar com seu sorriso e carinho, tornando esse momento mais doce e ameno.

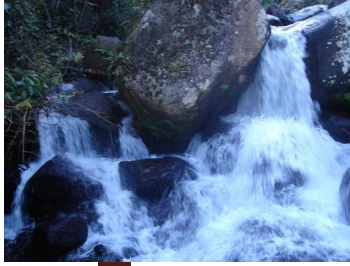
Aos meus **irmãos, Carla e Frederico,** e à minha **cunhada Nara** pela torcida e palavras de apoio e carinho.

À minha **orientadora, Marília Alves,** que foi mais que a minha mestre, uma amiga e grande incentivadora. Obrigada pelos seus ensinamentos e por acreditar em mim! Minha eterna admiração e meu carinho.

Aos **professores da Escola de Enfermagem da UFMG Cláudia Maria Mattos Penna e Maria José Menezes Brito,** pelo incentivo e possibilidade de um aprendizado enriquecedor. Cada uma de vocês contribuiu de maneira singular para minha formação.

À minha **grande amiga Tatiana Paulluci,** pelo carinho e amizade verdadeira nos momentos difíceis da minha vida.

À minha **companheira de luta Meirielle,** obrigada pelos ensinamentos de mestre e apoio nos momentos difíceis. Você me fez acreditar que eu daria conta de vencer!



# Agradecimentos

À minha **amiga Juliana Marcatto**,  
pelo exemplo de competência profissional, caráter e força. Obrigada por me ensinar  
a arte do cuidar!

Aos meus **amigos Carlinha, Allana Reis, Leonardo Allagio, Helen, Raquel Azeredo,**  
**Aláine,**  
pelo carinho, atenção e incentivo nas horas que mais precisei.

À minha **eterna incentivadora, Silma Pinheiro.**  
É difícil não tê-la presente neste momento importante da minha vida. Obrigada pela  
força e incentivo durante essa caminhada. Tenho imensa saudade.

À **equipe de profissionais das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal Berço e**  
**Incubadora.**  
Obrigada pela disponibilidade, atenção e carinho.

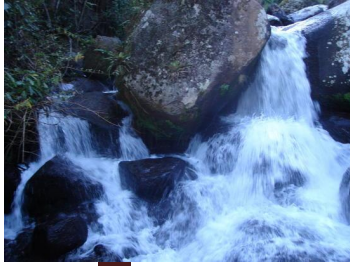
Aos meus **amigos da PUC**, em especial a **Érika Leitão, Rogério Campice, Fernando**  
**Vaz, Poliana, Jaqueline Barata, Mércia Leite, Estelina, Meire Chucre e**  
**Bernadete,**  
pela força e incentivo durante a minha caminhada, além do exemplo de  
profissionalismo e compromisso com a enfermagem.

Aos meus **alunos**, em especial a **Débora Lara**,  
pelo grande apoio e amizade. Você foi parte importante deste trabalho. Meu eterno  
"Obrigado".

A **Celle**,  
por me acalmar e apoiar nos momentos mais difíceis da minha vida, além de me fazer  
acreditar na minha capacidade e integridade.

A **Deiz e Rose**,  
pelo apoio incondicional.

Enfim, a **todos**  
que acreditaram e torceram por mim!



"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,  
que já têm a forma do nosso corpo,  
e esquecer os nossos caminhos,  
que nos levam sempre aos mesmos lugares.  
É tempo da travessia.  
E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,  
para sempre, à margem de nós mesmos [...]"

*Fernando Pessoa*



## RESUMO

MANZO, B. F. **Assistência multiprofissional em unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em nível de excelência.** 2012. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

A sobrevivência das organizações em um mercado globalizado e competitivo é, indiscutivelmente, um grande desafio para as organizações da área de saúde. Os sistemas de gestão com foco na qualidade são hoje expressamente utilizados, almejando o potencial competitivo e o êxito institucional para a redução de custos e o incremento do lucro. Observa-se forte mobilização em torno da aplicação dos programas de qualidade nas organizações hospitalares, de modo a otimizar a gestão de pessoas e melhorar a eficiência dos serviços. O processo da acreditação é uma estratégia da alta administração. Tal decisão política é repassada aos profissionais em todos os níveis de hierarquia para a operacionalização e o cumprimento do objetivo idealizado. Os profissionais de saúde desempenham papel de destaque na implementação dos processos de avaliação de qualidade. Suas práticas discursivas e sociais refletem o cotidiano de trabalho e o direcionamento das ações para o atendimento das necessidades dos pacientes, principalmente quando se trata de crianças gravemente enfermas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, já que imprimem eficiência aos serviços. O comportamento dos profissionais pode interferir na maneira como cada serviço experimenta o processo, com influência na diminuição ou no aumento da adesão do progresso da gestão da qualidade. Embora a acreditação hospitalar se apresente para muitos gestores como uma ideologia da qualidade legitimada e estruturada por regras e normas, os sujeitos devem ser valorizados, notadamente, no que se refere ao discurso das práticas cotidianas, e não somente sob o prescrito nas estruturas. Pretende-se com este estudo analisar a configuração da prática discursiva sobre processo de acreditação na equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em nível de excelência. Optou-se por uma abordagem qualitativa, com utilização do referencial teórico pós estruturalismo. A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde que exercem suas atividades em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais distintas, ambas acreditadas em excelência, por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado. Os resultados apreendidos das práticas discursivas dos sujeitos mostraram que as duas Unidades analisadas apresentam mais semelhanças que divergências, apesar de possuírem histórias e trajetórias diferentes. Obtiveram o título de acreditação em excelência em momentos distintos e apresentam um cenário permeado por lacunas e deficiências, principalmente, no que tange à divergência entre o prescrito no Manual de Acreditação e o real vivenciado cotidianamente pelas equipes multiprofissionais. Notou-se que, inicialmente, os profissionais confiaram na proposta e investiram no preparo e no processo de acreditação, apostando na mudança, apesar da pressão. Porém, depois de sucessivas avaliações, houve perda de motivação e valorização da iniciativa por aqueles que operam o sistema. Detectou-se, também, um processo de trabalho fragmentado e mecanizado, com concentração do planejamento e da tomada de decisão nos líderes setoriais, além da diferença do engajamento entre as categorias profissionais. Ressalta-se que a realidade apurada é muito diferente da preconizada para a acreditação hospitalar de manutenção contínua da qualidade. O processo de preparo para a avaliação mostra-se concentrado nos momentos que antecedem a visita dos avaliadores e subvalorizado nos intervalos entre as avaliações, o que gera desmotivação e desconfiança entre os profissionais. Confirma-se, assim, a tese dos críticos da gestão da qualidade, que a comparam ao modelo taylorista, apontando que o novo processo proporciona apenas outro rótulo, e não mudança na realidade. Frisa-se que o propósito da análise do estudo não foi desaconselhar o uso da estrutura normativa nem mostrar o sistema da qualidade como indesejável. Pretendeu-se, em

verdade, apontar para a necessidade de refletir acerca das práticas discursivas dos profissionais sobre a acreditação hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, pois é um importante indicador qualitativo da postura dos sujeitos que a colocam em prática na ponta do sistema perante a clientela. Concluiu-se que as práticas discursivas não condizem com a teoria difundida pela gestão da qualidade e que há grande distância entre a qualidade preconizada e a real, isto é, aquela colocada em prática. No plano geral observou-se a necessidade de promover a reestruturação dos processos de trabalho na Unidade, com base em estratégias e ferramentas de gestão e na valorização da subjetividade dos trabalhadores, a fim de preencher a lacuna entre o prescrito no Manual de Acreditação e a real assistência oferecida pela equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Acreditação. Qualidade da Assistência à Saúde. Controle de Qualidade. Serviços de Saúde. Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

MANZO, B. F. **Multidisciplinary care in neonatal intensive care units in a level of excellence.** 2012. 139 f. Thesis (Masters Degree in Healthy and Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

The survival of organizations in a globalized and competitive market is undoubtedly a major challenge in health care. Management systems focused on quality are now used aiming at the competitive potential and the institutional success for reducing costs and increasing profits. Thus, it can be noticed a mobilization on the implementation of quality programs in the hospitals in order to optimize the management of people and improve the efficiency of services. Importantly, the process of accreditation is a strategic senior management and this policy decision is passed on to professionals at all levels of hierarchy for the operation and performance of the idealized goal. Health professionals have prominent role in the implementation of processes to evaluate quality and its discursive and social practices reflect the daily work and directing actions to meet the needs of patients, mainly when it comes to seriously ill children in neonatal intensive care unit, since they present efficiency in the services. The professionals behavior can affect the way in which each service experiences the process, with influence on the decrease or increase in membership and progress of quality management. Although the hospital accreditation for many managers is presented as a legitimate ideology of quality and structures by rules and regulations, the subjects should also be appreciated especially with regard to the discourse of daily practices and not only under the requirements of the structures. Thus, this study aimed to analyse the configuration of the discursive practice of the accreditation process in the multidisciplinary team in neonatal intensive care units accredited at the level of excellence. It was chosen a qualitative approach using the theoretical post-structuralism reference. The research was conducted with health care professionals who develop their activities in two different neonatal intensive care units, but both believed in excellence, though interviews with a semi-structured script. The results which were taken from the discursive practices of the subjects showed that the two units presented more similarities than differences, although they have different histories and trajectories. They obtained the title of accreditation for excellence in different moments and present a scenario permeated by gaps and shortcomings, mainly regarding the differences between the requirements of the accreditation Manual and the actual experienced daily by multidisciplinary teams. It was noticed that, initially, the professionals trusted in the proposal and invested in preparation and in the accreditation process, focusing on changings, despite the pressure, but after successive evaluations there were loss of motivation and appreciation of the initiative by those who operate the system. It was also turned out, a fragmented and mechanized work process with a concentration on planning and decision making in industry leaders, and the difference in engagement between the professional categories. It is emphasized that the reality is very different from the calculated recommended for hospital accreditation ongoing maintenance of quality. The preparation process for the evaluation is focused on the moments preceding the visit of evaluators and under-valued in the intervals between assessments, which leads to discouragement and distrust of the professionals. So, it confirmed the argument of critics of the quality management that compare to the Taylor model, noting that the new process provides just another label, but no change in reality. Moreover, it is stressed that the purpose of analysis of the study was not to discourage the use of regulatory structure or to show an undesirable quality system. It was intended to actually submit a reflection on the discursive practices of the professionals on the hospital accreditation in the neonatal intensive care units, as important qualitative indicator of the attitude of the guys who put it into practice on the system from end clientele. It was concluded

that the discursive practices are not consistent with the theory spread by quality management and that there is a large gap between recommended and actual quality, put into practice. In general terms there is a need for restructuring of work processes in the unit by means of strategies and management tools, with an appreciation of the subjectivity of workers to fill the gap between the requirements of the accreditation manual and the actual care offered by the multidisciplinary team.

**Key words:** Accreditation. Quality of Health Care. Quality Control. Health Services. Health Personnel.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

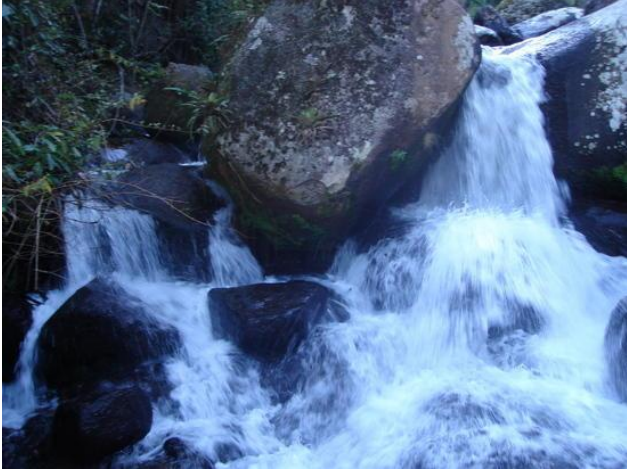
Quadro 1	- Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 1 (acreditado).....	41
Quadro 2	- Padrões e itens de orientação para Acreditação no nível 2 (acreditado pleno).....	42
Quadro 3	- Padrões e itens de orientação para acreditação no nível 3 (acreditado com excelência).....	44
Quadro 4	- Características dos entrevistados da Unidade Incubadora.....	58
Quadro 5	- Características dos entrevistados da Unidade Berço.....	59

## LISTA DE SIGLAS

ACS	- <i>American College of Surgeons</i>
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCHSA	- <i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CTI	- Centro de Terapia Intensiva
DOH	- Divisão de Organização Hospitalar
EB	- Entrevistados da Unidade Berço
EEUFMG	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EI	- Entrevistados da Unidade Incubadora
EUA	- Estados Unidos da América
h	- Horas
IAC	- Instituições Acreditoras Credenciadas
JCAH	- <i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	- <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MBA	- Manual Brasileiro de Acreditação
MBAH	- Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
MS	- Ministério da Saúde
NA	- Norma do Processo de Avaliação
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
OPSS	- Organização Prestadora de Serviços de Saúde
POP	- Procedimento Operacional Padrão
RN	- Recém Nascido
SBA	- Sistema Brasileiro de Acreditação
TSD	- Teoria Social do Discurso
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1	Evolução da Gestão da Qualidade.....	28
2.1.1	Panorama conceitual e histórico do processo de qualidade.....	28
2.1.2	Sistema Brasileiro de Acreditação: da concepção aos dias atuais.....	34
2.1.3	Padrões e itens de orientação para a acreditação hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	40
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>45</b>
3.1	Pesquisa qualitativa.....	46
3.2	Análise crítica do discurso.....	46
3.3	Pós estruturalismo.....	52
3.4	Cenários de pesquisa.....	55
3.5	Sujeitos da pesquisa.....	58
3.6	Coleta de dados.....	59
3.7	Tratamento dos dados.....	61
3.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	64
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
4.1	Práticas Discursivas sobre processo de acreditação nas unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em excelência.....	66
4.2	Estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a busca e manutenção da acreditação em excelência.....	91
4.2.1	A trajetória da Unidade Incubadora em busca da acreditação.....	92
4.2.2	A trajetória da Unidade Berço para a conquista da acreditação.....	95
4.3	Utilização das ferramentas de gestão de qualidade nas unidades berço e incubadora.....	98
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>116</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>133</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>



# Introdução



## **1 INTRODUÇÃO**

O hospital, como uma empresa prestadora de serviços, passa por uma rápida evolução tecnológica, social e econômica, que atinge diretamente todos os seus usuários, fenômeno comum a qualquer empreendimento empresarial da atualidade. As rápidas mudanças exigem reestruturação interna, atualização permanente e a ênfase na gestão de pessoas como estratégia de sobrevivência no mercado globalizado e competitivo. Neste contexto, os sistemas de gestão organizacional com foco na qualidade são, hoje, expressamente utilizados, para a conquista de potencial competitivo e a obtenção de êxito institucional, principalmente, para a redução de custos, qualidade do serviço e geração de lucro. É nesse cenário que se observa uma mobilização em torno da aplicação dos programas de qualidade nas organizações hospitalares, visando incrementar seu gerenciamento, melhorar a eficiência do serviço e gerar segurança do paciente (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

As decisões associadas ao planejamento, à revisão de processos, ao acompanhamento da performance, e à promoção de melhorias contínuas passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado e para a garantia de lucro. Os programas de gestão pela qualidade passaram a ser adotados na busca de competitividade, eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho, com resultados de sucesso (BONATO, 2011).

Esse movimento gerou mudanças na gestão das organizações, cujo olhar se dirigiu para a reestruturação, as inovações estruturais e tecnológicas, as competências profissionais, as mudanças comportamentais, a mobilização gerencial, e a melhoria permanente e contínua de atendimento, tudo na busca de excelência, com base em práticas mais racionais e focadas nas necessidades e expectativas dos clientes (BONATO, 2011; VIANA *et al.*, 2011). A implementação de um sistema de qualidade, além de auxiliar as instituições de saúde a enfrentarem os novos desafios impostos pelo mercado, proporciona a estruturação de um método gerencial sistêmico, com foco na visão ampliada da assistência e o envolvimento da equipe multidisciplinar, em busca da integralidade assistencial. A gestão de qualidade, ao buscar a visão ampliada do atendimento, transpõe o modelo do cuidado fragmentado em disciplinas e passa a exigir a diversificação e transformação de olhares, práticas e métodos, além da inserção de novos profissionais no mercado de trabalho.

A busca pela excelência na prestação de serviço aparece, portanto, como condição essencial nos dias atuais, notadamente pelo aumento da informação a que a clientela tem acesso, e, como consequência, surge maior exigência quanto à qualidade e eficiência no

atendimento. Atender às demandas dos clientes, estabelecendo padrões de referência e superando suas expectativas, tornou-se prioridade para as organizações hospitalares que objetivam alcançar os resultados planejados e, simultaneamente, sensibilizar aqueles que consomem seus serviços. Ademais, por meio da gestão da qualidade na saúde, busca-se a fidelidade dos clientes, assegurando-se a satisfação conquistada diante da melhoria contínua da assistência e da integralidade do cuidado.

Em relação aos programas de gestão da qualidade, o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover o desenvolvimento e a implantação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, permitindo aprimoramento contínuo da atenção e a qualidade na assistência à saúde. O Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, periódico, voluntário, racionalizado, ordenador e, principalmente, de educação continuada dos profissionais, visando garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente aceitos, utilizando como base o Manual de Acreditação da Organização Pan Americana de Saúde (SCHIESARI, 1999).

Essa avaliação apresenta uma abordagem sistêmica que permite analisar os processos de trabalho e suas relações com os resultados, visando esclarecer as repercussões das ações operacionalizadas para atender a população usuária. Adami, D’Innocenzo e Cunha (2006) acrescentam que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas como um processo contínuo de melhorias. Assim, a acreditação depende dos profissionais que fazem parte da instituição, do engajamento no processo e da sensibilização dos trabalhadores quanto ao propósito de manter e garantir a qualidade dos serviços prestados. Aprile e Barone (2004, p. 252) ressaltam que por meio da comunicação e da persuasão, a política da qualidade deve chegar a toda a equipe, “motivando seus funcionários a aderir ao novo discurso ou evangelho da qualidade e dessa forma provocar mudança mental e comportamental esperada”.

O processo da acreditação é uma estratégia da alta administração focada na competitividade da instituição, sendo essa decisão política repassada aos profissionais em todos os níveis da hierarquia, para que cumpram o objetivo almejado. Segundo Srour (1998), as instituições abrigam diferenças sociais e exigem atividades de gestão, traduzidas por processos de controle, articulação, de arbitragem e de liberação. Enfim, são políticas que regem as atividades organizacionais, restringindo, muitas vezes, de forma consentida ou não, a autonomia dos agentes sociais. Com isso, sugere-se que as relações de poder são utilizadas como a capacidade de intervir na vontade dos sujeitos em prol do interesse organizacional, restando ao funcionário a decisão de aderir ou não à cultura e à missão da empresa.

A acreditação é implementada verticalmente; ou seja, a alta direção decide sua implementação sem a adequada sensibilização da equipe multiprofissional quanto à proposta. Dessa maneira, pressupõe-se que a forma como é implementado o processo de acreditação pode interferir na maneira como cada equipe experimenta o processo, com influência na diminuição ou no aumento da adesão e no progresso da gestão da qualidade. Esse contexto de experiências diferenciadas mostra que há uma meta a ser alcançada, mas que diferentes estratégias podem levar aos resultados desejados a depender da filosofia de trabalho, da cultura organizacional e do envolvimento dos profissionais. Além disso, diferentes ferramentas podem ser adotadas como meio para se alcançar as metas, desde que haja apropriação desses instrumentos pelo grupo de trabalho.

Com base na análise dos processos de legitimação institucional realizada por Berger e Luckmann (1995), surge a questão de saber até que ponto uma ordem ou imposição institucional, ou parte dela, é apreendida como uma facticidade. Trata-se de entender que, embora os sujeitos possam ser reificados, o mundo social pode ser feito por eles, produzindo, paradoxalmente, uma realidade distante do que foi prescrito. Seria um engano, portanto, compreender a acreditação como um processo desprovido de movimentos de resistência dos atores sociais ou de comportamentos desalinhados em relação às estruturas formais.

A acreditação deve ser entendida em duas dimensões: a primeira como um processo educacional, que leva as instituições prestadoras de serviços de assistência em saúde, especialmente os profissionais de saúde que fazem parte da instituição, a aderirem à política da qualidade a partir da sensibilização, a fim de garantir a implementação e manutenção da gestão de excelência, fundamental para o processo; e a segunda, como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição, com base em padrões predefinidos (QUINTO NETO; BITTAR, 2004). Com o apoio de Lima e Erdmann (2006) destaca-se que, para gerar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, as instituições devem incrementar programas de educação continuada para visibilizar o conhecimento e a reflexão envolvendo os conceitos de qualidade, acreditação e demais aspectos relativos à gestão da qualidade.

A procura pela acreditação hospitalar é uma estratégia institucional de busca continuada de melhoria na prestação de serviços à população, atendendo critérios internacionais que permitem a um hospital realizar comparações em todos os níveis de atendimento/assistência tomando por base outros hospitais de referência do mundo (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2003). Empenhados na busca contínua de

aperfeiçoamento, os hospitais poderão, ainda controlar de forma eficaz seus custos; reduzir suas perdas, especialmente com a aquisição e manutenção de tecnologia; melhorar a segurança de seus profissionais e pacientes; aumentar sua competitividade, por meio do atendimento dos requisitos e das necessidades dos clientes; e demonstrar eficácia e eficiência no processo de trabalho com reflexo positivo nos resultados. Assim, um hospital acreditado realça seu status de qualidade e demonstra credibilidade perante seus usuários e a comunidade em geral, tendo em vista que se trata de um método de avaliação que envolve todos os recursos disponíveis na organização, visando à garantia da qualidade da assistência, por meio de padrões predefinidos.

A busca dessa tática gerencial, com a escolha de novos interesses e prioridades, exige práticas inovadoras e integradoras com foco na transformação de ideias e desejos em realidade concreta (RODRIGUES; LIMA, 2004). Em face das novas competências e dos novos métodos gerenciais, impõe-se investir intensamente na melhoria da prestação dos serviços, isto é, nos produtos que representam a dinâmica dos serviços em seu conjunto a partir de um sistema de valores culturais, educacionais e sociais capaz de refletir seus princípios, constituindo sua missão (SIQUEIRA, 2001).

Mezomo (2001) reforça que, para entender a qualidade assistencial, é preciso visualizar três conceitos fundamentais: a missão, os serviços e a satisfação do cliente. Segundo o autor, não há como satisfazer os clientes se os serviços prestados não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento não estiver previsto na própria definição de missão da instituição. Em uma organização, os vários setores se comportam como fornecedores e clientes. Assim, nessa rede interna de prestação de serviço o produto final depende da qualidade do atendimento de cada setor, sendo de extrema importância a motivação e o comprometimento de todos os colaboradores para o alcance da excelência na prestação de serviços (JURAN; GRZYNA, 1991). As organizações são constituídas de processos, que podem ser entendidos como o conjunto lógico e sequencial de atividades inter-relacionadas e interdependentes que utiliza uma combinação de recursos (capital humano, capital intelectual, recursos financeiros, tecnologia e equipamentos, entre outros), resultando em um desempenho que pode afetá-las positiva ou negativamente, em seu conjunto.

O desempenho de cada processo depende, todavia, do sistema em que se insere. Para que ocorra de maneira efetiva, é necessária uma abordagem holística, visando lidar com a complexidade de toda a instituição e buscar o equilíbrio entre custo, resolutividade e qualidade na saúde.

Nesse contexto, a gestão dos processos gerenciais e assistenciais se apresenta como ferramenta importante da acreditação, tendo em vista que, por meio da determinação de uma política e de uma estratégia organizacional, é possível identificar os pontos de tensão de uma instituição, ou de setor independente, gerenciando-os com enfoque sistêmico e integrado, com vista no desenvolvimento e na implementação de mudanças, para alcançar efeitos benéficos e sustentáveis voltados à manutenção dos processos.

Os profissionais de saúde, como integrantes do processo de gestão da qualidade e inseridos na prática discursiva e social, ocupam papel relevante no direcionamento das ações que objetivam o atendimento das reais necessidades dos pacientes, haja vista que imprimem qualidade aos serviços, notadamente na implementação da gestão de excelência, considerando que o fator humano é a base de todo o sistema. Desse modo, os profissionais corroboram para a manutenção ou transformação das estruturas sociais uma visão dialética da relação entre estrutura e ação podendo, por meio do evento discursivo, modificar, questionar ou confirmar normas, gerar ações transformadoras ou reprodutivas e acarretar mudanças no conhecimento, crenças, atitudes e valores (FAIRCLOUGH, 2003).

Considerando os princípios teóricos da qualidade, percebe-se que a tarefa de cuidar de excelência pela equipe multiprofissional apresenta-se como o conjunto de ações pautadas nas competências, ou seja, nos conhecimentos, habilidades e atitudes, objetivando um atendimento integral, seguro e resolutivo do paciente. No entanto, cada ator da equipe, embora pretenda alcançar um objetivo comum, apropria-se de forma diferente das normas e dos padrões definidos, pelo que imprimem características peculiares ao processo de acordo com sua formação, experiência de vida e comprometimento, as quais geram particularidades que não devem ser negligenciadas.

A implementação da qualidade em hospitais a serem acreditados fará com que os profissionais de saúde dessas instituições adquiram novos comportamentos e práticas para atender às demandas de uma rede integrada do cuidado, tal como é proposto pela acreditação hospitalar. Entre as competências necessárias a serem adquiridas pelos profissionais de saúde nos diferentes postos de trabalho, destacam-se: capacidade de decisão para determinar as diretrizes e as condições para o setor alcançar os padrões de qualidade; função estratégica associada à sensibilidade para que os colaboradores preparem a equipe para a importância do processo e ajudem a atingir a meta institucional; papel operacional, supervisionando de forma sistematizada e contínua a assistência prestada em equipe; e participação ativa nas avaliações internas e externas da qualidade (CUNHA *et al.*, 2003; MEZOMO, 2001; QUINTO NETO; BITTAR, 2004).

A gestão da qualidade focaliza a transformação de ideias e hábitos, além da substituição de conceitos retrógrados por pensamentos inovadores inerentes ao contexto da acreditação. Ademais, observam-se nessa proposta de gestão grandes mudanças nas relações sociais, inclusive no que se refere ao sujeito participante da equipe de saúde, sendo de sua responsabilidade o uso das oportunidades oferecidas no alcance da qualidade assistencial. Assim, garantir excelência no trabalho da equipe multiprofissional como um todo não é um processo simples. Coordenar adequadamente o conjunto diversificado e especializado de atores cuidadores, atingindo a efetividade do cuidado dispensado ao paciente, torna-se um grande desafio. Dessa forma, é imprescindível a qualificação dos agentes, aperfeiçoamento das práticas e instrumentos de trabalho e adequação da estrutura normativa e organizacional, em busca da maximização dos cuidados e dos benefícios aos pacientes, bem como para minimizar os riscos inerentes aos procedimentos médicos-terapêuticos.

Nesse quadro, o processo de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) merece atenção especial, diante dos avanços tecnológicos e científicos, caracterizados por modernas aparelhagens e pela utilização de novas tecnologias de diagnósticos e terapêuticas, cuidados específicos e especializados que permitem aos recém nascidos prematuros e criticamente enfermos maior possibilidade de sobrevivência. Atualmente, 7% dos recém nascidos utilizam as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Inegavelmente, houve uma redução significativa da mortalidade destas crianças após a criação destas Unidades (BARBOSA *et al.*, 2002). No entanto, o índice de mortalidade neonatal brasileira ainda é considerado alto e as instituições que atendem tais crianças precisam melhorar e rever seus processos de trabalho, em busca da manutenção da vida com o mínimo de sequelas possível.

Na unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os pacientes estão mais suscetíveis a erros e mais vulneráveis a iatrogenias, pela sua gravidade. Assim, acredita-se que, por meio da gestão da qualidade, a Unidade de Terapia Intensiva pode oferecer o melhor resultado, considerando as condições clínicas e a gravidade dos pacientes, com a obtenção de índices aceitáveis de complicações decorrentes dos procedimentos realizados. Ademais, neste setor a vigilância e o monitoramento dos pacientes pelos profissionais de saúde acontecem de forma ininterrupta, com vista a alcançar os objetivos assistenciais desejados, e de forma segura, por meio da prestação de um cuidado eficiente e individualizado.

Para o alcance de elevado padrão de qualidade, torna-se imprescindível atingir os três níveis propostos pela Organização Nacional da Acreditação: segurança (estrutura), gestão integrada (processos) e excelência em gestão (resultados), requisitos também propostos por Donabedian (1988) como meios de avaliação dos serviços de saúde. O princípio da segurança

diz respeito a estrutura, material compatível e seguro, capacitação do pessoal, gestão de riscos, comunicação efetiva, educação permanente, dentre outros. A gestão integrada é atingida quando se obtém a interação entre processos e sua melhoria, ações de avanço e minimização dos riscos e evidência sistemática de medição e avaliação da efetividade do processo de trabalho, dentre outros. O princípio da excelência em gestão apresenta a evolução de desempenho e das melhorias dos resultados, além de indicadores alinhados e correlacionados às estratégias da organização e à realização de análises críticas sistemáticas, com evidências de ações de melhorias e inovações (BRASIL, 2010). Gurgel Júnior e Vieira (2002) criticam a forte tendência dos programas de qualidade no setor de saúde ao limitarem a avaliação das condições à observância da infraestrutura, dos processos e dos resultados, pois esta proposta, apesar de identificar pontos importantes para a qualidade nos serviços, restringe-se ao diagnóstico e ao posicionamento das organizações com base em modelos referenciais. Nota-se que os manuais de qualidade se limitam apenas à identificação de problemas, mas não apontam uma metodologia gerencial capaz de alcançar a melhoria necessária. Tal incumbência fica a cargo dos hospitais e dos profissionais envolvidos ao escolherem e desenvolverem a melhor estratégia de trabalho.

Feldman, Gatto e Cunha (2005) consideram que o nível de qualidade e o nível de satisfação são influenciados pela qualidade técnico-científica dos profissionais, pelo tipo de atendimento, pelo acesso aos serviços e pela organização dos mesmos, ratificando o conceito de excelência que se baseia no equilíbrio da tríade: estrutura, processo e resultados de um sistema. Dessa forma, pressupõe-se que, para haver assistência de excelência, os profissionais de saúde precisam estar imbuídos de conhecimento, ter ciência, habilidade e destreza com relação às ferramentas de gestão e à execução das atividades dos processos, para que possam alcançar os três níveis de qualidade e garantir inovação e competitividade às organizações.

Nota-se que a acreditação na terapia intensiva é algo instigante, pois a incorporação do processo de gestão como prática sistemática pode fornecer informações sobre a assistência multiprofissional, possibilitando a definição de estratégias de intervenção na gestão da qualidade, sem olvidar as peculiaridades das organizações. Com isso, a função de avaliação do funcionamento dos serviços de saúde consiste em investigar, estabelecer e aperfeiçoar os conceitos de qualidade, assim como fomentar o desenvolvimento de padrões mais elevados de atendimento. Na medida em que se busca fornecer dados precisos acerca da amplitude e extensão dos programas e das ações de saúde, contribui diretamente para a escolha e reformulação de procedimentos técnicos e administrativos e para a capacidade de analisar uma situação, apresentar soluções e resolver problemas (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

No processo de gestão, visando à consecução de métodos avaliativos para o alcance da qualidade dos serviços de saúde, é indispensável o uso de ferramentas de qualidade e de técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no desempenho do trabalho. Inúmeras são as ferramentas que podem ser empregadas na implantação e consolidação da gestão de qualidade e produtividade da instituição. Dentre elas, citam-se: ciclo do PDCA, diagrama de causa e efeito, gerenciamento de leitos, gestão de segurança, os protocolos clínicos, indicadores em saúde, dentre outros. No âmbito das ferramentas, os indicadores de qualidade da assistência multiprofissional na UTI neonatal são utilizados como instrumentos que auxiliam na vigilância da qualidade e na identificação de oportunidades de melhoria. Também deve ser empregada para conhecer o desempenho da assistência e permitir as tomadas de decisão de forma rápida e adequada. Os indicadores também alertam para situações-problema, permitindo a revisão dos processos de trabalho e a identificação do desempenho profissional da equipe.

