

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA

**AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROCESSO DE
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS
ENFERMEIROS**

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

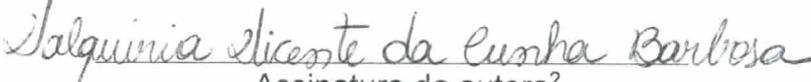
Nome completo do autor: Valquíria Vicente da Cunha Barbosa

Título do trabalho: As Potencialidades e Fragilidades do Processo de Acreditação Hospitalar na Perspectiva dos enfermeiros

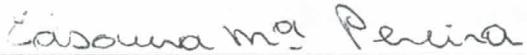
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura da autora²

Ciente e de acordo:


Assinatura da orientadora²

Data: 03/08/2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA

**AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROCESSO DE
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos nos Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Barbosa, Valquiria Vicente da Cunha
As Potencialidades e Fragilidades do Processo de Acreditação Hospitalar na Perspectiva dos Enfermeiros [manuscrito] / Valquiria Vicente da Cunha Barbosa. - 2018.
144 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Dra. Edsaura Maria Pereira; co-orientador Dr. Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Acreditação. 2. Enfermeiros. 3. Qualidade em serviços de saúde. 4. Segurança do Paciente. I. Pereira, Dra. Edsaura Maria, orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

Aos 04 dias do mês de julho de 2018, as 14h, no Auditório da Faculdade de Enfermagem/UFG/ – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edsaura Maria Pereira (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno) e Dra. Sergiane Bisnoto Alves (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **“As Potencialidades e Fragilidades do Processo de Acreditação Hospitalar na Perspectiva dos Enfermeiros”**, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Valquíria Vicente da Cunha Barbosa**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 16h 30 min horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Edsaura Maria Pereira

Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira
Presidente e Orientadora / UFG

Marta Rovey de Souza

Profa. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno

Sergiane Bisnoto Alves

Profa. Dra. Sergiane Bisnoto Alves
Membro Externo

Ao Sr. Antônio e a Sra. Fátima, por serem meus pais e por terem me ensinado tudo de importante que eu precisava para ser uma pessoa simples e esforçada como eles.

Ao Norberto, meu amado esposo, por ser tão compreensivo comigo, por me apoiar e incentivar em todas as minhas decisões.

À Maria Eduarda e ao Matheus, por serem os melhores filhos do mundo e o meu maior estímulo para eu tentar ser cada dia melhor.

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

São muitos agradecimentos que tenho a fazer, nesse momento da conclusão de uma etapa muito importante em minha vida, o mestrado.

Primeiramente agradeço a Deus, pois acredito fielmente que tudo que temos, somos e realizamos é pela permissão do nosso Pai Criador.

Aos meus pais, Sr. Antônio e Sra. Fátima, por terem me criado e educado com tanto amor e dedicação e me ensinado que os estudos seriam a ponte para uma transformação em minha vida.

Ao meu amado esposo, Norberto, por ser um grande companheiro, meu porto seguro. Obrigada por me apoiar e me ajudar a conquistar mais essa vitória em minha vida! Todas às vezes que perguntavam: “Como você consegue? Dois empregos, dois filhos, casada e ainda fazer o mestrado?” Eu respondia e sempre responderei: “Consigo porque tenho um grande marido que me apoia e um grande pai para os meus filhos, que consegue inclusive me substituir, enquanto não posso estar presente”. Obrigada por já estar me incentivando quanto ao doutorado. Amo-te!

Às minhas joias preciosas, as quais, Deus me agraciou tê-las como filhos: Maria Eduarda e Matheus. Agradeço por ser o meu maior incentivo na vida! Por terem sido tão compreensíveis comigo! Por todas às vezes que com olhares, sorrisos e até palavras ditas de forma simples, afirmavam que eu iria conseguir concluir o mestrado! Desculpem-me pelas vezes que não brinquei com vocês porque precisava estudar... Amo vocês!

Aos meus queridos irmãos Gilson, Gildo e Júlio, por acreditarem em mim e por todo incentivo que sempre me dão!

À pessoa mais sábia da minha família, minha querida Vó Dica, por me transmitir o conhecimento valiosíssimo sobre a vida!

Aos demais parentes, não citarei os nomes, mas todos sabem da grande importância que cada um tem para mim: sobrinhos, cunhadas, tios, primos e sogros.

