

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SOLANGE ROTHBARTH

**GESTÃO DA QUALIDADE:
UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

CURITIBA

2011

SOLANGE ROTHBARTH

**GESTÃO DA QUALIDADE:
UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

CURITIBA

2011

Rothbarth, Solange

Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar /
Solange Rothbarth. Curitiba. - 2011.
134 f.

Orientador: Professora Lillian Daisy Gonçalves Wolff


Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor
de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

1. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.. 2. Acreditação. 3.
Enfermagem I. Título. II. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves.


NLM: WY 100

TERMO DE APROVAÇÃO**SOLANGE ROTHBARTH****GESTÃO DA QUALIDADE:
UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 

Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis
Membro-Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Anair Lazzari Nicolla
Membro Titular: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Curitiba, 24 de fevereiro de 2011.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por todas as bênçãos que tens a mim concedido. Ele “[...] ensina o que é útil e te guia pelo caminho em que deves andar” Isaías 48:17.

A Prof^a. Dr^a Lillian Daisy Gonçalves Wolff pela confiança, empenhando seus esforços e compartilhando seus conhecimentos durante os momentos de orientação.

Aos membros da Banca Examinadora por sua disponibilidade e contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação pela oportunidade de aprendizado e aos seus professores pelos ensinamentos.

Ao Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde - GPPGPS pela convivência que possibilitou a troca de experiências e o estabelecimento de parcerias.

Aos meus pais, Rolf e Noeli, pelo amor, empenho e apoio em tudo o que me proponho a fazer.

*Ao Luís Henrique, meu amor, parceiro na vida e incentivador das minhas conquistas, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência, distanciamento e nervosismo.
Minha vida não seria a mesma sem você!*

As minhas irmãs e meus cunhados pelo incentivo, torcida e encorajamento em todos os momentos.

Aos colegas de turma de mestrado pelo companheirismo, solidariedade e apoio mútuo, além dos momentos de descontração.

A Leila por toda sua disponibilidade, sempre muito solícita. Obrigada por seu apoio e suas contribuições.

Ao Eduardo e ao Dr. Leonardo, parceiros de Hospital Infantil, por todo o incentivo e compreensão durante este período.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho.

*"Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir,
mas também sonhar;
não apenas planejar,
mas também acreditar."*

Anatole France

RESUMO

ROTHBARTH, S. **Gestão da Qualidade**: Um processo de Acreditação Hospitalar. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

A qualidade é um imperativo para as instituições de saúde, além de ser estratégica. Adicionalmente, a Gestão da Qualidade e os processos de Acreditação Hospitalar são cada vez mais discutidos e presentes nessas instituições e, assim na prática profissional daqueles que nelas atuam. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de Acreditação Hospitalar em um hospital de ensino com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado segundo a metodologia da Organização Nacional de Acreditação - ONA. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, conduzido sob a forma de um estudo de caso único, no qual os dados foram colhidos por meio de pesquisa documental e de entrevistas semi-estruturadas com pessoas-chave. Os dados provenientes da pesquisa documental foram analisados qualitativamente e aqueles relacionados às entrevistas por meio da Análise de Conteúdo. Os resultados da pesquisa evidenciaram a trajetória do hospital em estudo na busca pela certificação de hospital acreditado e, neste sentido, apresentam as estratégias utilizadas para o preparo das unidades/serviços para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar por Instituição Acreditora, as dificuldades e facilidades vivenciadas neste processo e a ampliação da gestão da qualidade nesta instituição. Destacam-se as contribuições deste estudo, que pode servir de orientação para que os demais hospitais brasileiros que buscam a certificação de Acreditação Hospitalar definam suas próprias estratégias, adequando-as ao seu contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Acreditação. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

ROTHBARTH, S. **Quality Management: A Hospital Accreditation Process.** 2011. 134f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Research Mentor: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

Quality is not only strategically important but it is imperative for the institutions and health professionals. In addition, the Quality Management and the Hospital Accreditation processes are currently often discussed at healthcare institutions and consequently in the practice of those who work on them. Within this perspective, the aim of this study was to analyze the hospital accreditation process in a teaching hospital attempting to obtain certification of a Hospital Accredited at Level 1 - security, according to the methodology of the National Accreditation Organization - NAO. This was a descriptive exploratory study, conducted under the method of single case study, in which data were collected by review of institutional documents and semi-structured interviews with people involved in the process for obtaining Hospital Accreditation certification. The data extracted from the documents were analyzed qualitatively, and those related to the interviews were analyzed through Content Analysis. The survey results demonstrated the trajectory of the study hospital in its quest for the certification of Accredited Hospital, and also, the strategies used to prepare the units/services, administrative and assistance, for the evaluation of hospital accredited by certification institution. Emphasize the creation of the Hospital Accreditation Commission - HAC, the establishment of goals related to the preparation stages for the evaluation process involved to obtain the certification of Hospital Accreditation, the development of educational actions, method for internal audits and corrective action plans, training, promoting and encouraging the involvement of professional and units, the creation of Internal Groups of Quality - IGQ, and expansion of quality management of this institution as a result of the creation of the Quality Management Consultancy - QMC. Moreover, the advantages and difficulties experienced by QMC and IGQ in this process were described. Of note, the contributions of this research may serve as a guideline for other hospitals in Brazil that prioritize the safety and quality and are seeking for certification of Hospital Accreditation to better define their own strategies adapted to each specific context.

KEYWORDS: Nursing. Accreditation. Quality of care.

LISTA DE SIGLAS

AGQ	- Assessoria da Gestão da Qualidade
CAH	- Comissão de Acreditação Hospitalar
CCQ	- Círculos de Controle da Qualidade
GIQ	- Grupo Interno da Qualidade
HU	- Hospitais Universitários
IA	- Instituição Acreditadora
IPASS	- Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
MBA	- Manual Brasileiro de Acreditação
MBAOPSS	- Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
OPSH	- Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
OPSS	- Organização Prestadora de Serviços de Saúde
PGAQS	- Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PPACAH Hospitalar	- Processo de Preparo para a Avaliação de Certificação de Acreditação Hospitalar
PPGENF-UFPR do Paraná	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná
REHUF Federais	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SBA	- Sistema Brasileiro de Acreditação
SUS	- Sistema Único de Saúde
UG	- Unidade Gerencial
Uss	- Unidades de Significado
UUEA	- Unidade de Urgência e Emergência Adulto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE.....	17
2.2 GESTÃO DA QUALIDADE.....	19
2.3 QUALIDADE EM SAÚDE.....	27
2.4 QUALIDADE NA ENFERMAGEM.....	29
2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM.....	32
2.6 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	34
3 MÉTODO.....	45
3.1 LOCAL DA PESQUISA.....	45
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	47
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	50
3.4 COLETA DE DADOS.....	51
3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	53
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	54
4.1 A Comissão de Acreditação Hospitalar desde a sua origem à atualidade.....	54
4.1.1 A composição.....	54
4.1.2 A dinâmica de trabalho da Comissão de Acreditação Hospitalar.....	56
4.1.3 Atividades da Comissão de Acreditação Hospitalar, 2004 à 2010	57
4.2 Estratégias para o processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar.....	59
4.2.1 Primeiras iniciativas.....	59
4.2.2 Ações educativas e de marketing.....	59
4.2.3 Estabelecimento de metas.....	60
4.2.4 Elaboração de instrumentos para as auditorias internas.....	61
4.2.5 Realização de auditorias internas.....	63
4.2.5.1 A participação efetiva do GIQ na realização das auditorias internas.....	64

4.2.5.2 O trabalho da equipe de auditoria da Comissão de Acreditação junto ao GIQ da UUEA.....	65
4.2.6 A criação do Grupo Interno da Qualidade – GIQ.....	67
4.2.6.1 A composição do GIQ na UUEA.....	67
4.2.6.2 A dinâmica das reuniões do GIQ	68
4.2.6.3 O planejamento do GIG no ano de 2010.....	69
4.2.7 Elaboração do plano de ação pelo GIQ.....	70
4.2.7.1 Dificuldades vivenciadas.....	70
4.2.7.2 Facilidades vivenciadas.....	71
4.3 ASPECTOS DIFICULTADORES NO PROCESSO DE PREPARO PARA AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA INSTITUIÇÃO	72
4.3.1 Características do hospital.....	72
4.3.2 Os profissionais.....	74
4.3.3 A expectativa pelos resultados no processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar.....	76
4.3.4 Modelo gerencial das unidades/serviços.....	76
4.3.5 A inexistência de uma cultura de segurança.....	77
4.3.6 A gestão de indicadores na instituição.....	77
4.3.7 A visão fragmentada dos processos.....	78
4.4 ASPECTOS FACILITADORES NO PROCESSO DE PREPARO PARA AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DA INSTITUIÇÃO.....	78
4.4.1 O apoio da Direção do hospital.....	78
4.4.2 A expertise e envolvimento dos profissionais.....	79
4.4.3 O modelo de Unidades Gerenciais.....	80
4.4.4 O estímulo pelo alcance bem sucedido dos objetivos e o reconhecimento das interfaces.....	81
4.5 O DESEMPENHO DA UUEA NO PROCESSO DE PREPARO PARA A AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PARA A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	82
4.6 O RELACIONAMENTO E APOIO DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	83
4.7 A AMPLIAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE: DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR À ASSESSORIA DA GESTÃO DA QUALIDADE.....	83
4.7.1 A ampliação.....	83
4.7.2 A Assessoria da Gestão da Qualidade – AGQ.....	84
4.7.3 A constituição da AGQ.....	85

4.7.4 A atuação.....	88
4.7.5 A capacitação dos profissionais envolvidos.....	89
4.7.6 A nova perspectiva de trabalho.....	90
4.7.7 A metodologia de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar.....	91
4.8 DE COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR À ASSESSORIA DA GESTÃO DA QUALIDADE: PROMOVENDO MUDANÇAS.....	92
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	128
ANEXO.....	133

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado trata do tema Acreditação Hospitalar e foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – PPGENF/UFPR, área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem” e dentro da linha de pesquisa intitulada “Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem”.

Versa sobre a gestão da qualidade e a Acreditação Hospitalar, cada vez mais discutidas e presentes nos processos dessas instituições de saúde e da prática profissional daqueles que nelas atuam, motivo que explica o interesse dos profissionais de enfermagem na produção científica correlata que responda à aplicação eficiente dessas práticas no cotidiano em que trabalham.

A busca pela qualidade dos serviços de saúde tem sido uma preocupação não somente de profissionais e instituições de saúde, mas principalmente do Ministério da Saúde (MS). Desde 1994, este ministério desenvolve o Programa de Qualidade que, anos mais tarde, em 1998, levou à criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, visando à qualidade dos serviços em padrões mais elevados.

O processo de Acreditação, para o qual as instituições de saúde hospitalares se inscrevem voluntariamente, é periódico e reservado. No Brasil está a cargo da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Esta, por sua vez, é uma organização privada, sem fins lucrativos, credenciada pelo MS como responsável pelo processo de Acreditação Hospitalar. Os princípios orientadores de cada nível são: a segurança no primeiro; a segurança e a gestão integrada no segundo nível e, no terceiro nível, além da segurança e da gestão integrada, tem-se a excelência em gestão.

Este processo de avaliação é realizado em três níveis de certificação. Um nível mais complexo é alcançado após a certificação do hospital em um nível anterior, estes, por sua vez, são cumulativos. Assim, quando o hospital solicita avaliação de Acreditação para um determinado nível ele necessita atender aos seus critérios, bem como aos do nível anterior. Neste sentido, quando solicita avaliação

pela intuição certificadora, pode fazê-lo em relação à manutenção da certificação atual ou para um nível superior.

Embora o Manual Brasileiro de Acreditação - MBA das Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (BRASIL, 2010^a) indique os padrões e critérios que são avaliados naquele programa, cabe a cada hospital selecionar e planejar as estratégias para alcançá-los.

Ressalta-se que o movimento brasileiro da Acreditação Hospitalar teve início da década de 90, no entanto, ainda há um número incipiente de instituições hospitalares certificadas. No Paraná, tem-se até o momento apenas 12 hospitais certificados (acreditados), e dentre eles não há referência de hospitais universitários (ONA, 2011).

Ademais, alguns autores afirmam sobre a produção acadêmica, por meio de teses e dissertações, as quais demonstram o envolvimento de enfermeiros com a avaliação da qualidade do cuidado e com o Processo de Acreditação Hospitalar - PAH (ANTUNES, 2002; RIBEIRO, 2006; MANZO, 2009). Todavia, ainda são incipientes publicações que versem sobre estratégias organizacionais de condução do Processo de Preparo para a Avaliação de Certificação de Acreditação Hospitalar - PPACAH, mesmo diante da relevância deste tema.

Este tipo de produção acadêmica pode servir de orientação para que os demais hospitais brasileiros que buscam essa certificação definam suas próprias estratégias para a obtenção da certificação de hospital acreditado pela ONA. Destarte, a necessidade de evidenciar a qualidade da assistência e assegurá-la torna-se um imperativo para o dia-a-dia, para a pesquisa e para o contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais e das instituições hospitalares (AQUINO; GIAPONESI; SANTOS, 2008).

Nessa perspectiva, a certificação de Acreditação constitui-se uma referência de garantia da qualidade da assistência prestada aos clientes e, à sociedade em geral, uma vez que indica e atesta que as instituições hospitalares de saúde encontram-se em conformidade com determinados padrões, o que torna menos provável a ocorrência de erros e eventos adversos que coloquem em risco à saúde e acarretem danos aos usuários (QUINTO NETO, 2000). Além disso, autores (ANTUNES, 2002; CAMPOS, 2006; RIBEIRO, 2006; MANZO, 2009) apontam também a importância da investigação e análise de processo de Acreditação ocorridos em hospitais, a fim de que sirvam de instrumentos para comparação entre

os resultados obtidos nas diferentes instituições, e assim orientem outras instituições que estão em busca da certificação de hospital acreditado.

Neste contexto, desde 2004 o Hospital de Ensino sob estudo desenvolve ações com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado. Adicionalmente, reafirma o seu compromisso com a qualidade do serviço prestado, mediante a revisão de conceitos e idéias, aperfeiçoamento de sua estrutura e busca por novos modelos de gestão a fim de alcançar melhores resultados no atendimento à clientela atendida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, UFPR, 2010^a).

Nesta linha de pensamento, neste mesmo ano criou a Comissão de Acreditação Hospitalar - CAH, responsável por gerenciar o processo de preparação da instituição para a avaliação de certificação de hospital acreditado, com vistas ao atendimento dos padrões de qualidade preconizados pelo MS. Com isso, auditorias internas passaram a ser realizadas nas unidades desse hospital com o objetivo de identificar as não conformidades e, de posse destas informações, cada serviço auditado tem elaborado um plano de ação, com a finalidade de corrigi-las e adequar-se aos padrões de acordo com os quais é avaliado.

Adicionalmente, em abril de 2008 foi lançada a campanha “HC - Hospital 5 estrelas” com o objetivo de incentivar e motivar a instituição e cada profissional que nela atua para “[...] trabalhar para que o Hospital melhore, garantindo a certificação de hospital acreditado”. De acordo com esta campanha, cada estrela corresponde a uma etapa vencida no caminho de preparação em busca da certificação de Hospital Acreditado. Neste sentido, tem-se que, as cinco são: Compromisso com a campanha; Unidade auditada com sucesso; Relatório em mãos; Plano de ação em execução e Unidade Acreditada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, UFPR, 2010^a, sp).

Dentre as unidades e serviços assistenciais da instituição, a Unidade de Urgência e Emergência Adulto - UUEA é tida como uma das mais avançadas nesse processo, uma vez que já passou por cinco auditorias internas desde 2005, e obteve quatro estrelas até este momento.

Nesta perspectiva, esta dissertação de mestrado buscou responder à seguinte questão norteadora: Como o Processo de Acreditação Hospitalar tem se desenvolvido como um processo da Gestão da Qualidade em um Hospital de ensino?

Para responder a esta pergunta de pesquisa, delineou-se o seguinte objetivo:

- Analisar o Processo de preparo de um hospital de ensino com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado.

Neste documento apresenta-se o relatório do desenvolvimento da pesquisa que registrou a trajetória de um hospital de ensino em busca da certificação de Hospital Acreditado até a avaliação diagnóstica por instituição acreditadora. Possibilitará às demais unidades do referido hospital direcionarem-se de acordo com as experiências bem sucedidas das estratégias já desenvolvidas, bem como para hospitais que considerem essa experiência como um modelo possível de ser adaptado aos seus contextos e replicado.

O documento está estruturado em nove seções. A primeira corresponde a esta Introdução. A segunda trata da Revisão de Literatura sobre o tema de pesquisa. A terceira versa sobre o Método. A quarta seção traz a Apresentação e Análise dos Resultados. Na seqüência, traz-se a Discussão dos Resultados e, em seguida as Considerações Finais. Seguem-se as Referências, os Apêndices e Anexo deste trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta dissertação de mestrado, o processo de preparo para a Acreditação Hospitalar refere-se à trajetória de um hospital de ensino para adequar-se aos padrões de qualidade segundo a metodologia de avaliação do Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - MBAOPSS (BRASIL, 2010^a), com vistas à certificação de hospital acreditado no Nível 1. Nesta perspectiva, considera-se que esse processo de preparo para a Acreditação consiste em uma estratégia de gestão para a qualidade.

Portanto, esta revisão de literatura trata da qualidade no quê se refere ao seu conceito, à gestão da qualidade, à qualidade em saúde, à qualidade na enfermagem, à avaliação da qualidade em saúde e na enfermagem e, da Acreditação Hospitalar segundo a metodologia da ONA.

2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE

O conceito de qualidade tem sido discutido sob perspectivas diversas, e por conseguinte, evoluído com o passar dos tempos. Destacam-se quatro principais perspectivas: qualidade como pressuposto de excelência; qualidade como conformidade às especificações; qualidade como adequação ao uso e, qualidade como valor para o preço. Cada uma dessas definições traz consigo suas implicações, relacionadas ao o quê se entende por qualidade (SILVA, 2002).

A qualidade entendida como pressuposto de excelência relaciona-se à “[...] propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las uma das outras e de lhe determinar a natureza” (FERREIRA, 1986, p.1424). Como conformidade com as especificações técnicas, a qualidade é entendida pelo

atendimento aos padrões técnicos estabelecidos e adotados em relação ao produto ou serviço. Na perspectiva da adequação ao uso, refere-se à capacidade de satisfazer desejos do cliente, ao atendimento às suas necessidades. Neste sentido, o produto ou serviço é considerado de qualidade quando atende perfeitamente, de forma confiável e segura e no tempo certo as necessidades dos clientes (PALADINI, 2007).

Entretanto, a qualidade como valor para o preço é a perspectiva mais abrangente do conceito de qualidade, pelo fato de integrar todas as demais. A qualidade é entendida como o grau de excelência de um produto/serviço a um preço compatível e com variabilidade controlada a um custo aceitável (BROH, 1974).

Definir a qualidade não é uma tarefa fácil, isto por que ela não diz respeito a apenas um aspecto isolado. Ademais, o primeiro passo para defini-la é considerá-la como um conjunto de elementos ou atributos que compõem o serviço ou produto. Neste sentido, uma definição adequada considera que a qualidade “[...] envolve muitos aspectos simultaneamente, ou seja, uma **multiplicidade de itens** [...]” e “[...] sofre alterações conceituais ao longo do tempo, isto é, trata-se de um **processo evolutivo**” (PALADINI, 2007, p.28 [grifo do autor]).

Nesta linha de pensamento, o equívoco está em considerar que a qualidade possa ficar restrita, apenas, a um ou alguns dos aspectos conceituais que se tem. Observa-se na Figura 1 uma representação gráfica da evolução do conceito de qualidade, que ilustra a sua perspectiva ampla e contemporânea.

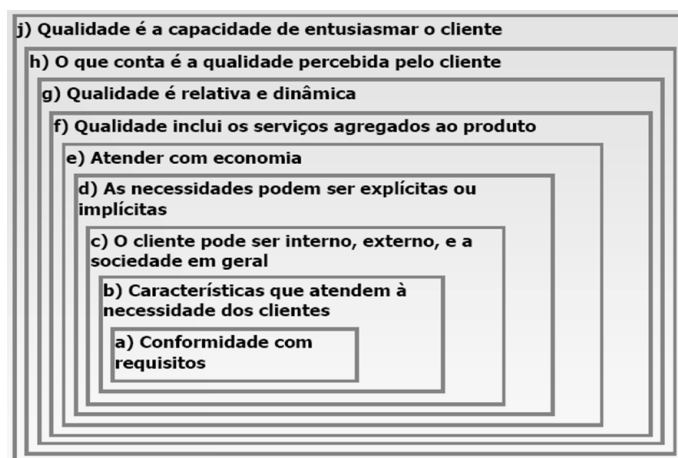


FIGURA 1 – Evolução do conceito de qualidade.
 FONTE: Melhado (2009).

Diante desta diversidade de conceitos de qualidade, alguns autores (MEZOMO, 2001; MARSHALL JUNIOR, 2003; PALADINI, 2007) analisam que as várias definições têm algo em comum: confluem para a adequação do serviço/produto à demanda que busca atender.

2.2 GESTÃO DA QUALIDADE

A qualidade passou a ser estratégica para as instituições, pois deixou de representar o diferencial para ser percebida como uma condição de preexistência, um imperativo (MEZOMO, 2001; MARSHALL JUNIOR, 2003; OLIVEIRA, 2009) e, conseqüentemente, a Gestão da Qualidade tem assumido o mesmo significado.

Em relação à Gestão da Qualidade no Brasil, Oliveira (2009) considera que se tem um grande caminho a percorrer, visto que o acesso e desenvolvimento dos conceitos a ela relacionados chegaram tardiamente nos países em desenvolvimento, fato justificado por uma série de questões histórico-econômicas.

No que se refere à definição da Gestão da Qualidade, resumidamente pode-se considerá-la como “[...] processo de definição, implantação e avaliação das políticas de qualidade” (PALADINI, 2007, p.136). Destarte, tem-se que parte dos princípios norteadores e práticas da Gestão da Qualidade são contribuições de estudiosos da qualidade, tais como Broh (1974), Crosby (1986) Juran (1992), Ishikawa (1990), Deming (1990) e Feigenbaun (1994).

Similarmente, como se observa na qualidade em termos de conceituação, a Gestão da Qualidade tem sido foco de muitas definições. Ao analisá-las é possível perceber que é entendida como “[...] uma filosofia, um conjunto de métodos, melhoria contínua, um serviço (ao consumidor e a clientes) e envolvimento da mão-de-obra” (PALADINI, 2007, p.281). Corroborando com o autor, Carpinetti (2010) acrescenta que se trata de um processo interativo de planejamento, ação e revisão que busca a melhoria contínua. Ademais, fundamenta-se em princípios, tais como,

melhoria contínua, abordagem científica, visão de processos, liderança, comprometimento e envolvimento.

Na percepção de Lima e Erdmann (2006, p.277), a Gestão da Qualidade envolve a mobilização de “[...] recursos institucionais para a construção de um paradigma no qual desenvolvem-se rotinas, procedimentos, processos e metodologias no sentido de satisfazer o cliente”.

Ressalta-se que definir o que é qualidade é muito importante, pois a compreensão que dela se tem influencia diretamente no estabelecimento da cultura da qualidade na instituição, a qual representa um dos principais esforços da Gestão da Qualidade.

Nessa perspectiva, Paladini (2007) analisa o quê se entende por qualidade e suas implicações na gestão da qualidade. Por conseguinte, se a qualidade for entendida somente como algo abstrato, será considerada como inatingível e, assim sendo, todos os esforços serão inviáveis e ineficazes, noção que pode levar à acomodação. Ademais, se for considerada somente como algo subjetivo das pessoas, então não poderá ser definida e, conseqüentemente, mensurada e avaliada. Destarte, se for considerada somente como sinônimo de perfeição, tem-se a interpretação de que se houver qualidade, então não há mais o que melhorar e aprimorar.

Adicionalmente, se a qualidade pode ser entendida como algo imutável, portanto não é preciso acompanhar novas tendências e, se ela ainda pode corresponder a um requisito mínimo de funcionamento pode-se inferir que basta funcionar para ter qualidade, o quê não requer muitos esforços. Por fim, se o entendimento é de que a qualidade é uma área que se envolve exclusivamente com esta questão, tem-se que é tarefa para especialistas no assunto, e os demais se isentam dos esforços e das responsabilidades relacionadas aos processos de qualidade na instituição (PALADINI, 2007). Diante disto, fica evidente o equívoco de considerar apenas um dos aspectos acima citados, uma vez que a qualidade envolve uma multiplicidade de itens, pois é um constructo que abrange diferentes conceitos.

Outro fator importante para a Gestão da Qualidade é a política de qualidade da instituição, pois mantêm entre si um alto nível de interdependência. Paladini (2007, p.136) reforça esta idéia quando afirma que “[...] não é possível estruturar o

processo de Gestão da Qualidade sem que seja definida, conhecida e bem entendida a política que a organização adotará em relação à qualidade”.

Para tanto, tem-se que a definição da política de qualidade da instituição acontece na esfera da alta administração, uma vez que envolve a tomada de muitas decisões que extrapolam as dimensões da área operacional. Sobre isto, Oliveira (2009, p.16) acrescenta que deve constituir-se em um documento, o qual necessita explicitar, de forma concisa, “[...] o compromisso da Direção com a qualidade, servindo como um guia filosófico para as ações gerenciais, técnicas e operacionais [...]”, ademais “[...] possibilitará a divulgação para os clientes externos do comprometimento da empresa para com a qualidade”.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que o processo da Gestão da Qualidade envolve duas áreas distintas de atuação: o nível global (estratégico) e o nível operacional. No primeiro, cabe à Gestão da Qualidade colaborar com a alta administração na definição das políticas da qualidade e, em contrapartida, no âmbito operacional ela deve desenvolver, implantar e avaliar os programas de qualidade (PALADINI, 2007). Isto demonstra a ampla e diversa atuação da Gestão da Qualidade, a qual permeia toda a instituição, relacionando-se com os diversos níveis hierárquicos que se apresentam.

Ademais, a Gestão da Qualidade desempenha funções técnicas próprias de sua área, em consonância com a política da qualidade da instituição. Envolve a organização como um todo e requer interfaces com os demais setores/serviços, refletindo também no processo gerencial da organização. Nesta perspectiva, possui componentes técnicos que requerem a figura de um gerente da qualidade, que representa a função “Gestão da Qualidade”, no entanto não detém exclusividade sobre ela (PALADINI, 2007).

O gerente da qualidade é o agente de decisão no processo de Gestão da Qualidade. Neste sentido, define as metas da qualidade, bem como as estratégias de envolvimento dos recursos da instituição com vistas a alcançá-las. Todavia não se restringe à figura de uma pessoa, pode ser uma equipe, uma área técnica da instituição, ser uma função administrativa desempenhada por determinadas pessoas ou, por uma única pessoa, como se tem observado na realidade brasileira (PALADINI, 2007). Isso pode ser evidenciado na forma como as instituições tem se

organizado na busca e garantia da qualidade, por meio de Escritórios da Qualidade, Assessorias de Gestão da Qualidade, Comissões da Qualidade, Gestores da Qualidade, entre outros.

Contudo, a gerência da qualidade requer competência e, seguindo esse pressuposto, Paladini (2007, p.175) analisa o perfil desejado para ser gerente da qualidade, o qual contempla três características básicas divididas em comuns, desejáveis e necessárias. São consideradas características comuns: “[...] a liderança, a oportunidade de motivação, o controle da informação, o dinamismo e o planejamento [...]”. Em relação às desejáveis tem-se “[...] a competência técnica, a visão horizontal da instituição, o conhecimento do produto/serviço e do processo [...]” e, são necessárias “[...] o relacionamento humano, a capacidade de interação e de compreensão do mercado”.