Mezomo (2001) ressalta que a existência dos indicadores e sua validade supõem uma administração capacitada e comprometida com o processo de mudança e de melhoria contínua. Partindo da mesma ideia, Donabedian (1988) descreve que para avaliar a qualidade assistencial é necessário traduzir conceitos e definições gerais da melhor maneira possível, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos pilares da gestão da qualidade já mencionados: estrutura, processo e resultado. Schiesari (1999) reforça, que a avaliação da qualidade da assistência, com base em métodos e ferramentas de qualidade, deve fazer parte da rotina de trabalho da equipe de saúde em busca do aprimoramento dos modelos de gestão e de desempenho profissional. De outro lado, Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE, 1994) refere-se à profunda contradição entre o discurso proclamado e os procedimentos disseminados pelo programa da qualidade. Este oferece um conjunto de técnicas e ferramentas rigidamente prescritas e controladas que configuram uma forma velada e indireta de controle da força de trabalho, que se efetiva mediante um sistema de autocontrole, de avaliações e de autocobranças individuais e coletivas.

Apesar das discussões em prol da acreditação, para se adaptarem a pressões ocultas ou explícitas, provenientes do ambiente macroeconômico, os gestores, ainda que busquem títulos de excelência, estão menos preocupados com a qualidade dos produtos e dos serviços oferecidos do que com a rentabilidade e a sobrevivência da instituição (APRILE; BARONE, 2004; PIMENTA, 1999), sugerindo que o discurso empresarial disseminado nas práticas de



excelência fica em segundo plano, ocultado pelo certificado de qualidade. Esse quadro pode direcionar para a má condução da acreditação hospitalar pelos profissionais de saúde, que deixam de usar essa estrutura como meio de assegurar a melhoria contínua e passam a visualizá-lo apenas como fim para a sustentabilidade da organização.

É inegável a importância da gestão pela qualidade, um sistema estruturado para atender e superar as necessidades e expectativas dos clientes, mediante o controle e o aperfeiçoamento contínuo dos métodos de trabalho, das ferramentas e sua aplicabilidade nas unidades de Terapia Intensiva Neonatal pelos profissionais de saúde. Porém, não se chegará a bons resultados se os gestores não assumirem que as organizações não são apenas conjuntos de elementos racionais, objetivos e homogêneos, mas também complexas redes sociais, subjetivas e heterogêneas, o que faz da análise da prática discursiva dos sujeitos um elemento importante para a compreensão do processo de acreditação. Desta forma, esse estudo tem como perspectiva, a análise da configuração da prática discursiva sobre o processo de acreditação hospitalar pela equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva acreditadas em excelência.

Imprescindível salientar que o interesse pelo tema decorreu da observação de Unidades de Terapia Intensiva de hospitais distintos, que conseguiram o título de acreditados em excelência. Não obstante a conquista da acreditação, o percurso de cada hospital para a consolidação dos princípios da gestão da qualidade na assistência multiprofissional foi trilhado de forma diferente. Apesar dos caminhos diversos e da presença de fatores intervenientes nos processos de trabalho das equipes, as Unidades dos diferentes hospitais atingiram, ao final da trajetória, o objetivo almejado: conquistar a certificação de qualidade no atendimento.

Esta pesquisa partiu-se do pressuposto de que as instituições possuíam equipes de profissionais de saúde heterogêneas no que tange a ideologia, hábitos e crenças, principalmente no que diz respeito à prática discursiva, considerando a influência da cultura organizacional e o contexto histórico-social nas quais estão inseridas, fatores que poderiam repercutir na obtenção do título e na continuidade do processo de acreditação. As organizações ao trilharem diferentes caminhos poderiam chegar a diferentes formas de operacionalização dos processos e inovações na adoção da metodologia, tendo em vista que o resultado acreditação em excelência foi alcançado. De fato, essa realidade indicou que, apesar da existência de um manual da qualidade a ser seguido o que viabilizou a conquista do título, a continuidade da acreditação depende do envolvimento e aprendizagem particular de seus atores sociais e de cada instituição.

Há que ressaltar a importância das ações dos profissionais como um dos pilares essenciais para o alcance dos objetivos do programa de melhoria da qualidade, pois a efetivação da mudança apenas é possível a partir do engajamento e da performance das equipes em consonância com a proposta de gestão da qualidade, adotadas por iniciativa da alta direção. Mudanças pressupõem resistência, alterações de comportamento levam tempo e exigem alinhamento dos princípios e crenças nas intenções e no conjunto de propostas que irão gerar repercussões no modo de agir daqueles que operam o processo da qualidade. O foco deste trabalho se pauta na existência de diferentes configurações da prática discursiva sobre a acreditação hospitalar em cada Unidade de Terapia Intensiva acreditada em excelência. Segundo Foucault (2003, p. 66), analisar discursos distintos corresponde a especificar sócio-historicamente as formações interdependentes, os sistemas de regras que possibilitaram a ocorrência de certos anunciados em determinados tempos, lugares e instituições:

[...] toda tarefa crítica, pondo em questão as instâncias de controle, deve analisar ao mesmo tempo as regularidades discursivas através das quais elas se formam; e toda descrição genealógica deve levar em conta os limites que interferem nas formações reais.

Na opinião de Turchi (1997), a gestão da qualidade compreende um corpo teórico ainda em formação. Nesse sentido, ainda é um modelo inacabado, necessitando de aprofundamento teórico, principalmente em perspectivas que abordem a interação entre indivíduos e a tecnologia de gestão, de forma a evidenciar as inter-relações que ocorrem no âmbito organizacional. Destaca, ainda, a necessidade de promover investigações em maior profundidade acerca da implementação dessa tecnologia de gestão e suas implicações para a mudança organizacional, salientando os elementos subjetivos presentes na gestão de pessoas.

Vários estudos mostram a importância da gestão da qualidade hospitalar para a melhoria contínua dos serviços (LABBADIA *et al.*, 2004; LIMA; ERDMANN, 2006; PORTO; REGO, 2005; QUINTO NETO; BITTAR, 2004). No entanto, são escassas as referências a respeito da prática discursiva na gestão da qualidade, em especial para a assistência multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva. Assim, os discursos desses sujeitos podem contemplar aquilo que “não pode ser dito” a respeito do sistema de gestão da qualidade, desvelando as diversas facetas do processo de acreditação que não pode ser percebida pelos discursos organizacionais. Ressalta-se que se de um lado, as instituições visam à maximização de recursos via estabelecimento de controles formais e a apresentação do discurso de práticas flexíveis e participativa, de outro, emergem elementos de caráter paradoxal acerca dos benefícios e das implicações do sistema de gestão da qualidade. Nesse

sentido, ressalta-se a necessidade de se ter um olhar mais crítico sobre a vivência dos profissionais que operam essa tecnologia de gestão, a fim de desvendar elementos subjetivos do processo de trabalho.

Além dos elementos operacionais e instrumentais estabelecidos pelo Manual da acreditação, busca-se neste estudo, o entendimento de como os profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais vivenciam a gestão da qualidade, as formas de controle, as alterações e implicações que a gestão da qualidade provoca no processo de trabalho da equipe multiprofissional. Assim, pretende-se com este estudo responder à seguinte questão: Como se configura a prática discursiva sobre processo de acreditação na equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em nível de excelência?

Embora a acreditação hospitalar se apresente para muitos gestores como uma ideologia da qualidade legitimada e estruturada por regras e normas, os sujeitos também devem ser valorizados principalmente no que se refere ao discurso das práticas cotidianas, e não somente pelo prescrito nas estruturas. Ressalta-se que o Manual da ONA, que é uma estrutura, não deve ser rejeitado, mas precisa ser reinterpretado de acordo com o contexto cotidiano de desenvolvimento dos serviços pela equipe multiprofissional. Optou-se, assim, pelo método de análise crítica de discurso e o pós estruturalismo como referencial teórico deste estudo. Entende-se que esses delineamentos teóricos se adaptam à prática discursiva da acreditação hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em excelência, principalmente no que tange às desigualdades das relações de poder, conhecimento/saber e dissonância entre o discurso e a prática, além da cultura organizacional vigente. Portanto, esta pesquisa pode oferecer uma visão diferenciada e essencial à compreensão de como pensam e agem os atores envolvidos no processo.

Destaca-se, ainda, que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal constitui um cenário privilegiado de vivências que refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao processo de acreditação na equipe multiprofissional. Por se tratar de uma estrutura disseminada e de grande importância no mercado competitivo das instituições de saúde, em geral, é necessário que seja compreendida em suas várias facetas, principalmente no que tange a gestão de pessoas.

Este trabalho contribui para o aprimoramento da prática multiprofissional da gestão de qualidade bem sucedida. Esta análise poderá fornecer à equipe de saúde subsídios para a fundamentação dos processos decisórios envolvidos na resolução de problemas e das mudanças a serem adotadas na prática assistencial na Unidade de Terapia Intensiva, formalizando estratégias de ação e impulsionando inovações na área de saúde. Associa-se,

---

dessa forma, o processo de acreditação com seus modelos pré-determinados e a ótica das pessoas envolvidas no processo, com sua subjetividade, ideologias, relações e práticas discursivas que refletem o cotidiano de trabalho nas unidades neonatais.

Nesse tipo de investigação é necessário situar as práticas discursivas, pois os sujeitos se expressam a partir de sua história, de um lugar e de uma vivência específica. Esta tese foi desenvolvida por uma enfermeira com experiência em terapia intensiva e em acreditação hospitalar, que acredita nos processos de qualidade como essenciais para a melhoria da assistência médico-hospitalar. Mas, também, espera-se que os sujeitos inseridos nos serviços possam ter voz e aprimorar suas vivências, visão de mundo e se adaptem às mudanças com quebra das resistências implícitas ou explícitas. Dessa forma, é de suma importância retirar o véu para compreender as entrelinhas da vivência da equipe multiprofissional no processo de acreditação. Ademais, as análises neste estudo poderão contribuir para que os atores sociais repensem suas práticas no que tange à gestão da qualidade, podendo, inclusive, transformá-las em um processo realmente digno de título e mérito. Portanto, este estudo tem por objetivo analisar a configuração da prática discursiva sobre o processo de acreditação hospitalar na equipe multiprofissional de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em excelência.



*R*evisão de literatura

---

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Evolução da Gestão da Qualidade

#### 2.1.1 Panorama conceitual e histórico do processo de qualidade

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

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

Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem moderna, está entre as pioneiras da avaliação sistemática de hospitais. Seu trabalho foi fundamental para mostrar os baixos padrões de cuidados médicos dos hospitais durante a Guerra da Crimeia (1854-1856) e responsável pelo projeto mais notável de melhoria da qualidade hospitalar já realizado (MAXWELL, 1984; NEUHAUSER, 2002).

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

Nesse mesmo ano, o cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts, da Universidade de Harvard, Ernest Amory Codman, outro ícone na área de qualidade em saúde, elaborou um sistema de padronização do resultado final das intervenções médicas em hospitais. Durante um ano, ele acompanhou pacientes cirúrgicos, os quais foram avaliados após um ano de alta, e cujo estado de saúde foi analisado em termos dos objetivos iniciais da cirurgia, procurando verificar se o diagnóstico foi correto, se houve sucesso na técnica praticada, se o paciente se

beneficiou e se houve efeitos nocivos. Se acaso o tratamento não tivesse sido eficaz, o hospital deveria investigar e rever o padrão, para que casos semelhantes fossem futuramente mais bem tratados (MAXWELL, 1984; THE JOINT COMMISSION, 2011).

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

Em 1913, Codman ajudou, a pedido de um colega, Franklin Martin, a fundar o *American College of Surgeons* (ACS) e a implantar um programa de padronização para hospitais, o que, em 1917, possibilitou que o ACS desenvolvesse o programa de avaliação denominado "Padrões Mínimos para Hospitais". Tal programa preconizava médicos com certificados e licenças reconhecidas, trabalhando em equipe e de forma ética, com a documentação dos casos de cada paciente e a realização de reuniões (no mínimo, mensais) para revisar os registros e avaliar os serviços. Além disso, preconizava instalações terapêuticas e de diagnóstico, incluindo patologia, radiologia e serviços de laboratório dentro dos hospitais (FORTES, 2007; THE JOINT COMMISSION, 2011).

No Brasil, em 1941, foi criada a Divisão de Organização Hospitalar (DOH), no âmbito do Departamento Nacional de Saúde (DNS), responsável por estudar a assistência hospitalar e indicar, fomentar e promover os meios de solucionar os problemas. A DOH objetivava criar a rede nacional de hospitais, formada por "hospitais modernos", com arquitetura funcional e organizados tecnicamente. O hospital "moderno" ou "padrão" era o protótipo do aprimoramento hospitalar e devia ser construído segundo a normatização estabelecida. A proposta de formação de uma rede hospitalar envolveu várias etapas, como: elaboração de legislação e normas; censo e cadastro geral dos hospitais; classificação das instituições médico-sociais; e definições da finalidade e tecnologias indispensáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1949).

O *American College of Physicians*, a *American Hospital Association*, a *American Medical Association* e o *Canadian Medical Association*, em 1951 juntam-se à ACS para criar a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), organização não governamental,

sem fins lucrativos, cujo principal objetivo era implementar a acreditação de forma voluntária aos hospitais. Em 1953, o ACS transfere oficialmente seu programa de padronização hospitalar para a JCAH e começa a oferecer acreditação para os hospitais, além de publicar as *Standards for Hospital Accreditation* (THE JOINT COMMISSION, 2011).

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

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

A partir dos estudos de Avedis Donabedian (1919-2000) é que a avaliação dos cuidados médicos se desenvolveu de forma conceitual e metodológica. Por meio do apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), difundiu-se para muitos países (SERAPIONI, 2009). Donabedian, médico formado na Universidade Americana de Beirute, mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, com respaldo em seus livros, artigos e inúmeras palestras, transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde (FRENK, 2000).

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

A avaliação da estrutura consiste na apreciação das instrumentalidades do cuidado e de sua organização, incluindo as instalações, os equipamentos, a mão de obra e o financiamento.



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

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

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

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

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

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

Em sua essência, a qualidade, para Donabedian (1978), significa o cumprimento das normas, as quais não são absolutas e variam de um contexto social para outro. Assim, segundo esse autor, para se avaliar a qualidade da assistência à saúde devem-se considerar três componentes: o cuidado técnico realizado; o ambiente físico em que ocorre o atendimento, que depende do contexto econômico da instituição e do país; e a gestão de relacionamento interpessoal entre profissionais e pacientes. Sob essa ótica, a qualidade de uma instituição de saúde é refletida quando a totalidade de suas características lhe confere a capacidade de satisfazer às necessidades explícitas ou implícitas do cliente (BRASIL, 2002). Qualidade na saúde significa, ainda, a sistematização dos processos, em todas as esferas de gestão, na busca da ética e da técnica, conglomerando, na pluralidade de ações, os procedimentos, interesses e motivações, para levar conforto e bem-estar ao paciente (ALMEIDA, 2001). Por último, segundo Novaes (2007), a qualidade é o exercício de julgar uma realidade em relação a uma referência ou padrão, seguida de avaliações sistemáticas.

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

A eficácia refere-se à habilidade da ciência e da tecnologia dos cuidados de saúde em produzir melhorias na saúde. A efetividade reflete o grau no qual melhorias possíveis nos

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

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

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

A acreditação é um processo de avaliação periódico (com intervalos de dois ou três anos), voluntário, confidencial, sistêmico e formal, executado por um órgão reconhecido, que avalia e reconhece que a instituição atende a padrões previamente aceitos, desenvolvidos, geralmente, por um consenso de especialistas em saúde, publicados e periodicamente revistos. Enfoca estratégias de melhoria contínua e o alcance de padrões ótimos de qualidade. Pode-se dizer que uma instituição é acreditada quando a organização dos seus recursos e atividades conforma um processo cujo resultado final tende a obter uma atenção assistencial de qualidade, oferecendo confiança para a comunidade (BRASIL, 2002; NOVAES, 2007).

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

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

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

### **2.1.2 Sistema Brasileiro de Acreditação: da concepção aos dias atuais**

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

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

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

país, o que, na década de 1990, culminou com várias iniciativas relacionadas à garantia da qualidade e acreditação hospitalar.

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

Em 1995, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. O grupo responsável por este programa esboçou os primeiros movimentos para a criação de um manual de acreditação nacional. Ainda neste período, entidades desenvolviam iniciativas voltadas ao processo de acreditação (ONA, 2011). Em 1997, o MS criou uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação. Em 1998, foi publicada a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Neste mesmo ano, foi assinado um termo de compromisso por todas as entidades fundadoras com o MS para a criação do Órgão Nacional de Acreditação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA, 2004; ONA, 2011).

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

O processo de acreditação pela ONA é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações de saúde e, principalmente, um processo permanente de educação dos seus profissionais. O SBA considera as organizações de saúde como um sistema

complexo, no qual as estruturas e os processos são tão interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Assim, no processo de avaliação e na lógica do SBA não se avalia um setor isoladamente (ONA, 2010).

A acreditação pela ONA se constitui em um processo voluntário de avaliação e certificação da qualidade das instituições de saúde e jamais de fiscalização (OLIVEIRA; RIBEIRO; FERREIRA NETO, 2008). O processo de avaliação é realizado por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) pela ONA, as quais são de direito privado, com ou sem fins lucrativos, e responsáveis por realizar a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. Atualmente, existem oito IAC/ONA, as quais estabelecem equipes para avaliar as instituições, compostas por, no mínimo, três profissionais: geralmente, um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão, sendo um deles o avaliador-líder. Ao contrário dos processos tradicionais de avaliação, possui forte abordagem educativa, baseada na reflexão da prática profissional, que leva a elaboração de padrões de excelência de desempenho. Por ser um processo, sobretudo reflexivo, sempre revela novas formas de visualizar e agir sobre os problemas da instituição (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

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

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

Silva (2003, p. 111) destaca:

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

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar visa ao amplo conhecimento a respeito de um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, mediante a

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

Após o processo de avaliação, a organização de saúde pode se encaixar em quatro situações: não acreditado; acreditado (nível 1), com certificado válido por dois anos; acreditado pleno (nível 2), com certificado válido por dois anos; ou acreditado com excelência (nível 3), com certificado válido por três anos. Segundo a ANVISA (2006), uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS) se enquadra no nível 1 da acreditação quando cumpre os requisitos de segurança em todas as suas áreas; no nível 2 quando, além dos itens de segurança, apresenta processos organizados; e no nível 3, quando as exigências dos níveis 1 e 2 e a de todos os requisitos relacionados são alcançados pela OPSS. No entanto, a partir da versão 2010 do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA), essa lógica foi pouco modificada, tema que será abordado mais adiante, quando se fará uma discussão das duas últimas versões do MBA.

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

Nos EUA, a JCAHO começou em 1953, ao passo que no Brasil, em 1999, com a criação da ONA. Isso contribui, de certa forma, para uma cultura de qualidade ainda em desenvolvimento no Brasil. Dos 148 hospitais acreditados no Brasil pela ONA 25 estão em Minas Gerais, dos quais 16 são da esfera administrativa privada com fins lucrativos, oito da esfera privada filantrópica e apenas uma da esfera pública estadual (ONA, 2011).

Rooney e Ostenberg (1999) relatam que uma estratégia para prevenir que a acreditação seja influenciada por conjunturas políticas ou interesses pessoais dos profissionais consiste na publicação e distribuição de explicações sobre os propósitos dos padrões, bem como das

regras de decisão. Nesse sentido, a equipe da IAC/ONA utiliza duas referências: a Norma do Processo de Avaliação (NA), específica para cada atividade-fim, desenvolvida pela organização a ser avaliada; e o Manual Brasileiro de Acreditação.

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

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

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

O MBA sofre permanentes revisões desde 1998 com o objetivo de manter requisitos atualizados para garantir um sistema de gestão e avaliação com foco na melhoria da qualidade das organizações de saúde (ONA, 2010). Segundo a ONA (2010), os requisitos do MBA 2010 estão distribuídos em três níveis, que abordam três conceitos, os quais representam o SBA e sua metodologia: estrutura, processo e resultados. Porém, uma mudança significativa em comparação com as versões anteriores é que esses conceitos (estrutura, processo e resultado)



são vistos e observados em cada um dos três níveis, e não mais em cada nível separadamente. Além disso, em cada nível busca-se expressar os fundamentos da qualidade reconhecidos mundialmente.

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

O MBA 2010 é composto, como foi o de 2006, por seções e subseções. Em cada uma das subseções existem padrões interdependentes, que devem ser integralmente atendidos. Esses padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos: nível 1, com o princípio da segurança; nível 2, com o princípio da gestão

integrada; e nível 3, com o princípio da excelência em gestão. Para cada nível existe um conjunto de requisitos, com o objetivo de clarear o padrão estabelecido (ONA, 2010).

### **2.1.3 Padrões e itens de orientação para a acreditação hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções. As seções estão agrupadas por serviços (subseções) com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo que a organização de saúde seja avaliada com consistência sistêmica. As seções contemplam: gestão e liderança, atenção ao paciente/cliente, diagnóstico, apoio técnico, abastecimento e apoio logístico e infraestrutura (BRASIL, 2010). Nas seções, será dada ênfase para à atenção ao paciente.

As subseções tratam do escopo específico de cada serviço ou processo que merecerá ênfase no tratamento intensivo neonatal. A lógica das subseções é a de que todas possuem o mesmo grau de importância no processo de avaliação. Cada subseção é composta por padrões que procuram avaliar segurança (nível 1), gestão integrada (nível 2) e excelência em gestão (nível 3). Um nível superior só é alcançado quando o anterior tiver sido atingido (BRASIL, 2010).

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

**Nível 1** - Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme o perfil da organização assegura o planejamento alinhado a complexidade e dependência do recém nascido. Princípio: Segurança [QUADRO 1].

**Nível 2** - Gerencia as interações entre fornecedores e cliente; estabelece sistemática medicação do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado. Princípio: Gestão integrada [QUADRO 2].

**Nível 3** - Desempenho dos processos alinhados e correlacionados as estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidências de melhorias e inovações, decorrente do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência. Princípio: Excelência na Gestão [QUADRO 3] (ONA, 2010, p. 22-23).

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

### **Nível 1: Estrutura (segurança)**

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

#### **QUADRO 1**

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

###### **Itens de orientação**

- Corpo técnico habilitado e capacitado;
- Profissionais com capacitação compatível, dimensionados as necessidades da organização;
- Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento neonatal, considerando o perfil epidemiológico;
- Protocolos de atendimentos das patologias de maior gravidade/risco/prevalência;
- Comunicação efetiva com as demais aéreas assistenciais e serviços de diagnósticos para assegurar a continuidade da assistência;
- Canais de comunicação efetiva assegurando o sigilo da informação;
- Estabelece grau de sedação de acordo com a complexidade do RN;
- Protocolos de segurança de atendimento neonatal;
- Critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, serviço e equipamentos;
- Plano de alta multidisciplinar;
- Sistema de informação com registros multidisciplinares;
- Planejamento multidisciplinar de assistência ao recém nascido conforme a complexidade do RN;
- Sistemática de registros relativos a identificação, movimentação e liberação do RN;
- Condições para isolamento;
- Sistemática segura para vacinação do recém nascido;
- Procedimento seguro para coleta de leite materno;
- Controle de radiância das fototerapias;
- Controle das temperaturas das incubadoras;
- Sistemática para mobilização da equipe em caso de procedimento de emergência;
- Treinamento específico e atualizado para equipe em reanimação neonatal;
- Protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia terapêutica;
- Monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instalações;
- Gerencia resíduos;
- Gerenciamento de riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil;
- Monitora a qualidade da água;
- Cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;
- Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela.

Fonte: ONA, 2010, p. 95.

Nota: RN - Recém Nascido.

Em relação ao nível 1, a instituição precisa atender às exigências que contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação.

Além disso, precisa oferecer atendimento seguro aos clientes. Para que isso ocorra é imprescindível o controle de riscos aos pacientes.

Nesse contexto, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2010) adverte que o risco está classificado de acordo com a probabilidade de ocorrência de um evento adverso, situação que afeta a integridade dos profissionais de saúde ou dos clientes/pacientes. Segundo a ANVISA (2006), o risco em serviços de saúde é atribuível à: estrutura, processos de trabalho, produtos e tecnologias de saúde. A esse respeito, Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) reforçam que o erro se relaciona a dois tipos de falhas: de execução, quando a ação não é feita de maneira correta; e de planejamento, em que a ação planejada não é a correta. Assim, a assistência à saúde, é por princípio, uma atividade de risco, apresenta a necessidade de lograr pela gestão da segurança do ambiente hospitalar, com o intuito de aprimorar e ampliar a qualidade dos seus serviços.

### **Nível 2: Gestão integrada**

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

## **QUADRO 2**

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

#### **Itens de orientação**

- Formaliza a interação dos processos entre cliente e fornecedor;
- Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- Gerencia a interação entre processos e sua melhoria;
- Documentação (procedimento e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- Definição de indicadores para os processos identificados;
- Gerencia a interação entre processos e sua melhoria;
- Evidencia efetiva utilização do conhecimento e habilidades, na execução das atividades de processo;
- Evidencia o impacto do processo decorrente das ações de aprendizado;
- Dispõe de sistemática de medicação e avaliação de processo;
- Promove ações de melhoria e minimização de riscos;
- Gerencia protocolos multidisciplinares;
- Esclarece e assegura o entendimento dos responsáveis aos procedimentos assistenciais.

Fonte: ONA, 2010, p. 95.

Neste nível, as exigências são: evidências de adoção de planejamento da assistência referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle de indicadores, estatísticas

básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e prática de auditoria interna (BRASIL, 2010).

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

Além disso, para atender ao nível 2, a instituição precisa estabelecer os indicadores que vão mensurar o processo de trabalho de forma sistemática, para ser utilizada posteriormente, como forma de avaliação dos serviços oferecidos. Segundo Bittar (2001), os indicadores mensuram aspectos quantitativos que podem ser usados como instrumento para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados promovidos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Assim, o acompanhamento e a avaliação desses indicadores são essenciais para a elaboração de programas de educação e treinamento continuado, favorecendo, dessa forma, a melhoria do cuidado prestado. No Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010) ressalta-se a necessidade dos hospitais conhecerem e, efetivamente, gerenciarem seus processos, identificando e monitorando seus desempenhos, a fim de obter a melhoria do desempenho e, conseqüentemente, dos serviços prestados aos clientes/pacientes. Para isso, é sugerida a adoção de um programa de capacitação contínua e consistente.

Tanto os indicadores de processo como a padronização das rotinas, processo denominado “Procedimento Operacional Padrão” (POP), fazem parte da exigência do nível 2. Por meio do POP, cada setor do hospital terá suas rotinas padronizadas e documentadas. Assim, é imprescindível que elas estejam disponíveis a todos os funcionários e que estes estejam aptos à realização do procedimento com qualidade. Isso é possível de ser conquistado pela educação continuada referida anteriormente.

### **Nível 3: Resultados (excelência na gestão)**

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

### **QUADRO 3**

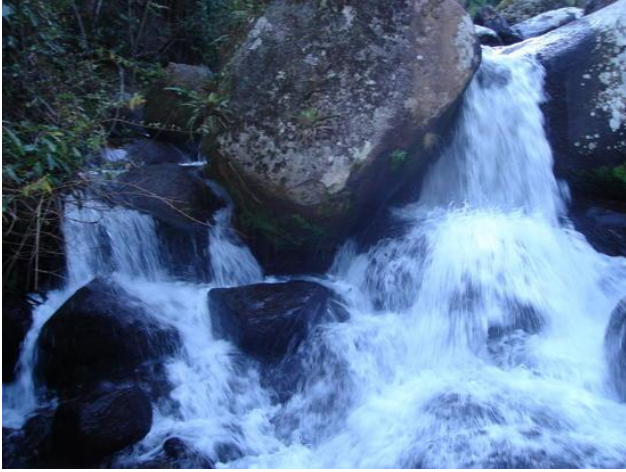
#### **Padrões e itens de orientação para acreditação no nível 3 (acreditado com excelência)**

##### **Itens de orientação**

- Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas;
- Estabelecimento de relação de causa e efeito entre os indicadores, em que os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e tomada de decisão;
- Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

Fonte: ONA, 2010, p. 95-96.

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



Percurso metodológico

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Pesquisa qualitativa**

Na tentativa de elucidar a configuração das práticas discursivas sobre a acreditação hospitalar na equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, optou-se pela pesquisa qualitativa e pela abordagem da análise crítica do discurso como orientação metodológica. A opção pela pesquisa qualitativa permitiu lidar com questões que extrapolam os dados quantitativos, além de considerar a subjetividade, complexidade e dinamismo do fenômeno. Para Minayo (2010), essa abordagem permite desvelar processos sociais, construir novas abordagens, e revisar e criar conceitos e categorias durante a investigação. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 21). Turato (2005) ressalta que a pesquisa qualitativa proporciona o entendimento de significados de determinado fenômeno e de sua importância individual e coletiva no cotidiano das pessoas.

De forma complementar, Vieira (2004) destaca como fundamental na abordagem qualitativa a descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem, atrelados aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos, aos significados e aos contextos sociais. De acordo com o referido autor, “a versão qualitativa garante a riqueza de dados, permite ver um fenômeno na sua totalidade, bem como facilita explora de contradições e paradoxos” (p. 15). Minayo (2010) ressalta que as ciências sociais, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando força na atualidade, por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até então passavam despercebidas e, a nosso ver, negligenciadas pelos métodos quantitativos. A mesma autora acrescenta que a pesquisa qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto estudado. Assim, considerando os aspectos subjetivos, as contradições e os paradoxos que permeiam a vivência dos profissionais de saúde na UTI neonatal, acredita-se que a abordagem qualitativa apresenta maior possibilidade de investigação da realidade.

#### **3.2 Análise crítica do discurso**

A escolha da análise de discurso deve-se ao fato de utilizar a linguagem sob o ponto de vista discursivo, não representando algo já dado, mas sendo parte de uma construção social



que rompe com a ilusão de naturalidade entre os limites do linguístico e os do extralinguístico. Ou seja, a linguagem não se dissocia da interação social (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Assim, esse método foi considerado mais propício ao tipo de estudo a que se propôs analisar com profundidade, envolvendo as práticas de discurso em relação à vivência dos profissionais de saúde no processo de acreditação.

A análise de discurso se estabelece em três direções: a crítica social, a contemporaneidade e a teoria multimodal de análise das linguagens. Essa metodologia pode ser entendida como uma forma de analisar a conexão textual a contextos sociais e interacionais mais amplos, que podem estar encobertos, com o objetivo de mostrar “como a língua participa de processos sociais”. Segundo Fairclough (2001, p. 229), essa análise pode ser chamada de crítica, por “ter o objetivo de mostrar maneiras não óbvias pelas quais a língua envolve-se em relações sociais de poder e dominação e em ideologias”.

A trajetória do método adotado passa pela necessária consolidação das opções teórico metodológicas pelas quais tem sido capaz de transpassar os obstáculos, instituindo no novo espaço epistemológico produzido no âmbito dos estudos da linguagem, um processo de rupturas e continuidades em relação a certa tradição (ORLANDI, 2009). Dessa forma, ela pode ser compreendida num duplo sentido: a construção de outro olhar sobre as práticas de linguagem; e o redimensionamento do objeto de análise (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Phillips e Hardy (2002) ressaltam que esse método de análise é a exploração das relações entre discurso e realidade. “Sem o discurso não há realidade social, e sem entender o discurso, nós não podemos entender a realidade, nossas experiências, ou nós mesmos” (p. 2).

O discurso é largamente utilizado na teoria e na análise social com referência aos diferentes modos de estruturação das áreas de conhecimento e das práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2006).

Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, mas também as constroem ou as constituem como entidades chave de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais, sendo esses efeitos sociais do discurso focalizados nessa teoria (FAIRCLOUGH, 2006, p. 22).

Outro foco importante localiza-se na mudança histórica, uma vez que diferentes discursos se combinam em condições sociais particulares para produzir um novo e complexo discurso (FAIRCLOUGH, 2006).

A teoria social do discurso (TSD), assim como todas as escolas de análise de discurso, tem sua origem na análise de conteúdo, e tem comum com a Escola Francesa de Análise de Discurso a dimensão crítica do olhar sobre a linguagem como prática social. Entretanto, essa

teoria é inovadora quando propõe examinar em profundidade o papel da linguagem na reprodução das práticas sociais e das ideologias e quando tem seu papel fundamental na transformação social. “Essa teoria é dialética, na medida em que considera o discurso, de um lado, moldado pela estrutura social e de outro, constitutivo da estrutura social” (FAIRCLOUGH, 2006, p. 11). Tal característica a torna apropriada para ser trabalhada com o pós estruturalismo, uma vez que este também não nega a existência das estruturas, mas considera que os sujeitos são influenciados e influenciam estas.