Aos meus amigos que Deus me permitiu tê-los para serem também meus apoiadores! Em especial à minha Amiga Irmã Fran, por acreditar sempre em mim. Obrigada por tudo!

Aos amigos da Equipe SCIH do Huapa, por terem vibrado comigo quando obtive a aprovação para iniciar o mestrado e por todo apoio durante essa trajetória, os quais me acompanham até aos dias atuais. Mesmo não sendo mais uma equipe no Huapa, nossa amizade nos faz ser SCIH para sempre!

Aos novos colegas de trabalho da SEST-SUS que me receberam no momento de grande estresse em minha vida, finalizando o mestrado. Em especial à minha nova amiga Sanzia, que está sempre disponível em me ouvir e me animar frente às dificuldades que encontrei no final dessa etapa.

Às colegas de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) por todo apoio dispensado nessa fase da minha vida.

À minha cunhada Leny, enfermeira, e à amiga Leticia, fisioterapeuta, pela valiosa ajuda dispensada na coleta de dados.

Aos colegas da VI Turma do Mestrado Profissional do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pelos prazerosos momentos dentro e fora da sala de aula. Em especial, à minha querida Dupla Marissa, amiga desde a especialização, obrigada por ter aceitado estudar comigo para conseguirmos a aprovação neste programa e obrigada por ter sido verdadeiramente minha dupla nessa jornada! E à amiga Érika que me ajudou muito na construção da metodologia e na análise dos dados dessa pesquisa.

A todos os docentes que contribuíram com a formação da minha turma pelos ensinamentos transmitidos e saudável convivência.

À minha prezada orientadora, Professora Dra. Edsaura Maria Pereira, pela orientação, apoio, amizade, dedicação e ensinamentos que contribuíram de forma considerável para realização desse trabalho e crescimento profissional!

À Professora Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva por ter contribuído com essa dissertação como coorientadora.

Aos Professores que participaram das minhas bancas de qualificação e defesa pública, os quais contribuíram significativamente com as melhorias desse trabalho, Dra. Sergiane Bisinoto Alves, Dr. Ricardo Teixeira, Dra. Marta Roverly de Souza, Dra. Nilza Alves Marques Almeida e Dra. Luana Cássia Miranda Ribeiro.

A todos os profissionais da Universidade Federal de Goiás (UFG), em especial à Neuracy, por sempre estar disposta a ajudar os mestrandos com presteza e agilidade na secretaria.

Aos hospitais por terem aberto as portas para a realização dessa pesquisa, em especial a todos os enfermeiros participantes, que se disponibilizaram em contribuir com esse estudo.

E à Secretaria do Estado de Saúde de Goiás, a qual me concedeu dispensa de carga horária de trabalho para eu participar das atividades do mestrado.

Muito obrigada carinhosamente a todos!

*“Quality is never an accident... It is
always the result of intelligent
effort”*

(John Ruskin, 1819-1900)

BARBOSA, VVC. **As Potencialidades e Fragilidades do Processo de Acreditação Hospitalar na Perspectiva dos Enfermeiros.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

RESUMO

Os estabelecimentos de saúde têm procurado o alcance de melhorias em seus serviços, por meio da gestão da qualidade, objetivando uma assistência mais segura aos pacientes. Nesse contexto, o processo de acreditação surge como um método de avaliação de recursos desses estabelecimentos, visando garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos. Objetivou-se com essa pesquisa analisar a percepção dos enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos de um estado da região Centro Oeste do país, verificar o significado desse processo para os enfermeiros e identificar as potencialidades e fragilidades advindas desse processo sob a ótica dos enfermeiros. Para tanto foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, sendo os dados coletados por meio de grupos focais, em março de 2018, com enfermeiros de dois hospitais públicos acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (níveis I e III). Utilizou-se o método de análise de conteúdo segundo Bardin contemplando as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Foram apreendidas as seguintes categorias, com suas respectivas subcategorias: significado do processo de acreditação – premissas, organização e ferramentas desse processo; potencialidades do processo de acreditação – vantagens do processo para o profissional, instituição e paciente; fragilidades do processo de acreditação – impacto negativo para o profissional, para instituição e conhecimento deficiente sobre esse processo. Identificou-se que os enfermeiros possuíam conhecimento acerca do processo de acreditação; que as potencialidades mais destacadas foram desenvolvimento profissional, melhoria contínua e segurança para o profissional e paciente; e que as fragilidades mais mencionadas foram aumento de carga de trabalho, falta de inserção dos profissionais no processo, aumento da burocracia e diminuição da qualidade na assistência ao paciente em virtude desse próprio processo. Outro achado importante foi que, apesar dos participantes afirmarem, por várias vezes, que o processo de acreditação visa oferecer mais segurança aos pacientes, foram pontuadas mais vantagens para os profissionais e instituição do que para os próprios pacientes. Conclui-se que as potencialidades apreendidas foram mais destacadas que as fragilidades, evidenciando que o processo de acreditação oferece mais benefícios ao setor saúde, do que malefícios.