Em se tratando de liderança para a Gestão da Qualidade, Carpinetti (2010) a considera indispensável, uma vez que parte do pressuposto de que o foco no cliente e a melhoria contínua só serão incorporados na cultura da instituição, a qual pode ser trabalhada pela liderança.

Outro fator importante e de destaque na Gestão da Qualidade é o *feedback*. Neste sentido, as auditorias se destacam como importantes instrumentos de aperfeiçoamento e que possibilitam a retroalimentação do sistema de qualidade da instituição. Por meio de sua realização periódica e programada é possível avaliar “[...] o grau de implementação dos procedimentos, orientando-se os responsáveis pelos respectivos setores auditados a corrigir eventuais falhas” (OLIVEIRA, 2009, p. 17).

Nesta linha de pensamento, a avaliação (ou auditoria) interna pode ser utilizada como um meio para conscientizar os profissionais sobre a importância da melhoria e garantia da qualidade. Para Donabedian (2003)¹ citado por Rodrigues (2004), a avaliação (ou auditoria) interna deve proporcionar aos profissionais uma oportunidade para a identificação das oportunidades de melhoria e não das não-conformidades (problemas). Neste sentido, irão aperfeiçoando seu processo de trabalho e assim melhorar os resultados de seu trabalho. Ademais, com a

¹ DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford. University Press, 2003.

maturidade do grupo, as conclusões das avaliações deixam somente de apontar o que é possível melhorar, mas passam a incluir o que já está bom e é possível de melhorar.

Neste contexto, os seguintes itens devem ser considerados para a realização de avaliações (auditorias) internas: é necessária a autorização da alta administração; implica verificar as práticas da instituição; comparando-as com padrões previamente estabelecidos; deve haver metodologia e objetivos definidos; e, ser programada com antecedência com comunicação prévia do setor a ser auditado e, no momento de sua realização, deve ser acompanhada por profissionais do setor a ser avaliado. Os auditores devem ser experientes, capacitados e externos ao setor a ser auditado (OLIVEIRA, 2009).

Quanto aos resultados da auditoria, devem ser analisados juntamente com as recomendações e, na seqüência o cumprimento das ações corretivas propostas devem ser acompanhadas (OLIVEIRA, 2009). Para contemplar a característica de *feedback* para o aperfeiçoamento e desenvolvimento ressalta-se que o caráter das auditorias deve ser educativo e não coercivo e punitivo.

Outro aspecto a ser considerado na Gestão da Qualidade relaciona-se aos recursos humanos da instituição. Representam pontos-chave para a Gestão da Qualidade, como possíveis agentes de transformação, e principais fatores de melhoria e garantia da qualidade onde desenvolvem sua prática profissional (PALADINI, 2007).

Nessa linha de pensamento, Zanon (2001) acrescenta que os recursos humanos, que prestam a assistência, com seus valores, sua formação profissional, sua competência técnica-científica e seu envolvimento influenciam muito mais na qualidade da assistência do que os demais recursos institucionais empregados. Ressalta-se que no serviço público, o funcionário público representa o recurso básico de geração da qualidade.

A respeito do envolvimento e participação das pessoas é importante ressaltar que há sempre os mais participativos e aqueles que resistem e acomodam-se. Mezomo (2001) analisa que essas diferenças de envolvimento acontecem em todos os níveis hierárquicos da instituição. Nessa perspectiva, é preciso criar

estratégias para o envolvimento e comprometimento de todos na Gestão da Qualidade.

Neste sentido, Ishikawa (1990) destaca os Círculos de Controle da Qualidade – CCQ, que consistem em grupos pequenos para condução do controle da qualidade dentro de uma mesma área de trabalho. Destarte, proporcionam e fomentam o auto e mútuo desenvolvimento, ações de manutenção e melhorias contínuas, mediante a utilização de ferramentas da qualidade para efetuar seu controle de uma forma participativa, com o envolvimento de todos os membros do grupo.

Corroborando com o autor, Paladini (2007, p.265) acrescenta que a organização em equipes e pequenos grupos visa “[...] torná-los participantes do esforço pela qualidade de forma coletiva, integrada e cooperativa”. Isso se justifica pela afirmação de Maslow (1970)², citado por Campos (2004), para o qual a participação dos profissionais na resolução dos problemas de sua área de trabalho é altamente motivante para quem o faz.

Além disso, a qualidade requer mudanças comportamentais por parte dos profissionais, por meio do conhecimento e sua disseminação, desenvolvimento de habilidades e conseqüente modificação de atitudes (OLIVEIRA, 2009). Todavia, destaca-se que a mudança no comportamento é fruto de um processo de construção baseado no compartilhamento de informações, definição clara dos objetivos e metas a serem alcançadas (LIMA; ERDMANN, 2006).

Todavia, Mezomo (2001) afirma que a mudança implica no desenvolvimento da consciência dos profissionais, bem como de todos os envolvidos, por que são os profissionais que mudam a trajetória da instituição relacionada à qualidade. Neste sentido, trabalhar com as especificidades dos recursos humanos é o maior desafio da Gestão da Qualidade (PALADINI, 2007).

Entretanto, é preciso considerar que o comprometimento e envolvimento dos recursos humanos dependem de vários fatores, tais como motivação, capacitação e metodologia de trabalho. Partindo-se da premissa de que a motivação é algo pessoal e interno, é preciso criar ambientes de motivação, bem como estabelecer mecanismos de reconhecimento e recompensas àqueles que obtêm os melhores

² MASLOW, A.H. **Motivation and Personality**. 2 ed. New York: Harper & Row Publishers, 1970.

resultados, decorrentes do comprometimento e participação (CAMPOS, 2004; PALADINI, 2007).

Há que se estabelecer, porém, estratégias adequadas à estruturação de programas da qualidade voltados para a capacitação e produção de benefícios para os funcionários, os quais não se restrinjam, exclusivamente, a prêmios em dinheiro ou promoções. Outros recursos podem ser utilizados, tais como: destaques para a unidade que atingiu as metas, a exemplo do que é observado nos Círculos de Controle da Qualidade, cujas premiações acontecem sob a forma de presentes, certificados e diplomas; ou pequenas premiações em dinheiro para custear algumas despesas do próprio grupo (CAMPOS, 2004).

Em relação à motivação, Campos (2004) considera a sua relação com a liderança e, conseqüentemente, a necessidade de desenvolvimento de lideranças que promovam a participação e a motivação para a melhoria contínua da qualidade.

Quanto à capacitação, tem-se nos treinamentos a busca da sensibilização e envolvimento dos profissionais. Autores (KURCGANT, 2005; OLIVEIRA, 2009) destacam que para um bom desempenho da Gestão da Qualidade o treinamento é imprescindível, especialmente para a média gerência e a área operacional. Isso por que a implantação de processo de qualidade e a obtenção de seu sucesso estão atrelados, em parte, ao preparo das pessoas para o desenvolvimento de ações e estabelecimento de uma cultura da qualidade.

Adicionalmente, há que se considerar também o aspecto relacionado à formação dos profissionais. Observa-se a inadequação dos currículos para a formação relacionada à qualidade e assim a necessidade evidente da inclusão de temas relacionados à qualidade na formação dos novos profissionais (ROTHBARTH, WOLFF, PERES, 2009), o que pode constituir-se um obstáculo para o desenvolvimento de processo de qualidade. Para Mezomo (2001), os currículos das instituições de ensino não propiciam o desenvolvimento de competências requeridas para os processos da qualidade. Fato este que aponta para a necessidade de revisão dos mesmos, centrados não somente nos conhecimentos, mas também nos comportamentos, buscando assim sua adequação a esta nova realidade e, neste cenário os treinamentos deverão suprir as lacunas deixadas durante a formação destes profissionais.

Outro fator que merece destaque quando se trata de Gestão da Qualidade é o planejamento, o qual é fundamental no esforço pela qualidade, uma vez que elimina ações improvisadas, decisões baseadas na intuição e no subjetivismo. Para tanto, requer esforços dos profissionais em estabelecer metas e cumpri-las. Porém, mesmo diante de sua importância, ainda não tem sido valorizado por algumas instituições e profissionais (PALADINI, 2007).

Observa-se que muitos são os caminhos que podem ser percorridos para atingir o sucesso relacionado à qualidade nas instituições. Um deles é o sugerido por Mañas (2009, p.21), relativo à criação de um “ambiente voltado à qualidade”, com o apoio da gestão; fornecimento de informação e educação sobre o conceito de qualidade e como alcançá-la, a todos os níveis de grupo de trabalho; e estabelecimento de “padrões de performance com base na não-existência de erros e deficiências”.

Entretanto, não bastam esforços isolados, fragmentados em busca da qualidade. São imprescindíveis ações integradas que envolvam a instituição como um todo, considerando as interfaces presentes entre todos os setores, o que requer tempo, esforço e persistência.

Diante disto, pode-se observar a complexidade que envolve a Gestão da Qualidade. Adicionalmente, em determinadas áreas de atuação agrega outras especificidades, tal como se verifica no setor de prestação de serviços. Neste contexto, a Gestão da Qualidade precisa considerar as seguintes características inerentes a este tipo de atividade: intangibilidade; inseparabilidade; heterogeneidade e simultaneidade.

A primeira relaciona-se ao fato de que os serviços são abstratos, o que os confere especificidades ao serem comparados com outros. Em relação à inseparabilidade, não há possibilidade de produção e estocagem dos serviços, tal como se observa na produção de bens. A terceira característica está relacionada ao ser humano que é de natureza instável, o que torna impossível manter a qualidade constante dos serviços. Por fim, a simultaneidade é, dentre elas, a característica mais comumente lembrada, pois está relacionada ao fato de que a produção e o consumo do serviço acontecem no mesmo momento (OLIVEIRA, 2009).

Além das características da produção de serviços, há que se considerar a esfera de atuação: pública ou privada. A literatura sobre qualidade é vasta quanto a experiências de gestão da qualidade na esfera privada. Contudo, o contexto do serviço público é um mundo a parte com características próprias que, por sua vez, busca cada vez mais a qualidade. Segundo esta visão, Paladini (2007) analisa que este é o momento da qualidade no serviço público, fato atribuído ao modismo associado à questão, ao impacto que proporciona e, à necessidade urgente de economizar, pela carência crônica de recursos, além de que se trata de um elemento forte de marketing.

Corroborando com o autor, Ribeiro (2006) acrescenta que os gestores públicos defrontam-se com questões relacionadas ao desempenho de suas instituições, que vêm a tona em um cenário de escassez ou forte competição pelos recursos públicos. Nesta perspectiva, ao definir-se o modelo de Gestão da Qualidade para o serviço público brasileiro, há que se levar em conta as suas características próprias, dentre elas, a cultura de estabilidade do servidor público, a falta de qualificação e a cultura de descaso ao que é público (PALADINI, 2007).

Em relação aos hospitais públicos, alguns deles trazem consigo as especificidades acima descritas, mas também as características de hospitais de ensino. Estes últimos, por sua vez, têm se transformado em centros de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de constituírem um ambiente de formação de novos profissionais, os quais são influenciados por ele no seu processo de ensino-aprendizagem (LIMA; ERDMANN, 2006). Sendo assim, pode-se considerá-los entre as instituições mais complexas e cuja qualidade de serviços precisa ser continuamente buscada e reconhecida pela sociedade.

2.3 QUALIDADE EM SAÚDE

Desde o início do atendimento médico-hospitalar houve uma preocupação com a qualidade. Isto por que considera-se pouco provável que alguém que

desenvolve seu processo de trabalho atuando sobre a vida de outrem faça isto sem ao menos manifestar a intenção de fazê-lo da melhor forma possível, ou seja, com qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Em relação à gestão da qualidade aplicada às organizações hospitalares, Lima e Erdmann (2003) a considera uma questão instigante e capaz de provocar discussões teóricas. Destaca a sua aplicabilidade prática como um desafio que suscita diversos questionamentos. Diante disto, é uma questão que deve continuar a ser investigada e discutida, com vistas à criação de modelos de gestão mais coerentes e de acordo com as particularidades das instituições.

Nessa direção, nos últimos anos o SUS vem orientando ações em busca da qualidade, de forma a atender as necessidades e expectativas de seus usuários. Neste contexto, a busca pela qualidade em saúde é definida como o desenvolvimento contínuo de práticas que reflitam “[...] o grau de conformidade com padrões e critérios estabelecidos, medido por indicadores específicos para este fim” (BOHOMOL, 2006. p.74). Além disso, a qualidade é considerada como “[...] o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de ter resultados esperados e consistentes dos processos de saúde, no atual estado do conhecimento profissional” (KUWABARA, 2010, s.p.).

A qualidade é um processo complexo, dinâmico e ininterrupto, que se move em busca da evolução e requer ações amplas e abrangentes. Na área da saúde, envolve ainda a atividade permanente e exaustiva de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, os quais devem ser periodicamente revistos e atualizados, mediante um processo participativo, com o envolvimento de todos da instituição. Neste contexto, o êxito está diretamente ligado ao grau de envolvimento e compreensão, tanto por parte da instituição (alta administração) quanto de seus profissionais (funcionários), de que a qualidade é relevante. Neste sentido, é necessário, antes de tudo, mostrar a todos os envolvidos que vale a pena buscar a qualidade do serviço (PALADINI, 2007).

Contudo, a busca pela qualidade requer investimentos em diversas áreas e perspectivas e, algumas instituições e profissionais consideram que estes custos gerados não valem à pena. Sobre isto, Rodrigues (2004) analisa que os custos podem aumentar, entretanto, desperdícios e ineficiência nos serviços aumentam

igualmente os custos sem, no entanto, acrescentar qualidade. À medida em que os custos com desperdícios e ineficiência se mantêm ou podem ainda aumentar, os custos relacionados à qualidade são inicialmente maiores, mas com o decorrer do tempo diminuem até atingir um patamar estável, que se mantém.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, a qualidade da assistência à saúde envolve

um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (OMS, 1993 apud D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p.85).

Destaca-se, entretanto, que na área da assistência à saúde há particularidades que torna a qualidade mais difícil de ser atendida. Por tratar-se da prestação de serviços, gera bens intangíveis, pois ao mesmo tempo em que o serviço/cuidado é produzido, este é consumido e também avaliado simultaneamente. Assim, não há como separar claramente o processo de prestação do serviço (produção de cuidado à saúde) do produto recebido pelo indivíduo.

Em consequência disso, um serviço não é passível de estocagem e utilização posterior à sua produção, o que implica que a gestão seja adequada de acordo com a demanda há que se considerar ainda o fato de que o cliente, por estar presente, pode interferir no processo de prestação do serviço.

Neste contexto, a qualidade está focada fortemente na interação com o cliente, visto que é nesse processo que ela emerge (PALADINI, 2007). A qualidade aplicada às organizações hospitalares relaciona-se, portanto, a benefícios que atinjam o maior número possível de pessoas e que, cada vez mais, os hospitais assumam o compromisso de melhorar continuamente (LIMA; BETTARELLO, 2008).

2.4 QUALIDADE NA ENFERMAGEM

A busca pela qualidade na assistência à saúde também envolve, naturalmente, a prática profissional da Enfermagem e, diante disto, os serviços de enfermagem enfrentam muitos desafios para atender às demandas dos clientes internos e externos³, visando à qualidade da assistência (SILVA; NORA, 2008). Esta contínua busca pela melhoria da qualidade da assistência de enfermagem constitui-se em um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante de fatores que interferem no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Isto requer do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, sistematicamente, a qualidade do cuidado prestado (FONSECA *et al.*, 2005).

No âmbito da enfermagem, a qualidade é um constructo que engloba vários conceitos. Ela deve proporcionar benefícios aos receptores de cuidados profissionais de enfermagem, bem como a seus fornecedores, incluindo a segurança e isenção de riscos. No entanto, é importante ter claro o que se entende por qualidade da assistência, assim como o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado, para que ela seja alcançada (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para as autoras, a qualidade da assistência de enfermagem sofre influência de diversos fatores, tais como: a formação e competência profissional, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, as condições de trabalho e a estrutura e organização das instituições, o mercado de trabalho, a legislação vigente e as políticas de atenção à saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Sendo assim, no atual paradigma da assistência à saúde, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem é uma necessidade, mas antes de tudo um imperativo, a fim de seja garantido ao cliente, tanto interno quanto externo, uma assistência livre de riscos e danos.

Todavia, tendo a qualidade como foco, a assistência de enfermagem deve buscar a melhoria contínua da prestação dos serviços, além da definição de meios para alcançá-la, sempre levando em consideração a relação custo-benefício.

³ São entendidos no contexto hospitalar como clientes internos os profissionais de saúde e como os clientes externos os pacientes.

Consequentemente, a qualidade da assistência de enfermagem não deve ser entendida como uma meta a ser alcançada, mas como um processo contínuo e ininterrupto (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Destarte, o enfermeiro deve buscar maneiras de participar na melhoria dessa qualidade, visto que desenvolve sua prática profissional em diversas áreas das instituições, interagindo com os diversos setores e serviços da instituição (LABBADIA *et al.*, 2004).

Para Adami (2000), a equipe de enfermagem dispõe de recursos internos e externos para a Gestão da Qualidade. O autor considera como recursos internos as comissões de: avaliação interna da qualidade (formada por equipe multiprofissional); Auditoria de Enfermagem; Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; Ética em Pesquisa; Gerenciamento de Riscos; Prevenção Interna de Acidentes; Serviços de Educação Continuada e de Atendimento ao paciente. Como recurso externo destaca a Acreditação Hospitalar, que vem sendo gradativamente adotada pelos hospitais.

Neste contexto, o enfermeiro deve participar do desenvolvimento de programas de qualidade e de Acreditação nas instituições em que atua, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Destaca-se que, na percepção de Haddad (2004), a enfermagem é o serviço da instituição que mais adere a processos de qualidade e ao modelo de Gestão da Qualidade, o que pode demonstrar o comprometimento em prestar uma assistência de qualidade.

Para Antunes e Trevizan (2000), assim como os hospitais, a enfermagem tem buscado estudar e adotar práticas relacionadas à qualidade, buscando não somente padrões aceitáveis de assistência, mas também atender às expectativas dos clientes internos e externos.

No entanto, na prática profissional hospitalar diária, de acordo com Lima (2008), os enfermeiros afirmam que a gestão da qualidade é almejada, mas difícil de ser aplicada em sua realidade. A autora ressalta que esses profissionais aludem que a assistência de enfermagem de qualidade requer comprometimento com o seu trabalho e com o da equipe que assiste o paciente, pois entendem que a qualidade é decorrente da visão de mundo e algo particular de cada um, uma vez que cada um traz consigo seus valores pessoais e sobre a profissão.

2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Implícita ou explicitamente na discussão sobre qualidade tem-se a noção de avaliação e, neste sentido pode-se dizer que na enfermagem sempre existiu uma preocupação em avaliar suas ações e seu desempenho profissional. Desde o evento da enfermagem moderna com Florence em 1854, a qualidade assistencial vem sendo atribuída como um dos papéis do enfermeiro.

No Brasil, a enfermagem obteve destaque neste cenário em 1974, com apresentação do Manual de Classificação Hospitalar pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, o qual apontou o enfermeiro como fundamental para compor as Comissões de Classificação Hospitalar (SCHIESARI; KISIL 2003⁴, *apud* AQUINO; GIAPONESI; SANTOS, 2006).

A avaliação, por sua vez, significa atribuir valor a uma coisa, emitindo um juízo de valor. Portanto, o processo de avaliação implica esclarecer o quê realmente está sob avaliação; os seus critérios, quem a realiza, quem a solicitou e qual foi o resultado. Por conseguinte, espera-se que o processo de avaliação permita “[...] descobrir, medir e analisar resultados, uma vez concluído o objeto, e aprimorá-lo” (MALIK, 2006, p.25).

No entanto, salienta-se que na avaliação devem ser levados em conta os valores de quem avalia, bem como suas questões subjetivas e de interesse, e critérios (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Todavia, para que se configure o sucesso da avaliação, é necessário dispor de informações relevantes para planejar, desenvolver e avaliar as ações que são propostas e devem ser realizadas. Estas informações irão instrumentalizar os gestores para avaliarem seus processos de forma racional e crítica. Sendo assim, é clara a necessidade do uso de ferramentas da qualidade, que permitam avaliar, planejar, agir e acompanhar.

Um dos modelos clássicos de avaliação em saúde é o de Donabedian, estudioso da qualidade em saúde. Seu modelo baseia-se na teoria dos sistemas e possui indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptados ao atendimento

⁴ SCHIESARI, L.M.C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, São Paulo, v.5, n.18, p.7-17, 2003.

hospitalar. A **estrutura** corresponde à forma como a organização se apresenta em relação aos recursos, normas, rotinas, sistema de valores e expectativas. São as características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial. O **processo** relaciona-se à maneira como a assistência está sendo prestada aos clientes, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos cientificamente. O **resultado**, por sua vez, corresponde às conseqüências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais envolvidos. Donabedian estabeleceu ainda os chamados sete pilares de sustentação da qualidade em saúde, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e eqüidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Por sua vez, a avaliação e a conseqüente mensuração da qualidade da assistência de enfermagem podem ser realizadas ainda por meio da auditoria, considerada um dos instrumentos internos que o serviço de enfermagem dispõe para o gerenciamento da qualidade (ADAMI, 2000).

A auditoria em enfermagem teve seu início com as enfermeiras norte-americanas no ano de 1955, e em 1970 no Brasil. Isto demonstra o envolvimento dos profissionais com a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente. Ademais, diversos autores preocuparam-se com a qualidade da assistência de enfermagem, desenvolvendo estudos para avaliação dos cuidados prestados aos pacientes (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006)

Os benefícios da realização de auditorias não se restringem somente aos clientes, mais contemplam igualmente a equipe de enfermagem e a instituição. À equipe de enfermagem, fornece subsídios sobre o desenvolvimento da prática profissional tanto em relação às atividades desenvolvidas, bem como sobre os resultados alcançados e os desejados. Isto pode propiciar a reflexão crítica sobre a prática profissional de enfermagem (MARAN, 2004).

Quanto à instituição, esta é beneficiada com informações acerca do alcance dos seus objetivos, o que constitui uma base para o planejamento e prováveis mudanças internas. Ademais, tem-se observado que algumas instituições hospitalares preocupadas com a qualidade têm utilizado a auditoria e contratado empresas credenciadas, visando padronizar o atendimento prestado àqueles que

procuram os serviços de saúde, a fim de obter a certificação de Instituição Acreditada (MARAN, 2004).

Por sua vez, o enfermeiro deve participar ativamente de processos de avaliação (SILVA; NORA, 2008). Neste sentido, os profissionais de enfermagem têm contribuído para o desenvolvimento da qualidade assistencial e institucional mediante a participação em processos avaliativos. Em algumas situações, o profissional e seu trabalho são avaliados e em outras, o enfermeiro é um dos agentes avaliadores, como observado na realização de auditorias na avaliação de riscos e no processo de Acreditação Hospitalar (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

De fato, o enfermeiro dispõe de vários instrumentos e estratégias para a avaliação. Observa-se que a sua padronização vem evoluindo de forma a melhorar a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para os serviços hospitalares e, conseqüentemente, para os serviços de Enfermagem (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

2.6 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Apesar de a Acreditação ser uma metodologia de avaliação aplicada a diversos serviços de saúde, considerar-se-á apenas a perspectiva da Acreditação Hospitalar.

Nunca antes se observou uma preocupação tão intensa das instituições de saúde com a incorporação de modelos de gestão em seus serviços, assumindo assim um compromisso com a melhoria da qualidade (BRASIL, 2010^a).

Rodrigues (2004) destaca que a Acreditação é valiosa para o fortalecimento do SUS, o qual precisa estruturar uma rede de serviços organizada, comprometida, capacitada, eficiente, eficaz e de qualidade. Neste contexto, destaca-se o movimento observado na esfera pública em que o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (HU) Federais – REHUF estipula a

Accreditação como uma meta e, traz a necessidade da “[...] definição de metodologia de Accreditação Hospitalar, por meio de organismos externos à rede de HU e o estabelecimento de metas e prazos para obtenção da certificação adotada [...]”. Em consequência disso, o triênio 2010-2012 foi estipulado como meta para que os 46 hospitais universitários que participam deste programa passem, pelo menos, pela avaliação diagnóstica situacional para a Accreditação (BRASIL, 2010^b, anexo II, s.p.).

Observa-se a imposição, tanto para as instituições públicas quanto para as privadas, de novas exigências relacionadas às competências profissionais, à mudanças comportamentais, mobilização e motivação desses colaborador e dos demais recursos organizacionais envolvidos na busca da qualidade dos serviços prestados (MANZO, 2009). Assim, com o intuito de alcançar os mais elevados padrões de qualidade assistencial, as instituições hospitalares brasileiras têm adotado iniciativas e estratégias relacionadas ao processo de Accreditação Hospitalar, visando à obtenção de certificação de Instituição Acreditada.

Cunha (2005) destaca que ter uma política da qualidade institucional pode representar um diferencial no processo de Accreditação. Para o autor, iniciar com a gestão da qualidade pode ser uma maneira adequada de introduzir os pressupostos da Accreditação. Nesta linha de pensamento, os conceitos, critérios e padrões observados no processo de Accreditação deveriam ser difundidos e absorvidos pela instituição, sendo igualmente aplicados no seu planejamento estratégico.

Nessa perspectiva, tudo o que fosse desenvolvido na instituição estaria em consonância e coerente com o que é preconizado na Accreditação, contribuindo assim para o estabelecimento da cultura da qualidade na instituição. Em contrapartida, se o processo de Accreditação for colocado de forma repentina como uma meta institucional, sem o cuidado de antes seus conceitos e práticas serem incorporados, corre-se o risco da não-adesão das pessoas que, por desconhecimento sobre a metodologia, importância e contribuições da Accreditação poderão passar a agir sob pressão e não de forma natural e espontânea (CUNHA, 2005).

Em relação ao início dos programas de Accreditação, tem-se que foram inicialmente criados com a finalidade de proteger e organizar a profissão médica, de forma a aprimorar o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo, foram se estendendo para outras áreas de assistência à saúde e agregando outras

finalidades, tais como: a educação, a consultoria, a participação e o profissionalismo (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No Brasil, desde a década de 70 o MS tem publicado Normas e Portarias com o objetivo de regulamentar a atividade de avaliação hospitalar para a qualidade. A OMS, por sua vez, considera a Acreditação como um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina e neste sentido, nos anos 90, estabeleceu um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o MS, com o intuito de elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Nesta perspectiva, em junho de 1995, através da Portaria GM/MS nº 1.107 foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde – PGAQS, visando à promoção da cultura da qualidade nas instituições brasileiras.

O desenvolvimento do PGAQS implicou a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, composta por representantes de prestadores de serviços, da classe médica, de usuários dos serviços de saúde e de órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade. Esta foi responsável pelas discussões relacionadas à melhoria da qualidade dos serviços prestados, bem como pelo estabelecimento das estratégias e diretrizes desse programa.

O estudo e as discussões deste grupo que envolveu a consulta de manuais de Acreditação internacionais e culminou na elaboração de um projeto, chamado de Acreditação Hospitalar, o qual estipulava metas para implantação de um processo de certificação de hospitais no Brasil. A partir daí, iniciaram-se as discussões e ações para a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação - SBA.

O Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, por sua vez, contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Desta forma, os profissionais podem ser estimulados a participarem deste processo, que visa à mobilização e criação de metas objetivas, com intuito de garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada (NOVAES; BUENO, 1998⁵ *apud* MANZO, 2009).

O SBA tem a finalidade de promover o desenvolvimento e implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços

⁵ NOVAES, H.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, v.35, n.3, p.93-98, 1998.

de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde, bem como o cuidado humanizado (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Neste contexto, em meados de 1999, a ONA foi criada com a responsabilidade da implantação do SBA. Todavia, com a publicação da Portaria nº 538, em abril de 2001, o MS considera como política sua a adoção de medidas que possibilitem implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros, e reconhece a ONA como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil (BRASIL, 2001).