A TSD resgata o conceito de “interdiscurso” de Michel Pêcheux, teórico da análise de discurso francesa, e discute “a configuração de práticas discursivas e a relação entre elas, em termos da ‘ordem de discurso’, conceito inicialmente formulado por Foucault que pode favorecer tanto a reprodução do sujeito social como a sua transformação”. Nesse sentido, a transformação das práticas sociais passa pela transformação das práticas linguísticas nos mais diversos domínios (FAIRCLOUGH, 2006, p. 12).

De acordo com Fairclough (2006), a análise do discurso é uma abordagem particularmente útil para investigar a mudança na linguagem. Dessa maneira, torna-se necessário reunir subsídios para analisar a linguagem com o pensamento social e político relevantes e, assim, desenvolver uma teoria social da linguagem adequada. Mudanças no interesse de outras ciências sociais para a linguagem e a tendência em considerar a linguagem transparente têm se feito acompanhar de uma virada linguística na teoria social do discurso, cujo resultado é a atribuição de um papel mais central conferido à linguagem nos fenômenos sociais.

Para trabalhar nessa perspectiva, assume-se um conceito semiótico de linguagem, segundo o qual pode ser definida como qualquer forma de produção de significados, incluindo a linguagem verbal e outras semioses, tais como gestos, imagens e qualquer forma de linguagem não verbal (FAIRCLOUGH, 2001). Neste contexto, Foucault (2005, p. 50) caracteriza a sociedade ocidental como a sociedade do discurso, mas suspeita que “sob esta aparente logofilia, esconde-se uma espécie de temor” aos discursos, pois possuem processos de interdições, supressões e silenciamentos e conspiram contra a proliferação da parte mais perigosa do discurso, o que causa desordens no discurso. Entretanto, o autor também destaca a presença da logofobia na proliferação do discurso, pois a análise do discurso, ou dos temores presentes no discurso, suas condições, seu jogo e seus efeitos, vai depender de três decisões a serem assumidas por quem pretende tomar o discurso como objeto de análise: “questionar nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender a soberania do significante” (p. 51).

Encontrar mecanismos de interdição e silenciamentos do discurso não significa estabelecer a presença subreptícia e ininterrupta de um discurso sufocado ou silenciado, de um não dito contínuo e ilimitado, ao qual nós, como desbravadores do discurso, deveríamos fazer-lhe falar, dar-lhe a palavra. Proceder a um princípio de descontinuidade implica compreender que “os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem” (FOUCAULT, 2005, p. 52-53).

Não existe um não dito esperando para ser descoberto. Ele não está lá esperando por algum investigador iluminado. Portanto “o trabalho do pesquisador será constituir unidades a partir dessa dispersão, mostrar como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de certo conjunto, sabendo, em primeiro lugar, que a unidade não é dada pelo objeto de análise” (FISCHER, 2001, p. 206).

As coisas ditas e não ditas não estão ali esperando para serem decifradas e imprimir-lhe suas especificidades. Isso implica admitir que não cabe ao pesquisador dar significações unívocas a significantes variados. Qualquer processo de intervenção analítica dos discursos é um novo discurso que se inaugura e todo discurso; é uma “violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo o caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade” (FOUCAULT, 2005, p. 53), da qual se deve suspeitar, dada a provisoriedade das formulações discursivas, que não se constituem ou não se instituem como verdades irrefutáveis. Nesse foco, ressalta-se ainda que a formação do discurso está relacionada ao fato de que, em qualquer tipo de sociedade, a sua produção é permeada por controle, seleção, organização e redistribuição de procedimentos que tentam evocar seus poderes e perigos. Embora o discurso possa ser percebido em um primeiro olhar, pouca coisa é revelada, na medida em que o objeto de estudo está permeado por tabus, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala (FOUCAULT, 2003).

Neste contexto, Foucault (2005, p. 60) propõe dois conjuntos para o processo de análise do discurso:

um conjunto ‘crítico’ que põe em prática o princípio da inversão: procurar cercar as formas de exclusão, da limitação, da apropriação; mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas.

O outro é o conjunto genealógico, que aciona os princípios de descontinuidade, especificidade e exterioridade de discurso, para buscar compreender “como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discurso; qual foi a

norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação” (FOUCAULT, 2005, p. 60-61).

O uso do termo discurso é para Fairclough (2006) o mesmo que usar a linguagem como forma de prática social e não como atividade individual ou reflexo de variáveis situacionais. Isso implica o fato de que o discurso ser um modo de ação, uma forma como as pressões podem agir sobre o mundo e sobre os outros, como também um modo de representação. Além da relação dialética entre o discurso e a estrutura social, existe a relação entre a prática social e a estrutura social. Assim, a estrutura é uma condição e um efeito da prática social.

Fairclough (2006) destaca ainda que sua formulação da análise na dimensão da prática discursiva está centrada no conceito de intertextualidade. Entretanto, a formulação da análise na dimensão da prática social está centrada nos conceitos de ideologia e, essencialmente, de hegemonia, no sentido de um modo de dominação que se baseia em alianças, na incorporação de grupos subordinados e na geração de consentimentos. As hegemonias em organizações, instituições particulares e no nível societário são produzidas, reproduzidas, contestadas e transformadas no discurso.

Os eventos discursivos variam em sua determinação estrutural e segundo o domínio social particular ou o quadro institucional em que são gerados. Entretanto, o discurso é socialmente constitutivo, ponto em que se concorda com Foucault (2005). O discurso contribui para “constituição de todas as dimensões da estrutura social que o moldam e o restringem, sendo uma prática não apenas de representação do mundo, mas também de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado” (p. 91).

Existem três aspectos dos efeitos construtivos do discurso. O primeiro prende-se ao fato de o discurso contribuir para a construção do que variavelmente é referido como “identidades sociais” e “posições de sujeitos”; para os sujeitos sociais. O segundo efeito prende-se do fato do discurso contribuir para construção das relações sociais entre as pessoas. E o terceiro efeito seria o discurso contribuir para a construção de sistemas de conhecimento e crença. Assim, percebe-se que esses três efeitos também, correspondem respectivamente, às três funções da linguagem e às dimensões de sentido que coexistem e interagem em todo discurso, sendo elas as funções: “identitária, relacional e ideacional” (FAIRCLOUGH, 2001).

A função identitária relaciona-se ao modo como as identidades sociais são estabelecidas no discurso. A função relacional revela como as relações sociais entre os participantes do discurso são representadas e negociadas. A função ideacional relaciona-se ao

modo como os textos relacionam-se com o mundo e seus processos, entidades e relações (FAIRCLOUGH, 2001).

A concepção tridimensional do discurso traduz uma tentativa de reunir três tradições analíticas, indispensáveis à análise de discurso. Assim, ao produzirem seu mundo, as práticas dos membros são moldadas, de forma inconsciente, por estruturas sociais, pelas relações de poder e pela natureza da prática social em que estão envolvidos, cujos marcos delimitadores vão sempre além da produção de sentidos. Logo, as práticas dos membros têm resultados e efeitos sobre as estruturas sociais, as relações sociais e as lutas sociais, das quais, outra vez, eles geralmente não têm consciência (FAIRCLOUGH, 2001).

No discurso como texto, a análise textual pode ser organizada em quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Fairclough (2006) ainda distingue dois outros itens principais que não serão usados na análise textual, mas na análise da prática discursiva, embora certamente envolvam aspectos formais dos textos: a força dos enunciados, ou seja, os tipos de atos de fala (promessa, pedidos, ameaças, etc) por eles constituídos; e a coerência dos textos, e a intertextualidade dos textos. Agrupando esses itens, forma-se um quadro para a análise textual que abrange aspectos de sua produção e interpretação como também as propriedades formais dos textos.

A intertextualidade, então, é basicamente, a propriedade que têm os textos de ser cheios de fragmentos de outros textos que podem ser delimitados explicitamente ou mesclados e que o texto pode assimilar, contradizer, ecoar ironicamente, e assim por diante, acentuando a historicidade dos textos (FAIRCLOUGH, 2006).

A interdiscursividade estende a intertextualidade em direção ao princípio da primazia da ordem do discurso. De um lado, tem-se a “constituição heterogênea de textos por meio de outros textos específicos (intertextualidade manifesta); e de outro, a constituição heterogênea de textos por meio de elementos (tipos de convenção) das ordens de discurso (interdiscursividade)” (FAIRCLOUGH, 2006, p. 114).

Assim, esse método torna-se coerente e adequado para o estudo na medida em que vai desvelar o que está “oculto” em relação às práticas discursivas dos profissionais de saúde que vivenciam o processo de acreditação. Dessa forma, a análise de discurso buscou nesse estudo desvelar a acreditação hospitalar por meio de uma visão crítica dos depoimentos em relação à estrutura utilizada, a fim de gerar uma transformação social da realidade, alcançando, assim, a qualidade desejada na prestação de serviços.

### **3.3 Pós estruturalismo**

As pesquisas organizacionais que realizam a análise do campo subjetivo baseiam-se, em sua maioria, no fato de que o homem é autônomo e que seu discurso precisa ser interpretado, para conseguir retirar, descobrir, analisar e entender o seu verdadeiro significado. Dessa forma, nem os positivistas nem as abordagens críticas estruturalistas conseguiram satisfazer as expectativas no sentido de atingir o entendimento do homem nas organizações. Como alternativa ao pensamento positivista e estruturalista emerge o pós estruturalismo (SOUZA; MACHADO; BIANCO, 2008).

A definição de pós estruturalismo não é algo simples. É preciso considerar a complexidade epistemológica. Em primeiro lugar, é fundamental dizer que é um equívoco confundir pós estruturalismo com pós modernismo, pois o primeiro não trata de uma época histórica, mas sim de uma sistematização teórica sobre as regras de linguagem e significação, enquanto o segundo é um movimento estético e artístico que abrange um campo mais amplo, referindo-se também a uma ruptura do modernismo, a um estilo e, mesmo, a uma ideologia (PETERS, 2000).

Esse referencial teórico, embora não trate de uma época histórica, representa uma continuação no tempo e, também, uma transformação e transição do paradigma do estruturalismo. Nesse foco, Peters (2000) salienta que é necessário decodificar o pós estruturalismo como uma resposta designadamente filosófica ao status pretensamente científico do estruturalismo, com pretensão a se transformar em uma espécie de mega paradigma para as ciências sociais.

O pós estruturalismo deve ser visto como um movimento que buscou descentrar as 'estruturas', a sistematicidade e a pretensão científica do estruturalismo, criticando a metafísica que lhe estava subjacente e estendendo-o em uma série de diferentes direções, preservando, ao mesmo tempo, os elementos centrais da crítica que o estruturalismo fazia ao sujeito humanista (PETERS, 2000, p. 10).

Nesse movimento o processo de significação contínua, central, e a fixidez suposta do estruturalismo adquirem grande flexibilidade, fluidez e incerteza. Há dois pontos comuns no estruturalismo e no pós estruturalismo. Primeiro, ambos veem a linguagem como o início ou a origem da construção da pessoa. Segundo, que ambos são anti-humanista, que significa um conjunto de suposições acerca dos seres humanos, referindo-se à ideia de que a pessoa é um agente único, coerente e racional, e autor da sua experiência e do seu significado. O conceito de diferença se radicaliza e se estende ao alcance de parecer não existir diferença. No pós

estruturalismo, radicaliza-se a crítica do sujeito do humanismo e da filosofia da consciência. Neste paradigma, o sujeito é uma ficção. Ou seja, o sujeito não passa de uma invenção social e histórica, mas radicaliza o caráter inventado deste sujeito (NOGUEIRA, 2001).

Peters (2000) argumenta que o pós estruturalismo não pode ser puramente reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola. É melhor referir-se a ele como “um *movimento de pensamento* - uma complexa rede de pensamento - que corporifica diferentes formas de prática crítica. Ademais é, decididamente, interdisciplinar, apresentando-se por meio de muitas e diferentes correntes” (PETERS, 1999, p. 29).

Assim, o pós estruturalismo, embora o prefixo “pós” sugira que o pós estruturalismo seja um mero sucessor do estruturalismo, ele deve ser entendido como uma crítica às limitações do estruturalismo (PETERS, 1999). Nele, o sujeito, enquanto indivíduo, tem um lugar no sistema, o qual consiste em um papel maior do que simplesmente governá-lo. Essa posição do sujeito lhe impõe um desafio inerente às implicações do estruturalismo e foi ampliada por pensadores pós estruturalistas no que se refere às suposições tradicionais do humanismo a respeito da natureza dos indivíduos e do sujeito. Ao invés de compreendê-lo como autônomo e livre, é preciso considerar o sujeito como sendo historicamente constituído (FOUCAULT, 1991a).

Utilizar o referencial pós estruturalista neste estudo significa, em primeiro lugar, questionar de que forma configura a prática discursiva do processo de acreditação na UTI neonatal pela equipe de profissionais, quem são esses atores sociais e como esses se relacionam para garantir a melhoria contínua. Esta perspectiva teórica considera que a realidade e as verdades de cada tempo são construções sociais produzidas na tensão entre os discursos dominantes e os discursos emergentes, que procuram manter ou modificar certos entendimentos e práticas sociais estabelecidas (FOX, 1993).

Na perspectiva pós estruturalista, o objeto de saber do processo de acreditação assume uma dimensão que vai além do manual normativo, constituindo um território de encontros do indivíduo e coletivo, e é igualmente significado por dimensões subjetivas, sociais, culturais, políticas de um determinado período histórico. Ocorrem aqui um apagamento das divisões entre o micro e o macro, e a constituição de espaço social simultaneamente híbrido e próprio, que nos permite refletir com maior profundidade sobre temas e estratégias recorrentes ao projeto de gestão da qualidade (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Estratégias aparentemente inocentes e naturais, como padronização de tarefas, paradoxalmente, podem constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletivos.

A visão do modelo de qualidade como representativo de um novo paradigma teórico tem sido contestada por pesquisadores da área de mudança organizacional. Para alguns autores, a qualidade total pode se entendida como um conjunto de prescrições ou receituário de como aumentar a eficiência nas organizações, um discurso ideológico, uma nova forma de apresentar velhas ideias enfeitando-as com o discurso neoliberal de mercado e como uma retórica sedutiva que acena com organizações mais democráticas e atribui novos papéis e poderes a esses trabalhadores (DU GAY; SALAMAN, 1992; TUCKMAN, 1995; WALSH, 1995). Nesse sentido, a qualidade total não constitui um paradigma, mas uma nova linguagem, que tenta atacar velhos problemas ainda não solucionados pela forma tradicional de gestão, como motivar e controlar trabalhadores a produzir sem erros. Ademais, a gestão de qualidade se espelha, em sua quase totalidade, no modelo taylorista, enfatizando a visão positivista e cientificista de ambas, teorias com orientação simplesmente para a maximização de lucros (GUERRA, 2000). Tuckman (1995) vai além a sua crítica, ressaltando que a gestão da qualidade constitui uma forma sofisticada de controle não somente do tempo e movimento, mas também da subjetividade do trabalhador.

Assim, o referencial pós estruturalista é condizente com esse estudo, por trazer uma resposta filosófica distinta aos conhecimentos estabelecidos e verdades e conceitos estruturados. A ênfase no processo de significação é ampliada para focalizar as noções correntes de “verdade”, pois a perspectiva pós estruturalista desconfia das definições filosóficas desta “verdade”. Questiona a verdade e abandona essa ênfase, destacando, ao contrário, o processo pelo qual algo é considerado verdadeiro. A questão principal não se trata da verdade, mas de “saber por que esse algo se tornou verdade”. A concepção pós estruturalista questiona a formação do sujeito unitário, racional, autônomo, centrado no que tem base em todo empreendimento pedagógico ou curricular, denunciando-os como construção histórica particular (PETERS, 1999).

O uso do referencial pós estruturalista envolve questionamentos sobre o que é realidade, quem são os indivíduos nela inseridos e que relacionamentos sociais são estabelecidos na prática cotidiana. Significa também dizer que realidades e verdades constituídas são temporais, além de serem produzidas em tensões que surgem entre discursos dominantes e emergentes, na tentativa de manter ou modificar determinadas práticas sociais estabelecidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Nesse referencial, o falar, o escrever e os encontros sociais são locais de lutas e conflitos nos quais as relações de poder se manifestam e se contestam. Assim, essa perspectiva vê na linguagem a chave para as transformações, momento em que as identidades



podem ser desafiadas e mudadas, estando a experiência pessoal potencialmente aberta a uma infinidade de possíveis significados ou construções (NOGUEIRA, 2001). Ademais, a teoria pós estruturalista apresenta o argumento de que os significados associados à linguagem nunca são fixos, mas abertos a questionamentos, contestáveis e temporários.

Dessa forma, a escolha por este referencial teórico é condizente com o objetivo proposto de analisar como se configura o processo de acreditação hospitalar na equipe multiprofissional de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas, partindo do pressuposto de que os profissionais de saúde não negam a existência da estrutura normativa da avaliação da qualidade mas, esses sujeitos corroboram para a manutenção ou as transformações das estruturas sociais, podendo por meio do evento discursivo, modificar, questionar ou confirmar normas, gerar ações transformadoras ou reprodutivas e acarretar mudanças no conhecimento, crenças, atitudes e valores (FAIRCLOUGH, 2003).

### **3.4 Cenários de pesquisa**

Este estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais privados de Belo Horizonte acreditadas em nível de excelência, atendendo aos critérios de segurança, gestão integrada e gestão de excelência. Ressalta-se que, inicialmente, a proposta do estudo seria desenvolver a pesquisa em três Centros de Terapia Intensiva acreditados em excelência, tendo em vista que o processo de acreditação poderia apresentar singularidades em cada um dos locais estudados. Porém, o terceiro hospital não permitiu a realização do estudo e não foi possível substituí-lo, por serem poucas as Unidades acreditadas em excelência.

Para manter o anonimato dos setores de Terapia Intensiva Neonatal e dos hospitais, o cenário A recebeu a denominação “Berço” e o cenário B, de “Incubadora”. Vale explicar a metáfora usada na denominação adotada, pois Incubadora e Berço são dispositivos de acomodação de recém nascidos e crianças, porém a incubadora é um ambiente mais propício e planejado para o desenvolvimento de recém nascidos, ao passo que o berço seria uma acomodação para crianças maiores. O cenário B recebeu a denominação de “Incubadora”, pois ele tinha acabado de “nascer” (aproximadamente, dois anos de inauguração) quando recebeu o título de acreditado em excelência. O cenário A, por sua vez, que já era mais “maduro”, tinha aproximadamente 14 anos quando recebeu a certificação.

### **Cenário A - Unidade Berço**

Como cenário A do estudo escolheu-se a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica de um hospital pioneiro em acreditação hospitalar nível 3 (gestão em excelência) pela metodologia ONA, em Belo Horizonte. Esta instituição foi acreditada em Excelência em 2004, sendo o primeiro hospital acreditado com excelência na Capital e o segundo em todo o estado de Minas Gerais. Trata-se de uma Unidade de um hospital privado, de grande porte, que passou pelo processo de acreditação e foi acreditado pela ONA em nível 3, atendendo aos requisitos de segurança, processo e resultado em uma única avaliação. O hospital ainda recebeu as seguintes certificações: norma ISO 9001/2000, certificação internacional por meio do selo *Raad Voor Accreditatie* (RVA) (Conselho de Acreditação Holandês); acreditação pela *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO); certificado internacional utilizado pelo modelo de saúde americano; e 15º Prêmio *Top of Mind* como instituição destaque na categoria “Liderança”, em maio de 2010 (HOSPITAL X, 2011).

O hospital em questão foi inaugurado em 1º de junho de 1980. Sua filosofia é fundamentada em três princípios: científico, cultural e humanístico. Apresenta-se como um centro de ciência, elegendo como objetivo primordial desenvolver a assistência médica, o ensino e a pesquisa. Sua missão consiste do “compromisso com a qualidade pela Vida”. A instituição também exerce papel estratégico na formação de profissionais de saúde, como campo de estágio para alunos de nível médio e de graduação, além de oferecer residência médica em diversas especialidades e multiprofissional (HOSPITAL X, 2011).

O hospital integra a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Presta atendimento ambulatorial, internação e urgência à população, com demanda espontânea. Atende a convênios e particular, funcionando 24 horas por dia. Disponibiliza 235 leitos, distribuídos em dois blocos: Bloco I, com 135 leitos; o Bloco II, com 18 pavimentos e 200 apartamentos. Apresenta, ainda, 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.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica oferece atendimento a crianças e recém nascidos criticamente enfermos, com procedência da pediatria, pronto atendimento,

bloco obstétrico ou outros serviços. Possui 25 leitos destinados aos recém nascidos e três pediátricos, com presença da equipe de enfermagem e médicos 24 horas além de atendimento de fisioterapeutas e fonoaudiólogos três vezes ao dia. Para manter o anonimato do setor de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrico e facilitar a denominação durante a discussão dos resultados, o setor foi denominado “Berço”.

### **Cenário B - Unidade Incubadora**

O cenário B consiste de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital privado de médio porte em Belo Horizonte inaugurada em 2004 na perspectiva de ser referência de qualidade no atendimento para todos os hospitais da rede credenciada. Ressalta-se que o hospital foi acreditado em nível de excelência, atingindo êxito em todas as etapas do processo de acreditação (segurança, processo e resultado), assim denominadas em 2006, e desde então mantém o título de excelência.

Esse hospital funciona 24 horas, com aproximadamente 116 leitos e 14 andares (sede e anexo). Proporciona atendimento clínico, cirúrgico além de Terapia Intensiva Neonatal e Adulta, prestando atendimento por convênio próprio. Sua Missão é oferecer aos clientes assistência médico-hospitalar de forma humanizada com qualidade, buscando a excelência em seus serviços, assegurando competitividade e condições adequadas de trabalho para o corpo clínico.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal oferece atendimento a recém nascidos criticamente enfermos com procedência do bloco obstétrico ou outros serviços. Possui 30 leitos destinados aos recém nascidos, com presença da equipe de enfermagem, fisioterapeutas e médicos 24 horas, além de atendimento de fonoaudiólogos duas vezes ao dia.

A escolha desse cenário se deu por ser um local onde a pesquisadora já havia trabalhado e vivenciado a experiência do processo de acreditação desde a criação do hospital. Ressalta-se que é um hospital de referência para a rede credenciada que atualmente possui mais de 700 mil clientes, além de ter sido criado com o propósito de ser referência em qualidade e, aproximadamente três anos após à inauguração, receber o certificado de acreditado em nível de excelência. Para manter o anonimato do setor de Terapia Intensiva Neonatal e facilitar a denominação durante a discussão e resultados, o setor foi denominado “Incubadora”.

### 3.5 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da equipe multidisciplinar de duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em excelência (Unidade Incubadora e Unidade Berço), dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Todos os sujeitos foram escolhidos por amostragem de conveniência e por estarem há mais de um ano na UTI neonatal.

A seguir as características dos sujeitos da unidade incubadora e unidade berço (QUADRO 4 e 5):

**QUADRO 4**  
Características dos entrevistados da Unidade Incubadora

Entrevistas	Função	Sexo	Tempo de instituição	Turno
EI 1	Enfermeira	Feminino	1 ano	Diurno
EI 2	Técnico de enfermagem	Feminino	2 anos	Diurno
EI 3	Técnico de enfermagem	Feminino	7 anos	Noturno
EI 4	Enfermeiro	Masculino	2 anos	Diurno
EI 5	Fisioterapeuta	Feminino	8 anos	Diurno
EI 6	Fonoaudióloga	Feminino	1 ano	Diurno
EI 7	Fonoaudióloga	Feminino	8 anos	Diurno
EI 8	Fisioterapeuta	Feminino	8 anos	Diurno
EI 9	Medica	Feminino	3 anos	Noturno
EI 10	Medica	Feminino	8 anos	Noturno
EI 11	Enfermeira	Feminino	6 anos	Noturno
EI 12	Técnica de enfermagem	Feminino	7 anos	Diurno
EI 13	Medica	Feminino	8 anos	Diurno
EI 14	Psicóloga	Feminino	4 anos	Diurno
EI 15	Médica	Feminino	1 ano e 6 meses	Diurno
EI 16	Técnica de enfermagem	Feminino	4 anos	Noturno
EI 17	Enfermeiro	Feminino	5 anos	Diurno
EI 18	Enfermeiro	Feminino	1 ano	Noturno

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: EI - Entrevistados da Unidade Incubadora.

Em relação aos 18 sujeitos entrevistados da Unidade Incubadora, houve predominância do sexo feminino, conforme já previsto, por se tratar de neonatologia, em que há, majoritariamente, profissionais do sexo feminino. O tempo médio de trabalho na UTI neonatal foi de 4 à 6 anos de empresa. A jornada de trabalho varia de 24 horas/semanais para médicos, 40 horas/semanais para enfermeiros e 44 horas/semanais (plantões de 12hx36h) para técnicos de enfermagem. A formação acadêmica variou de segundo grau completo a especialização, de acordo com a categoria profissional. Ressalta-se que a grande maioria dos profissionais, independente da categoria, não tinha conhecimento prévio sobre a acreditação

antes de trabalhar na Unidade. No que se refere ao turno de trabalho, predominou o turno diurno.

**QUADRO 5**  
Características dos entrevistados da Unidade Berço

Entrevistas (Ordem)	Função	Sexo	Tempo de instituição	Turno
EB 1	Enfermeira	Feminino	1 ano	Diurno
EB 2	Médica	Feminino	7 anos	Diurno
EB 3	Acadêmica	Feminino	1 ano e 3 meses	Noturno
EB 4	Técnico de enfermagem	Feminino	2 anos	Diurno
EB 5	Técnico de Enfermagem	Feminino	1 ano e 2 meses	Diurno
EB 6	Técnico de Enfermagem	Feminino	15 anos	Noturno
EB 7	Psicóloga	Feminino	12 anos	Diurno
EB 8	Fisioterapeuta	Masculino	26 anos	Diurno
EB 9	Fonoaudióloga	Feminino	15 anos	Diurno
EB 10	Enfermeira	Feminino	1 ano	Noturno
EB 11	Técnico de enfermagem	Feminino	2 anos	Diurno
EB 12	Enfermeira	Feminino	15 anos	Diurno
EB 13	Médica	Feminino	5 anos	Diurno

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: EB - Entrevistados da Unidade Berço.

Como caracterização dos 13 sujeitos entrevistados da Unidade Berço, percebeu-se a predominância do sexo feminino, como previsto, por se tratar de neonatologia, que se assemelha ao perfil da Unidade Incubadora. O tempo médio de trabalho na UTI neonatal foi de aproximadamente oito anos, sendo que quatro sujeitos estão na Unidade desde a abertura do serviço, principalmente na posição de líder de equipe. Os demais apresentam variação entre dois a sete anos de serviço. A jornada de trabalho varia de 24 horas/semanais para médicos e 44 horas/semanais (plantões de 12hX36h) para os enfermeiros e técnicos de enfermagem. A formação acadêmica variou de segundo grau completo a especialização, de acordo com a categoria profissional. Ressalta-se que a grande maioria dos profissionais, independente da categoria, não tinha conhecimento prévio sobre a acreditação antes de trabalhar na Unidade. No que se refere ao turno de trabalho, também predominou o turno diurno.

### 3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), gravadas, e de observação assistemática, registrada no diário de campo (APÊNDICE B). Os dados foram coletados no período de fevereiro 2011 a abril de 2012. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos discursos,

a partir das falas dos autores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações.

A partir dessa estratégia, o entrevistador ou o entrevistado podem divergir do roteiro inicial com a finalidade de prosseguir com determinada ideia ou resposta com mais detalhes, o que permite melhor compreensão da realidade (BRITTEN, 2009). Assim, novas questões podem ser acrescidas pelo entrevistador ou novas informações podem ser colocadas pelo entrevistado.

A entrevista é o procedimento mais usual em trabalho de campo quando o pesquisador deseja obter informações contidas no discurso dos atores sociais. Essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, podendo-se obter dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2010). Optou-se por realizar entrevista com roteiro semi-estruturado, que tem sua condução norteadas por uma estrutura flexível, que consiste em questões abertas que definem, inicialmente, o que se quer explorar.

Durante a coleta de dados, todas as impressões e observações realizadas pela pesquisadora foram registradas em um diário de campo, esse instrumento de coleta de dados que pode levar à obtenção de informações que contribuem para a análise dos dados, tais como conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes (MINAYO, 2010).

A escolha dos participantes se deu por conveniência, ou seja, de acordo com a disponibilidade do sujeito no período do estudo. Mas também foram escolhidos alguns profissionais por terem sido identificados durante o processo de observação com expressividade na equipe, além de um tempo maior de trabalho na unidade. A definição do tamanho da amostra não foi feita *a priori*, partindo-se da orientação de que as entrevistas seriam interrompidas quando começasse a repetição das ideias, ou seja, a saturação dos dados (MINAYO, 2010). Em função de se trabalhar com análise crítica de discurso, a teoria esclarece que em algum momento as entrevistas apresentam repetição de ideias ou de partes delas, pois se trabalha com um discurso socialmente construído com amostragem livre. A amostra representativa, incontestável e considerada satisfatória, é aquela que propicia uma base lógica para o estudo de apenas partes de uma população, sem que se percam informações que traduzam a realidade de sua totalidade (BAUER; AARTS, 2003). Assim, foi considerada ideal a amostra capaz de refletir múltiplas dimensões do fenômeno.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde que tenham vivenciado, no mínimo, um ano de manutenção do processo de acreditação; e não estar de férias ou licença médica no período de coleta de dados e trabalharem nas UTI há pelo menos um ano. Foi incluído na amostragem, pelo menos, um representante de cada categoria

profissional em ambos os cenários de pesquisa, visando alcançar uma visão global do conjunto de profissionais da UTI, tendo em vista que o processo não privilegia uma categoria; mas, pelo contrário, reforça a multidisciplinaridade da equipe. Ressalta-se que a Unidade Berço não tinha estagiários no período da coleta da pesquisa.

Na análise dos dados todos foram identificados pela letra E (entrevista), seguido por I, se o entrevistado for da Unidade Incubadora, ou B, se for da Unidade Berço, associado ao número por ordem da entrevista. A sequência das entrevistas foi definida de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo; ou seja, a conveniência de cada um em seu momento de trabalho.

As principais limitações da pesquisa foram decorrentes da escassez de profissionais que participaram desde o início do processo de acreditação em ambas as Unidades. O segundo fator foi à dificuldade em abordar os sujeitos da Unidade Berço que não estavam muito dispostos a colaborar, pela sobrecarga de tarefas e pelo não agendamento da entrevista. O terceiro fator se refere à negativa de participação da terceira Unidade Neonatal acreditada em excelência de Belo Horizonte, que é referência em neonatologia para o estado de Minas gerais.

### **3.7 Tratamento dos dados**

Não há procedimento fixo para se fazer análise de discurso, podendo ser “abordadas de diferentes maneiras de acordo com a natureza específica do projeto e suas respectivas visões do discurso” (FAIRCLOUGH, 2006, p. 275). Normam Fairclough, um dos teóricos da análise crítica de discurso mais citados e resgatados em estudos organizacionais, foi utilizado para orientar a análise dos dados nesta pesquisa. Sua teoria pressupõe a utilização de um esquema tridimensional de análise, no qual a análise do evento discursivo tem como base a ideia de, simultaneamente: dimensão textual, que pressupõe a análise do conteúdo, da estrutura e do significado do texto; instância da análise prática discursiva, considerando os significados e as crenças; e instância de prática social, levando em consideração o contexto em que o discurso foi originado (FAIRCLOUGH, 2001; HARDY, 2001).

Assim, a análise do discurso produzido pelo contato real, simbólico e ou imaginário dos sujeitos com determinados temas permitirá identificar aspectos mais subjacentes às organizações, “proceder inferências fundamentadas em indícios, injunções e intuição e interpretar as mensagens explícitas e implícitas desvelando possíveis sentidos ocultos, silêncios e omissões” (COSTA, 2010, p. 115). Em consonância, a própria autora ressalta que

os discursos trazem consigo certo número de silêncios, conotações obscuras, as quais são passíveis de investigações que desvendem as intenções ocultas, pressuposições veladas e ambiguidades explícitas.