Palavras chave: Acreditação; Enfermeiros; Qualidade em serviços de saúde; Segurança do paciente.

BARBOSA, VVC. **The Potentialities and Fragilities of the Hospital Accreditation Process in Nurses' Perspective** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

ABSTRACT

Health facilities have sought to achieve improvements in their services through quality management, aiming at safer patient care. In this context, the accreditation process emerges as a method to evaluate the resources of these establishments, aiming to guarantee the quality of the assistance through pre-established standards. The objective of this research was to analyze nurses' perceptions about the accreditation process in public hospitals of a state in the Midwest region of the country, to verify the meaning of this process for nurses and to identify the potentialities and fragilities arising from this process from the perspective of the nurses. A descriptive, exploratory qualitative approach was carried out. Data were collected through focal groups in March 2018, with nurses from two public hospitals accredited by the National Accreditation Organization (levels I and III). The Bardin content analysis method was used, considering the following steps: pre-analysis, material exploration and treatment and interpretation of results. The following categories were apprehended, with their respective subcategories: meaning of the accreditation process - premises, organization and tools of this process; potentialities of the accreditation process - advantages of the process for the professional, institution and patient; weaknesses of the accreditation process - negative impact on the professional, for institution and deficient knowledge about this process. It was identified that the nurses had knowledge about the accreditation process; that the most outstanding potentialities were professional development, continuous improvement and safety for the patient and professional; and that the most mentioned weaknesses were an increase in the workload, a lack of professionals' insertion in the process, an increase in bureaucracy and a decrease in the quality of patient care due to this process itself. Another important finding was that, although the participants affirmed, on several occasions, that the accreditation process aims to offer patients more safety, more advantages were scored for the professionals and institution than for the patients themselves. It is concluded that the potentialities seized were more prominent than fragilities, evidencing that the accreditation process offers more benefits to the health sector, than harm.

Keywords: Accreditation; Nurses; Quality in health services; Patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organização dos grupos focais nos dois hospitais participantes dessa pesquisa.....	52
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos enfermeiros participantes dos grupos focais dos Hospitais I e II. Goiânia, 2018.....	59
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição da tríade donabediana: estrutura, processo e resultado.....	36
Quadro 2 – Definição dos sete pilares da qualidade segundo Donabedian.	36
Quadro 3 – Benefícios de um programa externo de avaliação de cuidados de saúde.	41
Quadro 4 – Desvantagens de um programa externo de avaliação de cuidados de saúde.	43
Quadro 5 – Questões norteadoras para os grupos focais.	50
Quadro 6 – Categorias e subcategorias temáticas.	60
Quadro 7 – Falas dos participantes acerca do significado de Acreditação.	61
Quadro 8 – Categoria temática Significado do Processo de Acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.....	62
Quadro 9 – Falas dos participantes acerca da US Excelência.	64
Quadro 10 – Falas dos participantes acerca da US Padronização associada à expressão “falar a mesma língua”.	67
Quadro 11 – Falas dos participantes acerca da US Certificado.	68
Quadro 12 – Falas dos participantes acerca da US Protocolos.	69
Quadro 13 – Falas dos participantes acerca da US Processos.....	70
Quadro 14 – Falas dos participantes acerca da US Alcance de metas.	71
Quadro 15 – Categoria temática Potencialidades do Processo Acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.....	74
Quadro 16 – Falas dos participantes acerca da US Desenvolvimento Profissional..	75
Quadro 17 - Falas dos participantes acerca da US Melhoria Contínua.	82