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos, de interesse coletivo que tem como missão “[...] promover o desenvolvimento de um processo de Acreditação visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso país” e, como valores: credibilidade; legitimidade; qualidade; ética e resultado (BRASIL, 2010^a, p.12).

Cabe ainda à ONA credenciar as Instituições Acreditadoras - IA, que consistem em organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, credenciadas por ela, com responsabilidade de avaliar e certificar a qualidade dos serviços dentro do processo de Acreditação, em nível nacional. Além de visitas para a Acreditação, as IA podem desenvolver atividades educativas e de divulgação, bem como de avaliação dos sistemas de assistência, gestão e qualidade das organizações de saúde, por meio da aplicação das técnicas e dos instrumentos de avaliação do processo de Acreditação, que compõem o diagnóstico organizacional (BRASIL, 2010^a).

Na perspectiva da ONA, a Acreditação consiste em “[...] um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos” (BRASIL, 2010^a, p.13). Neste sentido, constitui um programa de educação continuada dos profissionais e não uma forma de fiscalização e punição. Ademais, o processo de Acreditação Hospitalar tem como enfoque garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes nas instituições hospitalares. Assim, pretende-se que, dentro dos recursos disponíveis, haja “[...] uma progressiva mudança que impulse os profissionais, em todos os níveis e serviços, para a avaliação de

falhas, fragilidades, forças e potencialidades da instituição, definindo-se metas claras com a mobilização de todos os envolvidos” (ELLU⁶ *apud* AQUINO; GIAPONESI; SANTOS, 2008, p.15).

Destarte, parte da premissa de que as instituições de saúde são locais seguros para os profissionais que nela atuam, bem como para a população que é assistida. De acordo com o SBA a organização de saúde é um sistema complexo, no qual a sua estrutura e seus processos encontram-se fortemente interligados, de maneira que o funcionamento de um influencia todo o conjunto, bem como no resultado final. Nesta perspectiva, no processo de Acreditação Hospitalar, um setor ou departamento não é analisado isoladamente. Ele contempla a avaliação das capacidades e desempenhos da instituição, e não as do profissional, individualmente (AQUINO, GIAPONESI; SANTOS, 2008).

Em relação às principais vantagens da Acreditação destacam-se: qualidade da assistência; constituição de equipes e seu aperfeiçoamento contínuo; padrões e metas definidas e condizentes com a realidade brasileira; e melhoria contínua e sua utilidade como instrumento de gestão. Além disto, a Organização Prestadora de Serviços de Saúde - OPSS que adere ao processo de Acreditação revela 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. Com a certificação de Acreditação as instituições de saúde “[...] adquirem reconhecimento público e asseguram, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados [...]” (BRASIL, 2010^a, p.8).

Essa certificação é “[...] uma honraria que une o reconhecimento da competência técnico-assistencial com o estímulo à contínua melhoria dos serviços prestados” (BRASIL, 2010^a, p.8). Representa, pois, uma distinção que a organização de saúde recebe pela qualificação evidenciada, ao mesmo tempo em que sinaliza para os clientes internos e externos, bem como para a comunidade em geral, que alcançou um padrão de gestão do negócio e da assistência, extremamente reconhecido (BRASIL, 2010^a).

Acrescenta-se que o modelo adotado no processo de Acreditação tem se evidenciado como uma importante ferramenta de Gestão da Qualidade, pois, com

⁶ ELLU Consultoria. Disponível em: <www.ellusaude.com.br>. Acesso em: 17/07/2007.

base nos padrões, a instituição pode realizar um diagnóstico que possibilita compreender os requisitos para melhorar o seu desempenho, identificar e aferir onde melhorar, levantar seus pontos fortes e oportunidades para melhoria, bem como promover a cooperação interna entre os setores, processos e clientes internos (BRASIL, 2010^a, p.13). A Acreditação influencia também na qualificação da gestão, tornando-a mais eficiente, criativa e comprometida nas tomadas de decisão (RODRIGUES, 2004). Nesta perspectiva, muitos são os interessados no processo de Acreditação, dentre eles destacam-se os profissionais de saúde, as lideranças e administradores, as instituições de saúde, a sociedade e o Governo (BRASIL, 2010^a).

Em relação ao desenvolvimento do processo de Acreditação, este não é prescritivo e, portanto não apresenta recomendações quanto a ferramentas técnicas, processos ou metodologias a serem utilizadas (BRASIL, 2010^a) e, neste sentido, estratégias têm sido apontadas. Uma delas é prática da avaliação interna que, para Silva, Canesin e Biancalana (2008), é um recurso que pode ser utilizado para dar suporte às diferentes áreas da instituição, na busca de oportunidades de melhoria e na verificação da adequação aos padrões estabelecidos e aplicados. Os autores acrescentam ainda, que a avaliação interna possibilita o preparo institucional para as avaliações do processo de Acreditação a serem realizadas pela instituição acreditadora.

Entretanto, Haddad (2004) acrescenta que as ferramentas da qualidade são necessárias na busca pela qualidade, e destaca que a Folha de Verificação, o Diagrama de Causa e Efeito, o PDCA⁷ e o Programa 5S⁸ têm sido as mais utilizadas pelos hospitais nos processos de qualidade e de Acreditação Hospitalar.

Ressalta-se que a certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência à saúde, assim como estabelece níveis crescentes de qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

O Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - MBAOPSS reúne padrões, previamente aprovados e

⁷ Plan (planejar), Do (fazer), Check (checar) e Act (agir).

⁸ O 5S é uma metodologia de trabalho com origem no Japão e prevê práticas que objetivam a organização e racionalização do ambiente de trabalho. Os 5S são uma referência a cinco palavras japoneses iniciadas com a letra S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke)

publicados, consistindo o instrumento das avaliações para a Acreditação. Estes padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo-se assim diferentes níveis de satisfação e qualificação. Por conseguinte, os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos, os quais devem ser integralmente atendidos. No Nível 1 o princípio norteador é a segurança; no Nível 2 é a gestão integrada e, no Nível 3 os princípios norteadores são a segurança, a gestão integrada e a excelência em gestão (BRASIL, 2010^a).

Adicionalmente, para cada nível, são definidos os itens de orientação que nortearão o processo de visita e a preparação da organização prestadora de serviços de saúde para avaliação. Para avaliar a qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde também são utilizadas Normas do Processo de Avaliação específicas, de acordo com atividade desenvolvida pela instituição de saúde.

O MBAOPSS possibilita que os avaliadores possam julgar a qualidade da organização avaliada, e para que ela saiba o quê e como está sendo avaliada. O mesmo é submetido, a cada três anos, a um processo de revisão por peritos no assunto visando sua atualização e pertinência como “[...] um sistema de gestão e avaliação para a melhoria da qualidade das organizações de saúde”. Em todas as revisões foram atualizados requisitos “[...] alinhados aos princípios de segurança (estrutura), organização (processos) e excelência na gestão (resultados)” (BRASIL, 2006, p.21)⁹.

A sexta edição do manual, lançada em 2010, compreende seis seções, quais sejam: Gestão e Liderança; Atenção ao paciente/cliente; Diagnóstico; Apoio diagnóstico; Abastecimento e apoio logístico e Infra-estrutura. A lógica é de que estas seções interagem entre si, o quê justifica que a organização de saúde seja avaliada de maneira sistêmica.

Destarte, o processo de Acreditação Hospitalar tem fundamentos reconhecidos internacionalmente, os quais considera-se que podem traduzir-se em melhores práticas e resultados, sendo eles:

⁹ Em algumas referências o MBA de 2006 será utilizado ao invés do MBA de 2010 pelo fato de que no primeiro constam informações que não são abordadas na última edição do manual.

Visão Sistêmica; Liderança e Estratégias; Orientação por Processos; Desenvolvimento das Pessoas; Foco no Cliente; Foco na Prevenção; Foco na Segurança; Responsabilidade Socioambiental; Cultura da Inovação; Melhoria Contínua e Orientação para Resultados (BRASIL, 2010^a, p.18).

Assim, o processo de avaliação para a certificação constitui “[...] um conjunto de atividades inter-relacionadas para realizar a verificação dos diversos processos da Organização Prestadora de serviço de saúde, em confronto com os níveis e padrões estabelecidos no MBA”(BRASIL, 2010^a, p. 14).

Nesta perspectiva, o processo de Acreditação Hospitalar de uma instituição segue a seqüência de seleção e solicitação da IA credenciada, visita dos avaliadores externos e relatório de avaliação com a decisão da instituição acreditadora. Caso o hospital seja acreditado, este recebe um Certificado de Acreditação com data de validade definida, o que implica submeter-se à nova avaliação (de recertificação) quando este prazo expirar.

Por sua vez, nos processos de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares é necessária uma equipe de avaliadores composta por, no mínimo três membros: um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão (BRASIL, 2006). Todo este processo requer custos que devem ser arcados pela instituição solicitante (a ser certificada). Estes são estabelecidos de acordo com o número de leitos da instituição a ser avaliada e envolvem tanto taxas cobradas pela ONA quanto custos referentes a IA sendo que este último pode variar de uma IA para outra.

Ademais, a Acreditação enfoca estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade e deve ser entendida, em duas perspectivas. A primeira é como um processo educacional, uma vez que conduzem as instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde, e os profissionais que nelas atuam, a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da Gestão da Qualidade, fundamental para o processo. A segunda é como um processo de avaliação e certificação da qualidade destes serviços, analisando e atestando o grau de

desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos e aceitos cientificamente (NETO; BITTAR, 2004¹⁰ *apud*, MANZO, 2009).

Todo esforço de melhoria de uma instituição, segundo Mezomo (2001), deve ter como ponto de partida os profissionais, no quê se refere à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, capacitação para o trabalho em equipe, e criação e desenvolvimento da visão ética do trabalho. Isto por que ninguém se comprometerá com a prestação de um serviço de qualidade se antes não tiver o claro conhecimento do porquê de sua ação e estiver convencido da importância e da validade de atendimento de qualidade. O autor conclui que “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age” (MEZOMO, 2001, p. 57).

Neste contexto, é imprescindível o comprometimento e envolvimento da equipe de enfermagem, uma vez que está permanentemente presente no hospital e relaciona-se com os diversos setores da instituição. Para, LABBADIA *et al.* (2004), o enfermeiro deve ter domínio da metodologia da Acreditação para que possa eleger as estratégias mais adequadas para implantar e desenvolver este processo na instituição em que atua, contribuindo assim para assegurar a qualidade e a segurança aos clientes.

Conseqüentemente, a autora contextualiza como deve ser a participação do enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, nos programas de qualidade e Acreditação da instituição em que atua. Nesta linha de pensamento, tem-se que, no nível decisório, o enfermeiro determina as diretrizes e condições para que o Serviço de Enfermagem alcance os padrões determinados, seguindo os critérios de avaliação do MBA. Na esfera estratégica, por sua vez, envolve-se na escolha das estratégias mais adequadas para a sensibilização sobre a importância do processo e, no preparo da equipe de enfermagem para cumprir a meta institucional. Em relação ao nível operacional, o enfermeiro supervisiona, de forma sistemática e contínua, a equipe de enfermagem de acordo com as estratégias definidas e, integrando as equipes de auto-avaliação dos serviços na fase que antecede a avaliação para a certificação de Acreditação Hospitalar (LABBADIA *et al.*, 2004).

¹⁰ NETO, A.Q.; BITTAR, O.J.N. **Hospitais**: administração da qualidade e Acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

Em relação às ações desenvolvidas pelo enfermeiro no processo de Acreditação Hospitalar, Matos *et al.* (2006), mediante realização de revisão de literatura, descrevem ações de natureza: Assistencial; Administrativa; Pedagógica e Científica. Portanto, observa-se a diversidade de ações e atuação do enfermeiro neste contexto, o que consolida, no processo de Acreditação, a atuação do enfermeiro na assistência, gerência, ensino e pesquisa.

Além da participação no processo de Acreditação da instituição nos diversos níveis hierárquicos, o enfermeiro pode ainda atuar na modalidade de consultoria nas discussões acerca da metodologia e dos critérios de avaliação, bem como avaliador externo, participando da equipe de avaliação da IA na certificação das organizações prestadoras de serviços de saúde, juntamente com os demais profissionais que integram esta equipe de avaliadores externos (LABBADIA *et al.*, 2004).

Entretanto, Vargas *et al.* (2007) analisam que há uma lacuna entre o que é dito e o que é realmente feito pela enfermagem relacionado à qualidade. Os autores comentam que: faz-se mais do que é dito e registrado.

Desse modo, tem-se que a busca pela qualidade e, neste contexto o processo de Acreditação Hospitalar, é um imperativo ético e moral para os profissionais e instituições, além disto, é complexo e moroso.

Neste sentido, alguns autores têm abordado o desenvolvimento desse processo em instituições hospitalares, tal como Piegas *et al.* (2007) que, em estudo realizado em um hospital público de grande porte, levantaram as dificuldades apontadas por enfermeiros durante o processo de Acreditação da instituição, Nível Dentre elas destacam-se: dificuldades relacionadas à estrutura física da instituição no tocante a adaptações e reformas; déficit de condições operacionais (recursos humanos); ausência de sistemática de educação continuada do profissional e, comunicação entre os setores do hospital (interface incipiente). Os autores ressaltam ainda, que o planejamento por meio da utilização do plano de ação setorial foi a estratégia escolhida para gerenciar as dificuldades encontradas.

Em relação à metodologia de trabalho, os autores relatam que, para o desenvolvimento do processo de preparação para a avaliação externa de Acreditação Hospitalar, inicialmente foi formada uma comissão de qualidade que contava com representantes das diversas áreas da instituição, com competência gerencial e para tomada de decisões. Partiu-se então para a formação de

multiplicadores, por meio da realização de um curso institucional visando à capacitação dos profissionais para o desenvolvimento do processo de Acreditação em seus setores de atuação (PIEGAS *et al.*, 2007).

Na sequência desse processo, um instrumento para levantamento de um diagnóstico situacional da instituição, frente o alcance dos padrões do Nível 1 da ONA, foi elaborado e preenchido por enfermeiros que, posteriormente, também construíram o plano de ação para correção dos itens não atingidos, definindo prioridades. A definição de metas e cronogramas foi a ação adotada na sequência (PIEGAS *et al.*, 2007).

Assim como estratégias e exemplos de sucesso têm sido objeto de investigação, a descontinuidade do processo de Acreditação também tem sido objeto de reflexão. Nesta perspectiva, Ribeiro (2006) relata a descontinuidade do processo de Acreditação em um hospital público e os fatores relacionados. Destaca que fatores relacionados à: falta de comunicação; cultura organizacional resistente a mudanças; relacionamento interpessoal; liderança; mudança de gestão do hospital durante o processo e, gestão de recursos humanos, entre outros, contribuíram para o insucesso do processo. O autor reflete que o referido processo poderia ter sido diferente se isto tivesse sido observado e medidas de intervenções corretivas adotadas em tempo hábil.

Destarte, ressalta-se que o caminho a ser percorrido para o alcance dos padrões da Acreditação Hospitalar não é determinado pela ONA, o que requer que cada instituição defina sua própria metodologia de trabalho, bem como as estratégias a serem utilizadas para a obtenção e manutenção da certificação de hospital acreditado. Neste sentido, tem-se que a socialização deste conhecimento produzido e a experiência vivenciada são de extrema relevância. Ademais, possibilitam adaptações e reproduções em outras instituições.

3 MÉTODO

Neste capítulo apresenta-se o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa, com destaque para o local em que foi realizada, o tipo de estudo, os sujeitos, a coleta e a análise de dados.

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências da Comissão de Acreditação Hospitalar - CAH de um hospital público, junto à Unidade de Urgência e Emergência Adulto - UUEA dessa instituição, que participou efetivamente de um processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação.

O hospital conta com 643 leitos com taxa de ocupação em torno de 63%, e um quadro funcional de 3.514 funcionários. A UUEA, por sua vez, é formada pelos serviços de Pronto Atendimento Adulto Emergência, Pronto Atendimento Adulto Observação, Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto e Centro de Terapia Intensiva Adulto. Conta em sua estrutura organizacional com uma Gerente da Unidade, um Supervisor Médico, uma Supervisora de Enfermagem e uma Supervisora Administrativa. Tem como missão “[...] prestar assistência hospitalar de urgência e emergência ao adulto, não resultante de trauma, ao paciente crítico, terciário e referenciado, de forma humanizada e acreditada” (UNIDADE FUNCIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, 2011).

Desde 2004, esta unidade está no modelo gerencial de Unidades Funcionais, termo este que sofreu alterações, sendo atualmente denominado Unidades Gerenciais - UG. Este modelo gerencial inovador, proposto pelo MS para os hospitais públicos (federais, estaduais e municipais), está presente neste hospital desde 2002, e baseia-se “[...] na descentralização administrativa e na co-responsabilidade do corpo funcional [...] divide o hospital por áreas afins, agregando

serviços, esforços e confluindo para atingir os objetivos com mais eficiência e eficácia” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^a, p.6).

Esse modelo parte da gestão participativa e democrática, com o envolvimento de todos os funcionários na tomada das decisões. Por sua vez, os colegiados internos das unidades gerenciais proporcionam o espaço coletivo de participação, em que “[...] são pactuados compromissos e responsabilidades e definidas as metas a serem alcançadas”. É possível observar na Figura 2 o organograma da instituição segundo o Modelo de UG.

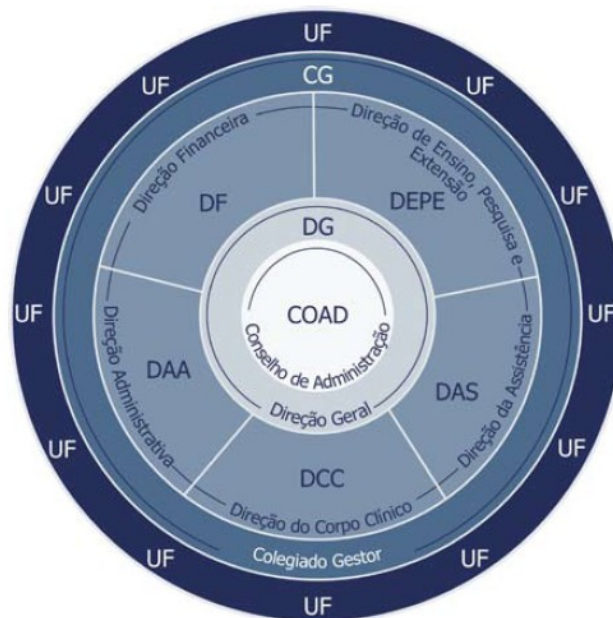


FIGURA 2: Organograma do hospital de acordo com o modelo de unidades gerenciais (Unidades Funcionais)

FONTE: Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2010^a, p.6.

Tendo em vista a consolidação deste modelo, o hospital busca a criação de 22 unidades gerenciais, agrupando os serviços por áreas afins, de acordo com suas afinidades. Assim sendo, tem-se que até dezembro de 2009, 16 unidades já estavam no novo modelo gerencial e, para o ano de 2011 foi estipulado como meta a conclusão da transição das unidades/serviços para o modelo de Unidade Gerencial (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^a).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, conduzida sob a forma de um estudo de caso único. Os estudos descritivos de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p.177) têm por finalidade “[...] observar, descrever e documentar os aspectos da situação”. Segundo as autoras, assim como a pesquisa descritiva, a pesquisa exploratória inicia-se com “[...] algum fenômeno de interesse, no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado” (p.34). Assim, a pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, “[...] destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.34).

O estudo de caso, por sua vez, “[...] é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p.39).

Pode-se realizar estudos de caso único e estudos de casos múltiplos. Neste contexto, um passo primordial é a definição do caso ou unidade de análise (o que será investigado). Porém, a realização de estudos de casos únicos, “[...] é eminentemente justificável sob determinadas condições- quando o caso representa (a) um teste crítico da teoria existente; (b) uma circunstancia rara ou exclusiva; (c) um caso representativo ou típico; (d) uma proposta reveladora ou (e) uma proposta longitudinal” (YIN, 2010, p.76).

Em relação à possibilidade de generalizações dos resultados obtidos mediante a realização de estudos de caso único, Yin (2010, p.36) considera que os estudos de caso único “[...] são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos”.

Além disso, os estudos de caso são adequados para perguntas de pesquisa do tipo como e por quê, e àquelas que focalizam acontecimentos contemporâneos. Sobre isto, Yin (2010) acrescenta que têm sido utilizados para investigações que

tratam sobre mudanças organizacionais, decisões, programas e processos de implementação.

Destarte, este tipo de investigação considera várias fontes de evidência, tais como, documentos, entrevistas, observações e pode ir além da abordagem qualitativa, utilizando ainda evidências quantitativas. Em relação aos documentos como fonte de evidência, Yin (2010) faz a ressalva de que é preciso considerar a possibilidade de parcialidade, assim os documentos não podem ser considerados como registros literais do ocorrido. Neste contexto, o uso desta fonte de evidência é para se somar à outras fontes de evidência e corroborar com as mesmas.

No que concerne à entrevista, destaca-se como uma das fontes de evidência mais importantes e essenciais para o estudo de caso. No entanto, é necessário ter cautela, pois relatos verbais são passíveis de serem influenciados por incorreções relacionadas à falta de memória e parcialidade do sujeito. Diante disto, considera-se adequado corroborar os dados que emergiram da entrevista com informações de outras fontes de evidência (YIN, 2010).

O quadro 1 apresenta uma síntese do plano de coleta de dados utilizado na pesquisa.

Quadro 1. Plano de coleta de dados da pesquisa: Metodologia, técnica, local, fonte/sujeitos, período, técnica de análise de dados e objetivo da pesquisa.

Metodologia	Técnica de coleta de dados	Local	Fonte/Sujeitos	Período	Análise de dados	Objetivo
Estudo de Caso único (YIN, 2010)	Pesquisa Documental qualitativa em dados primários	Comissão de Acreditação Hospitalar	Atas, regimentos internos e relatórios da Comissão de Acreditação Hospitalar	Março e abril/2010	Análise qualitativa	Analisar o Processo de Acreditação Hospitalar em um hospital de ensino com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado.
		Unidade Funcional de Urgência e Emergência - UUEA	Atas (relatórios trimestrais do GIQ), relatórios de auditoria e planos de ação da UUEA e avaliação das metas pela Comissão de Acreditação	Março e abril/2010	Análise qualitativa	
	Comissão de Acreditação Hospitalar	Informantes-chaves membros da Comissão de Acreditação Hospitalar	Abril e junho de 2010	Análise de conteúdo - Análise temática (MINAYO, 2004)		
	Unidade Funcional de Urgência e Emergência - UUEA	Informantes-chaves membros do Grupo Interno de Qualidade da UUEA	Junho de 2010	Análise de conteúdo - Análise temática (MINAYO, 2004)		

Quadro 1 – Plano de coleta de dados da pesquisa: Metodologia, técnica, local, fonte/sujeitos, período, técnica de análise de dados e objetivo da pesquisa.
 FONTE: O Autor (2011)

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Na abordagem de pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 102), o pesquisador não se detém nas generalizações, mas sim na profundidade e abrangência da compreensão. Nesta perspectiva, a definição da amostra de pesquisa não é numérica e, portanto “[...] a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”.

Conseqüentemente, a amostra qualitativa

[...] privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; [...] esforçar-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 2004, p.102).

Portanto, os sujeitos desta pesquisa foram membros da CAH do Hospital e, profissionais da UUEA do mesmo Hospital. Os critérios de inclusão dos primeiros foram: ser membro da referida comissão desde o seu início. E dos segundos foram: ser profissional atuante na UUEA e envolvido no Grupo Interno de Qualidade da Unidade (GIQ), ter participado do processo de Acreditação nos serviços de Pronto Atendimento Observação e Centro de Terapia Intensiva. Ambos os grupos de sujeitos participaram da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), em atendimento aos princípios Éticos e de acordo com a Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos que não se enquadraram nos critérios de inclusão, de algum dos grupos de sujeitos, foram excluídos da amostra.

Neste sentido, a amostra do estudo foi intencional, formada por quatro sujeitos, sendo eles, dois membros da CAH e dois profissionais da UUEA, que atenderam aos critérios de inclusão acima descritos. O quadro 2 apresenta a seguir a caracterização dos sujeitos segundo dados de idade, tempo de graduação e de atuação na instituição e a função que nela exercem atualmente.

QUADRO 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

CAH		UUEA	
Enfermeira há 27 anos, no hospital há 24 anos, sete destes na CAH. É Assessora da Gestão da qualidade.	Enfermeira há 22 anos, no hospital há 16 anos, seis destes na CAH. É Enfermeira da Assessoria da Gestão da qualidade.	Enfermeira há 27 anos, todos no hospital. É Gerente da UUEA	Administradora há 10 anos, 19 anos no hospital, no GIQ há cinco anos. É Líder do GIQ e Supervisora Administrativa da UUEA.

QUADRO 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

FONTE: O Autor (2011).

3.4 COLETA DE DADOS

Conforme apresentado anteriormente no Quadro 1, a metodologia da pesquisa incluiu duas etapas de coleta de dados relacionadas, respectivamente, ao alcance do objetivo da pesquisa e compreenderam as técnicas de pesquisa documental e entrevistas.

Na coleta de dados documental foram explorados dados em atas, regimentos e relatórios anuais da CAH, relativos à data de sua criação, constituição, objetivo, metas, ações, entre outros que se apresentaram importantes para descrever como se deu o processo de Acreditação Hospitalar do hospital de ensino, com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado.

A participação dos sujeitos nesta pesquisa aconteceu mediante a realização de uma entrevista semi-estruturada individual, a qual foi guiada por um roteiro, previamente elaborado. Para Yin (2010, p.133) “[...] a natureza da entrevista é muito mais aberta, e o entrevistado pode não cooperar integralmente ao responder as questões”. Nesta perspectiva, tem-se o roteiro da entrevista semi-estruturada, de modo que por meio dele é possível “[...] orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista [...] deve ser o facilitador de abertura, ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 2004, p.99) e, neste caso deve conter um número pequeno de questões.

A entrevista foi realizada no local e horário de trabalho dos sujeitos, de acordo com sua disponibilidade e preferência, estando assim em consonância com as orientações de Yin (2010), quando refere que ao entrevistar pessoas-chaves o pesquisador deve se adaptar ao horário e disponibilidade do entrevistado e não impor os seus horários.

Ressalta-se que o roteiro das entrevistas foi enviado, via *E-mail*, para os sujeitos da pesquisa, previamente à realização das entrevistas, de modo que obtivessem ciência do mesmo. Essa medida teve como objetivo minimizar possíveis lapsos e equívocos relacionados à sua memória.

Neste contexto, nas entrevistas com os membros da CAH, orientadas pelo roteiro (Apêndice II), buscou-se explicitar como os membros da Comissão avaliam a atuação desta, quais foram os aspectos facilitadores e aqueles dificultadores no processo de Acreditação vivenciados pela comissão, bem como a evolução do processo de Acreditação na UUEA nos últimos cinco anos. Levantaram-se ainda dados sobre a descrição, segundo os membros da CAH, das auditorias realizadas na UUEA, assim como as dificuldades observadas em relação à elaboração do plano de ação pela referida unidade gerencial.

As entrevistas com os membros da UUEA, por sua vez, foram igualmente orientadas por um roteiro (Apêndice III) e buscou-se explicitar a evolução do processo de Acreditação nessa unidade gerencial, a atuação do GIQ, as auditorias realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento Observação e CTI, assim como as dificuldades observadas em relação à elaboração dos seus respectivos planos de ação e, por fim, a evolução do processo de Acreditação como um todo, de acordo com a percepção daqueles sujeitos.