Existem pontos que podem ser tomados como diretrizes gerais, indicadoras dos principais elementos e das considerações que se aplicam à análise de discurso. Nesse tipo de análise existem três principais itens: os dados; a análise; e os resultados. Todos que serão abordados a seguir.

Os dados podem ser segmentados em definição de um projeto, *corpus*, ampliação do *corpus*, transcrição e codificações e seleção do *corpus*. Os projetos de pesquisa que utilizam a análise de discurso devem ser idealmente um empreendimento interdisciplinar, sendo, portanto, mais sensíveis quanto às formas particulares de prática social e suas relações com a estrutura social. O conteúdo e a estrutura de um *corpus* vão depender da natureza dos dados requeridos que variarão de acordo com o projeto e suas questões de pesquisa. Naturalmente, trabalhar sobre o *corpus* pode alterar o mapa preliminar, pois o *corpus* pode então ser ampliado por dados suplementares.

O *corpus* pode ser considerado não como totalmente constituído antes do início da análise, mas aberto e com possibilidades de crescimento em respostas às questões que surgem na análise. O discurso falado precisa ser transcrito, sendo este um processo difícil e que consome muito tempo. Neste estudo, optou-se pela transcrição na íntegra, como forma de assegurar a integralidade dos discursos. As amostras podem ser selecionadas com base em um levantamento preliminar do *corpus*, de forma a trazer percepções e contribuições ao discurso da prática social sob escrutínio. Uma estratégia recomendada de seleção consiste em focalizar os pontos críticos e os momentos de crise. Tais momentos tornam visíveis aspectos de práticas que devem ser normalmente naturalizados e, portanto, dificultar a percepção, mas também mostram mudança no processo, formas reais pelas quais as pessoas lidam com a problematização das práticas.

A condução da análise deste estudo seguiu a recomendação da progressão verbal: análise das práticas discursivas (no nível da microanálise),

focalizando a intertextualidade e a interdiscursividade das amostras do discurso; análise dos textos, entendida como microanálise; e a análise da prática social da qual o discurso é uma parte [...]. Não é necessário proceder nesta ordem, e os analistas podem começar da análise do texto ou da análise da prática social. A escolha dependerá dos propósitos e da ênfase da análise (FAIRCLOUGH, 2006, p. 282).



Deve-se ter em mente que durante a análise há uma constante alternância de foco da particularidade da amostra discursiva para o tipo de discurso que ela delinea e as configurações dos tipos de discurso para os quais está orientada.

A prática discursiva, então, pode ser representada por três dimensões: a interdiscursividade e a intertextualidade que focalizam a produção de texto; as cadeias intertextuais, para a distribuição do texto; e a coerência, para o consumo deste. Estas dimensões são complementadas pelas condições da prática discursiva que apresentam aspectos sociais e institucionais. Salienta-se que a intertextualidade manifesta (onde no texto que recorre explicitamente a outros textos específicos) e interdiscursividade se configuram em convenções discursivas.

O texto possui como dimensões de análise: o controle interacional, a coesão, a polidez, o *ethos*, a gramática, a transitividade, o tema, a modalidade, o significado e a criação de palavras e a metáfora. Enquanto prática social para uma orientação aproximada, possui como quesitos de análise: a matriz social do discurso, cujo objetivo é especificar as relações e as estruturas sociais e hegemônicas que constituem a matriz dessa instância particular; as ordens de discurso, que especificam o relacionamento da instância da prática social e discursiva e os efeitos ideológicos e políticos do discurso, como o sistema de conhecimentos e crenças; as relações sociais; e as identidades sociais.

Por fim, nos resultados destaca-se que os analistas têm algum controle sobre como os resultados são usados, mas nunca total controle depois que estes caem no domínio público. Isso pode gerar um processo de tecnologização do discurso que usa a pesquisa para redesenhar as práticas discursivas e treinar as pessoas para usar novas práticas discursivas com a qual discorda Fairclough (2006).

De forma complementar à discussão, Orlandi (2009) alerta para a diferença entre o dispositivo teórico de interpretação (que se mantém inalterado, como os princípios gerais da análise de discurso, como forma de conhecimento com seus conceitos e métodos) e os diferentes dispositivos analíticos à disposição dos pesquisadores. O dispositivo teórico da interpretação, que objetiva mediar o movimento entre a descrição e a interpretação, apresenta-se como parte da responsabilidade do analista e parte derivada da sustentação com rigor do método e no alcance da análise de discurso.

Dessa forma:

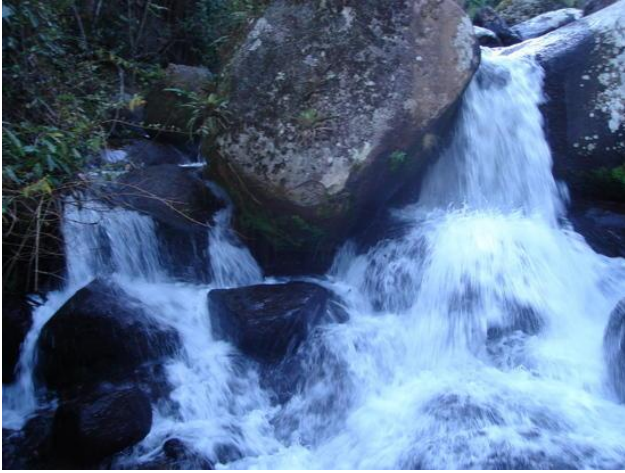
Cada material de análise exige que seu analista, de acordo com a questão que formule, mobilize conceitos que outro analista não mobilizaria, face a suas outras questões. Uma análise não é igual a outra porque mobiliza conceitos diferentes e isso tem resultados cruciais na descrição dos materiais. Um

mesmo analista, aliás, formulando uma questão diferente, também mobiliza conceitos diversos, fazendo distintos recortes conceituais. Por isso distinguimos entre o dispositivo teórico da interpretação, tal como tematizamos, e o dispositivo analítico construído pelo analista a cada análise (ORLANDI, 2009, p. 27).

### **3.8 Aspectos éticos da pesquisa**

Para atender aos aspectos éticos da pesquisa, atendendo à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, o projeto "Gestão da qualidade na assistência multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatais acreditadas em nível de excelência", que deu origem a este estudo, foi aprovado pelo Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Parecer 21/2011) (ANEXO A); pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) parecer CAAE-05170203170-11 (ANEXO B), pelo Comitê da Unidade Berço (CAAE-05170203170-11) e autorização da Unidade Incubadora.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), foi garantido o uso das informações somente para fins científicos, assim como o anonimato dos participantes, esclarecimento quanto à sua participação voluntária e seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para eles, além de informar a questão da observação a ser realizada durante a entrevista e nos cenários de trabalho e autorização para gravar a entrevista.



*R*esultados e discussão

---

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Práticas Discursivas sobre processo de acreditação nas unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em excelência**

O conceito de prática utilizado neste estudo foi o proposto por Foucault (1991b), que considera as práticas como lugares onde o que é dito e o que é feito, as regras impostas e as razões alegadas, o que é planejado e o que se admite, tudo se encontra e se interconecta. Analisar esses discursos socialmente construídos pelas práticas auxilia a entender tanto como os arranjos são estabelecidos quanto como são admitidos e aceitos em determinado momento. Essas práticas, então, possuem sua própria “razão” e são arranjadas por determinadas configurações da racionalidade, considerando códigos de conhecimento e regras de conduta que esboçam sua forma e lhes conferem inteligibilidade e acessibilidade, ao mesmo tempo em que organizam os princípios e as estratégias que as justificam (FOUCAULT, 1991a). Assim, a análise das práticas requer que se compreenda a organização do poder e do conhecimento em determinado contexto que nesse caso são as unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

O discurso construído por práticas sociais apresenta-se conceitualmente tridimensional, pois envolve os textos, as práticas sociais e as discursivas (FAIRCLOUGH, 2006). O discurso também é, muitas vezes, uma prática que reproduz a estrutura de uma instituição. A estrutura, neste estudo, diz respeito ao padrão de normas, condutas e critérios pré-definidos do Manual de Acreditação. Nesse contexto, a análise de discurso se adapta, pois, preocupa-se com as ideologias dominantes e as interações entre poder e saber/conhecimento, com foco no contexto sócio-cultural e político no qual o texto é produzido.

Os resultados e a discussão deste estudo foram construídos a partir da observação, com registro em diário de campo, do método de trabalho em duas Unidades Neonatais acreditadas em excelência e das práticas discursivas dos profissionais da equipe das Unidades Berço e Incubadora. Ressalta-se que análise desse trabalho foi realizada de forma comparativa entre as unidades, possibilitando, a discussão de alguns elementos que emergiram como paradoxo entre a teoria da gestão da qualidade e a prática organizacional na acreditação hospitalar.

Partindo do pressuposto de que quem expõe exprime algo concreto acerca de algum lugar, as narrativas podem ser compreendidas de diferentes formas, dependendo de seu contexto de construção e de divulgação. As narrativas e retóricas a seguir serão contadas por uma enfermeira intensivista, mestre e doutoranda em enfermagem que participou do processo de acreditação de uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal, focalizando a prática de acreditação hospitalar na unidade.

O primeiro contato para o desenvolvimento da pesquisa foi com a coordenadora do Serviço de Enfermagem da Unidade Incubadora, que se dispôs a apresentar a nova estrutura física do setor. A estrutura física externa é composta de uma pequena recepção, com uma secretaria, para acolher os pais e familiares, dar informações gerais sobre o serviço, organizar os prontuários e solicitar interconsulta, dentre outras atividades. A recepção separa a área física interna, por meio de uma porta, cujo acesso é restrito aos funcionários e àqueles que foram convidados a entrar, como os pais.

A área física interna possui 30 leitos, incluindo incubadora e berços aquecidos, posto de enfermagem, bancada com computadores para utilização do prontuário eletrônico, sala de coordenação de enfermagem e médica e sala de conforto médico e de enfermagem, farmácia exclusiva para o setor e arsenal de material, além de copa para os funcionários. Esse setor é um ambiente que merece atenção especial, por ser marcado por fortes emoções, dos quais se destacam: limites entre vida e morte, e conflitos e sentimentos envolvendo a equipe multiprofissional, o bebê internado e os pais. Estes podem estar com seus filhos das 10h às 22h, horário que se aproxima do preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que indica o tempo integral. Cada um dos atores sociais envolvidos apresenta necessidades particulares e específicas, que devem ser consideradas e atendidas.

A equipe multiprofissional consiste de dois médicos por plantão de 12h, 12 técnicos de enfermagem por plantão, dois enfermeiros que trabalham em jornadas de 8h de segunda a sexta, ou plantão noturno de 12h/72h e dois fisioterapeutas durante as 24h. Há profissionais da fonoaudiologia, que atendem duas vezes ao dia, psicólogos e assistentes sociais. Estes últimos, além de suas rotinas, encarregam-se das dinâmicas de descontração com os pais, propiciando, por exemplo, aulas de tricô, pintura e bordado.

A Unidade apresenta cores claras e desenhos infantis, tentando oferecer leveza ao ambiente, que, além de apresentar situações de urgência e ser imprevisível quanto às ocorrências, é permeado por ruídos intensos de aparelhos e vozes de profissionais e, ainda, luminosidade constante. Busca-se descaracterizar a Unidade como sendo Unidade Intensiva e torná-la mais confortável e receptível para as crianças e pais. Entretanto a tecnologia utilizada e os processos de trabalho não corroboram para a mudança desse paradigma. Na visita à Unidade conversou-se, com a coordenadora de enfermagem sobre as mudanças que ocorreram e as expectativas dela. Em alguns momentos, foi possível perceber em seu depoimento certa angústia quanto às expectativas alcançadas e aos desafios a serem enfrentados relacionados à alta rotatividade de profissionais de enfermagem, ressaltando-se que alguns foram contratados sem experiência na área de neonatologia ou de terapia intensiva.

Em relação ao contato com a equipe da Unidade Berço, inicialmente, a resistência foi maior, uma vez que o setor estava em plena reforma física e os profissionais estavam trabalhando em outro local de maneira provisória, o que dificultou conhecer o cotidiano de forma mais próxima da realidade. Notou-se que os funcionários da enfermagem estavam atarefados, preocupados e agitados diante de tantas demandas. Foi possível inferir que os mesmos estavam “perdidos” em relação à rotina de trabalho, postando-se de forma atrapalhada com a guarda de materiais, o local de realização de prescrição e evolução, a passagem de plantão da enfermagem, etc. Uma das estratégias dos gestores para manter os atendimentos durante a reforma foi alocar os pacientes da UTI em apartamentos, o que dificultou o acompanhamento e a visibilidade da enfermagem em relação aos alarmes dos monitores e respiradores, acarretando sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem. Em meio a tantas adversidades, aos poucos, foi possível conhecer a Unidade no local pouco apropriado e a equipe multiprofissional.

O setor atende recém nascido e crianças até 14 anos. Para isso, possui três unidades de atendimento: 10 leitos de Unidade Neonatal (atendimento de RN crítico), 10 leitos de Unidade Intermediária (atendimento de RN que já saíram da fase crítica, mas que precisam estabilização) e cinco leitos de Unidade Pediátrica, que recebe crianças maiores para tratamento intensivo. A estrutura física atual possui uma recepção para atendimentos dos pais e familiares, salão de tamanho médio para as incubadoras e berços e outro salão pequeno para camas destinado à pediatria. Existe uma bancada para evolução e checagem de prescrição no prontuário eletrônico e sala de coordenação de enfermagem/médicos. Não foi identificado local de descanso para a enfermagem; apenas para os médicos. Ressalta-se que esse serviço não tem farmácia interna para o setor, gerando dificuldades e morosidade para conseguir material e medicamentos, além de insatisfação na equipe de enfermagem, que lida diretamente com a situação, conforme o depoimento a seguir:

Eu acho que uma farmácia para atender o hospital inteiro é muito complicado [...] aqui é um CTI. Então, a gente tinha que ter uma farmácia aqui dentro, para ficar mais fácil. (EB 6)

A respeito dessa situação, os profissionais revelaram que há anos solicitam uma farmácia satélite para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, como na Unidade Terapia Intensiva Adulto. Mas, de acordo com os sujeitos, eles não foram ouvidos. Ainda, salientaram que existe privilégio em relação ao outro setor, pois este, na opinião deles daria mais lucro para o hospital. Nesse sentido, Tuckman (1995) reforça a crítica dizendo que,

embora os proponentes do modelo de qualidade enfatizem a importância de todos os membros do setor, suas reações ou discursos são ignorados ou tratados de forma superficial.

O horário de visita dos pais na Unidade Neonatal é limitado a uma hora e meia para cada um dos três períodos do dia: manhã, tarde e noite, totalizando 4h30min. A Unidade Intermediária e Pediátrica tem horário livre de visitação. Em caso de procedimento de urgência dentro do setor, os pais são retirados da Unidade, com avaliação de outro horário de visita, a critério dos enfermeiros. O horário de visita dos familiares estabelecido nos permite inferir que os pais permanecem o dia inteiro no hospital ou próximo, para conseguir ver seu filho e saber notícias, ainda que informais, nos três turnos, considerando a inviabilidade de se deslocar para casa ou trabalho nos intervalos, devido ao trânsito e à distância. Assim, os familiares são ignorados nessa estrutura, haja vista a valorização do aspecto formal em detrimento da subjetividade e da humanização do cuidado. Ademais, este modelo confirma a violação dos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de acompanhamento contínuo, sem restrição de horários. Entretanto, essa burla, aparentemente é justificada pela conveniência do setor e dos profissionais. Por meio de conversas informais não gravadas com a equipe, foi possível perceber que tal situação não sensibiliza os profissionais, já que estes não dispõem muito tempo para dar explicações ou atenção aos pais como seria necessário se eles estivessem em tempo integral com seus filhos na Unidade.

A equipe multiprofissional é composta de dois médicos por plantão, 12 técnicos de enfermagem/ plantão, dois enfermeiros que trabalham 12h por plantão diurno ou noturno de 12h/36h, grupo de intervenção precoce composto por profissionais da fisioterapia e fonoaudiologia, que atende duas vezes ao dia, além da psicologia.

Observando a equipe durante a rotina de trabalho, foi possível escutar desabafos genéricos, como: “Não fomos avisados sobre a mudança antes; só no dia e aí tivemos que dar o jeito de acomodar as crianças de qualquer forma”; “Para equipe médica tudo é bacana. Eles não perderam o espaço, mas a enfermagem sempre cede”; “Mesmo antes da reforma, havia sobrecarga de trabalho”; “O enfermeiro aqui apaga fogo”. Foi evidente, também, o “corre-corre” dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem no plantão, em contradição com a tranquilidade dos médicos que realizam seu processo de trabalho sem tumulto, evidenciando diferenças nas exigências, no contexto de trabalho e na cultura de diferentes categorias profissionais que se submetem ou não às exigências.

A modificação da rotina de trabalho, na visão da equipe de enfermagem não foi vista como relevante na prestação de excelência do serviço, uma vez que suas opiniões constituem vozes irrelevantes na relação com a equipe médica, ainda que entre seus pares exista diálogo.

É o momento em que se confirmam o interdiscurso da soberania médica e a subalternidade da enfermagem em um mesmo espaço e situação de trabalho. Ademais, nos relatos nota-se certo grau de insatisfação da equipe de enfermagem, principalmente dos enfermeiros, em relação a sua prática cotidiana sobrecarregada, desvalorizada e desprovida de foco de trabalho. Segundo Fairclough (2006), por meio dos processos das instituições é que se abre o caminho para investigar as práticas discursivas socialmente construídas.

Observados, pois, os dois cenários, palcos deste estudo, foi possível visualizar as formas de organização do processo de trabalho, que ora se distanciam, ora convergem dos aportes teóricos sobre a qualidade. Ressalta-se que, embora a Unidade Incubadora já tenha nascido com a proposta de acreditação e a Unidade Berço vivera a transição em relação a mudanças de condutas para atender aos requisitos da gestão da qualidade, não houve diferença significativa quanto ao planejamento e à condução do processo de trabalho. Em ambas, os processos de trabalho são heterogêneos quanto às condutas e, em alguns momentos, fragmentados, apesar da tentativa de interação entre os profissionais. Foi possível notar algumas limitações apresentadas pelas equipes quanto à fragilidade do plano terapêutico interdisciplinar preconizado pelo Manual da Acreditação (ONA, 2010), bem como sistematização da assistência de enfermagem, falta de conhecimento sobre as ferramentas de gestão da qualidade e planejamento das ações centrado nos líderes, tudo implicando a desmotivação dos liderados. Salienta-se que esses temas serão analisados por meio dos discursos dos sujeitos.

Cabe frisar que os entrevistados das duas Unidades manifestaram ansiedade e expectativa em relação ao teor das perguntas que seriam feitas durante a entrevista. A maioria deixou transparecer que esperava perguntas sobre a qualidade, como se estivesse em auditoria, evidenciando uma maneira de pensar e agir centrado no processo de avaliação e não no cuidado ou nas pessoas. No final da entrevista, puderam-se notar alívio e surpresa por terem sido perguntados apenas sobre o cotidiano do trabalho na UTI, e não acerca de questões conceituais sobre o tema da qualidade. Dessa forma, obteve-se exteriorização da tensão pelos entrevistados da Unidade Berço e Incubadora por meio de relatos espontâneos como “Não estou preparado para ser interrogado”; “Não me lembro de mais nada”; “Preciso rever a Cartilha”. Reforça-se que durante as entrevistas foram evidentes a tensão e a angústia dos sujeitos por pensarem que seriam avaliados e que com isso sofreriam apenação de alguma forma. Para outros, contudo, as respostas às perguntas da entrevista serviram como um momento de desabafo.



Poucos dias ou meses antes da ONA tem sempre treinamento, né? Para a gente não errar nada ou lembrar alguma coisa. (EB 11)

As pessoas são bem treinadas para falar o que tem que ser falado [...] às vezes aparecem melhor [...] do que está na prática. Então assim, até nisso eu acho que tem manipulação. (EI 13)

Os sujeitos afirmaram ser dependentes da memorização conceitual embasada na cartilha ou em outros informativos. Repetiam conteúdos que lhes foram apresentados de forma condicionada. Esse fato talvez se justifique pela complexidade dos princípios e dos valores embutidos no processo de acreditação, que necessitam ser trabalhados não só na dimensão operacional ou técnica, mas também em relação aos aspectos subjetivos que envolvem valores individuais e sociais, crenças e relações interpessoais dos profissionais inseridos na acreditação. Gil (2007) ressalta que os profissionais precisam ser educados na “cultura da qualidade”, e não apenas serem treinados ou “adestrados”. Quando as questões subjetivas não são incorporadas ao processo de acreditação, não há como os trabalhadores serem coparticipantes do processo. Ao contrário, podem até torná-los avessos aos movimentos, como foi exposto por uma participante da Unidade Incubadora.

[...] a gente torce até para perder [...] ONA III, porque acho que no dia que perder, talvez melhore algumas coisas. (EI 13)

O contexto da Unidade acreditada parece carregada de simbolismos que não significam melhorias para o trabalhador. O discurso deixa claro que a entrevistada não está negando a estrutura normativa; pelo contrário, está sugerindo que esse processo seja modificado, a fim de acarretar mudanças efetivas nos valores e atitudes na equipe multiprofissional, como é preconizado na acreditação hospitalar. Dessa forma, a seleção lexical “perder a ONA” pode ser encarada como forma de gerar oportunidades de benefícios do processo de trabalho e de reduzir a pressão, não como um desejo de efetivamente não tê-la.

Mezomo (2001) relata que a qualidade exige mudança cultural, com alteração da atitude e do comportamento dos profissionais envolvidos. Enquanto tais atitudes e comportamentos não tiverem sido incorporados ao conjunto de crenças e valores das pessoas, não se conseguirá consolidar uma cultura organizacional orientada para a qualidade. Corroborando, Bonato (2007) sustenta que a conscientização para se obter qualidade deve ser aliada à mudança dos modelos mentais enraizados nas equipes de saúde, as quais ainda nutrem generalizações e pressupostos ultrapassados, influenciando negativamente a forma de agir dos indivíduos e a adesão ao novo processo. O mesmo autor reforça que para atender aos propósitos da instituição os colaboradores precisam conhecer a cultura institucional, as metas,

os valores e a missão do processo, decorrendo dessa união a manutenção da gestão da qualidade. Ademais, a busca da qualidade só será plena quando os colaboradores da empresa mudarem a mentalidade e compreenderem seus papéis individuais a serem desempenhados e sua responsabilidade na consecução de ações e tarefas voltadas à melhoria contínua (AIDAR, 1994). Nessa perspectiva, as pessoas envolvidas são essenciais para a implementação de uma cultura voltada para a qualidade, a prevenção e o melhoramento contínuo (SANCHEZ, 2003). Percebe-se, pois, que o conhecimento não foi legitimado no discurso por não ser incorporado nas práticas cotidianas, como pode ser visto nas duas Unidades, gerando resistências.

Eu vejo que há uma excelência na época da ONA. Em outros momentos, não. No decorrer do ano, eu não vejo a excelência. Muda tudo. A gente faz coisa aqui no dia a dia que na época da acreditação não pode ter. (EB 10)

A acreditação continua sendo uma coisa que é maquiagem, só para ONA. A qualidade não é tão persistente assim. Ninguém preocupa de todo dia fazer o serviço da melhor maneira que pode. Na semana da ONA, as coisas melhoram muito, mas logo depois volta tudo igual era antes. (EI 13)

A comparação do processo de acreditação a uma “maquiagem” pode ser entendida como uma metáfora de algo que se faz e se limpa, ou sai com facilidade, não estando arraigado ou intrínseco culturalmente nas práticas coletivas e discursivas nesse cenário de trabalho. Na visão de Lakoff e Johnson (2002), a essência da metáfora está em compreender uma coisa em termos de outra, sem igualar os conceitos, pois há uma estruturação parcial com base na linguagem. Nesse quadro, vê-se que a enunciatória da Unidade Incubadora declara o tempo de validade dessa “maquiagem” quando sustenta que “na semana da ONA, as coisas melhoram muito, mas logo depois volta tudo igual era antes”. Esse “como era antes” é o que ocorre verdadeiramente no cotidiano, não correspondendo, pois, ao que é “de qualidade” e ao próprio escopo do processo de acreditação, estabelecendo-se, então, a metáfora.

Na Unidade Berço, essa realidade não é diferente. Parece explícito que muitos processos de trabalho ficam apenas no prescrito e que não aparece no real, o que pode implicar a ruptura da assistência de excelência. Dessa forma, para as instituições de saúde que buscam a sobrevivência no mercado competitivo “maquiagem” para obter o título de acreditação não implica necessariamente mudanças na prática que garanta a manutenção da qualidade. Os discursos a seguir ratificam a afirmação:

As pessoas realmente não entendem o que é a acreditação. Acreditação não é prestar qualidade apenas no dia da auditoria, como acontece. E é assim que eu vejo aqui. Durante um tempo achei que esse processo realmente existia que isso era verdade. [silêncio]. (EI 3)

Eu acho que os funcionários não entendem a importância de ser acreditado. O diferencial é tanto para mim, como para os técnicos, quanto para os pacientes. (EB 2)

Na discussão sobre a acreditação, Cunha, Cunha e Dahab (2001) salientam que a abordagem teórica da qualidade confere duas vertentes de análise. A primeira é vista como uma técnica diferenciada e útil, procurando melhorar a compreensão de suas bases teóricas e das condições de aplicabilidade, a fim de aumentar a competitividade e produtividade das empresas. A segunda adota uma posição crítica e ataca a qualidade, por se tratar de uma versão revisada e atualizada de velhas práticas industriais de base taylorista. Este grupo ainda considera a acreditação como um manual de boas práticas de gestão, as chamadas “receitas de bolo” para a sobrevivência da empresa (MIRANDA *et al.*, 2010). Os depoimentos acima corroboram com a segunda vertente, mostrando que a relação entre a qualidade e a acreditação ainda se apresenta muito tênue para os profissionais e as instituições que se certificam. Existe um dia “D”, aquele em que serão auditados. Neste, há verificação externa de itens avaliativos. Há também outro dia “D”, que é o momento de “hibernação” da equipe no processo. Entre esses dois dias “D” há uma lacuna, a ser preenchida. A qualidade pontual precisa ser substituída pela continuidade do ciclo de melhorias que promove realmente a mudança da prática social, livrando-se do plano prescritivo para se apresentar como real. Essas práticas precisam ser transformadas e legitimadas para que façam parte do discurso dos profissionais e levem em consideração as singularidades do processo de acreditação em cada unidade, devendo esse grupo ter experimentado de forma integrada no ciclo de mudança.

Outro ponto importante foi apresentado na seleção lexical [...] “durante um tempo, achei que esse processo realmente existia que isso era verdade. [silêncio]”. Essa situação sugere que a má condução e aplicação de uma estrutura normativa desperta a descrença e a desvalorização daquele que a exerce, repercutindo, inclusive, no abrandamento das rotinas impostas. O silêncio apresentado no depoimento gera a concepção de algo censurado pelo sujeito durante a formação discursiva. Orlandi (2009, p. 37) afirma que o “silêncio, mediando as relações entre linguagem, mundo e pensamento, resiste à pressão de controle exercida pela urgência da linguagem e significa outras e muitas maneiras”.

Ressalta-se que a análise não é feita somente por meio das falas, mas também dos contextos nos quais elas foram produzidas e observadas durante a pesquisa, o que, de fato, constitui o discurso como prática social construída.

A Unidade Berço, apesar de apresentar maior maturidade e experiência no ramo, não conseguiu se apropriar dessas habilidades para solidificar a cultura organizacional da

qualidade e adesão da sua equipe principalmente no que se refere à valorização e ao incentivo profissional.

Eu vou ser muito sincera. Quem trabalha aqui é porque gosta porque escala de 12/36 horas para o enfermeiro é puxado demais. (EB 1)

A rotatividade aqui, em geral, é alta tanto para os técnicos quanto para os enfermeiros [...] é muita gente nova o tempo todo. A gente está todo dia ensinando uma coisa que já era para estar padronizada. (EB 13)

A entrevistada EB 1 ressalta em seu depoimento que a prática cotidiana de trabalho dos enfermeiros é bastante desgastante na Unidade Berço, haja vista a escala de trabalho 12/36h. Esse quadro de trabalho difere de grande parte das instituições acreditadas em nível de excelência, pois em sua maioria utilizam da escala 12/72h ou 40 horas semanais. Pontua também a enunciatária acerca do excesso de afazeres na rotina ou no treinamento de pessoas novatas, situação corriqueira nessa Unidade. Miranda *et al.* (2010) expõem um paradoxo pertinente em relação a satisfação e a insatisfação quando consideram os clientes internos (funcionários) e os clientes externos (consumidores de produto). De um lado, as organizações acreditadas, por meio de seus funcionários, precisam oferecer máxima satisfação aos clientes; e de outro, os mesmos funcionários que são cobrados pela máxima produtividade e satisfação e que trabalham em ritmo intensificado são esquecidos pela organização. A satisfação dos clientes internos parece não passar de uma retórica apresentada pela Unidade Berço, porque não se aplica. Neste contexto torna-se difícil pensar na satisfação do cliente externo se internamente na organização, há um clima de descontentamento com a empresa.

Fica implícito nas conversas informais que os enfermeiros trocariam a Unidade Berço tão logo conseguissem uma escala de trabalho mais flexível, circunstância que provavelmente acarretaria o aumento da rotatividade e a descontinuidade no processo de melhoria contínua. Segundo Mezomo (2001), a alta rotatividade dos funcionários pode mostrar que a instituição não prioriza a produção dos serviços com qualidade.

De outro lado, na Unidade Incubadora, embora tenha sido construída sob o prisma do padrão da acreditação, a cultura e a subjetividade dos seus profissionais não foram levados em consideração para o incremento do processo de gestão da qualidade. De fato, a política da instituição não foi suficiente para garantir a perenidade dos profissionais, acarretando também a inevitável rotatividade desses e, conseqüentemente, a ocorrência de retrabalhos e de impactos negativos nos indicadores de resultados. Trabalhadores são como os clientes externos, quando insatisfeitos não permanecem na instituição.

O que eu acho que prejudica muito é a mudança constante, porque é uma equipe que atualmente [...] todo mundo novo, ninguém se conhece [...] colocou pessoas aqui no intuito de treinar as pessoas para formar uma equipe, mas colocou gente que não tem a menor noção de terapia intensiva [...], em vez de treinar a pessoa, não. Coloca lá na linha de frente e fala: “Se vira com o menino e aprende como ele é”. (EI 13)

As mudanças interferem na formação do vínculo profissional-instituição e no reconhecimento desses profissionais como equipe, dificultando a identificação organizacional, além trazerem questões danosas como precariedade da educação permanente, risco de aumento de eventos adversos e aumento do absenteísmo entre os que têm mais tempo de casa. O fragmento discursivo (EI 13), por meio da seleção lexical “se vira com o menino e aprende como que é” remete à questão do autodidatismo na Unidade Incubadora, que dificilmente é encontrada com sucesso na área da saúde, pois traz insegurança na assistência. Ressalta-se que esse setor apresenta uma particularidade importante, tendo em vista que se trata de assistência a crianças extremamente vulneráveis e suscetíveis a óbito, situação em que um “simples erro” pode ocasionar uma catástrofe.

Não obstante as questões apresentadas, foi possível captar na Unidade Incubadora uma fragilidade das relações da equipe: os mais antigos se inter-relacionam de maneira mais eficiente dentro do setor, até mesmo, pelo tempo de convivência. De outro lado, a rotatividade de funcionários faz com que os novatos sejam excluídos do clima amistoso, tornando-se mais um fator que acarreta desequilíbrio do clima organizacional.

Uns funcionários mais antigos, eles formam um grupo mais coeso. E os outros que entraram depois de um tempo ou agora, estão um pouco fora. (EI 18)

É uma equipe que está nova, e eu acho que eles não estão alinhados com todo o processo. (EI 11)

No último depoimento, é possível notar que os funcionários novos não tiveram tempo ou oportunidade de se “enquadrarem”, e sequer de conhecerem as estruturas normativas da Unidade Incubadora antes de se engajarem nas atividades, situação que contraria o Manual de Orientação da ONA (2010) e favorece a ruptura da prestação de serviços de qualidade.