Quadro 18 – Falas dos participantes acerca da US Adequação na Estrutura Física.	83
Quadro 19 – Falas dos participantes acerca da US Segurança para o paciente.	86
Quadro 20 – Categoria temática fragilidades do processo de acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.....	88
Quadro 21 – Falas dos participantes do Hospital II acerca da US Aumento da carga de trabalho.	90
Quadro 22 – Falas dos participantes acerca da US sentimento de frustração.....	92
Quadro 23 – Falas dos participantes acerca da maior cobrança aos profissionais. .	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CME	Centro de Material e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ES	Estabelecimentos de Saúde
FCAV	Fundação Carlos Alberto Vanzolini
GF	Grupo Focal
HUAPA	Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia
IAC	Instituições Acreditoras Credenciadas
IAHCS	Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IBES	Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
IPASS	Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
ISSO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCHA	<i>Joint Commission of Accreditation Hospitals</i>
JCHAO	<i>Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NO	Norma Orientadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RT	Responsáveis Técnicas
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SES-GO	Secretaria do Estado de Saúde de Goiás
SEST-SUS	Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho-SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
US	Unidades de Sentidos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	
2 INTRODUÇÃO	24
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4 REVISÃO DA LITERATURA	31
4.1 Segurança na assistência ao paciente	31
4.2 A Qualidade em Serviços de Saúde	33
4.2.1 Contextualização histórica da qualidade no setor da saúde.....	33
4.2.2 Conceitos e atributos da qualidade na assistência à saúde	35
4.3 Acreditação Hospitalar	37
4.3.1 Contextualização histórica.....	37
4.3.2 Potencialidades do Processo de Acreditação.....	40
4.3.3 Fragilidades do Processo de Acreditação	42
5 METODOLOGIA	46
5.1 Tipo de Estudo	46
5.2 Cenário da Pesquisa	46
5.3 População do estudo	48
5.4 Percorso metodológico	49
5.5 Coleta de dados	52
5.6 Registro e Análise dos Dados	54
5.7 Aspectos Ético-legais	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1 Perfil Profissiográfico	58

6.2	Categorias e subcategorias de Análise	60
6.3	Significado do processo de acreditação	61
6.4	Potencialidades do Processo de Acreditação.....	73
6.5	Fragilidades do Processo de Acreditação.....	87
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES.....	114
	ANEXOS.....	120

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Atuo na área da saúde há treze anos, iniciei em 2005 como técnica de enfermagem e me graduei em enfermagem em 2009, pela Universidade Salgado de Oliveira. Findada a graduação tive a oportunidade de ser aprovada no Curso de Especialização em Controle de Infecção em Estabelecimentos de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), a conclusão desse curso se deu em 2010. Nesse mesmo ano, fui aprovada e convocada pelo concurso da Secretaria do Estado de Saúde de Goiás (SES-GO), sendo lotada no Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA), no qual atuei por oito anos, como coordenadora do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS).

No ano seguinte, em 2011, fui aprovada e convocada pelo concurso da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, sendo lotada no Hospital Regional de Santa Maria, no qual atuo na assistência da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal.

A oportunidade profissional que tive como controladora de IRAS fez toda diferença em minha carreira. Obtive crescimento devida oportunidade de muitos estudos e formações nessa área. Na prática, compartilhando saberes com outros profissionais, pude aprender um pouco como lutar para prevenir e controlar as IRAS, para permitir ao paciente uma assistência com mais qualidade e segurança. Essa trajetória me permitiu apaixonar por essa área...

Em 2013, quando em nosso país foi publicada a Portaria nº 529 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e a RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013b), que instituem respectivamente o Programa Nacional de Segurança do Paciente e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, me vi totalmente envolvida nesse cenário por entender que a prevenção e o controle de IRAS é um dos “braços” da segurança do paciente, visto que as IRAS representam um dos principais Eventos Adversos que comprometem os serviços de saúde.

A partir desse ano, acompanhei e contribuí com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente do HUAPA. Momento que me ajudou a perceber, que a garantia da segurança na assistência à saúde, suscitava o desenvolvimento de várias outras ações dentro de um hospital, além daquelas voltadas a prevenção e controle das IRAS.

A partir de 2015, a gestão do HUAPA optou por realizar um trabalho de reestruturação de suas unidades de atendimento e de seus processos de trabalho em busca de melhores resultados na assistência ao paciente, pleiteando o certificado da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esse fato me oportunizou o contato com a gestão da qualidade em saúde.