Diante do exposto, ressaltam-se as diversas fontes de evidência desta pesquisa, quais sejam: documentos tais como, atas, regimentos e relatórios da CAH, relatórios do GIQ da UUEA e a transcrição das entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Várias técnicas de análise dos dados são relevantes e podem ser utilizadas nos estudos de caso (YIN, 2010). Nesta perspectiva, a análise dos dados das transcrições das entrevistas com os sujeitos aconteceu mediante tratamento qualitativo, segundo a análise de conteúdo proposta por Minayo (2004, p.200) e, desse modo, buscou-se "[...] compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem".

Em relação à técnica de análise de conteúdo, utilizou-se a Análise Temática proposta pela autora (MINAYO, 2004). Esta escolha justifica-se pelo fato de ela destacar o tema como unidade de significação que permite descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem uma comunicação, caracterizados pela importância das unidades de significação encontradas.

Assim sendo, a análise incluiu os seguintes passos: 1- atribuição de um código a cada um dos sujeitos, constituído das letras CAH para os sujeitos da Comissão de Acreditação Hospitalar e UUEA para os sujeitos da Unidade de Urgência e Emergência Adulto, seguidos de um número cardinal de 1 a 2; 2- leitura inicial minuciosa e exaustiva do texto transcrito da entrevista; 3- identificação e numeração das Unidades de Significado (USs); 4- seleção das USs que guardavam pertinência; 5- transcrição dessas para a linguagem da pesquisadora, de modo a explicitar o seu sentido; 6- descoberta dos núcleos de sentido e 7- interpretação e discussão dos núcleos. Para a realização das etapas de 4 à 5 utilizou-se o instrumento do Apêndice IV.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 A Comissão de Acreditação Hospitalar desde a sua origem à atualidade

Em maio de 2003, por meio da Portaria da Direção Geral do hospital nº037/2003, foi oficialmente criada a primeira CAH da instituição, de caráter interdisciplinar, com funções normativas, consultivas, educativas e com a finalidade de implantar o processo de preparo das unidades e serviços da instituição para a avaliação de certificação de Acreditação, com vistas à melhoria contínua de sua estrutura, processos e resultados. Essencialmente, sua ação é desenvolver um programa de educação continuada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2003^a). De acordo com seu Regimento Interno, aprovado em 2004, essa Comissão encontra-se subordinada à Direção do Corpo Clínico, cujas atribuições são:

[...] capacitar continuamente os membros da Comissão para as ações relativas à Acreditação; Sensibilizar a instituição para o processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação; Preparar a instituição e acompanhar todas as etapas do processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação realizadas pela entidade certificadora; Propor ao serviço de treinamento a elaboração de programas de capacitação de recursos humanos; Visando a melhoria contínua dos serviços prestados; Definir, priorizar e propor alocação de recursos financeiros para obtenção da licença sanitária (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^b, s.p.).

4.1.1 A composição

O Sujeito CAH01 comenta que *“em 2002 formou-se uma Comissão de Acreditação cuja composição era de profissionais de saúde e outras áreas. Diante da necessidade de qualificação dos membros da Comissão, diretores e gerentes, houve uma capacitação no hospital realizada pelo IPASS¹¹, cujo objetivo era [...] que*

¹¹ Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde.

todos tivessem o conhecimento uniforme sobre Acreditação e os seus requisitos para a certificação” (CAH01).

Em relação à composição, a Comissão é constituída por, no mínimo, oito membros titulares e oito suplentes, funcionários com experiência no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação ou que pertençam a serviços fundamentais para esse processo. Sua nomeação é realizada mediante ato da Direção Geral da instituição e seu mandato é de dois anos, cabendo renovação.

Nesta perspectiva, esta renovação poderá ser de, no máximo, um terço dos membros. As atividades são conduzidas por um presidente, o qual também é designado pelo Diretor Geral, a partir de uma lista tríplice da comissão, com a indicação dos profissionais para este cargo. O presidente designa um secretário *ad-hoc* dentre seus membros. Sempre que necessário, consultores, pertencentes ou não à instituição, poderão ser consultados com a finalidade de fornecerem subsídios técnicos à Comissão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^b).

Com o passar do tempo, a composição da comissão foi sendo modificada, com a ampliação do número de profissionais envolvidos diretamente nas suas atividades. Um dos sujeitos argumentou sobre a “[...] *inclusão de profissionais da engenharia, que não havia na equipe, e outros que considerávamos essenciais em função dos itens do Manual de Acreditação referentes à estrutura, processo e resultado*”, bem como “[...] *aqueles que tinham experiência em Acreditação*” como um “[...] *médico que era avaliador do IPASS*” (CAH01). Sobre os membros da Comissão, o Sujeito CAH02 comenta sobre o seu perfil “*a maioria são profissionais críticos que querem a perfeição no detalhe [...] eu acho que a seleção dos membros direcionou-se justamente para esse perfil, e quem não tinha esse perfil acabava saindo [...] ou por que tinham o perfil, mas não tinham tempo pra participar*”.

O Sujeito UUEA01, que também é membro da CAH, relata sobre o papel de multiplicador de informações que é desempenhado pelos seus componentes junto às unidades/serviços, ao comentar que nela “[...] *há participantes de vários setores do hospital. Então é possível divulgar bem as orientações e, aqueles serviços que não têm representantes junto à comissão, são comunicados através do marketing, através da Direção [...]*”.

Em relação à presidência da CAH, foi exercida por apenas dois presidentes. O primeiro uma Administradora que permaneceu no cargo por apenas alguns meses e, posteriormente, uma enfermeira que ocupa este cargo até este momento. Sobre o fato de uma enfermeira coordenar este processo na instituição, o sujeito CAH01 faz uma avaliação, quando pontua: “[...] eu acho que o enfermeiro tem esse papel de liderar esse processo de qualidade, ele foi preparado, mas muitas vezes não exerce esse papel [...] que é muito importante para a enfermagem. Acho que o enfermeiro é o mais preparado para encaminhar todas essas questões, por que tem a visão do todo, a nossa visão não é fragmentada”.

4.1.2 A dinâmica de trabalho da Comissão de Acreditação Hospitalar

A Comissão realiza sessões ordinárias semanais, nas dependências da instituição, conforme cronograma, e sessões extraordinárias sempre que necessárias. As decisões são proferidas por maioria simples, valendo os votos de seu presidente e secretário. Um relatório das atividades da Comissão é encaminhado anualmente ao Diretor do Corpo Clínico da instituição (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^b) fruto da avaliação formal da Comissão, e que é divulgado para a comunidade por meio de um material impresso. O Sujeito CAH01 pontua que: “*anualmente, a Comissão tem por hábito fazer uma avaliação do planejamento. No planejamento, há todas as metas, e no final do ano a Comissão se reúne e avalia, meta por meta, o que foi atingido e o que não foi atingido [...] é norma da instituição [...] têm que ser apresentado um relatório anual para a diretoria [...] em forma de devolução para a comunidade [...] o hospital publica um relatório de atividades através do marketing*”.

Ainda em relação à avaliação de desempenho da Comissão, o sujeito comenta que essas auto-avaliações têm a finalidade de aprimoramento de seus trabalhos: “*Constantemente, em cada reunião da Comissão, [...] nós avaliamos tanto os membros quanto o nosso desempenho*” (CAH01). Nas atas da Comissão

constam registros sobre elaboração dos seguintes indicadores para avaliação de desempenho da comissão:

[...] houve cumprimento do cronograma dentro do planejado? Por que não foram cumpridas? Estava em nossa governabilidade? Quais foram os esforços que a direção fez para resolver as não conformidades? Qual o percentual de não conformidades resolvidas? Qual a efetividade das ações realizadas pela Comissão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^a).

Sobre isto, os sujeitos CAH01 e CAH02 relataram que tais questões são consideradas nas suas auto-avaliações, porém não confirmaram a elaboração e avaliação de indicadores.

4.1.3 Atividades da Comissão de Acreditação Hospitalar, 2004 à 2010

Dentre as atividades em que a Comissão se envolveu no período entre 2003 a 2010, constam: realização de Cursos de Facilitadores em Acreditação Hospitalar, objetivando a preparação dos profissionais da instituição envolvidos no processo; reuniões com unidades/serviços em processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação, com a Diretoria Geral da instituição e com aqueles interessados em ingressar nesse processo; treinamentos em auditoria interna para preparação dos auditores; elaboração dos roteiros para a realização de auditorias internas nas unidades assistenciais; diagnósticos situacionais mediante auditorias internas nas unidades envolvidas; avaliação *in loco* das não-conformidades resolvidas; realização de palestras e aulas sobre a temática do processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar; organização e realização do Seminário da Qualidade em Saúde e Acreditação do Paraná; participação em eventos; e implantação e monitoramento de GIQ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2003^c; 2004^c; 2005^a; 2006; 2007^e; 2008^d; 2009^c).

Neste contexto, tem-se que no ano de 2007, aproximadamente 50% dos unidades/serviços da instituição estavam inseridos nas ações da CAH. Inicialmente,

o prazo de dezembro de 2008 havia sido estipulado para a solicitação, pelo hospital, da avaliação diagnóstica institucional a ser realizada por uma IA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2007^b). No entanto, no decorrer dos trabalhos observou-se que esse não era o momento ideal, visto que, na perspectiva da Comissão, o hospital possuía grandes problemas de gestão, que comprometeriam a certificação no prazo até então estipulado. Havia poucos investimentos financeiros por parte da instituição e baixo comprometimento dos funcionários no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação, inclusive dos próprios membros da Comissão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2007^a). Sobre esta situação o sujeito CAH01 comenta que *“foi uma situação financeira difícil, faltando insumos. Muitas situações de infra-estrutura sem resolução e sem perspectiva. Então nós achamos que não era o momento de pedir a avaliação para a certificação, por que é um processo muito caro e nós já sabíamos que não estávamos preparados”*.

O sujeito CAH02 acrescenta que a avaliação para a certificação requer grande quantia de recursos financeiros, e isso impacta no período em que ocorrerá a avaliação pela instituição acreditadora. Comenta que *“[...] envolve um investimento muito grande [...] nós somos uma instituição pública e que você depende de várias etapas para conseguir aprovação de recursos pra pagar uma avaliação externa [...] a data da avaliação já foi mudada algumas vezes [...] mas não por que não estão valorizando a Acreditação e o programa de qualidade, mas por questões burocráticas daqui mesmo”*.

4.2 Estratégias para o processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar

4.2.1 Primeiras iniciativas

Inicialmente, as ações da Comissão voltaram-se para a obtenção da licença sanitária hospitalar e, neste sentido, alguns setores da instituição foram priorizados para serem trabalhados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2003^b). No decorrer do tempo, sentiu-se a necessidade de conhecer o quê os funcionários entendiam por qualidade. Assim, em 2004 realizou-se uma pesquisa de campo para esse fim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^a). A motivação inicial para a realização dessa investigação era “[...] *fazer um diagnóstico para uma sensibilização mais direcionada, e obter conhecimento sobre o público alvo [...] ver o seu entendimento sobre qualidade [...]*” (CAH02). No entanto, essa pesquisa foi suspensa devido à decisão da comissão de fortalecer a ação nas auditorias, que já haviam começado. Segundo pontuou o Sujeito CAH01: “[...] *naquele momento o nosso objetivo não era fazer pesquisa, era preparar o hospital para a certificação e não ficar levantando informações que não agregariam melhorias concretas relacionadas aos padrões da Acreditação*”.

4.2.2 Ações educativas e de marketing

Em 2007 a comissão registrou a necessidade de mudança no enfoque das suas ações e abordagem, de maneira que as suas mensagens fossem menos técnicas e mais acessíveis a todos, a fim envolver os profissionais com as questões da Gestão da Qualidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2007^d). Isto é reafirmado na fala do sujeito: “[...] *achávamos que teria que haver alguma inovação [...] que nós tínhamos que evoluir [...] nossa metodologia tinha dado certo até aquele momento, mas tínhamos que procurar algo novo para envolver o hospital*

como um todo” (CAH01). Assim sendo, em 2008, na perspectiva de mudança da abordagem, bem como buscando viabilizar um ambiente de sensibilização aos profissionais da instituição em relação ao processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação, a Comissão planejou e realizou atividades para este fim, tais como reuniões e abordagens face-a-face (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2008^b).

Ainda sobre esta questão, o sujeito CAH01 acrescenta que os membros da CAH realizaram “[...] *sensibilizações nos turnos da manhã, tarde e noite, durante vários dias aqui dentro do hospital. Todo mundo fora do seu horário de trabalho*”. O sujeito CAH02 acrescenta, quando avalia: *“eu acho que a sensibilização teve um peso grande, a gente conseguiu fazer as pessoas entenderem a importância”*. Destarte, foram abordados os seguintes temas durante as sensibilizações: hospitais acreditados; missão institucional; conceitos de Acreditação; o que o hospital ganha com isso e o que é necessário para ser acreditado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2008^a).

Durante este processo de sensibilização, consta que 2030 profissionais foram abordados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2008^c). No entanto, muitas dificuldades foram apontadas, sendo a principal delas relacionada à participação e envolvimento dos profissionais da assistência. Neste sentido, o sujeito CAH01 comenta sobre o acúmulo de trabalho da enfermagem e sua influência nessa participação, na perspectiva dos profissionais de enfermagem: *“a adesão pela enfermagem da Acreditação vem sendo muito difícil [...] eles entendem que as melhorias são mais um trabalho, mais uma tarefa, mais uma sobrecarga, por que eles têm que adequar a unidade aos padrões da Acreditação”*.

4.2.3 Estabelecimento de metas

Observa-se que no ano de 2008 desenvolveu-se um processo de reestruturação e planejamento na CAH, implicando transformações. Em 1º de abril de 2008 foi lançada a campanha denominada *“HC Hospital 5 estrelas – Nós*

acreditamos” com o tema “*1° de abril é Dia de Acreditar*”, fruto de uma parceria da CAH com o Serviço de Marketing do hospital, e desenvolvida em 2009 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2008^a; 2008^c; 2009^d; 2010^f). Ademais, esta campanha permitiu tornar público como as unidades/serviços estão no processo de preparação para a avaliação de certificação. Nesse mesmo ano, o ano de 2010 foi escolhido como novo prazo para solicitação da avaliação diagnóstica e de certificação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2007^c).

4.2.4 Elaboração de instrumentos para as auditorias internas

A Comissão passou a elaborar instrumentos para auditar os unidades/serviços, em que constam itens de verificação personalizados para cada unidade/serviço de acordo com suas especificidades, baseados nas exigências da legislação vigente e no MBAOPSS da ONA (2006). Sobre isto o sujeito CAH01 comenta que era necessário “*[...] ter parâmetros para julgar [...]*” quando um item estava de acordo ou não. Por conseguinte, foi elaborado um instrumento do tipo formulário que, segundo CAH01, é considerado um “*check list*” em que se registram os itens de verificação atendidos e não atendidos pela unidade, o qual foi paulatinamente aprimorado ao longo do tempo.

Este instrumento foi elaborado por expertos de cada área, em atendimento aos padrões do manual acima citado, às legislações sanitária e às que regulam o exercício das profissões. O sujeito descreve como ocorria essa elaboração: “*[...] Pegávamos o manual e tentávamos desmembrar o item de verificação em tudo que poderia estar envolvido ali, e cruzávamos com a legislação sanitária, e não só a sanitária, por que existem legislações que são de corporações [...]*”. A ênfase inicial era para o Nível 1 da Acreditação, referente à segurança, embora o instrumento incluísse itens de verificação relativos ao Nível 2, pelo fato de que os processos também devem garantir a segurança, o que é justificado neste relato: “*[...] pela*

complexidade do hospital o processo é segurança [...] que é um item do Nível dois [...]” (CAH01).

Da mesma maneira, para o sujeito, também havia itens que remetiam ao Nível 3, mas que de fato correspondiam ao Nível 1 do MBAOPSS, como atualmente são considerados na última edição deste manual (2010). O sujeito CAH01 exemplifica: *“[...] aqui para nós há um item que antes era do Nível três e agora é do Nível um, que é o planejamento estratégico [...] desde o início nós trabalhávamos em cima do planejamento estratégico no hospital, questionando o planejamento estratégico, pedindo para a unidade, por que nós achávamos que isto era segurança e, tanto era que agora virou Nível um, virou segurança mesmo”.*

Ainda sobre o processo de construção do referido instrumento, um dos sujeitos comenta a sua aplicabilidade até os dias atuais: *“foi um trabalho de mais de um ano para montar este padrão, mas eu acho que ficou bom, atendeu bem e, desde 2008 nós não mexemos mais” (CAH01).* No entanto, acrescenta que tendo em vista a versão 2010 do Manual os itens de verificação serão revistos: *“Agora que entrou em vigor o novo manual é que nós vamos trabalhar nele, [...] nós vamos ter que adaptar esta situação aqui para o novo manual” (CAH01).*

Sobre as mudanças que foram ocorrendo no roteiro das auditorias o sujeito CAH02 comenta sobre a necessidade de sua atualização: *“Eu sempre achava que ele tinha que ter ajustes [...] roteiros, check lists, para um instrumento ser considerado bom, você tem que fazer muitos modelos e colocá-los em prática [...] e conforme você vai ficando madura, você quer sofisticar mais, você quer mais detalhes, quer melhorar, você quer fazer mais completo”.*

Por sua vez, no que se refere à avaliação dos itens de verificação das auditorias, os sujeitos da UUEA relatam que *“no começo, partimos dos itens de verificação, algumas vezes não conseguíamos entender direito aquele item, que já veio meio pronto [...] então buscávamos compreender melhor. Era meio complicado, mas depois fomos nos entrosando [...]” (UUEA01).* O Sujeito UUEA02 acrescenta: *“nós discutimos todos os roteiros que vem [...] primeiro apresentamos isso no colegiado interno para o grupo todo, para os três serviços saberem quais são os roteiros, quais são as funções [...]”.*

Complementarmente, o sujeito UUEA1 informou sobre a evolução do GIQ na participação na elaboração do instrumento para Auditoria Interna, relatando: *“conhecendo a realidade do serviço e vendo o que precisa ter e o que precisamos lutar para que fique certo, e organizado [...] nós mesmos fomos reescrevendo os itens de verificação que eram importantes [...] aí eu comecei a entender melhor e ter uma noção melhor do que isto significava. Nós fomos nos aprimorando e compreendendo o quê realmente precisávamos, e qual era o objetivo daqueles itens [...]”*.

4.2.5 Realização de auditorias internas

Auditorias internas foram adotadas a fim de preparar a instituição para a avaliação para certificação de Acreditação Hospitalar. Essas são consideradas internas do ponto de vista da instituição, entretanto externas na perspectiva das unidades/serviços. Para a condução adequada dessas auditorias os membros da comissão elaboraram uma metodologia (CAH01), como pode-se observar nesse relato: *“[...] passamos a traçar a metodologia, como é que iríamos fazer com que o hospital se preparasse para atender aqueles padrões”*. Para tanto, era necessário ter *“[...] um diagnóstico real [...] através de uma auditoria interna”*.

Neste sentido, algumas unidades foram priorizadas nesta avaliação, como pontua um dos sujeitos: *“[...] a Comissão, por princípio, optou em trabalhar com as unidades funcionais por que também a estratégia já era mais fácil [...] uma unidade funcional significa¹² você ter um chefe que vai responder por quatro, cinco setores e por isso era mais fácil. Você fala com uma pessoa e você atinge várias outras (CAH02)*.

Neste contexto, no ano de 2005 teve início o processo de preparação para a avaliação de certificação de Acreditação na UUEA, sendo essa uma das primeiras unidades a iniciar este processo na instituição. Tem-se que a prioridade dada à

¹² Atualmente determinadas Unidades Gerenciais.

implantação da Acreditação nesta unidade decorreu do fato de que nessa unidade havia “[...] pessoas envolvidas no grupo de Acreditação do hospital (UUEA02)”.

No entanto, foi necessário expandir a avaliação para outros serviços, como comenta o sujeito (CAH02): “[...] não era suficiente por que [...] as unidades funcionais naquela época, era metade [...] muitas unidades funcionais eram unidades não assistenciais, eram administrativas e sabíamos que a gente tinha um sério problema nas assistenciais e que tinha que atingir todas [...] era muita gente de fora, muita gente da assistência que tinha que participar, que tinha que estar no programa urgentemente”.

As auditorias acontecem bianualmente. Inicialmente, realizadas pelos membros da Comissão, mas devido ao excesso de trabalho foi necessário criar GIQ nos unidades/serviços hospitalares. Sobre isto o Sujeito CAH02 comenta que “[...] começaram a haver muitos serviços para auditar [...] antes eram só as unidades funcionais e de 2008 pra cá eram todos [...] a Comissão de Acreditação não tinha mais pernas pra tudo isso, pra fazer tanta auditoria, pra fazer tanto relatório, tanto plano de ação [...] nenhum membro tinha dedicação exclusiva. Então foi uma necessidade, uma consequência natural a criação do grupo interno, caso contrário não teria como dar continuidade”.

Sobre o desenvolvimento das auditorias internas na UUEA, os membros do GIQ reúnem-se para a formação de sub-grupos que seriam os responsáveis pela auditoria interna dos serviços da unidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2005^b).

4.2.5.1 A participação efetiva do GIQ na realização das auditorias internas

A participação efetiva do GIQ permite a reflexão e auto-avaliação por parte do unidade/serviço hospitalar de suas não-conformidades e do planejamento das ações corretivas. Essa era a concepção dos membros da comissão, e que passou a ser uma estratégia desta conforme justifica o sujeito: “[...] nós chegamos a um

momento em que achávamos que as unidades tinham que desenvolver o espírito crítico para se auto-auditarem [...] por que é este o objetivo final [...] que a própria unidade se audite, que discuta os seus resultados, que discuta o seu plano de ação e que eles mesmos vejam as melhorias [...] e a Comissão só faça o controle” (CAH01).

Conseqüentemente, a realização das auditorias foi aos poucos delegada para os GIQ, mas que ainda necessitam aprimorar a sua atuação. Sobre esta transição, o Sujeito CAH01 relata que *“isto aconteceu com a criação dos grupos internos da qualidade, mas não evoluiu muito [...] esse é um ponto que nós ainda temos fragilidade e que precisamos retomar neste ano [...] nós queremos fortalecer os GIQ”*.

Ainda sobre a participação do GIQ, o sujeito CAH01 pontua que *“[...] foi uma determinação da Comissão [...] desde o começo nós achávamos que tinha que envolver as pessoas de cada unidade”*. Faz também uma reflexão sobre a necessidade de esses grupos assumirem realmente a suas funções: *“tem unidades que formaram os grupos internos por mera formalidade, e nós temos que ficar lembrando a cada hora [...]”* (CAH01). No entanto, ressalta o sucesso e a importância de alguns desses grupos, ao comentar sobre a realização das auditorias acompanhadas pelos seus membros: *“[...] em 2008, quando a Comissão retomou as auditorias, os Grupos Internos foram o apoio da Comissão, foi muito bom e aí nós percebemos quanta força tem os Grupos Internos [...] nas unidades em que eles se mobilizaram para resolver as não- conformidades o resultado foi fantástico!”* (CAH01).

4.2.5.2 O trabalho da equipe de auditoria da Comissão de Acreditação junto ao GIQ da UUEA

Sobre a realização das auditorias o sujeito CAH02 pontua que *“em algumas épocas em que aconteciam as auditorias, havia reuniões praticamente semanais [...] reuniões sistemáticas [...]”*. Após a realização das auditorias internas, um relatório é

elaborado pelos auditores e entregue para as unidades/serviços, os quais devem elaborar e entregar um plano de ação corretivo para as não-conformidades, identificadas e pactuadas, à CAH. Para tanto ocorre discussão sobre quais não-conformidades estão na governabilidade da unidade/serviço para resolução. Posteriormente, uma segunda auditoria é realizada para verificação do cumprimento das ações propostas no plano de ação. Isto é confirmado na fala do Sujeito CAH01: *“Outra estratégia foi que cada unidade deveria traçar um plano de ação [...] Após a auditoria nós elaborávamos um relatório e devolvíamos por escrito para as equipes, e ainda conversávamos sobre aquele relatório para que eles pudessem fazer aquele plano de ação”* (CAH01).

Enquanto a Comissão considera as auditorias internas como aquelas realizadas pelos seus membros nas unidades e serviços, os membros do GIQ consideram tais auditorias como externas à unidade. Todavia, consideram como auditorias internas as auditorias diagnósticas por eles realizadas. Consequentemente, os sujeitos relatam que foram realizadas auditorias internas na unidade (realizadas pelo GIQ) e, na seqüência auditoria externa (realizada pela Comissão de Acreditação). Sobre isto, o Sujeito UUEA02 esclarece que: *“depois de todo esse trabalho feito vem a avaliação da Acreditação do hospital, aí é esse grupo que vem nos avaliar [...] são todas pessoas que não fazem parte da unidade”,* ou seja, os avaliadores da Comissão de Acreditação. Feito isto, estes avaliadores elaboram e entregam para o GIQ da unidade um relatório com os resultados da auditoria realizada, fornecendo um diagnóstico situacional, em que são destacadas as potencialidades e questões pendentes relacionadas aos itens de verificação. O GIQ, por sua vez, encaminha o relatório para o Colegiado da UUEA, conforme o seguinte relato do sujeito UUEA02: *“[...] tudo isso volta para o colegiado onde vemos todos os roteiros, serviço por serviço, discutimos ponto por ponto, recobramos as atribuições e o que está faltando. Aí tudo volta novamente para o Grupo Interno para que faça, dali um tempo, uma nova auditoria. É assim que nós vamos trabalhando. É um feedback, vai e volta o tempo inteiro e nós usamos o colegiado interno como um local de cobrança desse processo todo”* (UUEA02).

4.2.6 A criação do Grupo Interno da Qualidade – GIQ

Os GIQ foram criados a fim de garantir a continuidade do processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação nas suas respectivas unidades/serviços, cabendo a eles “[...] *atuar na melhoria contínua dos processos através da elaboração/revisão de rotinas; na manutenção de melhorias comportamentais através das auditorias internas realizadas bianualmente, e o gerenciamento de resíduos e acompanhamento do plano de ação da unidade trimestralmente*” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^a).

Os seus membros devem conhecer os processos internos do unidade/serviço e avaliá-los, sistematicamente. Como critérios para ser membro do GIQ têm-se: “[...] *querer participar voluntariamente; ser aceito pelo grupo da unidade funcional e ter acesso a todos os setores da unidade*”. Recomenda-se a quantidade mínima de quatro e a máxima de oito membros devendo-se levar em conta certa proporcionalidade entre profissionais de nível superior e médio e, todos os turnos de trabalho devem ser representados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2004^a).

4.2.6.1 A composição do GIQ na UUEA

O desenvolvimento do GIQ da UUEA foi discutido no Colegiado da unidade e procedeu-se à formação do grupo e, em Março de 2005, em reunião realizada na unidade, a presidente da CAH, esclareceu os objetivos e as atividades a serem realizadas por este grupo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2005^b).

Quanto à composição do GIQ da UUEA, segue as determinações da Comissão de Acreditação do Hospital. Neste sentido, o sujeito UUEA01 explica que “[...] *buscamos integrar todo o conjunto [...] participantes de todo o serviço. Nós buscamos agregar enfermeiros, profissionais do nível médio, e os médicos também*

[...] procuramos envolver as pessoas chaves, as que observamos que vão se envolver, comprar a idéia e trabalhar como multiplicadores e, quando nós conseguimos isto, é muito legal [...]”.

Inicialmente, o GIQ foi formado por 14 membros e, atualmente conta com 11 profissionais envolvidos. Observa-se variabilidade do número de membros ao longo destes anos, mas com garantia do número mínimo preconizado pela CAH. Este grupo conta sempre com um líder que deverá coordenar o grupo, assim, nesta unidade funcional a liderança é exercida por uma Administradora que *“[...] reúne as pessoas responsáveis de cada serviço, faz a distribuição das tarefas entre os membros do Grupo Interno e aí são essas pessoas que depois tem que trabalhar com cada serviço”* (UUEA02).