É sabido, culturalmente, que nos serviços de saúde sempre há relativo boicote, ou testes daqueles que tem mais tempo de casa sobre os mais novos, para que o poder-saber daqueles seja legitimado no ambiente. O discurso EI 11 sugere que o saber adquirido na realização das atividades, em termos tanto de conhecimento técnico quanto dos chamados “macetes” do ofício, configura formas de poder aos trabalhadores que possuem mais tempo de

serviço prestado à empresa e mais experiência nas práticas do trabalho (SARAIVA; SANTOS, 2011).

Na Unidade Incubadora, foi relatado que os profissionais de saúde contratados antes da época da inauguração do hospital tiveram um treinamento intensivo de dois meses em relação a gestão da qualidade, prontuário eletrônico, rotina e protocolos setoriais. Essa situação revelou que o aproveitamento das informações iniciais foi maior, visto que lhes foram apresentados uma percepção mais madura e consistente a respeito do processo da qualidade. De outro lado, os funcionários recém-contratados passaram por um período de treinamento rápido e frágil em face da necessidade de força de trabalho e da sobrecarga dos outros funcionários de equipe que, além das atividades diárias, eram os responsáveis por repassar-lhes ensinamentos. Assim, fica evidente que a segregação dos funcionários novos pelos antigos no ambiente de trabalho na Unidade Incubadora dificulta a compreensão do processo de acreditação enquanto uma atividade de equipe envolvida, participativa e homogênea, que busca, de forma contínua o mesmo objetivo da qualidade assistencial.

Na Unidade Berço, também foi relatado o comprometimento mais aguçado das pessoas mais experientes em relação aos novatos:

Eu acho assim, as pessoas mais velhas de casa conseguem pegar isso [acreditação] melhor” [...] as pessoas que estão vindo estão ainda tentando pegar o ritmo. (EB 6).

Essa situação pode ser justificada, porque os funcionários antigos “vestem a camisa da empresa” por terem com a instituição um vínculo mais estreitado, o que lhes proporciona a oportunidade do primeiro emprego ou a primeira experiência enquanto estagiário. Vale ressaltar neste contexto que a Unidade Berço valoriza e investe na capacitação de estagiários da equipe de enfermagem, oferecendo-lhes prioridade no momento de contratação.

Apurou-se, ainda, por meio de relatos, que os funcionários antigos da Unidade Berço tiveram um incentivo financeiro quando a instituição recebeu o título de “Acreditação em Excelência”. Mezomo (2001) ressalta que em um processo de melhoria da qualidade deve-se pensar em um sistema de recompensas e de reconhecimento dos esforços das pessoas que contribuem com o serviço de excelência. Os atos de esforço estimulam e motivam as pessoas, quando devidamente recompensados, renovando o compromisso com a qualidade e com a excelência dos serviços prestados. Para os funcionários novatos, o sistema de benefícios não aflora regularmente na Unidade Berço.

Nota-se que a Unidade Berço preocupa-se com o funcionário novato em relação ao treinamento introdutório, realizado para apresentar-lhe as rotinas gerais da empresa, e o

Código de ética e Condutas institucionais, além de expor-lhe sobre os certificados de qualidade. Tal treinamento é realizado em ambiente extra-setorial, afastado do lugar habitual da prestação de serviços e direcionado apenas aos recém-chegados. Enfermeiro treina enfermeiro e técnico se responsabiliza por novos técnicos. Entretanto, os entrevistados revelaram que essa capacitação deveria contemplar o recém-contratado e também a equipe antiga, aproveitando-se para reiterar o treinamento a todos os funcionários, indistintamente. Assim ocorrendo haveria compartilhamento de experiências e, além disso, todos aqueles em treinamento passariam sob a avaliação do enfermeiro, não simplesmente do colega técnico, no caso de técnicos novatos.

Tem uns funcionários que entram aqui e não sabem o que é uma fototerapia, não sabem o que é uma nutrição parenteral, não sabem nada. [...] Eu acho, na verdade, que o treinamento deveria ser função da enfermeira, mas a gente não tem condição de fazer isso. (EB 10)

Vale ressaltar que a Lei do Exercício Profissional (lei 7.498/86) dispõe que é atividade privativa do enfermeiro realizar a supervisão e a educação ou treinamento para os técnicos/auxiliares de enfermagem de sua equipe (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). Portanto, a situação narrada não deveria ocorrer na Unidade Berço sem a participação do enfermeiro.

Realidade semelhante se constata na Unidade Incubadora. A falta de capacitação da equipe, principalmente dos novatos, gera insegurança na estrutura, contrariando o manual de Acreditação (ONA, 2010), que preconiza entre os itens de verificação do nível 1 um corpo de profissionais habilitados para a realização das funções na UTI Neonatal. Essas Unidades não incorporaram os requisitos básicos do nível 1. É provável que essa situação esteja comprometendo os demais indicadores de resultado de ambas as Unidades, Berço e Incubadora.

Além da escassez de capacitação para os novatos, o entrevistado EI 16 da Unidade Incubadora alega a falta de preocupação relacionada aos treinamentos durante todo o ano, visto que a capacitação é concentrada na proximidade da auditoria:

Quando está próximo da auditoria, fica muito sobrecarregado. Aí, todo mundo começa a treinar [...]. (EI 16)

Mezomo (2001) aponta que a implementação do processo da qualidade implica visão de futuro e o envolvimento das pessoas, em todos os níveis, obtido por meio de um consistente plano de educação e de treinamento, da criação de estrutura de apoio, de monitoria e de retroalimentação do processo.

Em relação à Unidade Berço, percebe-se maior empenho quanto à realização dos treinamentos de forma contínua. Todavia, é possível que as estratégias e os objetivos não venham atendendo às necessidades da equipe:

Temos muito treinamento, mas nem sempre daquilo que estamos errando [...]. (EB 4)

Esse trabalhador sinaliza a possibilidade de aprender com os erros, tática que é defendida por estudiosos e gerentes de grandes empresas. Segundo Mezomo (2001), a qualidade exige treinamento com seriedade de propósitos e conceitos comuns. Gil (2007) ressalta que a elaboração de um plano de treinamento requer, inicialmente, a formulação de objetivos condizentes com a necessidade do grupo. Com isso, verifica-se que o treinamento, às vezes, é inócuo, sem reflexos concretos na melhoria da prestação de serviços.

Outro aspecto comprometedor evidenciado nos relatos dos sujeitos das Unidades Berço e Incubadora foi a deficiência da participação da equipe multiprofissional como um todo no processo de planejamento das ações, em busca de melhoria, bem como a falta de entrosamento e integração dessa equipe, fazendo com que cada profissional realize seu trabalho de forma fragmentada de acordo com a categoria à qual pertence. A plena participação dos funcionários de uma organização hospitalar torna-se um dos critérios primordiais para a consolidação de um processo que abrange especificações setoriais e requer harmonia no alcance de um objetivo comum: excelência na qualidade de atendimento (VIANA *et al.*, 2011). Corroborando a ideia, Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2010) afirmam que os envolvidos no processo de acreditação esboçam reações distintas em relação ao sistema e posicionam-se diante dos inquéritos, por meio da aprendizagem interativa e/ou restritiva, com reflexo nos relatórios avaliativos. Diante de diferentes significados que permeiam a acreditação, as instituições precisam se posicionar de forma transparente e objetiva, contribuindo para o envolvimento motivacional dos sujeitos (VIANA *et al.*, 2011).

Nos trechos a seguir, ficam evidentes, tanto na Unidade Berço quanto na Unidade Incubadora: falta de diálogos entre as equipes, descompromissos em relação à qualidade assistencial, fragmentação e preocupação centrada apenas na remuneração. Tais circunstâncias contrariam o prescrito na gestão da acreditação.

Algumas pessoas são muito comprometidas, outras, não. Outras estão aqui para receber o salário no final do mês, e ponto. (EI 17)

As equipes muitas vezes, não conversam para trocar informações. Existe uma distância entre equipes. (EI 10)

[...] o médico faz o serviço dele. O técnico faz o dele e assim vai [...]. (EI 13)



Se todas as pessoas tivessem o mesmo comprometimento, eu acho que as coisas fluiriam melhor, mesmo sem ser dia da auditoria. (EB 6)

Extrai-se dos relatos que a prática de gestão da qualidade não foi legitimada por toda a equipe. Decorre assim, a não aceitação da estrutura normativa, fator que pode trazer implicações importantes a respeito da continuidade do processo de trabalho. Os discursos apontam diferenças quanto à adesão dos membros da equipe multidisciplinar ao projeto de qualidade, além de apontar evidências de que os requisitos de melhoria contínua não estão sendo contemplados. Dessa forma, os depoimentos são incoerentes com a proposta do processo de acreditação que valoriza o trabalho em equipe, mostrando que o trabalho não está focados no coletivo, haja vista a fragmentação de equipes ou departamentos. Todos os profissionais, como membros que são da equipe interdisciplinar, devem estar comprometidos e interagir para assumir a responsabilidade que vai culminar na prestação de serviços de qualidade. Adami e Maranhão (1995) ressaltam que sem a participação e o envolvimento dos profissionais não haverá a efetivação da qualidade, tendo em vista que as pessoas precisam estar motivadas e capacitadas para otimizarem o processo produtivo, objetivando alcançar a qualidade, notadamente porque esta depende de esforços individuais e coletivos.

Entre os discursos da equipe da Unidade Incubadora, um entrevistado médico resalta que a intenção de gerar interdisciplinaridade parte principalmente das equipes de fisioterapia e de enfermagem, proposta normalmente barrada pelo médico, que nem sempre se dispõe a colaborar:

[...] a fisioterapia e a enfermagem são mais unidas. Todos os problemas eles tentam resolver, mas às vezes ficam muito limitadas, porque dependem do médico para fazer determinada ação, e o médico nem sempre faz [...]. (EI 13)

O relato confirma a hegemonia do poder médico e a dificuldade deste profissional em trabalhar em equipe e em aderir aos projetos institucionais de forma participativa. A principal característica do conflito exposto refere-se à percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais. Ou seja, aos "outros", aos que não fazem parte da mesma categoria profissional e/ou classe social. Essa percepção, às vezes, é gerada pelos aparelhos legitimadores, como as instituições de ensino, nas quais professores, durante o processo de socialização dos alunos, utilizam-se do discurso e de recursos simbólicos para interiorizar valores e normas que os diferenciam dos demais e, ao mesmo tempo, incutem a crença de que seu mundo é o único e o verdadeiro mundo que existe (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Outra limitação no processo de acreditação apontada pelos entrevistados é a comunicação, ou o repasse de informações sobre o processo da qualidade entre os funcionários. Segundo os profissionais das Unidades Berço e Incubadora, as informações, muitas vezes, não chegam a todos na sua totalidade, como é recomendado no Manual de Acreditação (ONA, 2010), a fim de gerar nos sujeitos a apropriação de tudo o que está acontecendo na unidade referente ao processo de trabalho da equipe multiprofissional. As informações ficam, habitualmente, restritas aos líderes de equipe, os quais não as repassam para os liderados, acarretando surpresas desnecessárias.

A gente não fica sabendo das coisas. Por exemplo, da obra, e aí já está acontecendo. (EB 10)

Na Unidade Incubadora, evidenciou-se a escassez de repasse de informações para o plantão noturno. Algumas pessoas são privilegiadas em relação à oferta de informação em detrimento de outras. Isso mostra ignorância da relevância do padrão de qualidade, uma vez que o cuidado deve ser contínuo e ininterrupto. A consequência dessa falta de orientação é o despreparo dos profissionais quanto à qualidade no plantão noturno:

A informação tinha que chegar independente do meu horário de serviço. Essa informação tinha que chegar a mim com qualidade. (EI 3)

Os entrevistados relataram também que a participação dos coordenadores na acreditação é superior à dos liderados, tendo em vista que aqueles são diretamente cobrados pela alta direção, detêm informações privilegiadas e são os principais alvos durante a auditoria. Em decorrência do maior acúmulo de atividades pelos coordenadores no processo de acreditação, de acordo com os liderados, tal situação pode gerar transtornos quando eles não estiverem à frente de uma equipe, tornando-a sem direção e sem embasamento teórico e prático para as tomadas de decisões.

Nesse contexto, percebe-se que todos os profissionais de saúde, independentemente da categoria profissional e da posição que ocupam, precisam se engajar para que se alcance o sucesso do processo. Para Puccini e Cecílio (2004), a participação de todos os profissionais desde a construção, verificação e avaliação de estratégias, é imprescindível para o sucesso da “gestão da qualidade”, vez que o alto desempenho da instituição depende do compromisso e da colaboração dos envolvidos no processo de gestão da qualidade. Essa questão reforça a importância da diluição do processo de qualidade, para que não fique concentrado nas mãos de apenas uma ou duas pessoas. Ademais, se os liderados, aqueles que lidam diretamente com a assistência, não opinam ou participam da construção das estratégias, possivelmente as

condutas não serão solidificadas por todos indistintamente, acarretando descontinuidade do processo e desvalorização da qualidade, a qual permanecerá centralizada na mente dos coordenadores. Os discursos a seguir exemplificam essa questão:

Os líderes das equipes são pessoas que se preocupam muito em estar por dentro de tudo que está acontecendo, para dar uma resposta para o auditor [...]. (EI 11)

A implantação, a organização do plano de ação e a avaliação depende muito mais dos coordenadores. (EI 15)

[...] quem avalia os indicadores, quem elabora plano de ação, responde relato de não conformidade, essas coisas de macroprocessos, cadeia de cliente interno e externo, não sei o que, é sempre ela que faz. [...] São os coordenadores que ficam realmente com essa parte da acreditação. (EB 3)

Na tentativa ilógica de amenizar a diferença de participação entre a coordenação e os liderados, a Unidade Berço propõe que duas enfermeiras, em forma de rodízio, apresentem as análises críticas na reunião de liderança. Com isso, a coordenadora simplesmente entrega os slides das análises formatados às enfermeiras, as quais sequer conhecem como o conteúdo da apresentação foi elaborado, expondo-o para o grupo.

Então na verdade, você apresenta o slide, mas não sabe como chegou ali. [...] A gente fica perdido. A gente fala uma coisa que está lendo, mas que se me pedir para explica o porquê, eu não sei, porque eu não faço parte. (EB 10)

O quadro trágico mostra que a intenção da coordenação da Unidade Berço foi válida no sentido de favorecer a participação do grupo, mas a forma como foi executada descaracterizou todo o prescrito pelo Manual da Acreditação (ONA, 2010). Constatou-se que, apesar de o discurso organizacional reconhecer a participação dos funcionários como requisito essencial para o bom desempenho do processo, a participação desses sujeitos é “controlada” pela empresa. Boje e Windsor (1995) avaliam essa tecnologia de gestão como forma disfarçada do taylorismo, haja vista que, por meio de técnicas gerenciais mais sofisticadas, é possível “mascarar” o controle exercido por um supervisor, porém com base nos princípios de maximização da capacidade do trabalhador. Jermier (1998) ainda salienta que por trás de um discurso que se apresenta como humanizador, evocando a necessidade de participação e autonomia dos funcionários, está um caráter efetivamente controlador, tornando evidente o paradoxo entre a participação e o controle dos atores na organização.

Na Unidade Incubadora, a relação coordenação *versus* coordenados não se distingue daquela enfrentada na Unidade Berço. Todavia, como diferencial, foi possível constatar a efetiva participação entre os coordenadores de equipe. Na UTI Incubadora, os coordenadores

da área médica, de enfermagem, de fonoaudiologia, de fisioterapia e de psicologia diluem entre eles a responsabilidade do processo da acreditação. Na Unidade Berço, foi explicitado pelos sujeitos que a coordenadora da enfermagem é referência para os demais coordenadores e liderados. Essa concentração da coordenação na Unidade Berço pode ser justificada pelo próprio perfil centralizador da coordenadora, que abraça desde questões operacionais e gerenciais a problemas referentes a pagamentos de outras equipes. Além do mais, a referida coordenadora iniciou a trajetória nesse serviço ainda como estagiária, evoluindo para o cargo de enfermeira assistencial, antes de chegar ao cargo atual. Dessa forma, ela pode acompanhar todo o movimento dessa Unidade sob vários aspectos, em busca da qualidade. Vale ressaltar, ainda, que essa profissional possui uma identificação notória com a Unidade e com a instituição na qual trabalha, tornando-se “braço direito” para a alta direção.

Dutton, Dukerich e Harquail (1994) pressupõem que o indivíduo tende a se identificar com a organização à medida que as imagens que desenvolve sobre ela passam a contribuir para preservar seu autoconceito e elevar sua auto-estima, além de proverem singularidade à organização. Para Foucault (2003), é mais importante estudar a produção dos efeitos reais do poder do que identificar quem tem o poder. Ou seja, é preciso identificar os efeitos que o poder produz e como ele se legitima nas relações, criando discursos que funcionam como norma (FOUCAULT, 2003). Ainda de acordo com o autor, o exercício de tal poder está pautado na disciplina e no conhecimento/saber como objetos desse controle, pois é a partir dele que os indivíduos passam de condutores a repetidores enquadrados em disciplinas. Portanto, a coordenadora de enfermagem da Unidade Berço atrai a responsabilidade e fomenta a dependência das demais coordenações para si. Os discursos a seguir ilustram tal situação:

A coordenadora X é mais ou menos um coringa. Mas a gente faz nossas reuniões periódicas da minha equipe e apresenta para ela no final [...]. (EB 8)

Nós temos a reunião clínica dos médicos, e a coordenadora de enfermagem mostra para a gente o que não atingiu e o que deve ser atingido. (EB 13)

O comparativo da coordenadora a um coringa pode ser entendido como uma metáfora de uma peça ou pessoa que possa assumir o valor de outras, ou uma carta que se tenha sempre a mão que serve em qualquer posição do jogo e que pode decidir o resultado final. Assim, essa pessoa precisa saber tudo ou quase tudo para assumir a posição de outra quando for conveniente para a empresa ou setor, principalmente em momentos de decisão ou definição de algo. Mas quem será o seu coringa quando ela se ausentar? Não há coringa para ela! E alguém queria sê-lo? Talvez por comodismo não! Esse é o grande problema da concentração de

responsabilidade do processo nas mãos de apenas uma pessoa: para o controlador gera poder; para os demais, conforto. Todavia, esse proceder pode implicar a ruptura da sequência do processo de gestão da qualidade, contrariando o objetivo real da acreditação.

A participação dessa líder é tão expressiva que mesmo em reuniões médicas, nas quais vigora a hegemonia do poder médico, a coordenadora de enfermagem se faz presente enquanto detentora do saber sobre a gestão qualidade, a fim de repassar informações relevantes, circunstância conveniente para todos. Segundo Foucault (2003), existe uma relação íntima entre o conhecimento e o poder, sendo que o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Aquele que está à margem do conhecimento se conforma por conveniência. Porém, os gestores não deveriam se omitir, vez que a “coringa” não é eterna ou facilmente substituível.

Vale discutir também a falta de envolvimento médico na acreditação hospitalar em relação aos membros da equipe multiprofissional. Os entrevistados de diferentes categorias e os próprios médicos não veem o envolvimento da sua classe na gestão da qualidade, sendo presenciado o desinteresse tanto na Unidade Berço quanto na Unidade Incubadora.

Eu sei pouco sobre isso [acreditação], porque isso passa muito pouco pelos médicos. [...] Na prática, não impacta para nós, não. Isso passa mais pelas supervisoras de enfermagem, que ficam mais por dentro do processo de acreditação [...]. (EB 2)

Na parte médica, tem pouco envolvimento dos médicos. Quase nenhum. E, geralmente, o que acontece é que quando está chegando a ONA quem vai estar de plantão no dia dá uma estudadinha. (EI 13)

A falta de visão de equipe e de compromisso da classe médica com o coletivo fica evidente nos trechos de discurso, reafirmando a prática da transferência de responsabilidade para outros profissionais, como medida cômoda e confortável para os médicos, que se limitam ao trabalho técnico. Além disso, eles já não se sentem responsáveis pelas outras atividades de gestão que exigem o processo de acreditação.

De forma equivocada, os médicos afirmam que a acreditação não impacta no seu processo de trabalho e ironizam, além de a subestimarem e de demonstrarem soberba sobre o assunto. Os médicos consideram o processo de excelência como algo insignificante, que, com uma “estudadinha”, já o assimilam. Infere-se que para essa categoria profissional uma assistência holística e integral é dever da equipe de enfermagem. Ou, para os médicos, a acreditação é apenas mais uma coisa insignificante, da qual, por dever empregatício devem participar. Em consequência, sugere-se que é conveniente aos médicos manterem a coringa, que joga em todas as posições, fazendo o trabalho recusado por outros e trazendo benefícios

ao hospital. O poder que acumula nessa posição não os incomoda, como seria em outras situações, pois traz atrelado o sentimento de conforto de se esquivarem de assumir suas funções no processo.

O ato de delegar o processo da acreditação para a equipe de enfermagem também pode ser visto como uma questão do poder legitimado do médico nos serviços de saúde. Já a subalternidade da enfermagem não é vista, por eles, como presente nas estruturas da área da saúde. Nesses depoimentos, foram encontrados também elementos que permitem identificar o hospital como um local da disciplina médica; ou seja, aquele no qual o médico não somente cura os doentes, como também controla o cotidiano dos demais profissionais, determinando o tipo de comportamento esperado (FOUCAULT, 1979).

Mezomo (2001) confirma que um dos grandes obstáculos à implementação do processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde está no envolvimento do médico. Gurgel Júnior e Vieira (2002) ressaltam que a formação médica ainda é fundamentada no modelo biomédico, que enfatiza a dimensão biológica e relegam os aspectos sociológicos, políticos e administrativos a segundo plano. Outro ponto a ser considerado é que os médicos não vêem com bons olhos a avaliação do seu trabalho na perspectiva de medir a qualidade, por se sentirem fiscalizados e terem medo de perder sua autonomia na condução clínica. Remunerados, em sua maioria, pela produção de serviços, os médicos não desejam desperdiçar o horário de trabalho com programas da qualidade, delegando, assim, essas tarefas a outros profissionais de saúde (BERWICK, 1994).

Mezomo (2001) reforça que os médicos devem entender que a qualidade também beneficia a eles, ao oferecer-lhes mais efetividade no trabalho, melhorar sua imagem e criar um ambiente adequado para suas atividades. Segundo Quinto Neto e Bittar (2004), o desinteresse dos médicos impõe a fragilidade de toda a acreditação, tendo em vista que sem o apoio deles o processo de avaliação da qualidade assistencial possui valor limitado, porque a assistência não é feita apenas por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos.

Fato é que os médicos não se engajam no processo de acreditação. O desafio dos dirigentes reside então, em descobrir maneiras de levá-los a participarem do processo. Entretanto, infere-se que a alta direção, tendo em vista seu interesse em obter maiores lucros com a acreditação, prefere envolver outras categorias profissionais mais comprometidas com a saúde e, até mesmo, com a organização que realizar grandes esforços em busca da incerta adesão médica. Voltando às metáforas anteriores, o médico deve entrar como componente para compor o esquema da “maquiagem”, sem ocupar a cor central que poderia comprometer o processo. Assim, a coringa também deve ser mantida, estimulada e “tolerada”, pois esta é

essencial para fazer com que o conjunto funcione como prescrito. Nesse jogo de interesses, não se pode perder de vista que o objetivo finalístico é o lucro, ficando a qualidade como ação intermediária que assegura aceitação, visibilidade, bons contratos e uma rede de relações de sustentação e credibilidade.

Os discursos dos sujeitos da Unidade Berço e Incubadora ainda revelam a configuração das práticas burocráticas no processo de acreditação, remetendo aos modos de produção taylorista e fordista, nos quais há uma preocupação com tempo, movimento e tarefa. Esta situação apresentada pode favorecer a ocorrência de angústia, estresse, cobrança e sobrecarga de trabalho entre os membros da equipe, além do distanciamento do paciente em prol de outras atividades de cunho apenas burocrático, invertendo o que seria qualidade da assistência.

Então, assim, é muito papel para fazer. Mal você consegue dar assistência adequada para o RN. (EI 13)

A gente tem muita coisa da parte de burocracia para dar conta. Então, se você não tiver um jogo de cintura bacana, você não consegue dar a assistência que precisa lá dentro, assistência mesmo de cuidar do seu menino, e fica só com a papelada. (EB 1)

O tempo de trabalho é considerado curto porque a parte burocrática da acreditação consome grande parte da jornada dos profissionais. A sobrecarga de trabalho advém da necessidade de atenção à burocracia, além dos afazeres comuns, enquanto a cobrança e o estresse recaem na premência pela qualidade e perfeição. A avaliação é realizada nos planejamentos e registros, e não na assistência real dispensada, pressupondo que o real está registrado e, mais grave, que há uma linearidade nas ações de saúde e que a realidade cotidiana se comporta como planejado. Nos discursos dos sujeitos, percebe-se a angústia no cotidiano e com a avaliação, como se pode ver no depoimento EB 1 “[...] você não consegue dar a assistência que precisa lá dentro, assistência mesmo de cuidar do seu menino [...] e fica só com a papelada”. Percebe-se, também, que, independente da categoria profissional, existe um paradoxo: de um lado, o entrevistado reconhece a necessidade e a importância de estar perto do paciente, oferecendo cuidado individualizado e personalizado, visão que converge com a política de humanização preconizada pela acreditação hospitalar; de outro, os sujeitos da pesquisa se veem, na prática, distanciados dos pacientes em função da burocracia. A humanização no atendimento não significa empregar todo o tempo do profissional junto ao paciente, mas sim fazer com que a convivência do profissional com o cliente seja otimizada e

personalizada. Para tanto, a acreditação, não prioriza somente o preenchimento de papeletas e relatórios, mas integra o ser humano e o cuidador, valorizando o cuidar em saúde.

Os entrevistados alertam que, à medida que se ausentam do convívio ou do diálogo com o paciente para realizar os registros, acabam por comprometer a assistência prestada. Dessa forma, a sistematização e a organização, contemplando, inclusive o preenchimento de relatórios e prontuários, são indispensáveis não apenas para melhor acompanhamento da forma de assistir ao paciente como também para qualificar o atendimento. Assim, o que deve ser revista é a necessidade de registros, que, de alguma forma, se faz impositiva nas práticas organizacionais.

As novas demandas gerenciais atreladas aos avanços tecnológicos e científicos requerem das instituições melhorias contínuas para manter a credibilidade, a qualidade e a humanização da assistência como foco de diferenciação. Nesse sentido, o significado da qualidade está atrelado à prestação de um atendimento humanizado. A humanização, sob esse efeito, abriu a oportunidade para a reflexão sobre o quão importante é o reconhecimento e a valorização do sujeito na estrutura da acreditação. Dessa forma, é mais fácil garantir o empenho dos funcionários em prol da satisfação e humanização dos clientes externos.

Sabe-se que as mudanças no mundo do trabalho influenciaram as formas de organização da produção, bem como as relações no ambiente laboral. O processo de reestruturação produtiva suscita transformações que repercutem no trabalho, nos trabalhadores e nos modelos de assistência à saúde e suas práticas (CHANLAT, 1995). Essas práticas são determinadas pela forma de organização da sociedade em cada contexto político, econômico e social. Assim, entende-se que a organização dos serviços de saúde tem como base a dinâmica social e, que, portanto, precisa estar permanentemente em construção.

No processo de trabalho, a atividade do homem opera a transformação do objeto, por meio de instrumentos de trabalho, para obter produtos ou resultados que possuem determinado fim. O processo de trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e tem especificidades, sendo hoje, majoritariamente, coletivo. Em relação à qualidade, há quem defenda que é um disfarce pós-moderno de uma forma de pensamento herdada da organização científica do trabalho. Isto é, a qualidade seria uma versão leve do taylorismo, adequada aos tempos modernos (BOJE; WINDSOR, 1995). O depoimento a seguir expressa uma forma de condição de trabalho que pode acarretar ruptura na qualidade, independente de haver acreditação.

A gente apaga incêndio o tempo todo. É essa a função do enfermeiro aqui.  
(EB 10)



A utilização da metáfora “apaga incêndio” no trecho de discurso EB 10 pode ser compreendida como uma forma de “resolver” aquilo que é problema ou de promover a mediação para que a ameaça externa, o fogo, não afete as estruturas internas e visíveis do processo de trabalho. O fogo é um risco iminente e a função do bombeiro é um papel de risco. Desse modo, parece que o enfermeiro, ao agir como “coringa” ou como “bombeiro”, está minimizando o risco e protegendo o processo. Mas não foi explicitado se o faz em nome da instituição, da saúde, da manutenção do emprego ou simplesmente pelas características da profissão. Assim, pode-se inferir que no contexto da Unidade Berço o sujeito, principalmente os enfermeiros, como apontado, preocupam-se em resolver os problemas, não em preveni-los. Tal situação contraria o quesito nível 1 (segurança) do Manual da Gestão de Qualidade (ONA, 2010), que recomenda o gerenciamento de risco a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional da UTI, notadamente com a prevenção, e não encobertando as más condutas.

Também foi possível verificar a presença do forte traço cultural e social do “jeitinho brasileiro”, com atuação diversa entre o prescrito e o real, sem que tal diferença implique punição para o infrator. O violador das regras existe em diferentes graus, nas mais diversas sociedades do mundo (MOTTA; ALCADIPANI, 1999). O jeitinho é o típico processo por meio do qual alguém atinge um dado objetivo a despeito de determinações contrárias (leis, ordens, regras etc.), sendo usado também para “driblar” determinações que, se fossem respeitadas, impossibilitariam a realização da ação pretendida. Nas narrativas a seguir, vê-se que o jeitinho auxiliou a conquista da acreditação:

Na época, a gente arruma o setor, organiza tudo, faz uma revisão de tudo que tem. Na verdade, é um mutirão para arrumar a casa [...]. A gente estava com uma ocupação altíssima, dividindo sensor entre duas crianças para ter saturação. Vai fazer isso na época da auditoria [...] jamais. (EB 10)

Vou falar aqui uma verdade: melhora muito próximo à ONA. (EI 10)

Na acreditação, tudo funciona. Eu não sei te dizer o que é, mas, assim, parece um passé de mágica. Tudo funciona. (EB 6)

Constata-se por meio dos depoimentos que os indivíduos em momentos de pressão, como no dia da auditoria, utilizam suas experiências práticas e “macetes” profissionais para contornar as dificuldades. Assim, ao mesmo tempo, esse jeitinho possibilita o funcionamento do serviço com “gambiarras”, mas também serve como impeditivo para aflorar e solucionar os problemas da Unidade, muitos já conhecidos, mas negados no cotidiano de trabalho. O discurso EB 6 apresenta a metáfora “passé de mágica”, para elucidar que tudo fica perfeito no

momento da visita da ONA. Parece que tudo foi fácil até chegar à auditoria, mas o que se deseja não é mágica, e sim criatividade, experiência, adaptação e um profundo senso de adequação ao exigido. Infere-se que o “passe de mágica” neste contexto significa alívio do entrevistado por ter ficado livre da pressão e, ao mesmo tempo admiração pelo realizado, como sujeito ativo de um processo, capaz de suplantar as dificuldades. “Passe de mágica”, “jeitinho” e “gambiarra” são, no quadro pintado, soluções imediatistas temporárias, mas que se consolidam como permanentes. É óbvio que essa não é a filosofia da acreditação, tão como a criação de um aparato usado apenas nos momentos de avaliação da ONA não parece ser adequado. A direção “fecha seus olhos” para o quadro existente, pois, conquistado e mantido o título de excelência, não há razão para tormentas.

As consequências da aplicação da acreditação de forma superficial traspõem os muros das empresas e afetam a comunidade que necessita da real excelência na prestação de serviços. Cabe a organização e a seus atores promoverem mudanças efetivas de comportamento e atitudes com o objetivo de legitimar não apenas o discurso da qualidade, mas também, a prática da qualidade (BARBOSA; SALES, 2006).

Cabe frisar que alguns sujeitos da Unidade Incubadora e Berço, mesmo contrariando os discursos apresentados anteriormente, reconhecem questões substanciais no processo de acreditação. Eles expõem a existência de pontos em que o novo sistema beneficiou a prestação de serviços hospitalares com qualidade. Foucault (2005) salienta que o discurso é o caminho de uma contradição a outra. Analisar o discurso é fazer com que “desapareçam e reapareçam as contradições, é mostrar o jogo desempenhado pelo os sujeitos; é manifestar como ele pode exprimi-los, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma aparência” (p. 171). Corroborando, Orlandi (2009, p. 15) explica que “a palavra *discurso*, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento”. Os discursos se movem em direção a outros. Nunca está só, sempre está atravessado por vozes que o antecederam e que mantêm com ele constante duelo, ora o legitimando, ora o confrontando.

Ao analisar a tendência do discurso dos sujeitos, torna-se imprescindível considerar a posição hierárquica em que eles se encontram, o contexto social em que vivem e a cultura organizacional por eles incorporada. Diante disso, pode-se perceber que os sujeitos que ocupavam posição de liderança ou aqueles que detinham o poder apresentavam o discurso predominantemente positivo da acreditação, sem haver sinais de críticas:

Na acreditação, tudo é para melhor. Nada que está relacionado à certificação é pior. (EB 13)

Fica evidente, por meio desse depoimento, a ausência de capacidade crítica em relação às práticas cotidianas, sugerindo que os líderes ocupam as estruturas, sem valorizar as impressões dos sujeitos que a vivenciam. Esse contexto gera a impressão de “regulação social” sobre “o que pode ser dito a partir de uma posição dada em uma conjuntura determinada” (MAINGUENEAU, 1997, p. 22). A afirmação da entrevistada EB 13 sugere que os líderes, por ocuparem posição de referência e poder em relação ao liderados, deveriam confirmar e limitar o seu discurso à estrutura normativa ideal da qualidade. Isso contraria os discursos dos outros profissionais, que conseguiram extrapolar o contexto formal da acreditação e expressaram críticas ao modelo de gestão.

Dentre essas questões, os entrevistados, “liderados” e “líder”, apontaram a uniformização das práticas e das condutas, ou seja, a padronização como ferramenta indispensável para a gestão da qualidade, visto que, havendo normas a serem seguidas, acredita-se que as pessoas envolvidas na ação falariam e agiriam da mesma maneira. Esse fato demonstra maior controle do processo de qualidade e maior rigor em busca de melhorias:

Tem uma série de regras e normas que você cumpre mais à risca por ser acreditado. (EB 1)

Eu acho que a questão da padronização foi o que a auditoria mais ajudou, porque a gente trabalha o tempo todo para atingir uma boa colocação, e isso influi diretamente na assistência. (EI 7)

A qualidade como ferramenta para a gente melhorar os nossos processos. Antes, eu achava que era só trabalho agregado, que era só ficar conferindo coisas, fazendo coisas, e hoje eu consigo ver que muitos processos que a gente consegue melhorar. (EI 1)

Guedes *et al.* (2005) fazem uma crítica à gestão da qualidade, que pretende interiorizar nos trabalhadores métodos e conceitos uniformes, por meio de prática prescritas, desconsiderando o trabalho real, além de gerar mecanização das atividades. Essa situação pode ser confirmada no depoimento abaixo.

A acreditação torna-se algo mecânico. (EI 10)

De outro lado, na visão dos profissionais, as normas e regras colocadas pela padronização fazem parte de um ganho para a instituição e para os usuários que nela confiam como garantia da melhoria contínua e da qualidade da assistência. Ainda, em relação à qualidade da acreditação, os profissionais percebem que o processo interfere na assistência de qualidade ao paciente, propiciando menor risco de erros nos procedimentos e nas práticas, ou seja, gerando excelência. Além disso, espera-se que com o título ocorra menor número de

eventos adversos e gere a redução no tempo de permanência hospitalar do enfermo, o que trará impactos no cuidado mais qualificado e seguro:

Eu acho que aqui a gente tem dados concretos. Eu sei exatamente quantas crianças extubam acidentalmente, em que condições [...] eu sei as crianças que têm infecção aqui, eu percebo nitidamente a queda da incidência de infecção hospitalar. Eu sei o que foi implantado para chegar nisso. (EI 15)

Com a acreditação, as pessoas ficaram mais comprometidas com o material, com o paciente e com a segurança. Isso tudo ficou muito melhor. (EB 6)

Por uma óptica mais crítica da qualidade, Sewell e Wilkinsor (1992) advertem que a padronização e a uniformização podem ser compreendidas como “controle burocrático moderno” para referir nos amplos e sutis sistemas de controle adotados pelas organizações, fazendo uma analogia do sistema de qualidade ao sistema produtivo taylorita/fordista. A diferença é que neste último o controle era exercido pelo supervisor e na acreditação ele é concebido por um conjunto de regras e normas de procedimentos que devem ser seguidos por todos os membros da organização, a fim de garantir a padronização. Machado (1994) acrescenta que a gestão da qualidade tenta substituir métodos empíricos de padronizações, objetivando oferecer elementos de controle, previsibilidade do trabalho e a mecanização das atividades, buscando rotinas que inibem a autonomia e a iniciativa do trabalhador. De maneira implícita, o entrevistado reconhece esse controle:

Antes de começar a primeira auditoria, a gente já trabalhava com protocolos. Mas agora a gente se preparou melhor, padronizou as coisas de forma mais específica, com a elaboração dos protocolos [...] A gente tenta fazer a padronização dentro das regras que são estabelecidas pelos auditores. (EB 8)

O trecho acima demonstra um equívoco da entrevistada EB 8 quando sugere que as regras são estabelecidas pelos auditores. Em verdade, eles apenas checam os critérios que foram propostos e elaborados pelo o Manual da Acreditação. Dessa forma, fica o entendimento equivocado de que o processo de gestão da qualidade é conduzido para “agradar” os auditores, em verdade, foca, ou deveria, exclusivamente os clientes internos (funcionários) e os clientes externos (pacientes e familiares). Dejours (2004) aponta o paradoxo entre objetividade e subjetividade quanto ao sistema de gestão da qualidade que se preocupa mais com o controle do processo do que com a capacidade de medir indicadores e resultados, esquecendo o caráter subjetivo dos indivíduos nas organizações.

Ressalta-se que o propósito deste estudo não foi desaconselhar o uso da estrutura normativa ou mostrar o sistema da qualidade como indesejável para a organização. Foi, sim, de apresentar uma reflexão acerca das práticas discursivas da acreditação hospitalar nas

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, as quais nem sempre condizem com a teoria difundida pela gestão da qualidade, evidenciando, dessa forma, a utilização indevida do sistema da excelência.

Ficou evidenciado que a acreditação hospitalar, por representar um processo complexo e subjetivo, exige desde adequações estruturais até um forte e consciente comprometimento dos profissionais de saúde e dos diretores que compõem o quadro organizacional da empresa, principalmente para a continuidade do sistema de qualidade e sua melhoria contínua.

São inquestionáveis os benefícios da acreditação na segurança do paciente, na organização e padronização de condutas e no incentivo de melhoria contínua do atendimento. Porém, o que se observa é a necessidade de promover a reestruturação dos processos de trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, por meios de estratégias e ferramentas de gestão. Além disso, torna-se necessária a valorização dos trabalhadores da equipe, a fim de preencher a lacuna entre o prescrito no Manual de Acreditação e o real oferecido pela equipe multiprofissional. Nesse foco, serão apresentadas as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para a consolidação dos princípios da acreditação hospitalar e o alcance da qualidade assistencial.

#### **4.2 Estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a busca e manutenção da acreditação em excelência**

A acreditação hospitalar surge como um marco importante para a área de saúde, que busca aprimorar a qualidade de seus serviços. O momento atual convoca mudanças, o rompimento barreiras, e a inovação, criação e percepção do quão fundamental se mostra conhecer as estratégias da equipe multiprofissional para o alcance da qualidade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Conhecer a história, a evolução e o funcionamento do hospital permite delinear o cenário em que se desenvolvem as práticas discursivas dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação.

A partir do discurso dos sujeitos, foi possível entender a maneira como os profissionais de cada Unidade de Terapia Intensiva se organizaram e se planejaram para alcançar e manter o título de acreditação. Vale dizer que o percurso de cada hospital para a consolidação dos princípios da gestão da qualidade na assistência multiprofissional foi trilhado de forma distinta pelas duas instituições. Dessa forma, fatores intervenientes diversos e/ou semelhantes foram encontrados nos processos de trabalho das equipes Berço e Incubadora.

A trajetória inicial de cada unidade em busca do título em excelência foi exposta por meio de narrativa. Ressalta-se certa limitação na descrição do processo inicial da conquista, pois muitos funcionários antigos na empresa não trabalham mais nas Unidades Berço e Incubadora.

#### **4.2.1 A trajetória da Unidade Incubadora em busca da acreditação**

A Unidade Incubadora iniciou o planejamento da gestão da qualidade antes de sua inauguração e, portanto, do funcionamento do hospital. Como ponto de partida, as reuniões para o delineamento da implementação da acreditação começaram na alta direção, com a assessoria de profissionais com larga experiência nesse processo, a fim de definir as metas, os objetivos e a formulação do planejamento estratégico. Frisa-se que o modelo a ser inaugurado na unidade Incubadora serviria de paradigma para toda a rede da qual faz parte. Ultrapassados os debates e definida a trajetória da implementação, foi contratado um grupo de enfermeiros representantes do Bloco cirúrgico, da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Ambulatório e da Internação, que seriam os multiplicadores da qualidade para o restante dos profissionais a serem selecionados. Depois de treinados e capacitados, tais enfermeiros começaram a construir rotinas, POP e definir processos de trabalho que seriam utilizados nos setores. Em dois meses, foram contratados os técnicos de enfermagem do plantão diurno e noturno e os médicos, os quais iniciaram os treinamentos quanto ao prontuário eletrônico, questões da qualidade e procedimentos operacionais padrão, ainda com o prédio em reforma (atendimento ao público, portanto, não iniciado). Os profissionais de enfermagem relatam que esse período foi de suma importância para os treinamentos iniciais sobre gestão da qualidade e sensibilização dos funcionários para a mudança de comportamento e hábitos.

O hospital foi inaugurado em 2004, quando foram iniciados os primeiros atendimentos. Os funcionários narraram a ansiedade pelo início de suas atividades, mas, ao mesmo tempo, que encontravam-se confiantes diante do conhecimento prévio acerca das ferramentas de gestão da qualidade. Entretanto, mesmo com o treinamento prévio, mostrou-se inevitável o aparecimento de vários fatores intervenientes relacionados à Unidade de Terapia Intensiva neonatal, tais como: problemas no prontuário eletrônico, não conformidades em relação ao lactário, rouparia, ausência de comunicação e interação entre a equipe multiprofissional, falta de material e etc. A partir dessas constatações, os funcionários fizeram várias adaptações no processo de trabalho, a fim de garantir a prestação de serviço de qualidade.

Semanalmente, os líderes participavam das reuniões com a alta gerência, quando lhes eram apresentados os indicadores e os planos de ações corretivas e preventivas das unidades, além de serem discutidos os novos passos a serem tomados. Essas informações eram repassadas para os liderados em forma de “*brainstorm*”, ou “tempestade de ideias”, uma técnica de auxílio na criação de detalhamento de ideias sobre um determinado assunto sem inibições e em um determinado período de tempo. Normalmente a sessão é feita com 10 participantes, em que cada um, expressa suas ideias e soluções até que se esgotem as possibilidades de solução do problema. No final da sessão é necessário efetuar as escolhas, retirando aquelas que não se adaptam aos objetivos, às capacidades financeiras e técnicas ou ao formato administrativo da organização. Um trabalho eficaz depende da participação efetiva de todos e da liberdade de cada um de expressar com clareza suas ideias. Assim a técnica de brainstorming permite a obtenção de linhas de pensamento convergentes, a identificação de problemas e o levantamento das causas prováveis (COUTO; PEDROSA, 2007; LOBO, 2010). Nesse aspecto, evoluiu bem a unidade incubadora.

Os colaboradores descreveram que o dia da auditoria externa foi muito estressante e angustiante para a equipe. A primeira auditoria ocorreu após dois anos da inauguração da Unidade Incubadora. Até aquele momento eles não haviam passado por avaliações dessa natureza, o que gerou natural receio. Afinal, incertas seriam as demandas dos auditores. Ao final da auditoria, a equipe comemorou muito o resultado: acreditados em excelência. Os relatos desses funcionários demonstram um “dever cumprido”, um “alívio” diante da conquista.

Os entrevistados afirmaram, em contrapartida, a ruptura da atenção destinada à qualidade no decorrer do tempo, principalmente, após a primeira auditoria, pois uma segunda avaliação ocorreria somente dali um ano. Próximo das reavaliações, tentaram os profissionais “tirar o atraso” daquilo que foi negligenciado no cotidiano de trabalho no longo lapso temporal. Não bastando, os sujeitos acrescentaram que as outras auditorias foram menos valorizadas em relação às duas primeiras, visto o depoimento de EI 3:

O primeiro título foi muito difícil e depois ficou fácil demais” [...]. Olha antigamente eu acreditava nisso, depois fui ver que isso era mentira. [...] Hoje em dia, do jeito que o setor está assim.. [ruim], a auditoria chega e o hospital é acreditado em nível 3. (EI 3)

Eu batalhei muito pelo serviço. Hoje em dia, eu venho aqui, dou o meu plantão e vou embora. [...] deixamos de querer investir, eu acho que a qualidade só vai caindo. [...] Troco meu plantão no dia da auditoria. (EI 13)

Os entrevistados EI 3 e EI 13 expressaram que no decorrer do processo receber o título de acreditação ficou mais fácil. Ainda, enfatizaram a desmotivação dos profissionais em relação às avaliações externas subsequentes, acarretando a falta de investimento em relação à prestação de serviço de qualidade aos pacientes e ao empenho em trocar de plantão para não participar da avaliação. O sujeito EI 3 advertiu que a acreditação pode ser uma mentira, que, de acordo como o dicionário Aurélio significa afirmações falsas, ditas por alguém que sabe ou suspeita de tal falsidade e, na maioria das vezes, espera que seus ouvintes acreditem nos dizeres. Dessa forma, o funcionário induz que a forma como acreditação foi conduzida é traduzida em falsidade, esperando que os usuários e os próprios profissionais acreditem na metodologia de gestão.

Extraíu-se ainda, dos referidos depoimentos que os dois anos iniciais foram um “divisor de águas” entre a aquisição do título e o enfraquecimento da gestão da qualidade como uma ferramenta para a melhoria dos resultados. O discurso EI 13 apresenta um alerta para a equipe de dirigentes de que os profissionais não conseguem mais reconhecer a filosofia da acreditação na prática assistencial, deixando implícito que o modismo do título apenas não é suficiente e muito menos traduz a qualidade necessária e desejada na prestação de serviços de saúde. Esses entrevistados EI 3 e EI 13 ressaltaram que independente da categoria do profissional, a acreditação foi vista inicialmente de uma forma séria, compromissada com a proposta do programa da qualidade, porém posteriormente o discurso da gestão da qualidade perdeu a legitimidade, dando espaço à descrença e à desvalorização por parte daqueles que deveriam exercê-la no seu cotidiano de trabalho.

O entrevistado EI 3 deixa explícito que o certificado pode ser comprado, mostrando a vulnerabilidade que a acreditação hospitalar representa na visão dos profissionais de saúde.

O dinheiro compra muita coisa na vida, inclusive títulos [...] o título veio por mérito nos dois primeiros anos, com certeza. Depois, não veio mais. (EI 3)

Em síntese, percebe-se que em um primeiro momento houve empenho e engajamento dos profissionais da Unidade Incubadora para a conquista da acreditação. Com o passar do tempo, a falta de legitimação do processo abrandou o ideal de excelência, deflagrando cogitações de que, atualmente, o título será recebido não obstante a qualidade da prestação de serviços. Então, o certificado da ONA pode ser mais uma estratégia de garantia da sustentabilidade empresarial e de lucro, deixando a concreta qualidade assistencial em segundo plano. Sugere-se, mais uma vez, que as práticas da gestão da qualidade precisam ser aprimoradas e reestruturadas, levando em consideração principalmente os discursos daqueles



sujeitos que a vivenciam a fim preencher a lacuna entre o real e o prescrito. Enquanto não houver realmente a incorporação e a sensibilização dos funcionários e dos gestores sobre o que é realmente a política da gestão da qualidade, possivelmente, esse processo está fadado ao insucesso. Pior, direciona-se à depreciação, ao desencantamento, se já não ocorrente, pelos profissionais de saúde nele envolvidos.

#### **4.2.2 A trajetória da Unidade Berço para a conquista da acreditação**

A Unidade Berço iniciou seu planejamento na gestão da qualidade após 15 anos da regular prestação de serviços hospitalares. As reuniões com esse propósito começaram na alta direção, sob a orientação de um grupo de profissionais habilitados na gestão da qualidade, a fim também de definir metas, objetivos e prazos e formular o planejamento estratégico dessa instituição hospitalar, que seria a primeira em Belo Horizonte a ser acreditada pela Organização Nacional de Acreditação.

Posteriormente, representantes dos setores foram comunicados sobre a ocorrência da gestão da qualidade, como pode ser visto no depoimento EB 13, bem como capacitados para serem multiplicadores do projeto para o restante dos profissionais de saúde, por meio de cursos e reuniões administrativas.

Nós fomos comunicados através da diretoria que o hospital começaria a ser certificado. (EB 13)

Como explicitado no trecho do discurso, a comunicação sobre a implantação da acreditação foi imposta verticalmente na cadeia de comando, restando aos subordinados o cumprimento da exigência. Nota-se que essa decisão não foi sequer discutida entre os subordinados e gestores quanto a sua viabilidade ou ao cumprimento de prazos. Da mesma forma, o comunicado da implementação da gestão de excelência foi repassado pelos representantes dos setores a seus liderados, por meio de reuniões administrativas, na tentativa de sensibilizar os sujeitos que operacionalizariam a gestão da qualidade no dia a dia. Kerfoot e Knights (1995) argumentam que o processo de implementação de mudanças que conta com a imposição vertical, em que os diretores definem a missão, os objetivos e estratégias, cabendo aos subalternos apenas seguirem com precisão os padrões, inibe o necessário espaço para uma participação criativa/contributiva dos trabalhadores.

Os entrevistados ressaltaram que no início do processo a preparação e a organização dessa estratégia ficaram exclusivamente nas mãos dos coordenadores e da alta gerência. Os

funcionários operacionais se engajaram na caminhada pelo título com muitas decisões já tomadas pelo grupo de coordenadores e dirigentes, inclusive com a previsão do período de um ano para que o hospital fosse acreditado em excelência. Isto é, em um ano os funcionários deveriam se adequar às novas condutas e normas e se imbuírem do conhecimento sobre a estrutura do Manual da Acreditação, deixando para trás hábitos adquiridos ao longo dos 15 anos de funcionamento. Fora impactante aos funcionários, indubitavelmente. Salienta-se que o prazo de um ano é bastante exíguo para a perda das praxes e, ao mesmo, a assimilação de uma nova filosofia em que os profissionais e gestores captem a cultura da qualidade e se engajem efetivamente ao processo. Além do mais, os sujeitos relataram que a busca pela acreditação foi árdua. Todavia, o respaldo outorgado pela instituição minorou os efeitos drásticos da nova cultura:

Eu acho que o processo de implantação não foi fácil. Foi um processo bastante difícil. Mas a gente teve muito respaldo da instituição, com profissionais qualificados para nos orientar. (EB 7).

Frisa-se que na observação em campo e por meio da análise dos discursos, o apoio e o respaldo da instituição só foram visualizados nas falas dos coordenadores e dos líderes de equipe, inferindo-se então, que o restante da equipe não teve o mesmo auxílio.

O repasse de informações e a sensibilização dos funcionários quanto à nova estratégia de trabalho, agora muito mais “documentada” e “padronizada”, foram apontados pelos coordenadores como as maiores dificuldades apresentadas. O depoimento abaixo revela que o processo, na visão da coordenação, tinha inicialmente, o teor de punição, mas com o passar das auditorias essa impressão foi alterada:

Esse processo era visto sim, como uma forma punitiva. Mas hoje as pessoas amadureceram, porque há anos que o hospital todo ano é certificado ou recertificado. (EB 7)

O depoimento EB 7 pode sugerir que o processo deixou de ser algo punitivo na visão do funcionário por dois motivos: primeiro, é que realmente, as pessoas amadureceram e incorporaram a filosofia da acreditação; e o segundo o hospital, habitualmente, passou a receber o título e os funcionários não precisariam ser punidos, já que o título é um resultado certo todo ano.

Outro ponto dificultador, de acordo com a equipe da Unidade Berço, foi a transmissão de informações às equipes com o corpo clínico aberto, como os médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, ao contrário da enfermagem, que tem uma regularidade na

escala da equipe, restando, assim, para essa classe facilitada a marcação de treinamentos e reuniões.

Os profissionais narraram que, não obstante as dificuldades enfrentadas no prazo de um ano, a Unidade Berço alcançou a acreditação em excelência em 2004, como previsto. Entretanto, entre as reavaliações anuais ocorridas, observou-se a descontinuidade do compromisso consoante a gestão da qualidade, notadamente, porque os treinamentos foram intensificados apenas antes das auditorias, como pode ser visualizado no depoimento abaixo.

Quando tem as auditorias, fica todo mundo mais atento ao que está acontecendo, entende, um pouco mais. Mas quando passa a auditoria, aí não tem tanto envolvimento. (EB 5)

Quando vai ter época da auditoria, vira um verdadeiro corre-corre. [...] no dia da auditoria as pessoas chegam seis horas da manhã para arrumar isso ou aquilo. (EB 3)

Os discursos EB 5 e EB 3 corroboram com os demais depoimentos de profissionais desta Unidade, ao afirmarem que, na prática, a gestão da qualidade não foi visualizada de forma contínua na assistência prestada aos pacientes, visto que a “arrumação”, que se traduz em empenho pontual e momentâneo, se dava tão somente às vésperas da auditoria. O depoimento EB 3 frisa ainda a necessidade de mudança no horário de trabalho dos profissionais que precisam chegar seis horas da manhã, para garantir a “arrumação” do setor. Que qualidade é essa que necessita “arrumar a casa” em uma data pontual para a visita do auditor? Infere-se, assim, que se o avaliador chegasse de surpresa nesse serviço fora dos dias de auditoria iria deparar com um cenário desorganizado, inseguro para o atendimento de crianças gravemente enfermas.

Diante desse panorama, constata-se a ruptura da prestação de serviços de qualidade após a época das auditorias. Por meio da análise da trajetória e dos depoimentos dos sujeitos da Unidade Berço, ressaltam-se os esforços para a obtenção do título de acreditação em excelência. Porém, os profissionais não atribuíram a devida importância aos ciclos de melhorias ou com relação à continuidade dos processos de trabalho de forma segura e qualificada. Dessa forma, na Unidade Berço a acreditação se apresentou como fim, e não como meio para gerar eficiência de atendimento. Afinal, para essa equipe, a acreditação é sinônimo de “corre-corre” e “arrumação”. Sugere-se, assim, que as práticas da gestão da qualidade nesta Unidade sejam mais bem utilizadas e impregnadas no cotidiano de trabalho, se não, constituirão apenas mais um título da unidade berço.

### 4.3 Utilização das ferramentas de gestão de qualidade nas unidades berço e incubadora

Os relatos dos entrevistados demonstraram a presença de estratégias e de ferramentas de gestão utilizadas pelos profissionais de saúde nas Unidades Berço e Incubadora, visando garantir a conquista e a manutenção da acreditação hospitalar.

Os sujeitos de ambas as Unidades sinalizaram o trabalho em equipe interdisciplinar e o envolvimento do grupo como fatores essenciais à conquista do título. De acordo com os entrevistados, o sucesso da acreditação depende do trabalho em conjunto e das parcerias entre as categorias profissionais para que haja assistência mais integral e de qualidade.

A equipe inteira precisa estar empenhada para poder seguir protocolos, para melhorar o atendimento. [...] a acreditação só vem pelo empenho de todos. (EI 14)

Se gente não trabalhar em equipe, não adianta. O trabalho na acreditação precisa ser interdisciplinar. (EB 7)

Pires (1999) afirma que a influência do modelo fragmentado de organização do trabalho no qual cada profissional realiza parte do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde de melhor qualidade, na perspectiva tanto daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. Considerando-se a realidade da acreditação hospitalar que preconiza o seguimento de padrões mínimos aceitáveis nas Unidades de Terapia Intensiva neonatal, é ilógico conceber que esse trabalho possa ser desenvolvido por apenas uma categoria profissional, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única disciplina. Portanto, tem-se defendido que o trabalho em saúde com qualidade deve envolver práticas inter e transdisciplinares, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde no decorrer da internação dos pacientes.

A perspectiva do trabalho interdisciplinar pode possibilitar uma prática mais integradora e articulada, no que diz respeito tanto à compreensão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho (MATOS, 2002). Para Puccini e Cecílio (2004), a participação de todos os profissionais é imprescindível para o sucesso da “gestão da qualidade”, pois o alto desempenho da instituição depende do compromisso e da colaboração dos envolvidos no processo. Nesse foco, Nogueira (2001, p. 40-41) ressalta que o “trabalho em equipe permite maior rentabilidade às atividades humanas,

superando as ações fragmentadas e buscando uma visão da globalidade, atributo dos fenômenos e dos fatos sociais”.

O trabalho em equipe pressupõe também fluidez e troca das informações, envolvendo indistintamente, a todos, independente da função que exerçam, além de favorecer o surgimento do pensamento crítico, de soluções e de ideias inovadoras. Segundo Mezomo (2001), a informação que chega a todos os profissionais cria um ambiente de integração e de participação, o que reforça o processo de melhoria da qualidade na organização. Os discursos a seguir ilustram o pensamento descrito e ressaltam que a facilidade na disseminação das ações acarreta descentralização das funções, contribuindo para o maior envolvimento dos profissionais em relação aos objetivos da empresa:

As pessoas são treinadas e capacitadas pra estarem todas falando uma mesma linguagem pra uma acreditação, para uma melhoria, pra um aprendizado diário. (EI 12)

Eu vejo que aqui ele acontece de maneira altamente sintonizada na equipe e sempre com o objetivo de alinhar processos, para que a gente sempre atinja as metas esperadas, as metas impostas. (EI 7)

Nesse contexto, a comunicação efetiva foi uma estratégia importante apontada pelos profissionais da Unidade Incubadora para o sucesso da acreditação. Eles afirmaram que as informações precisam chegar a todos de maneira uniforme e completa, mas que isso é um desafio diário nessa Unidade em questão. Em contrapartida, infere-se que esse processo gerou a padronização ou o enquadramento das falas dos sujeitos, o que as tornaram acrílicas e sem subjetividade.

Foi possível constatar e perceber nas falas dos sujeitos a realização de reuniões entre as lideranças para o repasse de informações em ambos os cenários. Porém, houve certa limitação quanto ao repasse de dados para o restante da equipe de forma sistemática.

A gente faz uma reunião das lideranças, coordenação médica, enfermagem, fisioterapia e fonoaudióloga, mais ou menos, uma por mês, para a gente discutir a nossa prática, a coleta de dados e indicadores. (EI 1)

As informações precisam chegar até a gente para manter o padrão de qualidade [...]. (EI 2)

Deduz-se, por meio dos depoimentos, que o conhecimento sobre as informações do sistema é importante para as lideranças em detrimento dos outros profissionais que lidam diretamente com os pacientes e acompanhantes. Essa consolidação do saber é um contrasenso, eis que, na medida em que os profissionais diretamente ligados aos pacientes desconhecem as ações em prol da qualidade, não conseguem repassá-las na prática. A partir

desses depoimentos, compreende-se a necessidade de as organizações desenvolverem a cultura do compartilhamento do conhecimento, incentivando, apoiando e recompensando os membros da organização para que sempre comunguem aquilo que sabem, trocando experiências e dialogando, a fim de alcançar caminhos mais promissores no alcance dos objetivos propostos.

Outra estratégia importante ressaltada pelos profissionais de saúde das Unidades Berço e Incubadora foi a necessidade de promover treinamentos contínuos para a busca de avanços, visto que a gestão da qualidade não se apresenta de forma estática. Ao reverso, ela busca, incansavelmente, a excelência, por meio do ciclo de melhorias. Nessa perspectiva, Nascimento, Leitão e Vargens (2006) salientam que o sistema organizacional de saúde deve propiciar o suporte necessário para qualificar os funcionários para melhor desenvolver suas práticas, beneficiando o hospital e a clientela. Desse modo, é fundamental que o profissional veja a necessidade de se aperfeiçoar a cada dia, visando oferecer não só um trabalho de qualidade, mas também propiciar aprimoramento para si mesmo, para o hospital e para os pacientes.

Os treinamentos fazem com que a acreditação passe cada vez melhor cada ano. Acho os treinamentos muito importantes. (EI 2)

Os treinamentos que vêm tendo são mais freqüentes. A equipe fica mais treinada e pensando todo mundo igual. (EB 2)

O depoimento EB 2 revela um ponto conflituoso sobre treinamentos, na medida em que propõe que todos pensem da mesma maneira. A intenção dessa ferramenta é uniformizar condutas a partir de discussões de diferentes ideias ou de trabalhos baseados em evidências. Jamais abafar os pensamentos ou as percepções arraigados nos profissionais em decorrências de suas vivências. Mais uma vez, fica implícita a tentativa de neutralizar a voz do sujeito executor.

Retomando a necessidade de alcançar melhoria progressiva e constante, verificou-se que os sujeitos da pesquisa reforçaram a importância da manutenção contínua dos processos de trabalho voltados à garantia da qualidade. Segundo Lima e Erdmann (2006), é importante salientar que, para proporcionar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, devem-se aperfeiçoar e incrementar os programas de educação continuada, a fim de gerar conhecimento e reflexão sobre esse assunto. Ginsburg *et al.* (2005) ressaltam que o treinamento constante dos funcionários permite mudar o comportamento e as atitudes em relação aos métodos de trabalho, implicando investimento no desenvolvimento de recursos humanos, para que as pessoas se tornem competentes e empenhadas.

Na visão dos profissionais, é preferível manter aceso o processo de aperfeiçoamento durante todo o ano a concentrar esforços apenas em determinado momento, próximo da auditoria. Os discursos a seguir retratam esse pensamento:

Todo mundo tem que abrir os horizontes para fazer com que o processo todo não ocorra só na época da ONA, mas ocorra como um todo no dia a dia, nos 365 dias. (EB 6)

[...] melhorando todos os dias, numa coisa aqui, uma coisa ali, para chegar a época da acreditação, a gente não ter nenhum corre-corre, nenhum desespero, atropelamento de nada. (EI 2)

O depoimento EB 6 ressalta que o processo de acreditação não deve ser fragmentado, haja vista ser premente sua progressividade em busca de melhoria contínua, independente de o dia ser próximo da auditoria. Diga-se, treinamentos não deveriam ser realizados, como o são, apenas às vésperas das auditorias. Corroborando com a ideia, o entrevistado da unidade incubadora EI 2 afirmou que se a melhoria fosse constante não precisaria de correria ou atropelamentos. Ressalta-se que a metáfora “atropelamento” expressa perfeitamente a relação do sujeito contemporâneo com o tempo. Não por acaso a palavra já foi incorporada ao uso cotidiano da linguagem para expressar os efeitos da pressa sobre a subjetividade. A velocidade da vida moderna não permite parar para ver o que tem sido atropelado, donde os fatos se tornam passageiros, irrelevantes e supérfluos. Com isso, infere-se que pensar de forma crítica sobre o processo de acreditação, ou melhor, nas estratégias de melhorias propostas por ele, é irrelevante para os profissionais de saúde, que estão mais preocupados em mostrar uma aparência, por vezes irreal, a gerar mudanças efetivas nas práticas assistenciais.

Administrar as organizações de saúde requer dos profissionais competências específicas, que são traduzidas em seus conhecimentos, habilidades e atitudes, uma vez que determinam a capacidade de analisar uma situação, apresentar soluções e resolver os problemas, promovendo inovação e competitividade das instituições (MAXIMIANO, 1997). Com esse propósito, o gerenciamento para a qualidade adota as técnicas de resolução de problemas conhecidas como “ferramentas da qualidade”, as quais possuem uma notável aplicação na identificação, diagnóstico e análise de problemas, propondo soluções para os problemas encontrados e medição das melhorias alcançadas (COUTO; PEDROSA, 2007).

O uso das ferramentas para a gestão da qualidade não deve ser vinculado apenas ao cargo de gerência ou liderança; deve fazer parte do dia a dia dos funcionários para subsidiar suas atividades em prol do comprometimento com o aperfeiçoamento dos resultados. As ferramentas gerenciais focadas em seus conceitos de melhoria contínua, eficiência e eficácia,

e no aprendizado organizacional visam assegurar o diferencial competitivo e vantagens estratégicas de posicionamento diante da concorrência de mercado (CARREIRA *et al.*, 2009).