4.2.6.2 A dinâmica das reuniões do GIQ

O GIQ da UUEA reúne-se em reuniões periódicas ou *“[...] de acordo com a necessidade, às vezes são mais freqüentes e às vezes são menos. Quando temos uma meta de realizar uma auditoria, aí aumentamos a freqüência dos encontros [...]* (UUEA01)”.

Para que o GIQ cumpra com suas funções e obtenha os resultados esperados são imprescindíveis a composição deste grupo. Sobre isto, os sujeitos relataram dificuldades: *“[...] a nossa unidade é muito desgastante e nós enfrentamos um problema de falta de recursos humanos [...] as pessoas que nós conseguimos envolver e, que são as mais importantes para esta atuação, eu diria assim, que é a equipe de enfermagem [...] nós não conseguimos dispor delas para participarem [...] Então isso é bem complicado [...]*” (UUEA01). Nesta perspectiva, o sujeito UUEA02 acrescenta que *“[...] as pessoas se motivam para fazer enquanto conseguimos liberá-las para fazerem isso, mas na verdade elas fazem isto concomitantemente” e “[...] tem sido muito difícil liberar, por que são pessoas que estão na assistência e, pela falta de recursos humanos em que nos encontramos está bem difícil”*.

Frente a esta participação incipiente dos profissionais no GIQ, algumas estratégias foram utilizadas para garantir a composição deste grupo. Uma delas é observada nos relatos do Sujeito UUEA02, que comenta que: *“tentei fazer com que algumas pessoas desse Grupo Interno estivessem fazendo o curso de Gestão Pública para que algumas delas encampassem no seu próprio projeto a Acreditação, para isto ser um fator motivador, mas eu não consegui. Eles perceberam que tinha muita coisa pra fazer e aí não quiseram”*.

Diante da importância e da obrigatoriedade do GIQ para a unidade, o sujeito UUEA02 relata que quando não há participação voluntária dos profissionais *“É meio assim, se ninguém vai, nós definimos e determinamos como uma função [...] por que voluntariamente nós não temos conseguido [...]”*. Ainda em relação à participação e envolvimento dos profissionais, o sujeito analisa que *“[...] as pessoas vêm para fazer o mínimo necessário [...] a maioria delas acha que a sua função é só fazer a tarefa diária [...] e não querem se envolver [...] tem preguiça, não tem disponibilidade”*. Neste contexto, *“[...] nós conseguimos pegar um líder aqui e outro líder ali, que carregam o piano e é mais ou menos assim que a coisa tem funcionado por aqui”* (UUEA02).

Atualmente, o GIQ da UUEA passa por uma reestruturação segundo a qual os membros serão convocados pela liderança do grupo para retomar suas atividades. De acordo com o sujeito UUEA01 *“a Comissão resolveu fazer um treinamento para nós, gerentes e supervisores [...] agora que estamos terminando esse curso vamos retomar, fazer reuniões [...] voltar a se reunir e transmitir o que aprendemos [...] repassar para eles e daí eles repassam para os serviços”*.

4.2.6.3 O planejamento do GIG no ano de 2010

O planejamento anual de 2010 do GIQ teve como foco: preparação da UUEA para a avaliação externa (avaliação diagnóstica e de certificação), focando nas ações relacionadas a *“[...] limpeza, organização, apresentação da equipe relacionada a NR 32, rotinas de enfermagem e procedimentos da CIH”*; definição da

metodologia de trabalho: “[...] auditorias internas mensais, sensibilizações das equipes com foco nos POPs¹³ e eventos adversos”; resolução das pendências: “[...] treinamento dos POPs, eventos adversos e atuação nos 5S” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^c).

4.2.7 Elaboração do plano de ação pelo GIQ

4.2.7.1 Dificuldades vivenciadas

Em relação à elaboração do plano de ação, houve no início dificuldades do nesse processo por parte do GIQ da unidade. Segundo o Sujeito UUEA01, “a dificuldade era de colocar no papel realmente qual seria a ação. Ah! vou encaminhar um ofício [...] mas isso não quer dizer que vai resolver [...] nós tivemos dificuldades pra responder algumas coisas que eram mais complexas e que não estavam na nossa governabilidade como, por exemplo, estrutura física, falta de recursos humanos [...] e aí não conseguimos resolver [...] isso é igual para todos os serviços”.

Por sua vez, o Sujeito UUEA02 reafirma essa dificuldade na elaboração do plano de operação. Relata que “no início era muito difícil por que ninguém sabia trabalhar com planejamento. Nós tínhamos visto isso na faculdade, mas não trabalhávamos com planejamento [...]”. Além disso, “[...] outra dificuldade era fazer com que as pessoas sentassem e o fizessem”. Destarte, os sujeitos da UUEA avaliam que ao longo do tempo superaram essa dificuldade. Explica que “em termos de planejamento, já estamos com um know how bom. Nós não sentimos mais tanta dificuldade [...] a dificuldade agora não é mais fazer o plano de ação, por que fazemos isto há cinco anos e várias pessoas daqui já fizeram o curso de gerência, onde trabalhamos com planejamento. Isso já virou uma rotina” (UUEA02).

¹³ Procedimentos Operacionais Padrões.

Portanto, a motivação das pessoas é percebida como um grande desafio: *“[...] puxar as pessoas para este tipo de programa é o nosso grande desafio diário, não deixar cair na rotina [...] motivar desde a pessoa que está na secretaria que ele precisa ter o local dele organizado coisa e tal é difícil [...] eu acho que este é o grande problema que nós temos [...]”* (UUEA02).

No entanto, ressalta-se que as dificuldades relatadas não se restringem ao processo de Acreditação, *“neste momento, trabalhar com qualquer tipo de programa seja de Acreditação, seja de gerenciamento de risco, seja motivar para a pesquisa, está bem complicado pela situação de recursos humanos que a gente está vivendo no hospital como um todo e aqui especificamente”* (UUEA02).

4.2.7.2 Facilidades vivenciadas

Nesta perspectiva, observaram-se aspectos positivos na elaboração do plano de ação. Destaca-se o fato da UUEA contar com uma administradora, que *“[...] tem uma experiência boa nisso e lidera o grupo nessa questão dos planejamentos”* (UUEA02). Ademais, a elaboração do plano de ação é mediante um processo participativo, como manifesta o Sujeito UUEA02: *“[...] nós centralizamos tudo isso, essa elaboração e documentação do planejamento [...] mas ele é feito em parceria com cada serviço e com cada área [...]”*.

Embora os membros do GIQ da UUEA executem com maior experiência o plano de ação, reforçam que esta não é a parte mais difícil do processo de preparo da unidade para a avaliação de certificação. Nessa perspectiva, o Sujeito UUEA02 alude que *“o que é mais difícil é a implantação, isto é, as pessoas realmente mudarem lá na ponta, principalmente as coisas que são de comportamento, por que o restante é possível negociar [...]”*.

Apesar de todas as dificuldades apontadas relacionadas ao GIQ, o Sujeito UUEA02 reflete que *“quando conseguimos envolver essas pessoas, é muito positivo, por que elas estão ali no dia-a-dia e já estão participando. Vão orientando,*

repassando os conhecimentos, a rotina que tem que ser, o que é preciso fazer e as cobranças [...]”. Quanto ao desempenho do GIQ, o Sujeito UUEA01 avalia que “[...] nós conseguimos observar os resultados da atuação do grupo [...] e nas auditorias também” e, “na medida do possível, temos conseguido cumprir aquilo que o grupo se propôs” (UUEA02). Assim, observa-se que “[...] tem momentos em que ele é bem atuante, que ele consegue motivar, que ele consegue cobrar, mas de repente parece que cai no esquecimento e aí alguém tem que puxar ou a gente tem que trazer pra cobrança novamente pra você conseguir com que as pessoas se motivem [...]” (UUEA02).

4.3 ASPECTOS DIFICULTADORES NO PROCESSO DE PREPARO PARA AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA INSTITUIÇÃO

O processo de preparação das unidades hospitalares para a certificação de hospital acreditado é complexo. Neste sentido, a CAH se deparou com algumas dificuldades durante sua execução no hospital.

4.3.1 Características do hospital

O Sujeito CAH01 aponta como um dos aspectos dificultadores o grau de complexidade e o porte da instituição, mas ressalta que: “[...] se você for procurar, não tem hospitais como o nosso, 100% SUS, desse tamanho, com esse número de funcionários, acreditados”. Na perspectiva do sujeito, além da característica de hospital público, outro fator que agrega dificuldades é se tratar de um hospital de ensino, o que é observado nesta fala: “O fato de ser hospital de ensino também dificulta por que, principalmente as equipes médicas, são equipes instáveis [...] Além

disso, tem os estudantes [...] que nem sempre compreendem o que está acontecendo aqui dentro” (CAH01). Esse fluxo constante e instável de pessoas torna difíceis muitas das ações de preparo para a certificação, uma vez que é necessária a capacitação das pessoas para que as mesmas compreendam o processo, se envolvam e se comprometam.

Por sua vez, o sujeito UUEA01 analisa que “o fato de ser um hospital de ensino interfere muito nesse processo de Acreditação [...] nós buscamos treinar os profissionais que atuam no serviço [...] mas a rotatividade das pessoas é muito grande, principalmente na nossa área que é uma unidade de urgência e emergência [...] tem muita gente, muito aluno, muito doutorando, muito estagiário, e estas pessoas não entram nesse quadro profissional para os treinamentos [...]”. Corroborando com as afirmações acima o sujeito UUEA02 acrescenta que “isso é uma coisa que eu sempre coloco pra direção quando nós vamos ser avaliados em termos de metas [...] eu acho que isso nos dificulta muito no processo de Acreditação, por que nós fizemos o treinamento para a equipe, mas aí nós temos uma equipe circulante [...] isso é bem complicado para nós, por que não conseguimos atingir todas as pessoas que circulam no nosso ambiente de trabalho”. Somado à isto, tem-se a baixa adesão destas pessoas aos treinamentos que são, por ventura, realizados, assim como as especificidades de alguns padrões que são avaliados no processo de Acreditação que requerem o preparo e envolvimento de todos que circulem pela unidade a exemplo da segregação adequada dos resíduos.

Em relação ao desenvolvimento de atividades práticas de ensino no hospital, os sujeitos comentam sobre o preparo dos envolvidos nestas atividades. Para o sujeito UUEA01, “[...] na medida do possível eu acredito que eles são treinados, talvez lá pelo Ensino, Pesquisa e Extensão, mas acredito que quase sempre acabam não abrangendo todos e aí observamos que [...] eles não levam isto tão a sério [...]”. Na perspectiva do sujeito UUEA02, “cabe primeiramente aos cursos de graduação abordar isso [...] tem que fazer parte do currículo [...] também os professores têm que fazer um contato prévio, vir conhecer antes a realidade do serviço para quando trouxerem os alunos já saberem como funciona e, ter essa parceria entre o pessoal da escola e quem está no campo”. Ademais, em relação aos estudantes “eles têm que conhecer a realidade do hospital onde estudam e que lá fora, nos outros hospitais, também tem essa mesma realidade [...]” (UUEA02).

Adicionalmente, vivenciar este processo de preparo para a avaliação de certificação da Acreditação Hospitalar pode representar um diferencial na formação destes novos profissionais. O sujeito UUEA01 corrobora com esta idéia quando afirma que: *“[...] eu acredito que para eles isto também sirva de aprendizado. Ter esse contato com a Acreditação e saber que nós fizemos isto aqui, que buscamos a certificação [...] por que hoje em dia é uma questão muito importante. Essa questão da qualidade está focada em todos os seguimentos”*.

Apesar deste dificultador no processo de preparo de sua unidade para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar, os sujeitos da UUEA demonstram ter consciência de seu papel enquanto profissionais que atuam em um hospital de ensino: *“É bem difícil por que é um hospital escola, mas também sabemos que faz parte do nosso trabalho acolher os estudantes e, o que estamos fazendo é tentar, cada um, organizar dentro do seu serviço esse fluxo de pessoas da melhor forma possível”* (UUEA02).

4.3.2 Os profissionais

Fatores relacionados aos profissionais que atuam na instituição também foram relatados como dificultadores no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação. Nesta perspectiva, as questões relacionadas ao comportamento são ressaltadas quando o sujeito UUEA02 analisa que *“[...] mexer com o comportamento das pessoas não é fácil [...] por que as pessoas sabem, não é por falta de orientação. É feito treinamento e dado orientação [...] mas você ensina num dia e daqui uns três meses, quando você vai ver, aquilo que já era uma rotina não está sendo feito novamente”*.

Ademais, os sujeitos pontuam as dificuldades relatadas pelos membros da comissão, relacionadas ao incentivo e envolvimento da categoria médica. Isto é observado na fala do sujeito CAH02 quando comenta que *“outro dificultador grande que nós tínhamos no começo era a equipe médica, que era difícil de se atingir [...] era difícil o diálogo e em muitas coisas a gente parava e daqui pra frente eu não*

consigo ir [...] A equipe médica é a parte mais difícil da gente atingir”. Diante disto, analisa que este dificultador está intimamente relacionado à metodologia da Acreditação, uma vez que “a Acreditação tem que permear todas as áreas, todas as categorias, todos os níveis de uma instituição e isso era um limitador, um impeditivo” (CAH02).

Adicionalmente, a característica de hospital público agrega dificuldades e impõe limites quando se trata da abordagem relacionada aos funcionários. Para o sujeito UUEA02, “[...] aqui ainda tem a questão do servidor público [...]aí fora se você não faz você pode ser mandado embora e aqui você não faz e fica por isso mesmo. Aí o que você consegue fazer? [...] aí o que nós temos que fazer é trabalhar com a motivação das pessoas, por que você não tem nenhuma outra forma de cobrança”.

Associado a isto, tem-se as dificuldades relacionadas ao entendimento dos profissionais sobre a Acreditação Hospitalar e sobre a CAH da instituição. Isto é observado nas afirmações do sujeito CAH02, ao comentar: “o que mais dificulta é a falta de visão das pessoas sobre o quê a Acreditação pode proporcionar para o serviço [...] que faz com que elas interpretem que é mais uma tarefa a fazer. Elas não conseguem entender que muitas das reivindicações, dos problemas que elas têm naquele serviço, podem ser organizados, de uma forma muito mais racional, se deixarem a Acreditação entrar e participar ativamente desse processo” (CAH02).

Quanto ao entendimento e interpretações equivocadas dos servidores da instituição sobre as funções e atribuições da Comissão, os sujeitos relatam que: “Um fator que dificulta é quando as pessoas imaginam que a Comissão de Acreditação tem que resolver os problemas de uma forma prática pra elas [...] eu vou tentar seguir a metodologia de vocês, mas elas, muitas vezes, confundiam e cobravam que a Comissão de Acreditação resolvesse também as coisas, que não tem esse poder” (CAH02).

4.3.3 A expectativa pelos resultados no processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar

A frustração gerada pela falta de êxito dos setores em conseguir resolver suas não-conformidades relacionadas ao processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação, bem como aquela gerada pela ânsia de resultados rápidos, também foram apontadas como dificultadores neste processo para a certificação: *“um fator que dificulta é quando a pessoa tenta resolver determinados problemas e ela aí não consegue, daí ela fica frustrada [...] eles querem resultados a curto prazo sem entender [...]”* (CAH02).

4.3.4 Modelo gerencial das unidades/serviços

A forma de organização dos serviços do hospital foi destacada como fator que influencia no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação da instituição, pelo fato de que alguns unidades/serviços encontram-se no modelo de gestão sob formato de Unidades Gerenciais (UG), enquanto outros (as) ainda estão no processo de transição para tal modelo. O sujeito CAH02 exemplifica uma das dificuldades decorrentes de o fato de algumas unidades ainda não se encontrarem neste modelo, quando diz: *“[...] em vez de fazer uma reunião você tem que fazer cinco ou seis, então isso dificulta, principalmente quando a gente tem uma Comissão com membros que não são dedicação exclusiva e isso aí é tempo de cada membro de sair da sua unidade [...] É sempre aquela tentativa de sensibilizar, de fazer entender pra muito mais gente* (CAH02).

4.3.5 A inexistência de uma cultura de segurança

Fatores relacionados à cultura da segurança e a não valorização da aferição de riscos também são exemplificadas como aspectos dificultadores. Neste sentido, o Sujeito CAH01 comenta que *“[...] neste hospital não há uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente [...] é uma grande dificuldade, por que cultura não se muda de uma hora para a outra. Levará muitos anos para mudar essa cultura [...] subjetivamente você sabe os riscos [...] Agora quanto este risco impacta, nós não sabemos [...] nós estamos fazendo isso com o uso da planilha HFMEA [...] aí saberemos quantitativamente e saberemos priorizar os nossos maiores riscos [...]”*.

Adicionalmente, o sujeito realça como é indispensável a incorporação da valorização da segurança e gerenciamento de risco para a Gestão da Qualidade no hospital, manifestando: *“[...] queremos uma mudança profunda e não superficial, algo permanente aqui dentro do hospital [...] o fato de nós não termos ainda esta cultura da segurança é um dificultador para o processo, para qualquer processo de qualidade e, para a Acreditação muito mais”* (CAH01).

4.3.6 A gestão de indicadores na instituição

A forma como os indicadores são utilizados na instituição foi apontada como fator que agregou dificuldades ao processo. Não basta calculá-los, pois é preciso analisar os dados e utilizá-los para a tomada de decisão consciente e com fundamentos. Neste sentido, de acordo com Sujeito CAH0: *“[...] medimos muita coisa, mas não usamos para a tomada de decisão e nem fazemos uma análise crítica em cima destes indicadores e isto também é difícil, você dizer se tem qualidade e se não tem qualidade”* (CAH01).

4.3.7 A visão fragmentada dos processos

A visão de processos é igualmente importante na perspectiva da Acreditação, uma vez que considera a interface presente entre os diversos setores da instituição e a avalia como um todo. Sobre isto o sujeito CAH01 analisa que *“na Acreditação, tudo tem interface, um depende do outro. É um nível de dependência grande de um setor com o outro setor”, no entanto “[...] aqui dentro do hospital nós não pensamos nas atividades como processos, nós pensamos como atividade, como se ela fosse o fim e não que está encadeada com outro processo. Então essa cultura do processo nós também estamos trabalhando e não é fácil”*.

4.4 ASPECTOS FACILITADORES NO PROCESSO DE PREPARO PARA AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DA INSTITUIÇÃO

Em contrapartida às dificuldades encontradas no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar da instituição, os sujeitos também consideraram as facilidades com que se depararam neste período.

4.4.1 O apoio da Direção do hospital

O entendimento e o apoio da Direção do hospital foram destacados, pelos sujeitos, como indispensáveis para o trabalho da Comissão e para o processo de preparo do hospital para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar, o que se revela na seguinte fala: *“[...] nós sempre tivemos o apoio das diretorias [...] não é o que a Comissão quer, é o que a instituição quer e [...] nós não teríamos chegado até aqui se não fosse isso, se a gente não tivesse esse respaldo”* (CAH01).

Corroborando com as afirmações acima, o Sujeito CAH02 reflete que “[...] *isso é uma coisa que você lê em livros e que na prática se confirma: se não há apoio da Direção você não tem nada num processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação*”. Neste contexto, ressalta que esse apoio e respaldo se mantêm até hoje. Por conseguinte, a Direção da instituição também proporcionou oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional dos envolvidos, com retorno para o hospital, como destaca o Sujeito CAH01 quando afirma que “[...] *a Direção sempre oportunizou que eu participasse de congressos, que eu me atualizasse e que trouxesse o conhecimento para aplicar aqui*”.

4.4.2 A expertise e envolvimento dos profissionais

A experiência e o conhecimento prévio dos profissionais, a respeito da Acreditação e dos processos de qualidade, foram destacados como facilitadores no processo de preparo das unidades para a avaliação para a certificação de Acreditação Hospitalar, como se constata na expressão do sujeito: “*são pessoas que já trabalharam com qualidade em instituições que tinham qualidade [...] aí era fácil fazer auditorias em setores*”, cujos profissionais trabalhavam “*em um hospital que já é acreditado no nível um, nível dois, já está ou tem uma certificação internacional*” (CAH02).

Destarte, este facilitador também foi ressaltado pelos sujeitos da UUEA. Neste sentido, o conhecimento e a experiência de uma enfermeira da UUEA com a Acreditação e processos de qualidade foi um fator importante para o desenvolvimento deste processo. O sujeito afirmou: “*isso nos ajudou muito no início, por que ela foi a pessoa que acabou mobilizando esse processo dentro da unidade [...] nós não tínhamos experiência nessa área, mas como ela estudava muito ela acabou trazendo muitas informações para o colegiado e nos conduzindo no início, na maneira de como implantar tudo isso na unidade [...]*” (UUEA02). Por conseguinte, além desta enfermeira com experiência em Acreditação, “[...] *a administradora, acabou se apaixonando e gostando disso e foi estudar [...] elas são*

duas pessoas que fazem acontecer este processo dentro da Unidade Funcional [...]”. Assim, destaca que “[...] um grande facilitador foi ter pessoas que realmente acreditaram nesse programa e que conseguiram demonstrar para o grupo a importância disso, por que tudo que é novo assusta”.

Em relação ao envolvimento dos profissionais no PPACAH, destaca-se o comprometimento de determinadas áreas e categorias. Nesta linha de pensamento, o sujeito CAH02 relata que “[...] os que aderem mais facilmente são os enfermeiros [...] eles aderem e escutam e, a grande maioria acha positivo [...] também tem os farmacêuticos, os assistentes sociais e os administradores”.

Há que se considerar ainda que o envolvimento e a participação dos membros da comissão contribuíram positivamente neste processo, tal como ressalta o sujeito CAH01: “*Outra coisa é o trabalho, é o envolvimento dos próprios membros da Comissão [...] se a direção nos delegasse a responsabilidade, mas as pessoas da Comissão não quisessem e não fizessem o trabalho, nada teria acontecido*”.

4.4.3 O modelo de Unidades Gerenciais

O modelo de gestão de UG, implantado somente em alguns serviços da instituição até este momento, foi apontado como um diferencial que contribuiu positivamente no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação do hospital. Isto é evidenciado na fala do sujeito CAH02, quando relata que: “*Outro facilitador é o modelo de unidades funcionais. Ele é mais fácil [...] por que você reduz o número de sensibilizações*”. Sobre isto o sujeito esclarece que “*você tem o gerente e esse gerente tem um supervisor médico, um supervisor de enfermagem e um supervisor administrativo que tem uma equipe grande com eles [...] assim você fala com pessoas-chave e consegue atingir muita gente [...]*” (CAH02). Nesta perspectiva, os supervisores representam multiplicadores com a responsabilidade de repassar todas as informações, orientações e determinações para suas respectivas equipes.

Nas UG ocorre a pactuação de metas firmadas via contrato e, conseqüentemente, a resolução das não-conformidades relacionadas ao processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação. Esta, por sua vez, é considerada uma meta institucional, conforme afirma o sujeito CAH02: “[...] *nas unidades funcionais ainda tem a pactuação das metas e aí é que entra a Direção [...] ela diz pras unidades funcionais: Vocês têm que atingir determinado percentual de resolução das não conformidades da Acreditação [...] aí tudo isso é colocado no contrato como uma meta institucional e isso é um grande facilitador*”.

Esta pactuação das não-conformidades e sua resolução como meta institucional são confirmadas pelos sujeitos da UUEA quando relatam que: “[...] *nós fazemos o contato com o grupo da Acreditação do hospital [...] e pactuamos através do nosso contrato de metas com a Direção quais são os pontos que foram as pendências da última auditoria que nós temos obrigação, que precisamos atingir 100% da resolução e daí trabalhamos em cima disto [...]*” (UUEA02). Adicionalmente, o sujeito relata que “*tem várias situações que precisamos trabalhar de forma paralela, por que está no nosso contrato de metas com a Direção, faz parte e tem que dar conta disso, até pela segurança e pelo bem do paciente e, pelo próprio ambiente de trabalho [...]*”.

4.4.4 O estímulo pelo alcance bem sucedido dos objetivos e o reconhecimento das interfaces

O sucesso na resolução das não-conformidades e o alcance das metas foram ressaltados pelos sujeitos como aspectos que contribuíram positivamente para a continuidade do processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar: “*um facilitador era também quando as pessoas conseguiam resultados*” (CAH02).

Influenciaram também positivamente o reconhecimento e entendimento das interfaces necessárias que pode ser evidenciado na seguinte fala: “*Quando houve*

um entendimento que no meu plano de ação eu tenho que envolver o serviço de manutenção e eu vou cobrar, eu vou dizer: olha, a Acreditação está exigindo isso [...] você está com uma dificuldade e o outro respeita [...] todo mundo começou a entender e, uma área diferente da outra a colaborar entre si. E as coisas acontecem e você vê mudanças reais no teu serviço” (CAH02).

4.5 O DESEMPENHO DA UUEA NO PROCESSO DE PREPARO PARA A AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PARA A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Ao avaliar o desempenho da UUEA no processo de preparo da unidade para a avaliação de certificação da Acreditação Hospitalar, o Sujeito UUEA02 analisa que: *“nós até que fomos bem avaliados no primeiro processo e, nos outros nós nunca estamos mal, estamos sempre na média [...] nós estamos em torno de 80 a 85%” (UUEA02).* Em relação ao fato de não conseguir atingir a meta proposta, argumenta que *“[...] o problema é que a meta é alta. É sempre 100% da resolutividade, principalmente das questões comportamentais [...] aí nós nunca conseguimos os 100% [...] acho que conseguimos 100% só uma vez” (UUEA02).*

Além de refletir sobre o seu desempenho neste processo de preparação, os sujeitos pontuaram sua visão da Acreditação. Neste sentido, o Sujeito UUEA01 analisa que em relação à Acreditação Hospitalar: *“só vemos o lado bom, que é tudo de melhor, que é muito importante para todos os serviços e para todos os profissionais e, principalmente para o paciente [...] a Acreditação busca toda essa questão de padronização, dos POPs, dos protocolos e tudo isso é muito importante [...] aí tem que implantar e fazer acontecer realmente”.*

4.6 O RELACIONAMENTO E APOIO DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Sobre o relacionamento entre a CAH e o GIQ da UUEA o Sujeito UUEA01 avalia que *“[...] está bem interligado. Nós interagimos sempre e esta participação e parceria está bem ativa [...] o acesso é muito fácil, temos completa tranquilidade e sempre que precisamos nós entramos em contato com elas e é bem tranquilo pra conseguir esclarecimentos e apoio para alguma coisa”*.

4.7 A AMPLIAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE: DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR À ASSESSORIA DA GESTÃO DA QUALIDADE

4.7.1 A ampliação

O trabalho da CAH foi reconhecido ao longo dos anos pelo seu desempenho em prol da qualidade, e o impacto nas melhorias realizadas no hospital. Evidencia-se esta afirmação na perspectiva do Sujeito CAH02, quando afirma que *“a Comissão de Acreditação teve um impacto na existência do hospital muito grande [...] ela fez sua história nessa instituição [...] todo mundo sabe o que é Acreditação [...] os objetivos e ela conseguiu provocar muitas mudanças melhorando o hospital [...] a Comissão de Acreditação teve um desempenho excelente na instituição”*. Nesta linha de pensamento, o sujeito CAH01 faz sua avaliação: *“Institucionalmente as coisas caminharam e foram se unindo em busca desse objetivo comum. Eu acho que é um verdadeiro problema institucional. Todo mundo sente que não é a Comissão que quer, é a instituição que precisa”*.