As ferramentas são inúmeras e devem ser apropriadas ao problema que se quer resolver, exigindo rapidez na solução de problemas prementes, na busca pela efetividade, com vista a alcançar a superação de conflitos e a sobrevivência das organizações.

A abordagem por processos ou gestão por processos, como é conhecida atualmente, foi apontada pelos sujeitos de ambas as Unidades como uma metodologia para avaliação, análise e avanço do desempenho de técnicas que pode ser definida como um conjunto de operações sucessivas e ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido ou um resultado de valor para o consumidor. Ademais, a gestão por processos visa desenvolver esforços dentro das organizações para que os departamentos funcionem como um todo, de forma que cada parte dessa estrutura organizacional passe a analisar os impactos que seu desempenho está causando nas demais partes da empresa. Os processos se organizam de forma hierárquica, representando o nível de detalhamento das operações, tais como: **macroprocesso** (um processo que envolve mais que uma função na estrutura organizacional e sua operação tem impacto significativo nas organizações); **processo** (conjunto de atividades sequenciais e conectadas, relacionadas e lógica); **subprocesso** (realiza um objetivo específico em apoio ao macroprocesso); **atividades** (ações que ocorrem dentro do processo ou subprocesso); e, a **tarefa** (parte específica do trabalho, considerada com microenfoque do processo) (COUTO; PEDROSA, 2007; VILLELA, 2000).

[...] Todos os processos são mapeados, então tudo que a gente faz é descrito e qual que seja a atividade potencial de risco para aquele processo, a gente tem uma ação. (EI 1)

[...] é como se fosse uma radiografia, fotografia do serviço que você tem controle do que é melhor para o paciente [...] nem sempre você chega em uma linha reta, mas você tem condições de enxergar seus problemas, seus pontos fortes e fracos [...] é uma visão global da unidade. (EI 15)

O depoimento EI 15 traça uma comparação entre a radiografia e a gestão de processo. A radiologia corresponde à área da medicina que utiliza raios-x para a realização de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. Por sua vez, a gestão de processo visa ao diagnóstico das atividades executadas, previne erros e trata os possíveis problemas detectados, além de buscar novas formas de pensar e olhar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde. O sujeito ainda enfatiza que nessa busca pelo alcance de melhorias é possível enxergar as fragilidades e potencialidades dos processos de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



A realização do processo prevê a necessidade de outros processos, da área de infraestrutura, aumentando a quantidade de técnicas realizadas. Cada área, ou subárea, pode ser interpretada como um sistema, com seus fornecedores, clientes e seus receptivos produtos. Diante da diversidade de clientes, fornecedores, processos, produtos e da complexidade das atividades médicos-hospitalares, o gerenciamento dos procedimentos se torna essencial para garantir a implementação definitiva de um sistema de gestão pela qualidade, proporcionando resultados eficazes e eficientes (COUTO; PEDROSA, 2007).

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ, 2007), esse tipo de gestão requer uma visão sistêmica, pois sem ela é impossível perceber como o todo significa muito mais do que a simples soma das partes. A abordagem sistêmica dentro de uma organização faz com que o foco de sua gestão esteja voltado não só para o seu ambiente interno, mas para o externo também, ou seja, busca a sinergia entre as partes para que os objetivos planejados sejam alcançados.

Por meio desse pensamento sistêmico, é possível romper as barreiras funcionais e administrar as interconexões, permitindo, assim, visualizar os impactos que cada decisão tomada pode gerar na organização como um todo (CHIAVENATO, 2006).

Para que a gestão de processos ocorra de maneira eficiente, é necessário que os gestores e os executores sejam pensadores enquanto projetam seu trabalho, inspecionem seus resultados e redesenhem seus sistemas de trabalho, a fim de alcançarem melhores resultados. Ao mesmo tempo, os executores são responsáveis por atenderem às necessidades dos pacientes, reduzindo tempo e custos e aprimorando a consistência dos resultados (COUTO; PEDROSA, 2007).

Neste contexto da abordagem de processo, a gestão de risco foi considerada uma das mais importantes no que diz respeito à segurança do paciente, ao rastreamento de ações e procedimentos e à consistência de monitoramento, além da prevenção de eventos adversos, tudo isso em busca de uma assistência mais qualificada.

O gerenciamento de risco é individualizado para cada paciente. Você vê o que ele tem e quais são os riscos inerentes à internação naquele momento. (EI 17)

A gente tem comunicação de eventos de fármaco-vigilância [...] Todo mundo participa e preocupa com a melhor forma de prevenir aquele evento e resolver aquele evento. (EI 15)

Esses depoimentos confirmam a importância do uso da ferramenta de prevenção de risco como instrumento chave na busca da segurança do paciente internado, principalmente no

que se refere à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cujos clientes, por serem altamente frágeis e necessitarem de procedimentos invasivos e complexos, estão mais suscetíveis a iatrogênias. Nesse quadro, a realidade da filosofia da prevenção de erros deve ser incorporada a todas as práticas e etapas do serviço, englobando a tecnovigilância, a farmacovigilância, o controle de infecção hospitalar, a gestão de resíduos e a hemovigilância (FELDMAN, 2009).

A gestão do risco envolve um conjunto diversificado de atitudes e ações. Desde aquelas que se relacionam com os riscos dos negócios, produtos e mercados, até aquelas que dizem respeito aos entraves dos processos de gestão, da atividade operacional da empresa, dos recursos humanos, das instalações, dos sistemas e tecnologias de informação e dos riscos financeiros e, principalmente, assistenciais. No entanto, essa gestão deve estar integrada e unificada, pois a decisão de uma determinada área poderá influenciar ou impactar a sequência operacional nas demais, mormente quanto à redução dos seus riscos (AZEVEDO, 2005). Feldman (2009) ressalta que a gestão de risco é aplicação sistêmica e contínua de política, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e de eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Os princípios de um sistema seguro consistem em: prevenção - prevenir a ocorrência do erro; detecção - melhoria dos métodos de identificação dos erros, não deve ser a primeira estratégia; e alívio previne que o erro cause dano e diminui a severidade do dano (FELDMAN, 2009).

A aplicação dos escores constitui-se também em um instrumento valioso para o gerenciamento de risco, na medida em que disponibiliza dados das condições do paciente, os quais vão auxiliar no processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos, qualidade de assistência, monitorização da produtividade e processo orçamentário.

No planejamento do risco, Feldman (2009) apresenta quatro principais eixos de risco. O primeiro assistencial/ocupacional é proveniente das situações que envolvem a dinâmica dos cuidados durante a internação; o segundo diz respeito ao risco profissional, oriundo das ações e procedimentos realizados diretamente no paciente, pelo profissional da conduta e tomada de decisão; o terceiro fator relaciona-se ao risco ambiental/resíduos que são eventos gerados por ambientes físicos, químicos e biológicos ou em forma de resíduo hospitalar; e, por fim, o quarto fator é o risco institucional, decorrente de conflitos por falhas humanas e crises interpessoais em qualquer forma de relação, o que gera danos, por ações ou omissões, e, via de consequência, processos judiciais contra a organização de saúde e também em face dos profissionais envolvidos.

A gestão de risco tem por objetivo proporcionar a segurança e a qualidade dos processos e estabelecer um programa abrangente da assistência, de forma a influenciar a cultura nova no que se refere ao erro, trabalhando-o não para lançar punição, mas para gerar aprendizado. Conseqüentemente, o erro passou a ser visto em uma visão sistemática, em que o profissional é parte de um todo e o erro é apenas consequência de uma falha de processo (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Portanto, essa ferramenta torna-se essencial para gerar ações direcionadas ao melhor cuidado e segurança do paciente.

Ainda no âmbito dos depoimentos EI 15 e EI 17, deflui-se que apresentam, aparentemente, um conceito bem delimitado sobre a gestão de risco, além de tornarem-no como de fácil identificação e análise no sentido de promover a redução ou a sua eliminação. Porém, na realidade, essa utilização não é tão simples assim. Na prática, devido à complexidade das organizações de saúde, principalmente no que se refere ao caráter multifatorial das situações e dos procedimentos vivenciados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, a percepção dos riscos e a abordagem da segurança pelos profissionais de saúde tornam-se mais desafiadoras, difíceis a serem consideradas. Ademais, essa área apresenta uma situação especial, “pois as interfaces de trabalho não envolvem apenas pessoas e equipamentos, mas também as pessoas com outras pessoas, estabelecendo interações freqüentemente críticas a não rotineiras” (FELDMAN, 2009, p. 320). Com isso, a assistência na saúde não é uma área tão segura como deveria ser, necessitando de reavaliações e reestruturações frequentes nos processos de trabalho.

Os entrevistados da Unidade Incubadora reforçam que existe no setor um instrumento da gestão de risco que deveria ser usado diariamente pela equipe interdisciplinar a fim de sinalizar os possíveis eventos adversos e propor estratégias de prevenção e eliminação dos erros, mas que na prática não se aplica.

A gente discute os eventos adversos na hora da passagem de plantão. Esse é um impresso; é uma ferramenta que a gente tem dificuldade de aplicar, porque a gente tem que verificar o evento adverso, e a proposta era que na reunião clínica, com a equipe interdisciplinar, a gente identificasse a causa raiz e fizesse as intervenções para o evento. Mas como, são muitos meninos e a reunião já é muito extensa tratando só das coisas clínicas, a gente está tendo dificuldade em fazer isso funcionar. É um impresso. Como se chama mesmo? Esqueci o nome. (EI 1)

Realmente, o impresso contempla todos os requisitos necessários à implementação da gestão de risco, porém não foi legitimado no cotidiano de trabalho da equipe como enraizado à prática assistencial, culminando, pois, em lacunas no processo. No depoimento acima, a entrevistada EI 1 expressa que as “coisas clínicas” são mais importantes que discutir a gestão

de risco para os pacientes. Será que ambas não se entrelaçam? Resta implícito o equívoco dos profissionais de saúde na concepção do que é a gestão da qualidade. Aqui mais especificadamente, a gestão de risco, afastada da assistência prestada ao recém nascido crítico. Vale dizer que a equipe não entende que a gestão de risco seria uma ferramenta de melhor desempenho dos processos de trabalho, e não mais um papel a ser preenchido e armazenado para apresentar ao auditor. Ainda nesse depoimento percebe-se a amnésia do nome do impresso, sugerindo que ele não era tão importante e relevante a ponto de ser lembrado.

Nesse aspecto, é necessário despertar nos profissionais de saúde motivação, conhecimento, responsabilidade, comprometimento e consciência sobre a importância da prevenção de riscos, alertando-os para as fragilidades existentes nos processos de trabalhos e realçando as melhores práticas, desde os cuidados mais simples aos mais complexos, para que realmente, a excelência na prestação de serviços não fique adstrita ao rótulo, mas seja o objetivo real da equipe.

Em relação à Unidade Berço, a ferramenta de gestão de risco foi pouco mencionada e, quando citada, partiu apenas dos líderes setoriais. Tal situação pode ser justificada devido à centralização de funções em determinadas pessoas, o que acarreta pouco envolvimento dos liderados em relação ao uso das ferramentas de gestão da qualidade. Os sujeitos dessa Unidade apresentaram o plano de cuidados para o paciente como uma iniciativa de trabalho multidisciplinar e de sistematizar a assistência de enfermagem.

A gente tem um plano de cuidado que é colocado junto com a papeleta de cada criança, que tem validade de três em três dias. Eu acho que é uma coisa que tem que ser reformulada, porque ele é uma receitinha para o hospital todo. (EB 5)

O plano tem que ser feito pela manhã. Quando está tumultuado, vai passando até chegar em mim, que sou acadêmica da noite. As próprias técnicas vão pedindo para a gente fazer, porque elas têm que assinar. (EB 3)

A gente tem que ler o plano de cuidado devagar, porque, às vezes, têm erros nesse plano ou às vezes, faz ele primeiro, copia o resto e não tem nada a ver com o paciente no decorrer da evolução dele. No final, o plano de cuidado fica desnecessário. (EB 6)

A leitura dos depoimentos revela que o plano de cuidados realizado é um instrumento utilizado, mas não é efetivo, pois deveria ser resultado do diálogo entre as diversas categorias de profissionais da saúde sobre as reais necessidades de cada paciente e sua evolução. No entanto, passa a ser uma “receita de bolo”, utilizada indistintamente para todo o hospital, tornando-o desnecessário, na opinião dos próprios profissionais. É inaceitável seguir

prescrição de cuidados destinados ao recém nascido crítico semelhantemente ao paciente adulto e, ainda mais, realizar a prescrição sem ao menos avaliar o paciente, como foi descrito no depoimento EB 6. Essa situação sugere uma prática assistencial mecanizada, generalizada e sem reflexão destinada ao paciente.

Não bastando, o plano deveria ter validade de 24h e não três dias, uma vez que nesse intervalo os pacientes devem ser reavaliados e os cuidados alterados, situação que reforça o descuido da equipe no dever de prestar assistência a esse paciente. Fica evidente no depoimento EB 3, também, que a equipe de técnicos de enfermagem está mais preocupada em assinar o documento que vai ser exposto no prontuário do que tentar realizar um cuidado de qualidade.

Também no que se refere ao cuidado, os profissionais de saúde de ambas as unidades ressaltaram o uso de protocolos baseados em evidências científica, na tentativa de proporcionar o melhor cuidado e resultado para os pacientes.

Os cuidados aqui são baseados em evidência. O hospital que passa pela acreditação, ele acaba tendo que enquadrar em rotinas. (EB 2)

Eu preciso de revisar minhas atividades, ver se o que eu faço é da melhor maneira possível. (EI 14)

Os depoimentos acima estão em consonância com a recomendação do Manual da Acreditação de seguir a gestão da clínica, que tem por objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas assistenciais (ONA, 2010). Esse tipo de gestão fortalece a eficiência nos serviços de saúde, à medida que propicia a integração dos diversos pontos da assistência, formando uma rede de atenção capaz de prestar o cuidado no tempo, no custo e na qualidade certos, além de reduzir a variabilidade dos processos de trabalho sem prejudicar sua flexibilidade.

A gestão da clínica consiste, ainda, em uma atenção baseada em protocolos construídos a partir das melhores evidências disponíveis na abordagem de todas as situações clínicas e organizacionais de uma unidade, auxiliando os profissionais de saúde e pacientes no processo de tomada de decisão sobre o cuidado apropriado em relação a sua saúde específica.

Por meio do uso do protocolo, incorporado à gestão da clínica, é possível produzir um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição, identificando-se as ações de prevenção, diagnóstico, cuidado ou reabilitação a fim de garantir ótimos resultados, aumentando a eficiência profissional com menor desperdício de recursos e de energia da equipe multiprofissional, favorecendo, o paciente.

Na gestão da clínica, ainda é sugerido o plano terapêutico, que compreende um conjunto de processos ou condutas necessárias e articuladas para um sujeito individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe transdisciplinar. Assim, a implementação eficiente dessa estratégia contribui de forma decisiva para aumentar a qualidade e segurança dos cuidados, identificar de forma pró ativa os problemas da linha de cuidado, racionalizar o uso de recursos humanos, disponibilizar a informação para a gestão, facilitar a implementação das práticas mais corretas e diminuir custos e desperdícios, além de implicar na melhoria de gestão.

Apesar da recomendação da utilização do plano terapêutico na Terapia Intensiva Neonatal, a fim de aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados oferecidos aos pacientes, é importante ressaltar que esse instrumento será inócuo se não for empregado de forma efetiva, sistemática, integrada e discursiva entre os membros da equipe multiprofissional. De fato, aplicado incorretamente será apenas mais um papel a ser assinado e “outra burocracia” a ser seguida, checada e armazenada no prontuário.

Os treinamentos e a capacitação contínua foram outras ferramentas mencionadas pelos sujeitos a fim de garantir as metas e o rigor da qualidade:

Eu vejo que a equipe tem sido mais cobrada com relação às metas, alguns treinamentos sobre POP, e aí a gente é monitorado sobre isso. (EI 16)

Capacitação. Todo ano, pelo menos uma vez ao mês. [...] a gente faz o levantamento das necessidades todo início de semestre, baseado no resultado de nossas metas. (EB 13)

As instituições investem cada vez mais na capacitação e no desenvolvimento do recurso humano, já que a renovação de técnicas de melhoramentos lhes permite alcançar metas. Na prática, a gestão estratégica de pessoas busca o equilíbrio entre as tecnologias e os processos adotados pela empresa e a qualidade humana (COSTA; RICARDONI, 2007; COUTO; PEDROSA, 2007). Neste sentido, Mezomo (2001) reforça que o grande diferencial das instituições de saúde está cada vez mais centrado na qualidade do pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem significar pouco, caso os profissionais não estejam comprometidos e envolvidos em meio às necessidades dos clientes. Com efeito, as instituições estão redescobrando o sentido do trabalho das pessoas e percebendo a importância do reconhecimento do profissional, da educação continuada, do conhecimento da missão da organização e de seus objetivos e metas, tudo em busca de melhorias contínuas.

A acreditação hospitalar, por ser um processo voluntário, depende dos profissionais que fazem parte da instituição, do engajamento no processo e da sensibilização dos atores sociais com o propósito de manter e garantir a qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005) mencionam que é por meio de estratégias bem planejadas que as instituições podem conseguir aumentar a motivação e o compromisso dos colaboradores, elevando o grau de satisfação do trabalho, que pode ser fundamental para aumentar a produtividade. Além do mais, os colaboradores passam a ser corresponsáveis pelas prioridades, objetivos, alocação de recursos e avaliação honesta dos resultados. Nesse foco, ressalta-se que alinhar as pessoas, agregando-lhes desempenho e competências na perspectiva das exigências do negócio e das metas organizacionais, constitui hoje um dos maiores desafios para os líderes, não olvidando a necessidade de estabelecer uma relação eficaz e produtiva entre as pessoas, os processos e os resultados.

A nova filosofia de administração, centrada na busca de melhorias, privilegia o trabalho em equipe, a manutenção das pessoas nas empresas, o respeito e o valor daqueles que produzem, donde se almeja, assim, a consciência de que os profissionais são o cerne da gestão da qualidade. Sem esses atores não é possível atender às expectativas e às necessidades dos clientes, que estão cada vez mais exigentes (MEZOMO, 2001). A qualidade no campo hospitalar somente se completa por meio da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde (BONATO, 2007).

Nesta perspectiva Quinto Neto e Bittar (2004) apontam que a qualidade é um processo de transformação do trabalho e do comportamento das pessoas no sentido da melhoria dos procedimentos e dos resultados da instituição. Com isso, essas conquistas, apenas, serão possíveis por meio de capacitação coletiva, tornando-se o trabalho mais significativo. Os mesmos autores ressaltam que as organizações hospitalares, ao focarem a qualidade do atendimento e a melhoria contínua associadas a uma profunda mudança cultural, treinamento em liderança e educação continuada de todos os níveis funcionais, poderiam atender dignamente seus clientes.

Mezomo (2001) reforça que é imprescindível o envolvimento das pessoas na gestão da qualidade. Para que isso aconteça, é fundamental, em primeiro lugar, fortalecer as pessoas pela educação continuada e a capacitação permanente, pois só assim os funcionários terão segurança e senso crítico, serão criativos e avaliarão eficazmente os processos, dando-lhes garantia dos resultados previstos. A segunda medida necessária é o preparo das pessoas para o trabalho em equipe, o que aumenta o compromisso recíproco, incentiva a produtividade e gera elevado nível de satisfação. A terceira medida contempla, além das duas primeiras já

mencionadas, a necessidade de levar as pessoas a conhecerem de forma clara a definição da missão da organização, bem como os princípios adotados pela instituição. Assim, de acordo com esse autor, essas três medidas mencionadas farão nascer a motivação verdadeira para o trabalho e a solidariedade das pessoas com a organização, pilares importantes para a conquista dos objetivos institucionais.

A crítica apresentada à ferramenta de treinamentos e capacitação decorre do fato de ela apresentar de forma descontínua e concentrada às vésperas da auditoria, o que descaracteriza todo o processo de educação ininterrupta, acarretando em sobrecarga do funcionário em alguns períodos, desmotivação e falta de compromisso, contrariando, além do mais, a gestão da qualidade e o ciclo de melhoria contínua.

Outra ferramenta exigida pelo Manual da Acreditação para ser trabalhada entre os profissionais da Unidade Berço e Incubadora foi o acompanhamento efetivo dos indicadores para o monitoramento da qualidade do serviço em saúde.

Coletamos os dados. Isso é medido mensalmente, para ver se alcançou a meta ou não, o que tem que fazer em termos de plano de ação para isso ser melhorado e conseguir a excelência. (EI 7)

Segundo o Manual de Acreditação Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2010, a compreensão de indicadores pode ser entendida como as características mensuráveis de produtos, serviços, processos e operações utilizadas pelo hospital para avaliar e melhorar o seu desempenho, progresso e eficiência da assistência (ONA, 2010).

As informações vinculadas aos processos de trabalho despertam valores à medida que se transformam em forças mobilizadoras, capazes de provocar análises em grupos, mesmo com diferentes saberes. Estes, por sua vez, se envolvem em um único objetivo de realização e progresso. Dessa maneira, os indicadores que monitoram a qualidade em saúde têm sido cada vez mais exigidos pelas instituições e pelos profissionais da área para o processo de decisão baseado em evidências, livre do empirismo. Ressalta-se que os indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam potenciais problemas ou boas práticas do cuidado.

O conceito, a abrangência e o enfoque dos indicadores variam dependendo do escopo e da área em questão, por exemplo: estatística, epidemiologia, saúde, administração, economia ou qualidade. Para melhor compreensão de seus diversos significados, é importante o conhecimento das definições destes diferentes campos de atividade, assim como do critério de qualidade relacionado à avaliação de serviços de saúde. Assim como é relevante a compreensão das diferentes definições utilizadas para se caracterizar um indicador nestas áreas, suas formas de apresentação matemática e seu nível de abrangência (macro e micro



indicadores) representam condições objetivas, reais e tangíveis ou estão relacionados a situações subjetivas, tais como qualidade, comportamentos e percepções, tudo compondo aspectos essenciais do sistema de indicadores (LEÃO *et al.*, 2008).

Os indicadores são, ainda, compreendidos como dados ou informações numéricas que buscam quantificar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. São, ainda, empregados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo. Podem ser classificados em: simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos; diretos ou indiretos em relação à característica medida; específicos (atividades ou processos) ou globais (resultados pretendidos pela organização); e direcionadores- *drivers* ou resultantes- *outcomes* (BITTAR, 2001).

Os indicadores também medem aspectos qualitativos e ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos de trabalho e aos resultados da instituição e podem ser definidos, segundo Donabedian e outros *experts*, em estrutura, processos ou desempenho, e resultados, ou *outcomes* (BITTAR, 2001; DONABEDIAN, 1978).

A Estrutura é compreendida como a parte física de uma instituição: seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis e aspectos relativos à organização, entre outros (ONA, 2010).

Os Processos ou desempenho são as atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado. Referem-se à avaliação de ações e decisões de profissionais e usuários e incluem comunicação, acesso, educação, prescrições, intervenções e protocolos clínicos entre outros. Permitem avaliar, além da estrutura, o que, quem, com o que, como e porque tal atividade é executada. Além disso, propicia planejamento e avaliação das condutas para adequar o objetivo esperado (BRASIL, 2006; DONABEDIAN, 1978).

Por fim, os Resultados ou “outcomes” constituem demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos que tenham envolvimento do paciente depois que algo é feito (ou não) a ele ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição. Permitem monitorar indicadores em termos de limites máximos e mínimos aceitáveis. Mesmo que os resultados constituam um indicador pontual de qualidade da assistência plena, necessário se faz realizar avaliações simultâneas sistemáticas e integrativas das estruturas e dos processos, para conhecer a totalidade da realidade, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento em serviços de saúde, com base em metodologia específica (BRASIL, 2006; DONABEDIAN, 1978).

Sob essa ótica, os profissionais de saúde relataram que, para atingir excelência na qualidade assistencial, é necessária a identificação constante de fatores intervenientes no processo de trabalho, por meio da ferramenta “espinha de peixe”, além da implementação e avaliação de ações baseado no ciclo de melhorias ou PDCA e no plano de ação (5w 2 H).

É muito importante que na hora da discussão diária dos casos com a equipe multiprofissional que a gente estabeleça que evento foi aquele, qual foi a causa raiz, o que pode ser feito para evitá-lo, se tem um plano de ação. (EI 15)

O fragmento expressa bem o que deveria ser realizado na prática da discussão clínica da equipe multiprofissional em relação ao uso da ferramenta de espinha de peixe e do plano de ação, em busca da melhoria assistencial. Porém, na realidade, nota-se que essa técnica se limita ao prescrito que não é observada no dia a dia. Dessa forma, mais uma vez, percebe-se a distância entre a teoria e a prática, deixando implícito que os sujeitos não apropriam da estrutura que foi estabelecida.

Convém salientar que a ferramenta conhecida como “espinha de peixe” (por seu formato) ou “diagrama de causa e efeito”, tem por objetivo ilustrar claramente as várias causas que afetam um processo por classificação e relação de causas. O efeito e o problema são colocados do lado direito do gráfico e as causas são agrupadas segundo categorias listadas à esquerda. Para cada efeito existem, seguramente, inúmeras categorias de causas. As causas principais podem ser agrupadas em seis categorias, conhecidas como os “6M”: Método, Mão de obra, Materiais, Meio ambiente, Medida e Máquina. Esse diagrama se apresenta como uma ferramenta poderosa para identificar os direcionadores que potencialmente causam os efeitos indesejáveis. Como pontos fortes se verificam: boa ferramenta de comunicação; levantamento de direcionadores; possibilidade de detalhamento da causa; e identificação do efeito e suas causas.

O ciclo de melhoria contínua ou PDCA, que são as iniciais das palavras em inglês *Plan* - planejamento, definição de metas, especificação do método, *Do* - treinamento e execução do trabalho, *Check* - verificação dos resultados do trabalho - e *Action* - ação corretiva para a melhoria ou manutenção do processo, tem como objetivo identificar e organizar as atividades de um processo de solução de problemas de forma a garantir, de maneira eficaz, o desenvolvimento de uma atividade planejada (COUTO; PEDROSA, 2007). A utilização correta desse instrumento é outro fator para o crescimento da empresa com base sólida, visto promover a melhoria contínua da prestação de serviços.

O plano de ação dentro do ciclo PDCA é o produto de um planejamento e tem por objetivo orientar as diversas ações a serem implementadas. O plano de ação define o que será feito, indicando quem é o órgão ou a pessoa responsável por essa ação e por que a tarefa foi executada. Em seguida, definem-se onde serão realizadas as atividades e a data de início e fim para o alcance dos resultados, a maneira como deve ser executada e, finalmente, identifica o investimento a ser investido (POECK *et al.*, 2007).

Os profissionais da Unidade Incubadora e Berço, por meio dos depoimentos colhidos, sinalizaram que o acompanhamento dos indicadores e a realização do plano de ação e do ciclo PDCA estão, quase sempre, sob a responsabilidade das coordenações de equipe. Apenas posteriormente os dados obtidos são repassados para os funcionários, por meio do quadro de gestão à vista, o qual tem por objetivo disponibilizar as informações necessárias de uma forma simples e de fácil assimilação para um maior número de pessoas simultaneamente em uma determinada área.

A gente tem um quadro de gestão à vista com os indicadores, que a gente fica sabendo como está. (EI 17)

Está sempre pregado em algum lugar para a gente ver, mas quem está muito ligada nisso é a coordenadora. (EB 2)

A coordenadora tem uma planilha com todos indicadores e aí ela coloca se alcançou ou não a meta. [...] Aí, ela monta o plano de ação e aí, sim, a gente entra para cumprir esse plano para tentar melhorar esse indicador". (EB 3)

O curioso é que, como foi exposto pelos sujeitos, o uso das ferramentas PDCA, espinha de peixe, avaliação dos indicadores de processo e resultado não deveria estar vinculado ao cargo de gerência ou limitado à liderança, vez que deveria integrar o cotidiano dos colaboradores, com vista a subsidiar suas atividades em prol do comprometimento com a melhoria contínua dos resultados. No depoimento EI 17 fica evidente que o funcionário tem conhecimento dos indicadores apenas quando visualiza o quadro de gestão à vista, quando o mesmo já se encontra pronto e fixado, não dando oportunidade para que a equipe reflita ou discuta sobre ele. Em relação aos depoimentos EB 2 e 3, a situação levanta ponderações, pois os entrevistados revelam que a coordenadora é a pessoa que tem a posse dos indicadores, que monta e avalia e quem dá a merecida importância a esses dados. Nesse contexto, surge o questionamento sobre por quê não é discutida a importância dessa ferramenta para o restante da equipe e como lidar com essas informações. O certo é que os indicadores são frutos do trabalho da equipe multiprofissional, e não apenas da coordenação.

Nota-se, também, que a equipe operacional realizará, na prática, as intervenções planejadas pelos coordenadores, o que demonstra um grande equívoco em relação à falta de participação da classe executora no processo de planejamento e de tomada de decisões. Dessa forma, ocorre um distanciamento daquele sujeito que avalia e propõe as ações em relação àquele que implementa os planos de ação, podendo, isso culminar no fracasso da intervenção, em consequência da não adesão à proposta idealizada pela coordenação. Nesse contexto, Freddo (1994, p. 27) alerta que os discursos das organizações propõem “uma nova divisão entre aqueles que falam e aqueles que ouvem”, uma espécie de redimensionamento do princípio taylorista da especialização funcional, em que alguns executam (os trabalhadores) e os outros planejam (gestores). Isso seria uma característica das sociedades industriais, em que os trabalhos manuais e intelectuais “são pensados e vivenciados como realidades profundamente distintas uma da outra” (ARANTES, 1998, p. 18).

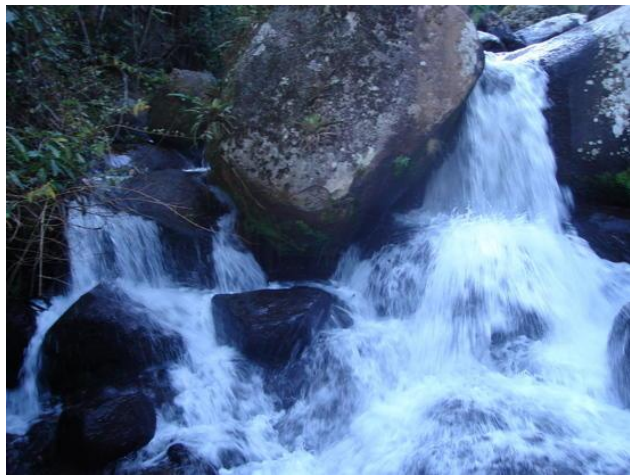
No cenário da Unidade Berço, podem-se ainda notar profissionais desinformados a respeito do local em que se encontrava o quadro de indicadores.

Eu tenho muitos indicadores. Onde está ficando meu quadro de indicador?  
Boa pergunta. Acho que está na secretaria. Mas a secretaria está fechada.  
(EB 1)

No depoimento EB 1, denota-se que, apesar de a Unidade Berço se encontrar em reforma e de não ter local certo para os objetos, os profissionais parecem ignorar e desprezar o instrumento de gestão, que não é prioridade em função de outros fatos ou acontecimentos. Além disso, infere-se que a ferramenta de gestão à vista pode ser de difícil assimilação por parte dos profissionais que não participaram da sua elaboração. Portanto, a visualização simplesmente não é suficiente para que haja assimilação, e, em consequência, para destinar a devida importância. Nesse foco, Tonkin (1998) reforça que as pessoas lembram de 10% do que ouvem, 25% do que vêem, 50% do que veem e ouvem, 75% do que fazem e 90% do que veem, ouvem e fazem. Nesse quadro, apenas a gestão à vista não é ferramenta suficiente para o conhecimento do funcionário, necessitando de outros métodos ou técnicas para o aprimoramento do que foi, antes, treinado para executar.

Por meio dessa análise, fica evidente que não houve uma “receita de bolo” seguida pelas unidades acreditadas Berço e Incubadora. Também inexistirá fórmula ideal e taxativa para aquelas que ainda o serão, apesar da existência de uma estrutura normativa. Não se pode garantir, por óbvio, que a acreditação ou alguma outra ferramenta milagrosa garantirá o sucesso do processo de qualidade. O importante é considerar os pontos relevantes e escolher o caminho que mais se assemelhe à realidade da instituição, utilizando-se de ferramentas que

realmente agreguem valor ao desempenho dos profissionais de saúde. Ressalta-se, ainda, a importância de se ter um grupo de profissionais comprometidos com a gestão da qualidade a fim de alcançar a real excelência na assistência nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.