Esse desempenho pode ter influenciado a aprovação pela direção do hospital, no final de 2009, da proposta dos membros da CAH em ampliar a Gestão

da Qualidade, mediante a criação de uma Assessoria de Gestão da Qualidade – AGQ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2009^a). Sobre essa suposta influência, o Sujeito CAH01 relata que: “[...] não se esperava que o hospital tivesse um setor de qualidade. Não era a proposta inicial e o trabalho dos membros da Comissão mostrou que nós podíamos ir para isso. Não só que precisava, mas também que nós tínhamos condições de evoluir para isso” (CAH01) e quando indagado ao grupo da CAH quem gostaria de integrar a AGQ todos demonstraram interesse em continuar atuando, agora nesta nova perspectiva de trabalho, demonstrando seu real comprometimento com a qualidade da instituição (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2009^b).

4.7.2 A Assessoria da Gestão da Qualidade – AGQ

Todas as ações desenvolvidas no hospital relacionadas à Gestão da Qualidade deverão ser submetidas a esta assessoria. Diante disto, tem-se que a função da AGQ é “[...] assessorar e realizar consultoria interna [...]” e desenvolver “[...] atividades relacionadas à política da qualidade, ao planejamento e coordenação dos processos da qualidade, e à educação e treinamentos voltados para a melhoria da gestão na Instituição” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e, p.1, Art.3).

Nesta nova perspectiva de trabalho, a AGQ está subordinada à Direção Geral da instituição. Sobre esta posição hierárquica o Sujeito CAH01 afirma que “[...] isso é marcante e essa posição no organograma foi uma escolha da Diretoria [...] eles acharam que era melhor assim, que vindo de cima para baixo teria maior permeabilidade”. Assim sendo, em junho de 2010 o regimento interno da AGQ foi aprovado, no qual constam as suas atribuições, quais sejam:

Oferecer suporte à Direção na elaboração da Política da Qualidade; Elaborar o Manual da Qualidade e implementá-lo em toda instituição; Fornecer consultoria interna para o desenvolvimento gerencial, em parceria com a unidade de administração de pessoas; Apoiar as gerências na implantação das atividades de solução de problemas, através das ferramentas da qualidade; Coordenar as

atividades do Comitê da Qualidade e acompanhar os Grupos Internos da Qualidade; Organizar eventos internos voltados para a educação e treinamento das equipes; Elaborar e padronizar a documentação da qualidade na instituição; Controlar os registros da qualidade, inclusive os POPs (Procedimento Operacional Padrão) de toda instituição; Capacitar continuamente o Comitê da Qualidade e os Grupos Internos da Qualidade, orientando e acompanhando as atividades desenvolvidas; Avaliar os resultados do seu trabalho, do Comitê da Qualidade, da Gerência de Risco e dos Grupos Internos da Qualidade, promovendo as ações corretivas necessárias ao aperfeiçoamento contínuo dessas equipes; Elaborar planejamento anual de trabalho, submetendo-o a aprovação da Direção; Encaminhar relatório anual das atividades à Direção Geral [...] (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^o, p. 3, Art. 13).

4.7.3 A constituição da AGQ

Em relação à sua constituição, a AGQ compreende o Núcleo Permanente, o Comitê da Qualidade, a Gerência de Risco/Hospital Sentinela e, os GIQ. O seu Regimento Interno prevê ainda a consultoria externa de expertos, pertencentes ou não ao quadro profissional da instituição, quando se fizer necessário (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^o).

O Núcleo Permanente deverá contar na sua formação com

[...] profissionais com dedicação exclusiva, no mínimo das seguintes categorias: administrador, enfermeiro, médico, auxiliar administrativo, podendo ser incorporados outros profissionais da área da saúde, em número compatível com a dimensão das atividades desenvolvidas e em acordo com a Direção Geral (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^o, p.1).

Esses profissionais devem ser qualificados e possuir conhecimentos relacionados à qualidade, comprovados no *curriculum vitae*. Adicionalmente, o Núcleo Permanente conta com um Assessor da Gestão da Qualidade, o qual além das características acima descritas deverá “[...] ser profissional da área da saúde atuante no hospital a pelo menos 5 anos, ter qualificação e conhecimento na área da qualidade e disponibilidade para dedicar-se na totalidade de sua carga horária de trabalho às atividades da AGQ”. Ademais, o ingresso de todos os membros deste

núcleo se dará por indicação do Assessor da AGQ e pelo Diretor Geral do hospital (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e, p.1).

Em relação ao atual quadro de profissionais do núcleo permanente da AGQ, o Sujeito CAH01 o especifica, relatando: *“Nós temos, dentro da assessoria, um núcleo permanente que é o staff da assessoria e que está composto por: uma enfermeira, um médico, um administrador, um auxiliar administrativo, função exercida atualmente por um estagiário, e um coordenador, que é o Assessor da Gestão da Qualidade, além do coordenador do programa do Hospital Sentinela (CAH01).*

Além do Núcleo Permanente, integra a AGQ o Comitê da Qualidade, que tem como atribuições:

Apreciar e deliberar sobre as propostas apresentadas pelo Núcleo Permanente de Gestão da Qualidade; Realizar auditorias internas de controle da qualidade; Elaborar relatórios sobre os resultados do controle de qualidade; Participar da execução de programas de educação continuada voltados para a Gestão da Qualidade; Participar das atividades da capacitação voltadas à Gestão da Qualidade, desenvolvidas pela instituição (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e, p.3, Art.14).

Em relação a sua composição, o Comitê da Qualidade deverá contar com vinte profissionais de diversas categorias, atuantes em setores diversos do hospital, indicados pelo Assessor da Gestão da Qualidade, a quem cabe a coordenação do Comitê da Qualidade e, com aprovação das diretorias pertinentes e nomeação mediante portaria da Direção Geral da instituição. O mandato dos membros é de dois anos, com possibilidade de prorrogação por tempo indeterminado, de modo que a renovação considerada é de no máximo 1/3 dos seus membros. Este grupo deve reunir-se em reuniões quinzenais e, em seções extraordinárias sempre que se fizer necessário (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e).

No que se refere à CAH nesta nova fase de trabalho, o sujeito CAH01 a caracteriza na seguinte fala: *“A Comissão de Acreditação vira Comitê da Qualidade, vai mudar o nome, mas a função é a mesma, representantes de dentro dos setores do hospital que estarão trabalhando junto com o Núcleo Permanente para definir as políticas, as atividades e os direcionamentos [...]”* (CAH01) para a Acreditação. Isso

é também explicitado na fala do Sujeito CAH02, que acrescenta que a referida comissão “[...] *continua existindo [...] continua com suas tarefas e com uma série de responsabilidades [...] cada vez mais a gente precisa da Comissão de Acreditação principalmente nas auditorias, nas avaliações dos setores. Por que você não tem número de pessoas na Gestão da Qualidade para fazer as auditorias no hospital inteiro. Então, a Comissão de Acreditação será eternamente importante*” (CAH02). Neste sentido, os membros da comissão foram mantidos, passando a denominar-se Comitê da Qualidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2009^a).

Além do Núcleo Permanente e do Comitê da qualidade fazem parte da AGQ os GIQ. No entendimento da AGQ os GIQ precisam continuar uma vez que a própria literatura pontua a importância de “Times da Qualidade” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2009^a).

Nesta linha de pensamento, o GIQ tem como atribuições:

Realizar auditorias internas para controle da qualidade da sua unidade funcional, seguindo as diretrizes da assessoria da Gestão da Qualidade; Controlar os POPs da própria unidade funcional; Acompanhar a execução do plano de ação da unidade funcional; Elaborar o relatório de atividades para a Assessoria da Gestão da Qualidade; Participar das atividades de capacitação voltadas à Gestão da Qualidade desenvolvidas pela instituição (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e, p.3, Art.15).

Em relação a sua composição, o GIQ dever ter cinco a oito membros, de diferentes profissões, e que trabalhem nos diferentes turnos: diurno e noturno. Tais profissionais deverão ser indicados pelo colegiado interno da unidade funcional ou pelos chefes dos serviços. O mandato dos membros, bem como a dinâmica das reuniões, é similar aos do Comitê da Qualidade: mandato por tempo indeterminado com critério de renovação de no máximo 1/3 dos participantes e reuniões quinzenais e extraordinárias sempre que necessário. O coordenador do GIQ será escolhido entre seus membros (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^e). Sobre a participação do GIQ na AGQ o Sujeito CAH01 analisa que: “[...] *daí nós começamos a abrir os braços, nós temos dentro das unidades funcionais os Grupos Internos da Qualidade [...]*”.

Por fim, integra a AGQ a Gestão de Risco/Hospital Sentinela, que possui Regimento Interno próprio e deverá contar com um Gerente de Risco e responsáveis pela Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes e pela Comissão de Gestão de Risco (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^o).

4.7.4 A atuação

Tem-se que a atuação da AGQ, baseia-se em três programas centrais já definidos. O primeiro é o Programa de Acreditação Hospitalar, que está relacionado ao trabalho da CAH e que, na perspectiva da AGQ, passará a ser o Comitê da Qualidade, dando continuidade ao trabalho da primeira, conforme citado anteriormente e confirmado pelo Sujeito CAH01 *“[...] com o Programa de Acreditação nós buscaremos a certificação, que nunca acabará, por que daí tem as avaliações de manutenção e nós queremos obter o nível dois, o nível três [...] enquanto o hospital tiver interesse nós vamos continuar”*.

O segundo é o Programa 5S, uma metodologia de trabalho, previsto na AGQ e que já teve ações iniciadas, como pontua o Sujeito CAH01: *“[...] nós já trabalhamos com Diretores e Gerentes e já fizemos as oficinas e o piloto [...] definimos que outubro será o grande mês do 5S no HC [...] nós temos uma campanha junto com o Marketing e faremos todos os 5S [...]”*. A escolha deste programa se deu pelo fato de que *“[...] nas auditorias internas nós identificamos uma grande desorganização dentro das unidades”* (CAH01).

A questão da segurança também fará parte do trabalho da AGQ. Neste sentido, foi previsto o Programa de Segurança do Paciente, que agrega outros projetos, como esclarece o Sujeito CAH01: *“o terceiro, que é o nosso grande objetivo é o Programa de Segurança do Paciente [...] estão envolvidos vários projetos [...]”,* dentre eles *“um é o Projeto de Gerenciamento de Risco que envolve todos os riscos assistenciais, administrativos, ocupacionais, de responsabilidade civil e o outro é o Cirurgia Segura”* (CAH01).

Sobre este Programa de Segurança do Paciente, um dos sujeitos acrescenta o caráter educativo de mudança organizacional: “[...] *queremos uma cultura de segurança, mas também queremos uma cultura de justiça e não de punição. Nós achamos que a maioria dos eventos adversos, dos erros que acontecem aqui dentro do hospital não são de responsabilidade de um indivíduo, mas são sistêmicos e sendo sistêmicos você não deve punir, você tem que corrigir o sistema*” (CAH01).

4.7.5 A capacitação dos profissionais envolvidos

Diante de toda essa mudança na perspectiva da ampliação do trabalho da Gestão da Qualidade no hospital foi necessário capacitar os envolvidos, tais como Diretores e Gerentes, com o objetivo de instrumentalizá-los e uniformizar os conhecimentos sobre Gestão da Qualidade e temas associados. Em relação a isto o Sujeito CAH01 alude: “[...] *nós estamos trabalhando na definição de uma política de qualidade para o hospital por que é essencial que tenha esse lema escrito, assim como a missão do hospital, e difundido para o hospital inteiro [...] nós trabalhamos com Gerentes e Diretores, em oficinas, como seria a política e já estamos finalizando, daí o Marketing vai trabalhar e difundir*” (CAH01). Sobre este trabalho, o Sujeito CAH02 explicita: “[...] *primeiro nós estamos fazendo uma sensibilização [...] o curso que está acontecendo tem como público alvo: diretores, gerentes, supervisores e está instruindo as pessoas [...] elas estão entendendo o que são os programas da Assessoria da Gestão da Qualidade [...] e o que elas têm que fazer para entrar nesses programas e para conseguirem atingir as metas propostas. Então nós estamos em uma fase, vamos passar os conhecimentos, vamos passar os objetivos e vamos ouvir as pessoas [...]*”.

4.7.6 A nova perspectiva de trabalho

Nos relatos dos sujeitos pode-se perceber um esforço coletivo rumo ao redimensionamento do trabalho voltado à Gestão da Qualidade, que deverá ser construído no cotidiano das experiências dos processos de trabalho hospitalares. Assim, tem-se que o momento atual é de transição, da atuação na CAH à uma atuação ampliada na AGQ, o que é explicitado na fala do Sujeito CAH02: *“a gente está organizando um serviço novo, uma coisa que não existia [...] é uma transição muito importante e a gente vem fazendo muitas e muitas reflexões. O grupo está atingindo cada vez mais um patamar diferente”*. Adicionalmente, o Sujeito CAH01 acrescenta comentando a amplitude do trabalho da referida assessoria: *“é um processo de grandes mudanças [...] a proporção se tornou muito maior do que nós mesmos imaginávamos e quando você começa a mostrar resultados do trabalho, as pessoas confiam no teu trabalho aí começam a aparecer os links [...] você começa a se enfrontar por meio do hospital e é assim mesmo, a qualidade tem que estar linkada com todo mundo [...] isso é bom só que dá muito trabalho (CAH01)*. Por conseguinte, o Sujeito CAH02 reflete que *“[...] o passo seguinte é a gente organizar [...] como é que vai ser o nosso dia-a-dia [...] nós estamos em uma fase de transição, de questionamentos de como vamos trabalhar [...]”*.

Ao mesmo tempo em que há o redimensionamento do trabalho, evidencia-se o entusiasmo e o compromisso daqueles envolvidos na nova perspectiva ampliada da Gestão da Qualidade, tal como expressa o sujeito CAH01: *“Eu estou muito feliz, muito animada, muito motivada, e o grupo do núcleo permanente também. Nós estamos altamente motivados pra provocar mudança [...] Que seja pequena, que seja gradual, mas já é motivo de grande orgulho para a equipe”*.

4.7.7 A metodologia de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar

A respeito do preparo dos setores/unidades para a avaliação de certificação de Acreditação na perspectiva da AGQ, o Sujeito CAH02 esclarece que, no momento, a metodologia continua fundamentalmente a mesma: *“[...] a forma de trabalhar com as unidades permanece a mesma até esse momento por que [...] nós estamos em um momento de transição [...] a gente reflete muito, fala muito e tenta enxergar e aí pode ser que mude, mas a princípio, na essência, não muda [...]”*. Adicionalmente, os profissionais dos setores/unidades deverão ser orientados para o momento em que o hospital se submeterá à avaliação externa para a certificação de Acreditação Hospitalar o que é esclarecido no relato do sujeito: *“nós ainda não temos esta data e as pessoas passarão por uma preparação para receber esta avaliadora externa, por que você tem que preparar as pessoas [...] como se comportar diante do avaliador [...] elas precisam entender o que o avaliador precisa delas pra fazer uma visita racional [...]”* (CAH02).

Sobre a avaliação pela instituição tem-se que a contratação de IA aconteceu por meio de pregão eletrônico, de acordo com as normas da instituição, prevendo a avaliação diagnóstica e a de certificação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2009^a). Em relação à avaliação por IA o Sujeito CAH01 afirma que estão previstas a avaliação diagnóstica e a avaliação de certificação, propriamente dita e analisa que: *“[...] nós temos muito trabalho pela frente, está prevista a avaliação diagnóstica no segundo semestre e, esperamos que finalzinho do ano, começo do ano que vem já tenha a avaliação de certificação [...] pela licitação está previsto que seis meses após a avaliação diagnóstica nós vamos contratar a de certificação”*. Neste contexto, ressalta-se que o hospital passou pela avaliação diagnóstica pela instituição acreditadora no mês de novembro de 2010.

4.8 DE COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR À ASSESSORIA DA GESTÃO DA QUALIDADE: PROMOVEDO MUDANÇAS

Sobre a atuação da CAH até este momento o sujeito CAH01 avalia que “o trabalho da Comissão provocou mudança dentro do hospital, grandes mudanças, e nós percebemos isto nas avaliações do que era este hospital quando nós começamos a trabalhar a qualidade e de como está agora [...] Então eu considero como positivo o trabalho dos membros da Comissão” (CAH01).

Em relação ao trabalho da Comissão, o sujeito CAH01 faz uma reflexão sobre a busca de fundamentação por parte dos seus membros, ao comentar que: “A Comissão iniciou sem saber o que fazer. Fomos buscar o conhecimento, nos aprofundamos em qualidade, o grupo todo”. Ademais, complementa que seu trabalho vai além de suas responsabilidades atuais, dizendo: “[...] somos muito operacionais, muito executivos. Nós formulamos até políticas de qualidade dentro do hospital, que não era nossa obrigação. Nossa obrigação era somente implantar o processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação”. Neste ínterim, o trabalho da comissão é reconhecido pela instituição, na perspectiva do sujeito, quando afirma: “Esse trabalho desenvolvido pela Comissão de Acreditação é muito respeitado pela maioria das pessoas que trabalham no hospital e pelas diretorias [...]” (CAH01).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Processo de Acreditação Hospitalar no hospital em estudo originou-se de uma iniciativa inovadora entre os hospitais universitários, em um período em que a adesão de HU ao processo de Acreditação Hospitalar ainda não era determinado, tal como se observa com a estruturação do REUF em 2010, que traz a Acreditação Hospitalar como meta para estas instituições. Assim, tem-se a necessidade da definição da metodologia relacionada à Acreditação, bem como de estipular metas e prazos relacionados à obtenção desta certificação. Neste contexto, determinou-se o prazo de três anos (2010-2012) para que os 46 HU que estão incluídos no REUF dêem início ao seu processo de Acreditação Hospitalar e tenham, pelo menos, passado pela diagnóstica por IA (BRASIL, 2010^b, anexo II, s.p.).

Nesta perspectiva, ressalta-se o reconhecimento do hospital em estudo da importância da certificação de Acreditação Hospitalar, demonstrada em sua missão institucional. Ademais, iniciou seu Processo de Preparo para a Avaliação de Certificação de Acreditação Hospitalar (PPACAH) com iniciativa própria e, de forma pioneira dentre os HU. Ressalta-se que o mesmo compõe o grupo de HU que, de acordo com o REUF, tem o ano de 2010 como meta para a avaliação diagnóstica, meta esta que foi alcançada com a realização da referida avaliação, realizada pelo IPASS, no mês de novembro de 2010, dando assim, mais um passo na busca pela certificação e seis meses após esta data está prevista a avaliação de certificação pela IA.

Neste contexto, tem-se que o desenvolvimento do processo de Acreditação na instituição em estudo aconteceu paulatina e progressivamente, a partir de três anos após a publicação do primeiro Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) em 2000, e foi oficializado pela Direção do hospital por meio da criação da primeira CAH da instituição em 2003.

Ressalta-se que o PPACAH exige esforços contínuos e progressivos, é dinâmico e requer constantes adequações aos padrões estabelecidos, bem como o envolvimento e comprometimento de todos os envolvidos. Neste sentido, é preciso centralizar alguns aspectos, ter quem coordene, assessore e supervisione este

processo em toda a instituição. Em outras palavras, é preciso que alguém, uma pessoa ou um grupo, faça a gestão da qualidade institucional e, com este intuito, observa-se a presença de Gestores da Qualidade, organização de Comissões, Comitês e Escritórios da Qualidade nas instituições (PALADINI, 2007). Destaca-se também que a opção do hospital em estudo foi a estruturação de uma CAH, cuja finalidade primordial era desenvolver e coordenar ações que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência prestada, em consonância com os objetivos do SBA (NOVAES; BUENO, 1998¹⁴ *apud* MANZO, 2009; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; BRASIL, 2010^a).

Ademais, esta CAH é de caráter multiprofissional o que lhe confere autoridade e competência para que possa trabalhar com os diversos aspectos presentes na instituição, bem como reconhecer e exercitar as interfaces presentes, considerando a instituição como um todo e não a soma das partes, tal como na perspectiva da Acreditação Hospitalar (ONA). Além disto, à medida em que a CAH se aprofundava no conhecimento e nas discussões de como seriam atendidos os itens do MBA observou-se a necessidade e, neste sentido, o cuidado em incluir demais profissionais que ainda não participavam visando atender os diferentes aspectos relativos à estrutura, processos e resultados. Neste sentido, destaca-se que a gestão da qualidade e, neste contexto o processo de Acreditação Hospitalar, requerem competências relacionadas aos mesmos. Ademais, implica em preparação, capacitação e, por serem instigantes são capazes de gerar discussões e reflexões teóricas, assim como diversas indagações relacionadas ao desafio de sua aplicabilidade na prática profissional e institucional (LIMA, 2003).

Para formalizar e legitimar a atuação da CAH no hospital em estudo, sua finalidade, constituição (presidência, membros e suplentes), dinâmica de trabalho, entre outros aspectos foram definidos por regimento interno aprovado pela Direção Geral. Em relação à presidência, destaca-se a ocupação deste cargo por uma enfermeira que tem assim coordenado o processo de Acreditação desde a sua oficialização em 2003 até este momento. Entretanto, os diferentes profissionais que compõem a Comissão também são agentes multiplicadores das normativas e orientações relativas a este processo. Em relação à formação profissional da

¹⁴ NOVAES, H.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, v.35, n.3, p.93-98, 1998.

presidente da Comissão pode-se analisar que o enfermeiro é um profissional capacitado para atuar na Gestão da Qualidade e, assim nos processos de Acreditação. Sua formação generalista lhe confere condições de observar o todo, ademais tem familiaridade com os temas relacionados aos processos de qualidade, avaliação e segurança do paciente e ocupacional, temas estes que podem ser aperfeiçoados em cursos durante sua prática profissional e exercitados no seu dia-a-dia de trabalho.

Além disto, é responsável por coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem e gerenciar a assistência prestada. Estes são fatores que demonstram e ressaltam a competência, importância e relevância da presença do enfermeiro na gestão da qualidade. Destarte, evidenciam seu compromisso com uma assistência de qualidade, e também o fato de que integra uma das categorias profissionais que mais aderem a processos de qualidade no hospital (HADDAD, 2004).

Nesta linha de pensamento, analisa-se que o enfermeiro pode desenvolver sua prática profissional atuando desde o nível decisório, passando pelo estratégico e, no nível operacional da gestão da qualidade realizando ações de caráter administrativo, assistencial, científico e pedagógico. Conseqüentemente, participa desde a formulação da política de qualidade da instituição, definição de metas, estratégias e ações, quanto integrando equipes de avaliação (auditoria), supervisionando e operacionalizando o processo junto à equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos (LABBADIA *et al.*, 2004; MATOS *et al.*, 2006).

Estruturada e oficializada a CAH, seus membros decidiram sobre o início das ações do processo de preparação para a avaliação de Acreditação Hospitalar na instituição. Optaram por concentrarem-se em ações que visassem à obtenção da Licença Sanitária Hospitalar, a qual constitui-se requisito mínimo da Acreditação. Portanto, direcionaram e concentraram esforços às adequações que implicavam obtenção da referida licença, priorizando-se a atuação em alguns serviços de maior impacto na mesma. Na medida em que isto fora sendo desenvolvido, a Comissão foi expandindo suas ações e direcionando seus esforços para o atendimento dos demais requisitos para a Acreditação Hospitalar no Nível 1, referente ao MBAH versão 2006 e, neste sentido, priorizou unidades gerenciais tanto administrativas

quanto assistenciais e, neste sentido, destaca-se a UUEA como uma das primeiras a aderir ao programa e iniciar este processo.

Assim, algumas estratégias foram utilizadas pela Comissão para o desenvolvimento do PPACAH como também para incentivar a participação de todos os envolvidos. Dentre elas destacam-se ações educativas (de capacitação) e de divulgação destinadas ao preparo de profissionais, gestores e auditores internos, tais como reuniões, palestras, seminários e abordagens individuais. Adicionalmente, realizou-se uma campanha denominada “HC Hospital 5 Estrelas – Nós Acreditamos” em que cada unidade era premiada com uma estrela a medida que avançava no cumprimento de metas pré-estabelecidas, o que possibilitava observar e compartilhar com os demais o desempenho das unidades/serviços em relação ao processo de preparação para a avaliação de certificação.

Envolver as pessoas é primordial para o sucesso de qualquer programa e ainda mais em relação aos esforços em prol da qualidade e em relação à Acreditação Hospitalar que prevê mudanças em vários aspectos. Sobre isto, destaca-se que dificilmente alguém se comprometerá com algo que desconhece e que não sabe a importância e o porquê fazê-lo. Neste sentido, o ponto de partida para os processos de qualidade, tal como o processo de Acreditação Hospitalar, necessitam ser os profissionais da instituição desenvolvendo suas competências, capacitando-os e fomentando o desenvolvimento de uma consciência crítica e responsável.

Nesta perspectiva, espera-se que o resultado obtido seja o mais próximo possível das afirmações de Mezomo (2001, p.57) que analisa que “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age”. Desta forma, tem-se que as ações educativas e de divulgação, realizadas pela CAH, favoreceram um ambiente de sensibilização e preparo para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar na instituição em estudo. Adicionalmente, destacam-se seus esforços no desenvolvimento da consciência dos profissionais e gestores envolvidos para a responsabilidade com a qualidade que requer conhecimento, desenvolvimento de habilidades e modificação de atitudes (OLIVEIRA, 2009).

Diante disto, constata-se que as estratégias escolhidas pela CAH atendem aos propósitos de capacitar, sensibilizar e envolver os profissionais que são primordiais nos esforços pela qualidade e sua gestão. Nesta perspectiva, ressalta-se que é preciso treinar a média gerência e a área operacional para que estes conheçam, se comprometam e ajam com competência, contribuindo para o estabelecimento de uma cultura da qualidade e desenvolvimento das ações relacionadas em busca da qualidade (KURCGANT, 2005; OLIVEIRA, 2009; MEZOMO, 2001).

No entanto, sensibilizar e motivar não são aspectos tão simples como podem parecer. A motivação é algo intrínseco, interno à pessoa não sendo possível motivá-la, o que se pode fazer é criar meios para que ela se motive. Assim, ressalta-se que os programas institucionais de qualidade devem criar ambientes de motivação e, neste sentido, destaca-se a produção de benefícios para os profissionais envolvidos, os quais não representam, exclusivamente, incentivos financeiros, mas podem proporcionar destaques e evidência e, assim estimular todos ao alcance das metas (CAMPOS, 2004).

Com esse enfoque observa-se que a CAH lançou mão de campanhas, tanto com premiações com valores em dinheiro quanto àquelas que não previam estas quantias, mas proviam destaques para as unidades/serviços com melhor desempenho. Outro ponto facilitador foi o fato de que nas unidades gerenciais o cumprimento das metas pactuadas no contrato também significava uma premiação, em dinheiro ou em equipamentos para a unidade, tal como computadores e impressoras. Assim sendo, dentro dos recursos disponíveis, a CAH buscou mobilizar esforços visando tanto à participação dos mais comprometidos quanto daqueles que não participam como o esperado.

Observa-se o empenho da CAH em envolver todos da instituição na busca pela qualidade e, neste contexto, pela certificação de hospital acreditado. Sobre isto, destaca-se a importância de fazê-lo uma vez que os recursos humanos da instituição são agentes de transformação, os principais fatores de melhorias e garantia da qualidade, capazes de determinar a trajetória da instituição relacionada à qualidade. Adicionalmente, seus resultados influenciam muito além do que os demais recursos da instituição, assim são pontos-chave para o processo de

Acreditação e, nesta linha de pensamento, gerenciar as especificidades dos recursos humanos institucionais é um dos maiores desafios da gestão da qualidade (PALADINI, 2007; ZANON, 2001).