Considerações Finais

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo viabilizou uma percepção mais ampla acerca da configuração da prática discursiva sobre o processo de acreditação hospitalar em equipes multiprofissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais acreditadas em excelência, bem como descortinou o cotidiano de trabalho vivenciado por esses profissionais. Necessário considerar que o quadro levantado não pode ser generalizado, pois a opção metodológica de pesquisa qualitativa atrelada à análise de discurso não detém esse objetivo, apesar da inferência de que essa realidade se assemelha àquelas encontradas na maioria dos hospitalares acreditados que também buscam a sobrevivência lucrativa e competitividade no mercado.

Por se tratar de uma estrutura disseminada e da “moda”, a análise deste estudo foi de extrema importância para visualizar as diversas facetas do processo de acreditação vivenciadas pela equipe multiprofissional, principalmente no que se refere ao comportamento humano em situações de mudanças organizacionais. Ademais, possibilitou o confronto de críticas positivas e negativas em relação à utilização da gestão da qualidade, as quais precisam ser consideradas e refletidas pelos gestores e profissionais de saúde em prol do alcance da melhoria contínua.

A despeito da relevância da temática, produções científicas na área da saúde são escassas, o que reitera a necessidade de desenvolver pesquisas nesse sentido, uma vez que podem fornecer rumos importantes para a compreensão da melhor e mais eficiente utilização do processo de acreditação hospitalar pelos profissionais de saúde e lideranças.

O mercado capitalista impõe desafios consideráveis às organizações atuais, nelas incluindo as empresas analisadas, quanto à sustentabilidade e à concorrência. Essa situação, indiscutivelmente, traz consequências graves para a assistência dos pacientes no que se refere às contradições entre o discurso e a prática, inclusive na área da segurança assistencial, fato este comprovado pelos depoimentos dos entrevistados. Assim, mecanismos não ser criados para aprimorar a prática conforme a teoria, sem olvidar a ordem capitalista, que exige despojamento. Fundamental, portanto, que as práticas gerenciais sejam reestruturadas e reformuladas para que a qualidade fomente a conquista de capital, jamais que este seja a única finalidade do processo. As organizações devem buscar melhoria, nunca mascararem o processo de excelência para, mediante “gambiarras”, obterem rentabilidade.

Ao analisar as práticas discursivas das duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, à primeira vista, diversas semelhanças foram captadas, fator que poderia induzir cuidarem da mesma empresa. Apesar das diferenças quanto a equipe, tempo de empresa, cultura

organizacional e estruturas físicas, ambas apresentavam pontos de congruência: tinham o certificado de acreditação em excelência, mas deparavam com sérios problemas em relação ao processo de trabalho, o que poderia impactar a ruptura de prestação de serviço com qualidade.

Durante o estudo, percebeu-se também que as duas Unidades, apesar da obtenção do título de acreditado em excelência, desenvolviam o processo de gestão da qualidade permeado de lacunas e deficiências, principalmente no que tange à distância entre o prescrito e o real; a subjetividade dos profissionais ignoradas em favor dos interesses organizacionais; e a perda de motivação e valorização dessa iniciativa.

Os pontos críticos encontrados nos discursos dos sujeitos de ambas as Unidades foram: enquadramento dos profissionais com perda do poder decisivo; falta de envolvimento de alguns profissionais, principalmente da categoria médica; ausência de trabalho interdisciplinar; e concentração da tomada de decisão sob a responsabilidade dos líderes de equipe. Assim, infere-se que os sujeitos que operam o processo são ignorados em uma estrutura que não depende apenas de aportes teóricos, mas necessita de engajamento, valorização e compromisso daqueles que realmente executam o serviço. Ora, um funcionário insatisfeito, certamente, não conseguirá atender às necessidades plenas dos clientes, como se espera em um serviço de excelência.

Outro aspecto que merece destaque é o mascaramento da realidade apresentada durante a auditoria externa em ambas as Unidades, ocasião em que se apresenta o quadro inexistente de harmonia e equilíbrio organizacional constantes. Com o “famoso jeitinho brasileiro”, às vésperas da auditoria, chega-se à plenitude falsa de que o processo de qualidade é estável e confiável, conforme preconiza o Manual da Acreditação. Nos demais 364 dias, a dicotomia entre o prescrito e o real continua latente.

No âmbito das ferramentas de gestão, instrumento de grande importância para a qualidade, os entrevistados reconhecem sua importância e utilidade, porém muitos não sabem aplicá-lo. Os coordenadores não envolvem seus liderados para a completa e eficiente transferência das informações e o compartilhamento de ideias e planejamento de atividades. Dessa forma, parece que aqueles que planejam não são os mesmos que executam as ações, mostrando, assim, a falta de participação dos subordinados no planejamento e na tomada de decisão, ficando essas atividades a cargo dos coordenadores exclusivamente.

No que se refere às pequenas divergências entre as Unidades, apurou-se na Unidade Berço uma realidade centrada em normas e regras mais rígidas em relação aos funcionários, até mesmo no tocante aos pais, que têm momento marcado para visitar suas crianças, mesmo sendo incoerente com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ademais, nesse local



observou-se uma concentração de atividades relativas aos processos de planejamento e tomada de decisão nas mãos da coordenação de enfermagem, a coringa para a equipe em geral. Em contraste na Unidade Incubadora constatou-se a efetiva participação entre os coordenadores de equipe, porém sem diluição das informações em relação aos liderados. Outro ponto importante referente a Unidade Incubadora é que os entrevistados, em geral, inclusive os coordenadores, mantiveram postura mais crítica em relação à acreditação do que aqueles da Unidade Berço. Esse quadro demonstra que a centralização das informações na Unidade Berço dificulta, além do mais, a possibilidade de pensar sobre o processo de acreditação por aqueles que o executam.

Os discursos aqui apresentados sugerem um sinal de alerta para a população em geral, os usuários dos serviços de saúde, os gerentes, os administradores e os profissionais da saúde. As duas Unidades analisadas, independentemente do tempo destinado à obtenção do título, mostraram um processo de trabalho fragmentado entre a teoria e a prática. Expuseram a realização de mecanização nas rotinas, algumas vezes em uma realidade falseada e sem subjetividade. As práticas adotadas diferem amplamente da proposta da gestão da qualidade brasileira atual. Esse quadro endossa os críticos da gestão da qualidade, quando a remetem como uma alternativa ao modelo taylorista, mas reforçada apenas pelas características do modelo tradicional e, portanto, preocupada com a existência do rótulo, não da excelência efetiva.

Indiscutivelmente, o processo de acreditação hospitalar é uma estrutura útil e importante para a orientação dos profissionais de saúde quanto à prestação de serviço de qualidade. Mas, ressalta-se, nenhum processo estruturado e padronizado, ainda que oportuno e extremamente útil, sobrevive se os agentes responsáveis pelo seu manejo não compreenderem e se envolverem com a filosofia e os objetivos da nova prática assistencial e de gestão. Técnicas cirúrgicas inovadoras, tecnologias de ponta, materiais de última geração e treinamentos constantes da equipe de trabalho constituem desperdício de recursos e de energias quando as pessoas neles envolvidas atuam desinteressadamente. Vale dizer, inobstante toda a gama de investimentos para a melhoria da prestação dos serviços de saúde, inexistindo verdadeiro engajamento dos profissionais, o sistema estará fadado ao insucesso. Os profissionais envolvidos nesse novo proceder precisam ser, e se sentir, co-responsáveis e seus atores principais, ao invés de meros coadjuvantes. Sem a participação e vinculação subjetiva e efetiva dos profissionais, o processo de acreditação constituirá, como outros programas que já o foram, uma estrutura má utilizada e, assim, descartável.

Percebeu-se neste estudo que a acreditação é vista em ambas as Unidades como um fim, e não como um meio para alcançar a qualidade assistencial e a garantia da segurança nos processos de trabalho. O envolvimento das pessoas com a gestão da qualidade deveria ser incessante em resposta a um ciclo de melhoria contínua, distribuído durante todo o ano como forma de reaprendizado e reiteração das rotinas e novos hábitos, visto que a excelência não se mede apenas no momento da auditoria, mas na continuidade da prestação dos serviços. Logo, à vista da descontinuidade do engajamento das pessoas, o discurso da qualidade não se legitima perante a equipe e expõe a acreditação ao rótulo em papel, uma vez que a excelência na prestação de serviços que se deseja é muito diferente daquela que está sendo apresentada e ofertada nos períodos em que não há auditoria externa.

Quando os clientes do sistema de saúde buscam um hospital acreditado em excelência, esperam ser atendidos com resolutividade perante suas reais necessidades. Almejam que ao seu lado estejam profissionais comprometidos, habilitados e capacitados a realizarem a assistência de forma segura e integral. Todavia, muitas vezes, o que se constata na prática é meramente uma “propaganda enganosa”, para driblar a concorrência de mercado e gerar status para a instituição acreditada.

Na realidade, o que se presencia das ações dos profissionais de instituições acreditadas são eventos adversos, falhas de processos, fragilidades na assistência e deficiências negligenciadas, que culminam em danos irreversíveis ou sequelas graves àqueles pacientes que, possivelmente, compraram o rótulo da qualidade na esperança de melhor tratamento. Ledo engano. E quem responde por isso? O hospital e a equipe de profissionais de saúde escondem suas más condutas e práticas sob o emblema de acreditado em excelência e se esquivam da responsabilidade de mudanças na prática assistencial. Afinal, “causas indeterminadas” constituem os maiores marcos nos atestados de óbito. Visto sob essa ótica, não restam dúvidas que o discurso da qualidade é mais uma estratégia das instituições no mundo capitalista para atingir seu principal objetivo, que é o lucro, ocultado pelo certificado de qualidade.

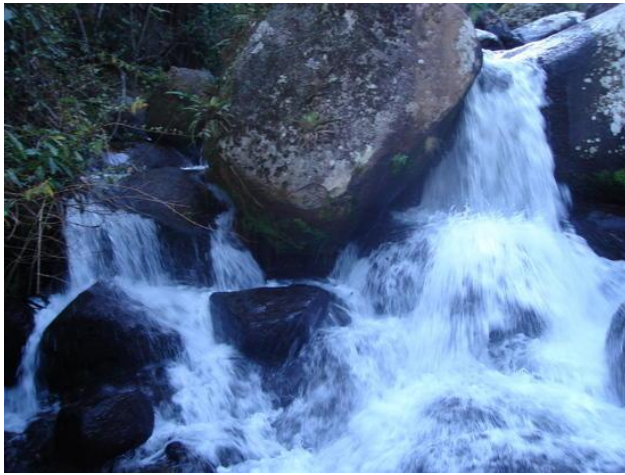
O que se propôs neste estudo é que a estrutura da acreditação hospitalar não seja negada, mas que seja apropriada e assimilada de forma crítica e participativa pelos profissionais de saúde, a fim de gerar estratégias efetivas para a assistência com qualidade, nunca com o intuito de tão somente burlar as orientações para conquistar o título.

A solução que se cogita é simples: a acreditação hospitalar é efetiva e merece ser implementada em todos os hospitais visando à qualidade e à segurança assistencial, bem como à redução de custos hospitalares. Entretanto, os hospitais que a promoverem devem

fazê-la diuturnamente e com empenho e compromisso, jamais esporadicamente, à época das auditorias. O princípio básico do enfoque da qualidade deve estar orientado para a satisfação dos clientes, buscando o envolvimento dos profissionais e a integração e inter-relação nos processos sistêmicos de trabalho. Assim, nessa abordagem participativa, dinâmica e contínua, deve-se priorizar a responsabilidade de todos os indivíduos da organização, em busca do desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua, por meio de capacitação dos gestores e profissionais de saúde, fortalecendo o capital humano, essencial aos processos de acreditação hospitalar.

Concluindo, a partir da análise discursiva dos profissionais em ambos os cenários vê-se a necessidade de reestruturação dos processos de trabalho, por meio de estratégias e ferramentas de gestão, além da valorização da subjetividade dos trabalhadores, a fim de preencher a lacuna entre o prescrito no manual de acreditação e a prática oferecida pela equipe multiprofissional. É importante frisar, novamente, que o propósito desta análise não foi de desaconselhar o uso da estrutura normativa ou mostrar o sistema da qualidade como indesejável para a organização. Seu foco foi apresentar uma reflexão acerca das práticas discursivas da acreditação hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, as quais nem sempre condizem com a teoria difundida pela gestão da qualidade.

A complexidade do processo de acreditação consiste na difusão dos ideais e na efetiva aplicação dos mecanismos por todo o corpo de funcionários e gestores. Consolidar conhecimento em um líder ou efetivar a preparação para uma auditoria às pressas não são pontos desejáveis para a real entrega da prestação de serviços de excelência. Pensar em qualidade se distingue da legitimação da prática discursiva da acreditação e, também, da entrega de um serviço com eficiência e comprometimento. Um título na parede é válido. Contudo, melhor do que mero rótulo será a efetiva excelência na prestação de serviços visando inibir, ou reduzir, os riscos assistenciais provenientes das más práticas. Dessa forma, o que se almeja não são soluções “mágicas” ou “milagrosas”. É suficiente seguir o prescrito no Manual da Acreditação Hospitalar, com adequação às singularidades de cada cenário. Afinal, o lucro das empresas será decorrente da prestação de serviços com eficiência.



*R*eferências

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasil Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 84-89, jan./fev. 2006.

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio/dez. 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, abr. 2004.

\_\_\_\_\_. **Segundo relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação**. Brasília: ANVISA, 2006. 11 p.

AIDAR, M. M. **Qualidade humana: as pessoas em primeiro lugar**. São Paulo: Maltese, 1994. 140 p.

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

APRILE, M. R.; BARONE, R. E. M. Resgatando a pedagogia do capital: o modelo de qualidade total e alguns dos impactos sobre a qualificação profissional. **Revista Organização e Democracia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 249-264, jul./dez. 2004.

ARANTES, A. A. **O que é cultura popular**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998. 83 p.

AZEVEDO, B. **Managing risk by value creation**. 2005. 19 p. (Edições mds. Coleção Risco e Seguros, 1). Disponível em: <[http://www.mds.pt/img\\_upload/Managing\\_Risk\\_by\\_Value\\_Creation\\_PT.pdf](http://www.mds.pt/img_upload/Managing_Risk_by_Value_Creation_PT.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BARBOSA, A. P. *et al.* Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 303-311, out./dez. 2002.

BARBOSA, A. R. A.; SALES, M. T. As dissimulações e incoerências na gestão da qualidade. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, III., 2006. **Anais...** Resende, 2006.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 17-36.

BERGER, P. T.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 147 p.

BERWICK, D. M. Fundamentos do gerenciamento da qualidade. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 30-44.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001.

BOJE, D. M.; WINDSOR, R. D. The resurrection of taylorism: total quality management's hidden agenda. **Journal of Organization Change Management**, United Kingdom, v. 6, n. 4, p. 58-71, set. 1995.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2007. 119 p.

\_\_\_\_\_. Gestão da qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, maio 2011.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/33/1990/8069.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 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 Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 153 p.

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

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de Controle de infecção Hospitalar**. Projeto de parceria multi-profissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo, 2006. 237 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 207 p.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 2, p. 23-31.

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

CARREIRA, M. L. *et al.* Aplicação de ferramentas de gestão de processos das organizações que aprendem. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. XIII, n. 17, p. 83-95, set. 2009.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, dez. 2008. Suplemento 2.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. Trabalhador da enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão organizacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 22-26, jan./fev. 2005.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Vozes, 1995. p. 118-128.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2006. 1170 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1. p. 9273-9275. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 15 set. 2011.

COSTA, A. S. M. **Convergências, divergências e silêncios: o discurso contemporâneo sobre o empreendedorismo nas empresas Juniores e nas mídias de negócio**. 2010. 286 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, V. G.; RICARDONI, C. A. C. Gestão de pessoas e capacitação. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 7, p. 161-177.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377 p.

CUNHA, A. P. *et al.* Serviço de enfermagem: um passo decisivo para qualidade. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 60, n. 6, p. 25-30, maio 2003.

CUNHA, M. P.; CUNHA, J. V.; DAHAB, S. Gestão da qualidade: uma abordagem dialéctica. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, p. 197-215, out./dez. 2001. Edição especial.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS/DIEESE. Histórico da experiência do movimento sindical e do DIEESE: novas tecnologias, qualidade e produtividade. In: SEMINÁRIOS & EVENTOS, 1993, Campinas. **Anais...** São Paulo, 1994. p. 29-35. (Síntese da intervenção feita no Seminário "Os trabalhadores e o PBQP" realizado em Campinas nos dias 30 e 31 de agosto e 1 de setembro de 1993 promovido pelo DIEESE).

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science Magazine**, Washington, v. 200, n. 4344, p. 856-864, may 1978.

\_\_\_\_\_. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sept. 1988.

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

\_\_\_\_\_. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 4, p. 691-729, jul. 2005.

DU GAY, P.; SALAMAN, G. The culture of the customer. **Journal of Management Studies**, Malden, v. 29, n. 5, p. 615-633, sept. 1992.

DUTTON, J. E.; DUKERICH, J. M.; HARQUAIL, C. V. Organizational images and member identification. **Administrative Science Quarterly**, Flórida, v. 39, n. 2, p. 239-263, jun. 1994.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. 320 p.

\_\_\_\_\_. **Analysing discourse**. Textual analysis for social research. London: Routledge, 2003. 264 p.

\_\_\_\_\_. **Language and globalization**. Oxion: Routledge, 2006. 159 p.

FELDMAN, B. F.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005.

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

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54, nov./dez. 2010.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

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



FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 199 p.

\_\_\_\_\_. Politics and the study of discourse. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. M. (Ed.). **The Foucault effect: studies in governmentality**. London: Harvester Wheatsheaf, 1991a. p. 53-72.

\_\_\_\_\_. Questions of method. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. M. (Ed.). **The Foucault effect: studies in governmentality**. London: Harvester Wheatsheaf, 1991b. p. 73-86.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 9. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 75 p.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 221 p. Tradução de: L' Archéologie Du savour.

FOX, N. **Postmodernism, sociology, and health**. Buckingham: Open University Press, 1993. 183 p.

FREDDO, A. C. O discurso da alienação nas organizações. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-33, jan./mar. 1994.

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

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE/FNQ. **Rumo à excelência: critérios para a avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2007. 102 p.

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

GINSBURG, L. *et al.* An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. **Health Services Research**, Chicago, v. 40, n. 4, p. 997-1020, aug. 2005.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? **International Journal for Quality in Healthcare**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 8-14, nov. 2010.

GUEDES, R. M. A. *et al.* O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1063-1074, out./dez. 2005.

GUERRA, R. S. Taylorismo e qualidade total: um mesmo modelo conceitual. **Revista de Administração Faces**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 40-47, maio 2000.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, abr./jun. 2002.

HARDY, C. Researching organization discourse. **Internation Studies of Management and Organization**, Hardy Cynthia, v. 31, n. 3, p. 25-47, sept. 2001.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. Acreditação internacional. **Informativo Trimestral Dirigido a Profissionais de Saúde**, Porto Alegre, ano XXV, n. 133, jan./mar. 2003.

HOSPITAL X. X. **Jornal X**, Belo Horizonte, ano XIX, p. 1-8, mar./maio 2011.

JERMIER, J. Introduction: critical perspective on organization process. **Administrative Science Quarterly**, Flórida, v. 43, n. 2, p. 235-256, jun. 1998.

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

KERFOOT, D.; KNIGHTS, D. Empowering the quality worker? The seduction and contradiction of the total quality phenomenon. In: WILKINSON, A.; WILLMOTT, H. **Making quality critical**: new perspectives on organization change. London: Routledge, 1995. p. 219-239.

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

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

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

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **Metáforas da vida cotidiana**. Tradução de Mara Sophia Zanotto. São Paulo: Mercado das Letras, 2002. 360 p. Tradução de: *Metaphors we live by*.

LEÃO, E. R. *et al.* **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Paulo: Yendis, 2008. 182 p.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, jul./ago. 2006.

LOBO, R. N. **Gestão da qualidade**. São Paulo: Érica, 2010. 190 p.

MACHADO, L. R. S. Controle da qualidade total: uma nova gestão do trabalho, uma nova pedagogia do capitalismo. **Extra-Classe em Revista**, Sipro, v. 1, n. 1, p. 19-29, out. 1994.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. Tradução de Freda Indursky. 3. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997. 200 p.

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

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

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites.** 2002. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAXIMIANO, A. C. A. O enfoque na qualidade na administração. In: \_\_\_\_\_. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada.** São Paulo: Atlas, 1997. cap. 5, p. 101-121.

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

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 406 p.

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

MIRANDA, A. R. A. *et al.* Uma proposta teórico-reflexiva acerca dos paradoxos presentes nos modelos de gestão da qualidade. **Revista de Administração da Unimep**, Piracicaba, v. 8, n. 1, p. 62-83, jan./abr. 2010.

MOTTA, F. C. P.; ALCADIPANI, R. Jeitinho brasileiro, controle social e competição. **Revista Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 6-12, jan./mar. 1999.

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

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

NOGUEIRA, C. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: perspectiva feminista crítica na psicologia social.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. 270 p.

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

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

OLIVEIRA, J. D. S. *et al.* Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 99-105, mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 160 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, 1).

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

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100 p.

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

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010.

PETERS, M. (Posts-)Modernism and structuralism: affinities and theoretical innovations. **Sociological Research Online**, United Kingdom, v. 4, n. 3, sept. 1999.

\_\_\_\_\_. **Pós estruturalismo e filosofia da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 481 p.

PHILLIPS, N.; HARDY, N. **Discourse analysis: investigation processes of social construction**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002. 104 p.

PIMENTA, S. M. A estratégia da gestão na nova ordem das empresas. In: \_\_\_\_\_. **Recursos Humanos: uma dimensão estratégica**. Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD, 1999.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

POECK, K. *et al.* Outras ferramentas para a gestão do dia a dia. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 13, p. 241-283.

PORTO, I. S.; REGO, M. M. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005.

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

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

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

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

ROONEY, A. L.; OSTENBERG, P. R. **Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde**. Projeto de Garantia da Qualidade, Centro dos Serviços Humanos - CHS. USA: USAID, 1999. 64 p. (Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade).

SANCHEZ, K. R. **Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido a acreditação**, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 1400 e BS8800. 2003. 260 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SARAIVA, L. A. S.; SANTOS, A. V. Estratégias de poder de trabalhadores industriais. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 15-43, jul./ago. 2011.

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

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Portugal, n. 85, p. 65-82, jun. 2009. Disponível em: <[www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362\\_RCCS\\_85\\_Mauro\\_Serapioni.pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2010.

SEWELL, G.; WILKINSOR, B. Someone to watch over me?: surveillance, discipline and the just-in-time labour process. **Sociology**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 271-289, may 1992.

SHAW, C. *et al.* Towards hospital standardization in Europe. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 244-249, jun. 2010.

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

SIQUEIRA, H. H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir**. 2001. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SOUZA, E. M.; MACHADO, L. D.; BIANCO, M. F. O homem e o pós estruturalismo foucaultiano: implicações para os estudos organizacionais. **Revista Organizações & Sociedade**, Bahia, v. 15, n. 47, p. 71-83, out./dez. 2008.

SROUR, R. H. **Poder, cultura e ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 368 p.

THE JOINT COMMISSION. **The Joint Commission History**. 2011. 12 p. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint\\_Commission\\_History\\_20111.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_History_20111.PDF)>. Acesso em: 10 ago. 2011.

TONKIN, L. A. P. **Effective visual management: bring excellence into sharper focus**. Rio de Janeiro: LTC, 1998. 27 p.

TUCKMAN, A. Ideology, quality, TQM. In: WILKINSON, A.; WILLMOTT, H. **Making quality critical: new perspectives on organization chance**. London: Routledge, 1995. p. 54-81.

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

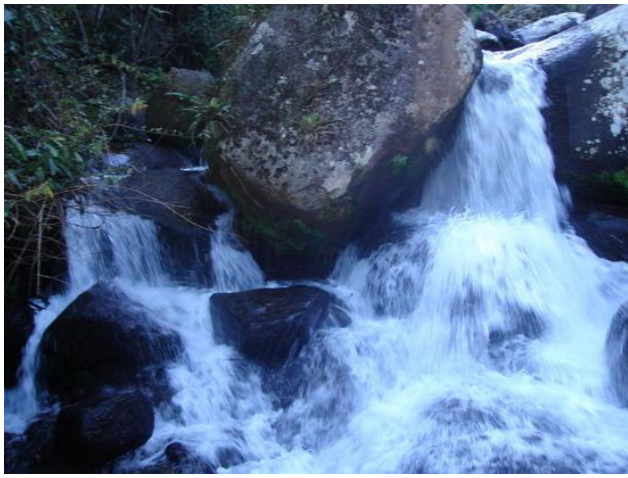
TURCHI, L. M. **Qualidade total: afinal de que estamos falando?** Brasília: IPEA, 1997. 56 p. (Texto para Discussão, 459).

VIANA, F. M. *et al.* Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, ano 3, n. 6, p. 35-45, jan./jun. 2011.

VIEIRA, M. M. F. Por uma boa pesquisa qualitativa em administração. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 13-28.

VILLELA, C. S. S. **Mapeamento de processos como ferramenta de reestruturação e aprendizagem organizacional**. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

WALSH, K. Quality through market's: the new public service management. In: WILKINSON, A.; WILLMOTT, H. **Making quality critical: new perspectives on organization chance**. London: Routledge, 1995. p. 82-104.



## Apêndices

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas

#### Roteiro de entrevista

##### Identificação

**Data:** \_\_\_\_\_

**Entrevista n°** \_\_\_\_\_

**Hospital:** \_\_\_\_\_

**Função ou cargo:** \_\_\_\_\_

**Formação acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Tempo de formado:** \_\_\_\_\_

**Tempo na UTI neo:** \_\_\_\_\_

**Trabalha em outro hospital acreditado:** Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**Teve conhecimento prévio sobre acreditação antes de trabalhar nesse serviço? Onde?**

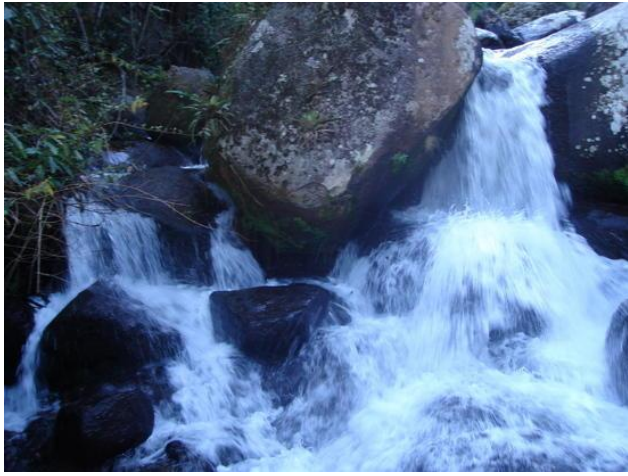
\_\_\_\_\_

1. Fale como acontece o processo de Acreditação na Unidade de terapia intensiva.
2. Fale sobre as mudanças que aconteceram no seu trabalho com a Acreditação hospitalar.
3. Fale sobre as estratégias de gestão, incluindo as ferramentas de gestão que você e sua equipe utilizam para o alcance da acreditação em excelência.
4. Como vocês avaliam e monitoraram a performance dos indicadores de qualidade na UTI neonatal?
5. Quais as facilidades e dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho com a Acreditação em Excelência?
6. Como vocês avaliam a participação e interação da equipe multidisciplinar da UTI neo no processo de Acreditação?



## **APÊNDICE B - Roteiro para observação de diário de campo**

1. As relações que se estabelecem entre a equipe multiprofissional no processo de acreditação hospitalar na UTI neonatal.
2. O cumprimento do manual de acreditação e o conhecimento dos atores sobre a gestão da qualidade.
3. As condições de trabalho profissional, estratégias e ferramentas de gestão construídas para alcance da acreditação em excelência.
4. A relação entre os objetivos profissionais e a missão e/ou objetivos da instituição.
5. Os confrontos, conflitos, tensões existentes e formas de solução dos problemas.
6. As demandas da instituição e dos profissionais citadas por esses ao longo do cotidiano de trabalho.
7. Linguagem e comportamento corporal utilizado na maioria do tempo.



Anexos

---

**ANEXOS****ANEXO A - Parecer de aprovação do EMI/EEUFMG**

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

Parecer ENA n.º 21 /2011  
Assunto: Projeto de Pesquisa  
Interessada: Bruna Figueiredo Manzo/Marília Alves (Orientadora)  
Relatora: Professora Márcia Regina Pereira Monteiro

**1. HISTÓRICO**

No dia 15 de setembro de 2011, recebi da secretaria do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA), o projeto de pesquisa “GESTÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS NEONATAIS ACREDITADAS EM NÍVEL DE EXCELÊNCIA”, da doutoranda Bruna Figueiredo Manzo sob orientação da professora Marília Alves, para análise e emissão de parecer.

**2. MÉRITO**

O presente projeto tem como objetivo geral: analisar a gestão da qualidade em unidades de terapia intensiva neonatais focalizando as ferramentas e estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional e sua influência na qualidade da assistência.


A importância do estudo da gestão pela qualidade, um sistema estruturado para atender e superar as necessidades e expectativas dos clientes mediante controle e aperfeiçoamento contínuo do método de trabalho, de suas ferramentas e da aplicabilidade nas unidades de terapia intensiva neonatal pelos profissionais de saúde. Assim vários estudos mostram a importância da gestão da qualidade hospitalar para a melhoria contínua dos serviços. No entanto, são escassas as referências a respeito da gestão da qualidade, em especial, para a assistência multiprofissional em unidades de terapia intensiva, sendo este o foco do estudo.

**3. CONCLUSÃO**

Com base no exposto, sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa intitulado: “GESTÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS NEONATAIS ACREDITADAS EM NÍVEL DE EXCELÊNCIA”, a ser orientado pela Prof.ª Dra. Marília Alves, sendo que o mesmo poderá ser encaminhado para comitê de ética em pesquisa.

  
Prof.ª Dra. Márcia Regina Pereira Monteiro  
Relatora

Aprovado em reunião de Câmara do  
Departamento de Enfermagem Apli-  
cada/ENA em 20 / 09 / 11.

  
Prof.ª Dr.ª Simone Cardoso Lisboa Pereira  
Chefe Depto de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem UFMG

**ANEXO B - Parecer de aprovação do COEP/UFMG**



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

**Projeto: CAAE – 0517.0.203.170-11**

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

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 26 de março de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Gestão da qualidade na assistência multiprofissional em unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em nível de excelência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

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

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Gestão da qualidade na assistência multiprofissional em Unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em nível de excelência**”. A referida pesquisa é de autoria de Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alves e a Doutoranda Bruna Figueiredo Manzo. Neste sentido, gostaríamos de convidá-la (o) para participar de uma entrevista gravada e transcrita com o **objetivo** analisar a gestão da qualidade em unidades de terapia intensivas neonatais focalizando as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional e sua influencia na qualidade da assistência.

**Possíveis benefícios:** A relevância desse estudo está na possibilidade de fornecer a equipes de saúde subsídios para fundamentação dos processos decisórios envolvidos na resolução de problemas e das mudanças a serem adotadas na prática assistencial na unidade de terapia intensiva, formalizando estratégias de ação e impulsionando inovações e qualidade na área de saúde.

**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.

\_\_\_\_\_  
Marília Alves

Prof. Dep. de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

\_\_\_\_\_  
Bruna Figueiredo Manzo

Doutoranda da EEUFMG

Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_ declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e que li e entendi o consentimento além, de ter tido oportunidade para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de entrevista gravada, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data em forma de artigos científicos e tese de doutorado. Seu controle e guarda ficará em poder de Marília Alves, Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG e da aluna de doutorado Bruna Figueiredo Manzo, com o objetivo de realizar a pesquisa intitulada “**Gestão da qualidade na assistência multiprofissional em unidades de Terapia intensivas neonatais acreditadas em nível de excelência**”.

Assinatura do entrevistado : \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador : \_\_\_\_\_

Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Telefone dos pesquisadores:

# Bruna Manzo - fone (31)98441811

# Marília Alves - fone (31) 3409 9849.

Comitê de Ética e 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.