Além das ações educativas e de sensibilização, instrumentos gerenciais de avaliação do processo de preparação para a avaliação de Acreditação foram também elaborados, a exemplo de roteiros de orientação de auditoria internas para a obtenção de diagnósticos situacionais frente ao alcance dos padrões da Acreditação Nível 1, bem como o roteiro de plano operacional, tal como preconizado pela ONA (BRASIL, 2010^a; BRASIL, 2006). Neste sentido, a CAH elaborou uma metodologia para auditoria interna. Para tanto, foram construídos instrumentos de acordo com os itens do MBA versão 2006, legislações sanitária e de profissionais e, posteriormente validados por especialistas de cada área. Observa-se assim o zelo no cumprimento às normativas e legislação vigente, bem como as progressivas revisões do instrumento em conformidade com os itens das edições subseqüentes do MBA e legislações pertinentes, com a realidade dos serviços auditados, após discussão com as unidades/serviços da instituição através dos GIQ.

Nesta linha de pensamento, salienta-se a importância de informações que instrumentalizem os gestores da qualidade para planejar, desenvolver e avaliar os seus processos de forma racional e crítica. Nesta perspectiva, evidencia-se o uso de ferramentas da qualidade e o preparo dos profissionais para a participação ativa nesses processos (SILVA; NORA, 2008). Assim, a metodologia utilizada pela CAH atende ao fornecimento dessas informações aos gestores, pois contempla a avaliação dos itens que devem ser considerados em auditorias na gestão da qualidade, como, por exemplo, a verificação de práticas com base em padrões previamente estabelecidos, a definição de metodologia e objetivos, e análise de resultados tendo por base normativas e, posteriormente, elaboração de plano de ação e cumprimento das ações corretivas para solucionar não-conformidades (OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, Oliveira (2009) acrescenta que as auditorias e seus resultados possibilitam um *feedback* aos profissionais e, neste sentido constituem instrumentos de aperfeiçoamento a medida em que possibilitam a retroalimentação do processo de gestão da qualidade da instituição. Além disto, se forem realizadas

periodicamente, tal como preconizado pela CAH do hospital em estudo, possibilitam avaliar a implementação dos processos e seus resultados. Fornecendo, portanto informações para os profissionais e gestores setoriais para que sobre o quê devem adequar corrigindo possíveis falhas e erros, os quais são entendidos nesta perspectiva, como oportunidades de melhorias e aperfeiçoamento. Assim sendo, com o passar do tempo e com o crescimento e maturidade de profissionais, equipes e da própria instituição, todos vieram a entender que sempre há o que melhorar e aprimorar (DONABEDIAN, 2003 *apud* RODRIGUES, 2004).

Nesta perspectiva, a realização de auditorias internas no hospital de estudo propiciou o planejamento de ações corretivas e de aperfeiçoamento das Unidades/Serviços auditados mediante a elaboração de planos de ação. Além disto, demonstra o reconhecimento por parte da CAH da importância do planejamento para a gestão da qualidade, permitindo assim a eliminação ou, pelos menos minimização, de ações e decisões tomadas com base na subjetividade e intuição, conferindo assim mais credibilidade e eficiência ao que é desenvolvido. Em relação às metodologias utilizadas para planejar, dentre as comumente utilizadas destaca-se o plano de ação no modelo 5W2H, opção observada no hospital em estudo. Neste sentido, exemplifica-se a elaboração do plano de ação setorial na UUEA e, destaca-se que a expertise de profissionais desta unidade foi um diferencial contribuindo positivamente na construção do planejamento setorial. Por outro lado, algumas dificuldades foram encontradas ao longo destes anos relacionadas à proposta de ações, metas e pactuação dos prazos. Em relação à elaboração de planejamentos, tem-se que mesmo diante de sua importância este ainda não tem sido reconhecido por muito profissionais e instituições, o que não acontece na CAH no PPACAH.

Assim sendo, definiu-se como meta o ano de 2010 para o hospital submeter-se, inicialmente, à avaliação diagnóstica e, após um ano à avaliação de certificação pela Instituição Acreditadora. Sobre isto, ressalta-se que a avaliação diagnóstica foi realizada, pelo IPASS, no mês de novembro de 2010 e, neste momento, o hospital em estudo aguarda o relatório deste diagnóstico situacional e, a avaliação de certificação, por sua vez, está prevista para o final de 2011, tal como programado pela CAH.

Adicionalmente, tem-se que a Comissão deste hospital optou pelo estabelecimento de metas relacionadas às etapas do preparo para o processo de avaliação para certificação de Acreditação Hospitalar. Tais metas foram gradativas e diversificadas para diferentes unidades administrativas e assistenciais. Ressalta-se que a definição clara de objetivos e metas a serem alcançadas, bem como a socialização de informações possibilita um processo de construção necessário à mudança no comportamento das pessoas para a gestão da qualidade (LIMA; ERDMANN, 2006). Desta forma, observa-se a propriedade da estratégia da Comissão em estabelecer tais metas para dirigir o esforço pela qualidade por parte dos profissionais envolvidos no processo, que é justificada pela constatação de sua visão da necessidade de se eliminar ações improvisadas e evitar decisões baseadas na intuição e subjetivismo (PALADINI, 2007).

Além disto, para a ampliação das ações relacionadas ao PPACAH e para maior envolvimento das unidades/serviços, assim como de seus profissionais, criou-se os GIQ, outra estratégia escolhida pela CAH do hospital em estudo. Nesta perspectiva, os GIQ são responsáveis pela gestão da qualidade em suas Unidades/Serviços com competências determinadas pela Comissão. Visam essencialmente pôr em operação o processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação pela sua Unidade/Serviço. Desta forma, atuando como agentes de transformação na busca da ação “coletiva, integrada e cooperativa” para a melhoria da qualidade no hospital (PALADINI, 2007, p.265), de modo que espera-se que ocorram o desenvolvimento mútuo e o controle da gestão da qualidade de forma participativa com o envolvimento de todos.

Nesta linha de trabalho, o GIQ é composto por, no mínimo quatro e no máximo oito, representantes de diferentes profissionais e turnos de trabalho, designados pela própria Unidade/Serviço, por apresentarem características pessoais como responsabilidade, envolvimento, liderança e sensibilidade para trabalhar como multiplicadores de conhecimento e informações em prol de processos para a qualidade. Observa-se que essas características remetem ao perfil desejado àqueles que exercem a gerência da qualidade, tais como, a liderança, a oportunidade de motivação, o controle da informação, o conhecimento do produto/serviço e processo, o relacionamento humano e a capacidade de interação (PALADINI, 2007).

Nesse enfoque, exemplifica-se que o GIQ da UUEA busca estratégias para garantir a necessária participação e envolvimento dos profissionais no grupo, que nem sempre é possível devido à impossibilidade de ausentarem-se do trabalho ou falta de interesse. Dentre essas estratégias destacam-se: estímulo à qualificação visando ao envolvimento com a gestão da qualidade; convocação da liderança do grupo e/ou designação da chefia da unidade. No entanto, tem dificuldades no recrutamento de seus membros. Quanto à possibilidade de ausentarem-se do trabalho, faz-se um contraponto com a afirmação de Ribeiro (2006), de que os gestores públicos deparam-se com dificuldades relacionadas ao desempenho e características de suas instituições, afetados pela escassez de recursos que devem ser compartilhados no contexto da administração pública, e modelo de gestão. Assim, os hospitais universitários públicos convivem com a carência de profissionais e a estabilidade no serviço.

Com o objetivo de exemplificar as ações planejadas e executadas pelo GIQ da UUEA no ano de 2010, tendo em vista a avaliação diagnóstica situacional por IA no final desse ano, destacam-se as ações de limpeza, organização, segurança do trabalhador, rotinas de enfermagem e procedimentos de controle de infecção hospitalar; as auditorias mensais e treinamento acerca de Procedimentos Operacionais Padrões- POPs, eventos adversos e execução do Programa dos 5S.

Salienta-se que a referida unidade gerencial iniciou seu processo de preparo para a avaliação de certificação em 2005, e desde então passou por cinco auditorias internas e execução dos respectivos planos de correção. Todavia, observa-se um contínuo desenvolvimento de ações de gestão da qualidade, característico do processo de Acreditação na perspectiva da ONA (BRASIL, 2010^a), de acordo com o qual procede-se à avaliação dos recursos institucionais de forma periódica na busca da garantia da qualidade, utilizando-se programas de educação continuada para a correção de falhas, fragilidades e o planejamento de ações para mobilização de todos os envolvidos (ELLU¹⁵ apud AQUINO; GIAPONESI; SANTOS, 2008).

Neste contexto, destaca-se que cabe a cada instituição definir sua metodologia de trabalho, bem como as estratégias a serem utilizadas para a obtenção e manutenção da certificação. Diante disto, observa-se que a trajetória

¹⁵ ELLU Consultoria. Disponível em: <www.ellusaude.com.br>. Acesso em: 17/07/2007.

percorrida pelo hospital em estudo tem similaridades relacionadas às estratégias utilizadas por outras instituições que buscam a certificação de hospital acreditado. Neste sentido, buscam primeiramente eleger pessoas-chaves, profissionais de várias áreas para compor equipes, comissões ou grupos para conduzir e a assessorar o processo na instituição. Por conseguinte, formam multiplicadores, treinam e capacitam os envolvidos. Para ter conhecimento sobre a situação institucional frente aos padrões que serão avaliados, buscam informações por meio da realização de avaliações internas no modelo de auditorias e, por fim, visando à adequação a estes padrões, elaboram planejamentos com estabelecimento de prioridades e pactuação de metas (RIBEIRO, 2006; PIEGAS *et al.*, 2007). Diante disto, observa-se que estas instituições adotam estratégias similares, seja de forma intuitiva ou norteada por referenciais e expertos no assunto. A variabilidade está nos instrumentos gerenciais, ferramentas da qualidade e ações escolhidas para capacitar, sensibilizar, obter o diagnóstico situacional, realizar seu planejamento e adequar o que for necessário.

Ao avaliar o sucesso relacionado à gestão da qualidade deve-se considerar a complexidade e morosidade desta e, neste sentido, os inúmeros fatores que interferem dificultando ou facilitando no processo de gestão da qualidade. Nesta perspectiva, durante o PPACAH, o hospital em estudo deparou-se com aspectos que interferiram agregando dificuldades e àqueles que contribuíram para seu êxito.

Em relação aos aspectos dificultadores, destacam-se: características da instituição como o porte, grau de complexidade e ser hospital público e de ensino; fatores relacionados aos profissionais como comportamento inadequado, envolvimento incipiente; entendimento e interpretações equivocadas; a expectativa pelos resultados e falta de êxito em alcançá-los; o modelo gerencial relacionado à forma organizacional das unidades/serviços; o não estabelecimento de uma cultura de segurança na instituição; a inexistência de gestão de indicadores e, a visão fragmentada dos processos.

No que se refere às características da instituição, tem-se que seu grande porte, quadro profissional grande e alta complexidade agregam dificuldades relacionadas ao processo de preparação para a avaliação de certificação de Acreditação. Adicionalmente, o fato de ser uma instituição pública e de ensino lhe

confere características particulares que a tornam ainda mais complexa, tal como as equipes instáveis e circulantes, número grande pessoas que transitam e desenvolvem ações de ensino na instituição, tal como professores e estudantes (nível técnico, graduação, residentes e pós-graduandos). Estes são fatores que dificultam o desenvolvimento de algumas ações de preparo para a certificação de hospital acreditado, principalmente àquelas que requerem, especificamente, treinamento e capacitação. Neste contexto, não há como contemplar todas estas pessoas nas atividades educativas realizadas.

Sobre isto, faz-se um contraponto com as afirmações de Mezomo (2001) de que não tendo conhecimento do por quê e da importância de fazer cada coisa as pessoas raramente se envolvem e comprometem-se. Somado a isto, tem-se que a formação e preparo dos novos profissionais relacionados à qualidade são inadequados e constituem obstáculos à gestão da qualidade nas instituições que a tem como meta. Tendo em vista esta questão, Mezomo (2001) analisa que os currículos não propiciam a formação necessária relacionada aos processos de qualidade. Em grande parte deles, temas relacionados à qualidade são pobres ou inexistem. Fato este que não pode mais perdurar diante do momento em que se vive e do futuro que se vislumbra, sendo imprescindíveis e iminentes a revisão e adequação dos mesmos. Neste contexto, ressalta-se que o fato de ser um ambiente de aprendizado que influencia na formação de novos profissionais e de ser uma instituição pública o coloca em evidência, e assim, prestar serviços de qualidade é um imperativo, e o reconhecimento da comunidade é indispensável (LIMA; ERDMANN, 2006). Além disto, em relação à Acreditação em hospitais públicos destaca-se como uma forma de fortalecer o SUS, otimizando seus recursos e sistematizando a assistência prestada.

Em relação à dificuldade relacionada aos profissionais, foram apontados aspectos relacionados ao comportamento inadequado, ao envolvimento incipiente da categoria médica e às interpretações equivocadas sobre as funções da CAH na instituição. Neste sentido, conforme ressaltado anteriormente, a Acreditação Hospitalar e os processos de qualidade implicam mudanças de comportamento por parte dos envolvidos e, como é dito, mudar não é fácil. Ademais, somado à resistência a mudanças tem-se a cultura de estabilidade do servidor público que contribui para o seu desinteresse e falta de participação cenário este que requer

outros esforços por parte da gestão da qualidade nestas instituições. Por sua vez, na gestão da qualidade para as instituições públicas há ainda que se considerar a falta de qualificação, a cultura de estabilidade do servidor público e a cultura de descaso com o que é público e, neste contexto, ressalta-se a importância da criação de ambientes de motivação tal como acima descritos (PALADINI, 2007).

Para Mezomo (2001) é preciso lembrar que sempre existem os mais participativos e os mais acomodados e resistentes à mudança. Nesta linha de pensamento, no hospital em estudo dentre os menos participativos destaca-se a categoria médica. Isto agregou dificuldades durante o processo de preparação para a avaliação de certificação de Acreditação, visto que a metodologia da Acreditação deve permear todas as áreas da instituição e suas interfaces, não existindo a possibilidade da não participação de determinada área. Assim sendo, destacam-se as estratégias educativas e de sensibilização realizadas pela comissão, acima descritas, buscando envolver e capacitar os profissionais, de todos os níveis hierárquicos e áreas de atuação da instituição na gestão da qualidade mediante um processo participativo.

O conhecimento deficiente e interpretações equivocadas também podem dificultar o processo de Acreditação. Neste sentido, a falta de conhecimento dos profissionais do hospital em estudo sobre a Acreditação Hospitalar, seus objetivos e contribuições, assim como sobre as atribuições da CAH que coordena o processo na instituição impuseram dificuldades no processo de preparação para a avaliação de certificação. Estes, por sua vez, devem ser combatidos com a disseminação da informação, isto por que a falta de conhecimento e clareza acerca do que consiste um processo de Acreditação Hospitalar leva os profissionais a pensarem que trata-se apenas algo que agrega mais tarefas que devem fazer, sobrecarregando-os em seu dia-a-dia de trabalho. Em relação ao desconhecimento das atribuições e do trabalho da CAH, observa-se que se não forem esclarecidos e divulgados levam as pessoas a pensarem que cabe à CAH resolver as não-conformidades e trabalhar em busca do alcance das metas relacionadas à Acreditação. Neste sentido, faz-se um contraponto com as afirmações de Paladini (2001) quando este analisa o que se pensa sobre qualidade e o impacto que isto proporciona na gestão da qualidade na instituição. O autor destaca que se a qualidade é considerada como algo que cabe aos especialistas neste assunto, neste caso a CAH, entende-se então que a

qualidade é de responsabilidade exclusiva destes e os demais se isentam dos esforços em prol da qualidade.

Diante disto, salienta-se a importância da disseminação do conhecimento e capacitação dos envolvidos para que se obtenha o envolvimento de todos, uma vez que a falta de informações, conhecimento e entendimento podem levar ao não comprometimento e interpretações equivocadas e distorcidas. Ademais, só é possível mudar comportamentos mediante a definição clara dos objetivos, metas e metodologias, sua divulgação e compartilhamento de informações e, reforçando-os constantemente para que não caiam no esquecimento e na rotina (LIMA; ERDMANN, 2006).

Em relação à expectativa por resultados rápidos e à falta de êxito, observa-se que muitos profissionais anseiam por resultados rápidos e, diante de maiores dificuldades e da não resolução das não-conformidades frustram-se e descreditam na aplicabilidade prática do PPACAH, podendo resultar na descontinuidade do processo nas unidades/serviços que fazem vêem nesta perspectiva. Assim, destaca-se a importância da motivação e do preparo dos profissionais, uma vez que o processo de Acreditação implica na busca e identificação exaustiva e constante de falhas e oportunidades de melhoria. Ademais a qualidade não é abstrata, imutável ou permanente.

Além disto, a forma de organização das unidades/serviços pode apresentar-se como um dificultador no processo de preparo para a avaliação de certificação. Isto é observado no hospital em estudo, assim as unidades/serviços que não encontravam-se no modelo de unidades gerenciais agregaram dificuldades e tornaram o processo de preparo para a avaliação de certificação mais moroso, uma vez que necessitavam de um número maior de reuniões, abordagens e sensibilizações.

A segurança é o princípio norteador do Nível 1 da Acreditação Hospitalar e implica no estabelecimento da chamada cultura da segurança. Por conseguinte, a inexistência de uma cultura voltada para a segurança e do gerenciamento de riscos no hospital em estudo agregou dificuldades no processo de preparo para a avaliação de certificação de hospital acreditado. Isto implica no desenvolvimento da cultura de segurança na instituição, bem como do gerenciamento de riscos o que requer tempo

e esforço por parte de todos. Ressaltam-se as iniciativas da CAH em trabalhar com estes aspectos buscando o estabelecimento de uma cultura de educação e não de punição, desde que respeitados os aspectos legais relacionados.

Adicionalmente, nas discussões acerca da qualidade está implícita a noção de avaliação e, neste contexto o gerenciamento de indicadores que fornecem informações para a tomada de decisão consciente e fundamentada é muito importante no processo de Acreditação e para a gestão da qualidade. No entanto, observa-se que, no hospital em estudo, muitos dados são coletados, no entanto não são analisados criticamente para gerar informações e, desta forma não possibilitam uma avaliação real e fidedigna, deixando muitas coisas ao sabor da intuição e do subjetivismo. Nesta perspectiva, os indicadores não estão sendo utilizados como ferramentas da qualidade que permitem avaliar, planejar, agir e acompanhar, possibilitando assim a comparação intra e extramuros tão relevante para a gestão da qualidade institucional (HADDAD, 2004; BOHOMOL, 2006; SILVA; NORA, 2008).

Por fim, a visão de processos é primordial para a Acreditação Hospitalar, bem como para a gestão da qualidade. Assim sendo, a falta dela dificulta a identificação das interfaces existentes entre as diversas unidades/serviços da instituição, fato este observado no hospital em estudo, no qual a visão fragmentada e não na perspectiva dos processos agrega dificuldades do processo de preparo para a avaliação de certificação. Sobre isto, salienta-se que a gestão da qualidade e, neste contexto, a Acreditação Hospitalar requerem esforços amplos e abrangentes, pois as interfaces entre os diversos serviços da instituição e, assim visão na perspectiva dos processos é de extrema importância. Ademais, considera-se a instituição como um todo e não como a soma das partes, tendo em vista a premissa que as diversas unidades/serviços da instituição interagem entre si e influenciam-se mutuamente (BRASIL, 2010^a).

Em contrapartida das dificuldades encontradas durante o PPACAH, observam-se igualmente aspectos facilitadores que contribuíram positivamente, impulsionando este processo no hospital em estudo, dos quais destacam-se: o apoio da Direção; a expertise e envolvimento dos profissionais; o modelo de gestão das unidades/serviços; o envolvimento de diversas categorias profissionais, o

estímulo pelo alcance bem sucedido dos objetivos e o reconhecimento das interfaces.

Inicialmente, o apoio da Direção é fundamental para o desenvolvimento de processos de qualidade na instituição (PALADINI, 2007; OLIVEIRA, 2009). Neste sentido, o nível diretivo da instituição deve almejar a qualidade e demonstrar seu comprometimento por meio da formulação e divulgação da política de qualidade da instituição. Nesta linha de pensamento, destaca-se que a Direção do hospital em estudo sempre apoiou a CAH e o processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação, proporcionando oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos membros da Comissão, respaldando suas ações, pactuando metas relacionadas à este processo nos contratos das unidades gerenciais e, aprovando e concedendo meios para proporcionar ambientes de motivação, a exemplo das premiações com valores em dinheiro para as unidades/serviços com melhores desempenhos. Em relação ao apoio da direção da instituição, que determina as diretrizes e direciona os recursos institucionais, observa-se que sem ele os processos de qualidade dificilmente têm êxito e atingem os objetivos propostos. Assim, é preciso que a busca pela qualidade seja de interesse de todos que assim agirão em consonância e uniformidade.

Outro fator decisivo no processo de Acreditação e na gestão da qualidade é a participação de todos os envolvidos nos processos de qualidade. Neste sentido, primeiramente destaca-se o envolvimento e participação dos membros da CAH, uma vez que sem isto o trabalho não teria continuidade se quer o sucesso observado. Estes comprometeram-se com o trabalho proposto, buscaram qualificação e aperfeiçoamento profissional relacionado à Acreditação Hospitalar, muitas vezes acumulando outras funções no hospital em estudo em prol da qualidade dos serviços prestados. Adicionalmente, destaca-se o envolvimento de determinadas categorias profissionais, tais como, Enfermeiros, Farmacêuticos, Assistentes Sociais e Administradores que demonstram mais comprometimento do que as demais categorias que compõem o quadro profissional do hospital em estudo. Neste sentido, considera-se que ter profissionais que acreditam no propósito da Acreditação da instituição facilita o desenvolvimento de um processo de preparo para a obtenção da certificação, à medida em que disseminam as informações e orientações aos demais envolvidos agindo como facilitadores no processo de

Accreditação. Em relação à participação dos enfermeiros, ressalta-se que é a categoria que mais adere à processos de qualidade, no entanto observa-se que muito tem sido feito, mas pouco tem sido registrado e socializado, configurando assim uma lacuna relacionada à esta prática profissional que precisa ser preenchida. Neste sentido, ressalta-se a importância do enfermeiro registrar e divulgar sua participação nesta área de atuação para a qual sua participação é fundamental e decisiva (VARGAS *et al.*, 2007).

Assim como a falta de conhecimento pode agregar dificuldades o conhecimento prévio sobre processos de qualidade e, especificamente, em Accreditação Hospitalar contribui para o desenvolvimento destes processos. Neste sentido, observa-se que a experiência prévia de alguns profissionais com programas de qualidade e de Accreditação Hospitalar contribuiu para o desenvolvimento do processo de preparo para a avaliação de certificação do hospital em estudo. Alguns já vivenciaram e vivenciam processos similares em outras instituições em que atuaram ou que ainda atuam, assim estão familiarizados com o tema, com a metodologia da Accreditação e com os padrões exigidos. Adicionalmente, podem contribuir com a troca de experiências, socializando estratégias, além de agirem como facilitadores e multiplicadores do processo nas unidades/setores em que atuam. Observa-se esta situação na UUEA, em que uma enfermeira conduziu e orientou o processo internamente na unidade e acabou por contagiar uma administradora que passou a se especializar e, atualmente é líder do GIQ da UUEA coordenando o processo de preparo para a avaliação de certificação na unidade.

Em relação ao modelo de gestão das unidades/serviços destaca-se que o formato de UG apresenta-se como um facilitador, no entanto ainda está em implantação, não correspondendo à realidade de todas as unidades/serviços do hospital em estudo. Este modelo gerencial permite a otimização do processo de preparo para a avaliação de certificação de Accreditação na medida em que contam com uma estrutura hierárquica bem definida, apresentando pessoas-chaves que agem como multiplicadores junto à suas equipes e serviços, possibilitando o direcionamento das ações e responsabilidades. Além disto, ressalta-se a pactuação, via contrato, da meta relacionada resolução de não-conformidades do PPACAH. Ao final do contrato, esta é avaliada, em conjunto com as demais metas pactuadas com a direção do hospital, e as UG são premiadas de acordo com o alcance das

mesmas. Nesta perspectiva, observa-se que isto acaba agindo como fator motivador sobre as unidades neste formato e, assim, contribui para o desenvolvimento deste processo de preparo para a certificação.

Ademais, o alcance dos objetivos e das metas propostas estimula e motiva as equipes e as unidades/serviços impulsionando-as no processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação. Muitas destas metas requerem o reconhecimento das interfaces presentes e a articulação com as demais unidades/serviços envolvidas e, neste sentido, quando estas são reconhecidas, há colaboração mútua e trabalha-se nesta perspectiva para a resolução das não-conformidades, o que facilita a resolução das não-conformidades e, conseqüentemente, contribui na busca da certificação de hospital acreditado.

Diante disto, tem-se que muitos fatores podem colaborar para o sucesso ou para a descontinuidade do processo de preparo da instituição para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar. Nesta linha de pensamento, observa-se que algumas das dificuldades e facilidades observadas no hospital em estudo são compartilhadas por outras instituições que, igualmente, desenvolvem processos similares. Em relação às dificuldades tem-se pontuado: pouco apoio da direção da instituição; mudança da gestão durante o desenvolvimento do processo; estrutura física inadequada; recursos humanos (gestão, déficit e comportamento inadequado); cultura organizacional resistente a mudanças; falta de sistematização de programas de treinamento e aperfeiçoamento profissional e interface e comunicação incipiente entre os diversos setores da instituição. No que tange às facilidades que contribuem para o sucesso do processo de preparo para a obtenção da certificação de Acreditação Hospitalar destaca-se que o apoio da Direção e o envolvimento e comportamento dos profissionais são decisivos (RIBEIRO, 2006; PIEGAS *et al.*, 2007).

Neste contexto, o hospital em estudo foi trilhando seu caminho na preparação para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar, compartilhando a visão e o entendimento de que isto era de interesse institucional e não restrito a um grupo de pessoas. Observa-se que a CAH mudou a trajetória da instituição em prol da qualidade, sendo capaz de promover mudanças significativas e de impacto, deixando dessa maneira sua marca na história deste hospital. Por

consequente, o trabalho desenvolvido pela CAH tem sido reconhecido e valorizado durante o passar dos anos e seu potencial de atuação observado e avaliado, fato este que pode ter influenciado na aprovação da ampliação de CAH para AGQ, no final de 2009.

Isto possibilita observar a ampliação da área de atuação, bem como maior autonomia da AGQ, a qual passa a ser subordinada à Direção Geral e não mais da Direção do Corpo Clínico, na qualidade de CAH. Em relação à posição em que ocupa no organograma da instituição considera-se que, primeiramente, a qualidade é estratégica e, portanto deve encontrar-se neste nível hierárquico. Além disto, permeia todas as áreas da instituição. Desse modo, quem exerce a gestão da qualidade precisa ter autonomia para tomar decisões e dar diretrizes relacionadas ao alcance e manutenção da mesma nos diversos setores e serviços institucionais.

A função essencial da AGQ é assessorar os processos de qualidade na instituição, mediante consultoria interna prestada às unidades/serviços, envolvendo-se igualmente com a política da qualidade, com o planejamento e desenvolvimento das ações relacionadas, além de contribuir para a capacitação dos profissionais visando aperfeiçoar o modelo de gestão institucional. Neste sentido, observa-se a ampla e diversa atuação da AGQ, atuando desde o nível estratégico até o operacional, relacionando-se com os diversos níveis hierárquicos que se apresentam e atuando desde a formulação de políticas até a operacionalização dos programas. Adicionalmente, desenvolve funções técnicas de sua competência, próprias do escopo de sua área de atuação (PALADINI, 2007). Para poder atuar nesta perspectiva, compõem a AGQ: O Núcleo Permanente; o Comitê da Qualidade; a Gerência de Risco/Hospital Sentinela e os GIQ.

O Núcleo Permanente conta com profissionais de dedicação exclusiva, com qualificação comprovada relacionada à qualidade e deve, obrigatoriamente, contemplar um enfermeiro, um médico, um administrador e um auxiliar administrativo. Adicionalmente, a AGQ conta com um assessor da Gestão da Qualidade, o qual deve ser profissional da área da saúde, atuante na instituição há pelo menos cinco anos, ser qualificado para ocupar o cargo e ter disponibilidade para dedicar-se exclusivamente à AGQ. Nesta perspectiva, tem-se que o Assessor da Gestão da Qualidade exerce a função da Gestão da Qualidade, no entanto não

detém exclusividade sobre ela, mas age em conjunto com os demais membros como agentes de decisão deste processo (PALADINI, 2007).

Atualmente, a AGQ conta com o quadro profissional estabelecido em seu regimento interno, aprovado em meados de 2010, o que demonstra o esforço da instituição em dispor de profissionais para que se dediquem e concentrem seus esforços exclusivamente na gestão da qualidade da instituição. Além disto, demais profissionais da área da saúde poderão ser incluídos no *staff* permanente da AGQ, desde que indicados pelo Assessor da Gestão da Qualidade, demonstrada a importância e pertinência de sua participação e mediante a provação da sua respectiva chefia e da Direção Geral do hospital.

O Comitê da Qualidade, por sua vez, é a evolução da CAH e, assim sendo, acumula suas funções e agrega outras, no sentido de operacionalizar os processos de qualidade e gestão da qualidade no hospital realizando auditorias internas, emitindo relatórios e pareceres, participando de capacitações e treinamentos relacionados à gestão da qualidade. Em sua composição conta com 20 profissionais de diversas áreas e categorias, representantes das diversas unidades/setores da instituição, indicados pelo Assessor da Gestão da Qualidade, o qual coordena este Comitê. As indicações são aprovadas e formalizadas mediante portaria da Direção Geral da instituição.

Nesta perspectiva de atuação, observa-se a permanência dos GIQ, responsáveis por coordenar e gerenciar todos os aspectos relacionados à gestão da qualidade nas suas respectivas unidades/serviços. Os aspectos relacionados à composição e dinâmica de reuniões seguem as mesmas determinações, anteriormente formuladas pela CAH. No entanto, neste momento ressalta-se a necessidade de resgate destes grupos, que representam os braços da AGQ nas unidades/serviços, uma vez que tem-se que alguns foram formados para atender meramente à determinação da CAH e não têm realizado o que é de sua competência e responsabilidade, tampouco correspondido às expectativas. Diante disto, percebe-se a opção da AGQ em manter e estimular a mobilização de pequenos grupos como gestores da qualidade do local onde desenvolvem sua prática profissional, tornando-os participantes do PPACAH e demais processos de qualidade da instituição em estudo, o que acaba por motivar aqueles que participam

da identificação e resolução dos problemas do seu ambiente de trabalho (CAMPOS, 2004; PALADINI, 2007).

Por fim, compõe a AGQ a Gestão de Risco/Hospital Sentinela, que possui regimento próprio, e comporta a Farmacovigilância, a Tecnovigilância, a Hemovigilância, a de Saneantes e a Comissão de Gestão de Risco, cada qual com seu respectivo responsável. Estes são aspectos fundamentais em prol da qualidade e da segurança nas instituições hospitalares. Assim, a AGQ agrega estas demandas atuais dos hospitais.

A atuação da AGQ, por sua vez, estrutura-se em três programas centrais, até este momento, quais sejam: o Programa de Acreditação Hospitalar; o Programa 5S e o Programa de Segurança do Paciente. Nesta linha de pensamento, tem-se que o primeiro fica a cargo do Comitê da Qualidade e corresponde às ações até então desenvolvidas pela CAH, que devem permanecer enquanto o hospital demonstrar interesse na certificação de hospital acreditado, uma vez que há avaliações de certificação e as de manutenção da certificação, configurando-se em um processo contínuo e ininterrupto.

Em relação ao Programa 5S, durante a realização das auditorias internas a CAH observou unidades/setores desorganizados e, neste sentido, propôs e implantou este programa que consiste em uma metodologia de trabalho buscando a qualidade na organização. Assim, o Programa 5S foi instituído e no mês de outubro de 2010 aconteceu o concurso denominado “*Melhor unidade/serviços 5S*” que premiou, com valores em dinheiro, os três melhores colocados, quais sejam: Unidade de Farmácia Hospitalar; Unidade de Apoio e Diagnóstico e a UUEA. Adicionalmente, diante do sucesso desta iniciativa, observa-se que se manterá sendo realizada anualmente visando estimular as unidades/serviços na implantação e manutenção dos 5S (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2010^d).

Além disto, a AGQ preocupa-se com a segurança e, neste sentido, instituiu um programa para este fim, o qual contempla o Gerenciamento de Riscos denominado Programa de Segurança do paciente. Este programa prevê o gerenciamento de todos os riscos descritos no MBA e, assim é subdividido em outros projetos. O gerenciamento de risco, este é recente na realidade brasileira, entretanto observa-se a preocupação das instituições em aderir à esta prática que

busca garantir a segurança do paciente, dos profissionais, da instituição e do meio ambiente. Neste sentido, aborda não somente os riscos assistenciais, mas prevê os ocupacionais, institucionais, administrativos e civis, implicando sua identificação e gerenciamento, mediante ações corretivas e/ou preventivas.

Um dos projetos que serão desenvolvidos dentro do programa de Segurança do Paciente está relacionado à Cirurgia Segura. Este é um programa que compõe os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, frutos de uma parceria da OMS, OPAS e MS. Chamado de “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas,*” o Programa da Cirurgia Segura foi lançado em 2009, de adesão voluntária, visa à segurança do paciente na assistência cirúrgica, além de prever uma série de orientações e procedimentos para garanti-la. Diante disto, observa-se a preocupação da AGQ com a valorização da segurança que é imprescindível nas organizações de saúde. Além disto, constitui-se o princípio norteador do Nível 1 da Acreditação Hospitalar, almejado pelo hospital em estudo.

Diante deste panorama, observa-se a ampla atuação da AGQ buscando contemplar todos os aspectos relacionados à Gestão da Qualidade e, neste contexto, do processo de Acreditação Hospitalar. Demonstra-se atualizada em relação às orientações e demandas relacionadas a esta área de atuação e as instituições hospitalares.

Frente a tantas mudanças e novas perspectivas, observou-se a necessidade de capacitar os envolvidos, de forma que a AGQ organizou treinamentos para Diretores e Gerentes visando uniformizar as informações, a terminologia e a linguagem relacionadas à qualidade e à gestão da qualidade, bem como instrumentalizá-los para atuar nesta nova perspectiva de trabalho. Destaca-se a preocupação e o cuidado em definir a política de qualidade da instituição, primordial para a atuação da gestão da qualidade, as quais mantêm um alto nível de interdependência, além de constituir um documento que demonstra o compromisso da organização com a qualidade.

Entretanto, não é possível estruturar a gestão da qualidade institucional sem que a política da qualidade seja definida, entendida e divulgada entre todos, uma vez que esta irá nortear e determinar o que a instituição adotará em relação à qualidade, guiando ações gerenciais, técnicas e operacionais (PALADINI, 2007;

OLIVEIRA, 2009). Esta abordagem inicial da AGQ com Diretores, Gerentes e Supervisores justifica-se uma vez que a definição da política da qualidade deve ser o primeiro passo a ser dado em busca da Gestão da Qualidade e precisa acontecer no nível da alta administração, pois envolve a tomada de muitas decisões que vão além das dimensões da esfera operacional. Adicionalmente, observa-se que a AGQ do hospital em estudo desempenha suas funções de acordo com os pressupostos da atuação da gestão da qualidade, participando no nível estratégico da formulação da política da qualidade e no nível operacional desenvolvendo, implantando e avaliando os programas de qualidade (PALADINI, 2007).

Diante do exposto, tem-se que este é um momento de muitas mudanças, de transição entre a CAH e a atuação da AGQ o que requer muitos esforços de todos os envolvidos. Destaca-se a organização e estruturação de um serviço novo, com uma perspectiva de trabalho ampliada em relação à CAH, o que leva a muitas reflexões por parte deste grupo e, neste sentido, tem-se a evolução e o crescimento destes tornando-se experts em sua área de atuação e, reconhecidos e respeitados como referências na instituição. Ademais, ressalta-se que a amplitude do trabalho da AGQ é muito maior do que o próprio grupo imaginava, a qual pode ser atribuída ao êxito do trabalho da CAH que se comprometeu e envolveu-se demonstrando resultados, sendo um agente de mudanças na instituição e conquistando o respeito de todos. Atuação esta que pode ser observada anualmente no relatório de atividades que é divulgado à comunidade pelo hospital em estudo, onde a CAH registrava e socializava suas ações para a gestão da qualidade no hospital.

Uma mudança tão grande na perspectiva de atuação pode gerar angústia e ansiedade, no entanto, destaca-se o entusiasmo dos membros da AGQ que estão comprometidos com a nova perspectiva de trabalho, motivados em provocar mudanças em busca de melhorias na instituição. Ressalta-se que buscam mudanças verdadeiras, independente da magnitude das mesmas, e não apenas fruto do momento, desde que sejam incorporadas pela instituição e por seus profissionais de forma verdadeira.

No que se refere à metodologia utilizada até este momento para o preparo das unidades/serviços para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar observa-se que, neste momento de transição vivenciado pela AGQ, nada muda ou

será alterado em curto prazo, mas alterações e adequações futuras na metodologia ou nas estratégias de trabalho não são descartadas. Há ainda que aguardar o relatório com os resultados da avaliação diagnóstica, por meio da qual será possível visualizar como a instituição está frente ao alcance dos padrões para a certificação de hospital acreditado. Conseqüentemente, poderá direcionar suas ações seja fortalecendo suas potencialidades ou adequando as necessidades de melhoria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado tratou do tema Acreditação Hospitalar como forma de Gestão da Qualidade e, neste sentido, propôs-se analisar o Processo de Acreditação Hospitalar do hospital em estudo com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado. Assim, registrou a trajetória desta instituição em busca desta certificação, fruto de uma iniciativa inovadora entre os HU, até a avaliação diagnóstica por instituição acreditadora.

Adicionalmente, possibilitará que as unidades/serviços do referido hospital direcionem-se de acordo com as experiências bem sucedidas das estratégias já desenvolvidas descritas nesta pesquisa. Além disto, contribuirá com o exemplo do hospital sob estudo àqueles que considerem essa experiência como um modelo possível de ser adaptado aos seus contextos e replicado.

Destaca-se que o hospital em estudo desempenha um importante papel no que se refere à assistência à saúde da comunidade, à formação de novos profissionais bem como de seu aperfeiçoamento profissional. Neste enfoque, é imperativo que demonstre e evidencie sua eficiência e seu compromisso com a qualidade confirmando assim o que consta em sua missão. Além disto, com a Acreditação Hospitalar beneficia-se e beneficiar-se-á com a qualidade da assistência, com a construção de equipes comprometidas, participativas e com espírito crítico, sistematização das ações, critérios de avaliação bem definidos possibilitando comparação intra e extramuros na busca por melhores resultados, além da segurança de pacientes e profissionais. A metodologia da Acreditação Hospitalar destaca-se como uma ferramenta de Gestão da Qualidade, assim como uma forma de fortalecer o SUS, otimizando seus recursos e sistematizando a assistência prestada.

Neste sentido, o hospital em estudo buscou meios de preparar-se para a avaliação de certificação de hospital acreditado. Nesta linha de pensamento, ressalta-se a estruturação de uma CAH para, primordialmente, desenvolver e coordenar ações relacionadas ao PPACAH. Ademais, evidencia-se que o hospital em estudo conta com profissionais capacitados e competentes para exercerem a

gestão da qualidade, atuando tanto na esfera estratégica quanto na operacional e assim sendo, salienta-se que o trabalho da CAH tornou-se a base para a proposta da criação da Assessoria de Gestão da Qualidade.

Nesta perspectiva, o relatório do desenvolvimento desta pesquisa registrou a metodologia e as estratégias utilizadas pelo hospital em estudo em busca da certificação de hospital acreditado, assim como as dificuldades e facilidades vivenciadas durante este período até a avaliação diagnóstica realizada por IA.

Destaca-se o desenvolvimento de ações educativas, de divulgação e sensibilização visando o preparo e envolvimento dos profissionais. Além disto, auditorias internas e planos de ação como as estratégias para identificação das não-conformidades e oportunidades de melhorias e correspondentes ações corretiva e de adequação aos padrões desejados. Para a viabilização da gestão da qualidade de forma participativa, aponta-se a atuação dos GIQ como facilitadores e agentes de transformação na busca coletiva, integrada e cooperativa da qualidade no hospital, propiciando assim o desenvolvimento mútuo e o controle da gestão da qualidade.

Mediante os relatos de sujeitos de uma das unidades que participam do processo de preparo para a avaliação de certificação, a UUEA, foi possível evidenciar o desenvolvimento deste processo tal como relatado pelos sujeitos da CAH. Este fato legitima a metodologia e estratégias utilizadas por este grupo que, enquanto Comissão de Acreditação, coordenou este processo até o presente momento na instituição e que permanecerá na linha de frente, Porém, em uma perspectiva de trabalho mais ampla coordenando a gestão da qualidade em todos os aspectos na instituição.

Essa nova perspectiva da gestão da qualidade na instituição, com a criação da AGQ, amplia as ações em busca da qualidade e segurança, fato que constitui um desafio para àqueles que têm coordenado as ações relacionadas à Acreditação Hospitalar na instituição e, assim, realizado a gestão da qualidade.

Em relação à gestão da qualidade no hospital em estudo evidencia-se que é um momento de transição da atuação da CAH à AGQ, a qual implica em muitas mudanças, reflexões e discussões e requer muitos esforços de todos os envolvidos. Assim, este trabalho evidencia o comprometimento, a preocupação e os esforços do

hospital em estudo com a busca da qualidade dos serviços prestados, bem como com sua garantia e melhoria contínua.

Neste contexto, faz-se uma ressalta em relação à atuação do enfermeiro nos processos de Acreditação Hospitalar e na Gestão da Qualidade, uma vez que se evidencia seu comprometimento com a prestação de uma assistência de qualidade, além de corresponder a uma das categorias que mais adere à programas e processos de qualidade. Neste sentido, observa-se isto no desenvolvimento do PPACAH do hospital em estudo. No entanto, ressalta-se a importância do enfermeiro registrar o desenvolvimento de sua prática profissional e sua contribuição para o alcance e manutenção da qualidade nas instituições de saúde.

A realização deste trabalho, abordando a temática da Acreditação Hospitalar relacionada à Gestão da Qualidade foi um desafio, visto a importância e complexidade deste tema. Além disto, o compromisso com a qualidade constituiu-se um imperativo ético e moral para o desenvolvimento de minha prática profissional enquanto enfermeira.

Após a conclusão deste estudo, a experiência vivenciada oportuniza fazer recomendações para trabalhos futuros, visando dar continuidade a esta trajetória complexa e de extrema importância em busca da qualidade nas instituições de saúde. Assim sendo, aponta-se para a importância de se conhecer e explorar o desenvolvimento de processos de Acreditação em outros hospitais universitários, e desse modo tomar ciência das metodologias e estratégias por eles adotadas para atender às determinações do REUF em relação à Acreditação Hospitalar. É relevante também que se realizem estudos a respeito da participação do enfermeiro nesses processos e nos demais relativos à Gestão da Qualidade, a fim de se obter subsídios para o aprimoramento da prática profissional do enfermeiro nesta área de atuação, bem como para com demais instituições que visam à Acreditação Hospitalar.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.13. n.esp., p.190-96, 2000.

ANTUNES, F.L. **Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA**: um estudo de caso em um hospital de grande porte. 113f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2002.

ANTUNES, A.V.; TREVIZAN, M.A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.34-44, 2000.

AQUINO, C.R. de.; GIAPONESI, A.L.L.; SANTOS, I.N. dos. Enfermagem e Acreditação Hospitalar. In: LEÃO, E.R. *et al.* (Org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. 15-25.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 de out, 1996. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 20/11/09.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n 538 de 17 de abril de 2001**. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de abr, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010^a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.883 de 5 de julho de 2010^b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de jul, 2010.

BOHOMOL, E. Padrões para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. 71-86.

BROH, R. A. **Managing quality for higher profits**. New York: McGraw-Hill, 1974.

CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da Qualidade Total** (no estilo japonês). 8. ed. Nova Lima – MG: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004.

CAMPOS, A.C.B. **Avaliação de uma instituição hospitalar com base no programa de Acreditação Hospitalar**. 111f. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção) – Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

CARPINETTI, L.C.R. **Gestão da Qualidade**: Conceitos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2010.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

CUNHA, K. C. **Gerenciamento na enfermagem**: novas práticas e competências. São Paulo: Martinari, 2005.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

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

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books. 1994.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v.18, n.2, p.213-219, 2005.

FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FONSECA, A. da S. *et al.* Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**, São Paulo (SP), v.29, n.2, p.161-168, 2005.

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

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: o processo de avaliação em hospital universitário público. 250f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto (SP), 2004.

ISHIKAWA, K. **QC Circle Koryo**: General Principles of the CQ Circle. JUSE – Union of Japanese Scientists and Engineers, 1990.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto**: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Cengage Learning, 1997.

KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KUWABARA, C.C.T. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem**. Curitiba, 2010. 60 transparências coloridas.

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

LIMA, S.B.S; ERDMANN, A.L. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enfer**, São Paulo, v.19, n.3,

p.271-278, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 11/08/10.

LIMA, J.A. de; BETTARELLO, L.E.L. Apresentação. In: LEÃO, E.R. (Org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LIMA, S.B.S. de. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da Acreditação Hospitalar no Pronto Socorro**. 303f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MALIK, A.M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

MAÑAS, A.V. Inovação e Competitividade – Um Enfoque na Qualidade. In: OLIVEIRA O.J. (Org.). **Gestão da Qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

MANZO, B.F. **O processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 98f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MARAN, E. Auditoria da assistência de enfermagem: influência na Qualidade dos serviços prestados. **Arq. Apadec**, Maringá, v.8, supl. esp., maio, 2004.

MARSHALL JUNIOR, I. (Coord.). **Gestão da Qualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

MARCONI, A.M.; LAKATOS, M.E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2005.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2004.

MELHADO, S. **O conceito da qualidade, evolução histórica da qualidade, satisfação do cliente, TCQ e TQM**. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2009. 26 transparências coloridas. Disponível em: <http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%205301%202009/_PCC%205301_2009%20AULAS%207%20e%208_Parte1.pdf>. Acesso em: 24/10/2009.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na saúde**: Princípios Básicos. Barueri: Manole, 2001.

OLIVEIRA, O.J. **Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos**. In: OLIVEIRA O.J. (Org.). **Gestão da Qualidade**: tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ONA. **Avaliação e Certificação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/33/Avaliacao-e-Certificacao>>. Acesso em: 18/11/10.

ONA. **Histórico**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 18/11/10.

ONA. **Instituições Acreditadas no Paraná**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas/10>>. Acesso em: 20/01/2011.

PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade**: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PIEGAS, L.S. *et al.* **Gerenciando dificuldades para Acreditação Hospitalar em hospital cardiovascular**. 12 f. In: PRÊMIO MÁRIO COVAS, São Paulo (SP), 2007. Disponível em: <www.premiomariocovas.sp.gov.br/2008/2007/Gestao_de.../RH_112.DOC>. Acesso em: 22/09/10.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. O. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

QUINTO NETO, A. **Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

RIBEIRO, N.R.C. **A Descontinuidade do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital da Restauração: poderia ter sido diferente?**. 223 f. Dissertação [Mestrado Profissionalizante em Gestão Pública] – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PB), 2006.

RODRIGUES, E.A.A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 75f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

ROTHBARTH, S; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M. Competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.321-9, 2009.

SILVA C.P.R; CANESIN A. de C; BIANCALANA M.L.N. *et al.* Avaliação Interna no Programa de Qualidade. In: LEÃO, E.R. *et al* (Org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. 27-40.

SILVA, C.P.R.; NORA, A.M. Indicadores de qualidade. In: LEÃO, E.R. *et al* (Org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. 1-13.

SILVA, R.O da. **Teorias da Administração**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas. **Relatório de Atividades: Hospital de Clínicas - 2009**. Curitiba, Assessoria de Marketing, 2010. Edição 122, 2009^d. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/Templates/informacoes/publica/jornal/pdf/2009_JHC_1.pdf>. Acesso em: 30/01/11.

_____. _____. UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/Templates/comissoes/uf/uf.html>>. Acesso em: 30/01/11.

_____. _____. **JHC** - Jornal do Hospital de Clínicas – UFPR. Edição 131, 2010^d. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/news/detalhe_jhc.php?id=142>. Acesso em: 30/01/11.

_____. _____. **JHC** - Jornal do Hospital de Clínicas – UFPR. Edição 131, 2010^f. Disponível em: <<http://issuu.com/hcufpr/docs/jhc131?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Flight%2Flayout.xml&showFlipBtn=true>>. Acesso em: 30/01/11

_____. _____. Comissão de Acreditação Hospitalar. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 22 de dezembro de 2003**, 2003^a.

_____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 18 de novembro de 2003**, 2003^b.

_____. _____. Curitiba. **Relatório anual de atividades**. Curitiba, 2003^c.

_____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 29 de outubro de 2004**, 2004^a.

_____. _____. Curitiba. **Regimento Interno**. Curitiba, 2004^b.

_____. _____. Curitiba. **Relatório anual de atividades**. Curitiba, 2004^c.

_____. _____. Curitiba. **Relatório anual de atividades**. Curitiba, 2005^a.

_____. _____. Curitiba. **Relatório anual de atividades**. Curitiba, 2006.

_____. _____. Curitiba. **Ata da 32ª sessão realizada, 2007**, 2007^a.

_____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 20 de abril de 2007**, 2007^b.

_____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 14 de setembro de 2007**, 2007^c.

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 30 de novembro de 2007, 2007^d.**

_____. _____. _____. **Relatório anual de atividades.** Curitiba, 2007^e.

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 14 de março de 2008, 2008^a.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 28 de março de 2008, 2008^b.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 07 de agosto de 2008, 2008^c.**

_____. _____. _____. **Relatório anual de atividades.** Curitiba, 2008^d.

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 28 de agosto de 2009, 2009^a.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata da sessão realizada no dia 26 de outubro de 2009, 2009^b.**

_____. _____. _____. **Relatório anual de atividades.** Curitiba, 2009^c.

_____. _____. Unidade de Urgência e Emergência Adulto. **Relatório de atividades do Grupo Interno da Qualidade.** Curitiba, 2005^b.

_____. _____. _____. **Relatório de atividades do Grupo Interno da Qualidade.** Curitiba, 2010^b.

_____. _____. _____. **Planejamento das ações do Grupo Interno da Qualidade para 2010.** Curitiba, 2010^c.

_____. _____. Assessoria da Gestão de Qualidade. **Regimento Interno.** Curitiba, 2010^e.

_____. Sistema de Bibliotecas. **Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007^f.

_____. _____. **Referências**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007^g.

_____. _____. **Citações e notas de rodapé**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007^h.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

VARGAS, M.A. *et al.* Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Rev. bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p.339-343, 2007.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**. Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro (RJ): Medsi, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE I.....	129
APÊNDICE II.....	130
APÊNDICE III.....	131
APÊNDICE IV.....	132

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

- a. Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “GESTÃO DA QUALIDADE: UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR” e sua participação é de fundamental importância.
- b. Os objetivos desta pesquisa são: Descrever o Processo de Acreditação Hospitalar de um hospital de ensino com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado.
- c. Caso você participe da pesquisa, será necessário que você conceda uma entrevista e autorize a gravação da mesma para posterior transcrição do seu conteúdo.
- d. São responsáveis pela pesquisa: a pesquisadora Solange Rothbarth, Enfermeira e mestrande e a Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, professora da UFPR e Enfermeira, orientadora deste projeto de pesquisa, ambas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR (PPGENF-UFPR). Estas poderão ser contatadas respectivamente: no Departamento de Enfermagem, nos dias úteis, no período da tarde entre 14:00 e 17:00 horas, localizado à Rua Padre Camargo nº120, ou pelos telefones 9681.9691 ou 96768200 das 14:00 às 17:00 horas.
- e. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois da pesquisa.
- f. A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- g. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma de códigos, para que a confidencialidade seja mantida.
- h. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do participante.
- i. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

LOCAL: _____ DATA: ____ / ____ / _____

NOME: _____

ASSINATURA: _____

APÊNDICE II -ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS (COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais: _____
2. Cargo: _____
3. Função na Comissão de Acreditação Hospitalar: _____
4. Tempo de exercício da profissão: _____
5. Tempo de serviço na instituição: _____
6. Tempo de participação na CAH: _____

QUESTÕES

1. Que estratégias foram adotadas pela comissão para a preparação das unidades hospitalares para o processo de Acreditação Hospitalar?
2. Relate como se deu o processo de elaboração e seleção de padrões e critérios para a realização das auditorias internas?
3. Em 2004 foi realizada pela Comissão de Acreditação Hospitalar uma pesquisa de campo sobre qualidade. Como ela aconteceu e quais foram os resultados?
4. Nas atas, há relatos de uma crise vivenciada pela instituição relacionada a grandes problemas de gestão, que culminou na programação de uma nova data para a avaliação pela empresa certificadora. Qual o motivo desta tomada de decisão? (necessidade de mudança no enfoque da comissão).
5. A Comissão de Acreditação Hospitalar tem sido avaliada em relação ao seu desempenho, desde a sua implantação até este momento?
6. Como você avalia a atuação da Comissão de Acreditação Hospitalar do HC?
7. Quais têm sido os aspectos dificultadores no processo de preparação para a acreditação de unidades de internação.
8. Quais têm sido os aspectos facilitadores no processo de preparação para a acreditação de unidades de internação.
9. Com a criação da AGQ quais as perspectivas de mudanças no processo de preparação de unidades hospitalares para a acreditação?

APÊNDICE III - ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS (UNIDADE URGÊNCIA E EMERGENCIA ADULTO – UUEA)

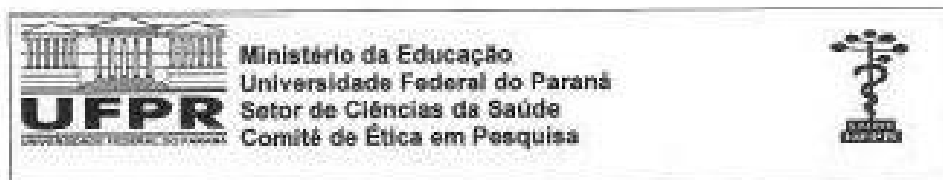
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais: _____
2. Cargo: _____
3. Função na Unidade de Urgência e Emergência Adulto: _____
4. Tempo de exercício da profissão: _____
5. Tempo de serviço na instituição: _____
6. Tempo de participação no GIQ: _____

QUESTÕES

1. Como você avalia a evolução do processo de acreditação na Unidade nesses 5 anos?
2. Como você avalia a atuação do Grupo Interno de Qualidade da UFUE?
3. Na sua opinião, como você descreve a forma como ocorreram as auditorias realizadas na Unidade Funcional de Urgência e Emergência?
4. Quais as dificuldades observadas em relação à elaboração do plano de ação pela unidade?

ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Curitiba, 09 de dezembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)

Solange Rothbarth

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "Processo de acreditação hospitalar: a experiência de um hospital universitário" está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 09 de dezembro de 2009.

Registro CEP/SD: 867.202.09.12

CAAE: 0309.0.208.091-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 09/06/2010.

Atenciosamente

Profa. Dra. Liliansa Maria Labronici
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Profa. Dra. Liliansa Maria Labronici
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 260 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP:80060-340
 Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br