A partir de então, despertei meu olhar para o processo de acreditação, mais especificamente no seu desenvolvimento e implementação no estado de Goiás. Pude observar que os hospitais da SES-GO estavam envolvidos nesse processo, onde alguns já estavam com selos de acreditação, níveis um, dois ou três da ONA, e outros estavam se estruturando para o alcance desse certificado.

Notei também que essa busca pela acreditação estava relacionada à mudança de gestão desses hospitais, os quais passaram a ser geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Com essa mudança de gestão, houve a solicitação contratual da SES-GO com as OSS para que os hospitais se adequassem para serem acreditados.

A partir de então, pelo fato de começar a vivenciar esse processo, associado ao meu desejo de realizar o mestrado, entendi que seria uma ótima oportunidade de aprimoramento de estudo sobre esse assunto.

Isso porque, me permitiria estudar e aprender sobre a acreditação em estabelecimentos de saúde, que é um assunto relativamente recente em nosso país, mais especificamente em nosso estado.

E também seria uma oportunidade de devolutiva à SES-GO quanto ao desenvolvimento desse processo nos hospitais. Por ser servidora dessa secretaria vejo a importância de contribuir com a mesma.

Optei por investigar esse tema sob a perspectiva dos profissionais enfermeiros que atuam nesses hospitais. Essa escolha se deu pelo fato desses profissionais serem líderes da maior equipe de um hospital, a equipe de enfermagem. E por essa equipe ser responsável pela maioria das demandas de trabalho voltadas para a gestão da qualidade, para a conquista do certificado de acreditação.

Pela experiência que vivi, contribuindo com o HUAPA em busca desse certificado, percebi que esse processo como um todo, apresenta várias vantagens e também desvantagens, para a instituição, pacientes e profissionais.

Diante disso, me interessei em questionar outros profissionais enfermeiros quanto ao significado, potencialidades e fragilidades do processo de acreditação.

E posso afirmar que os dados que encontrei vão ao encontro do que vivenciei em um hospital que ainda não era acreditado, mas buscava por essa certificação.

O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Goiás, me oportunizou crescimento e me favoreceu muito no desenvolvimento dessa pesquisa, por ter me permitido conviver e aprender com docentes e colegas discentes de várias categorias profissionais. Destaco aqui principalmente, a valiosa contribuição das minhas professoras orientadora e coorientadora.

Inspirada pela epígrafe de John Ruskin *“Quality is never an accident... It is always the result of intelligent effort”* o estudo se inicia com sua apresentação, seguida da introdução que descreve o problema, justificativa e os objetivos geral e específicos. A metodologia detalha o percurso metodológico, descrevendo o tipo de estudo, cenário da pesquisa, população do estudo, coleta, registro e análise dos dados e os aspectos éticos legais seguidos para a realização dessa pesquisa. A seguir os resultados e discussão são apresentados em cinco subtópico: perfil profissiográfico, categorias e subcategorias de análise, significado do processo de acreditação, potencialidades do processo de acreditação e fragilidades do processo de acreditação. Por fim são apresentadas as considerações finais do estudo, referências utilizadas, apêndices e anexos.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

A acreditação é um processo voluntário de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, o qual tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

A Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) pode ocorrer em três níveis: acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) e acreditado com excelência (nível 3). No primeiro nível as instituições atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais; no segundo nível as instituições que, além de atenderem aos critérios de segurança, apresentam gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades; e no terceiro nível as instituições já atendem aos níveis 1 e 2 e demonstram uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2016).

Esse processo como ferramenta da qualidade, chegou ao Brasil para fortalecer os Estabelecimentos de Saúde (ES) e seu desenvolvimento começou no início da década de 1990, com o interesse de melhorar a condição dos serviços de saúde desse país (FORTES, 2013).

Em 2009 no Brasil haviam apenas 103 ES acreditados, em 2011 eram 151 e em 2012, esse número passou por um crescimento maior que 100%, chegando a 318 estabelecimentos acreditados. Nesse período, a maior concentração desses ES esteve localizada no estado de São Paulo seguido por Minas Gerais (EMÍDIO et al., 2013, ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

O Brasil possui 20.496 ES habilitados e registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2017). Destes, 681 (3,3%) ES possuem o certificado de Acreditação da ONA (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018). Confirmando o que outros autores já expressaram, menos de 5% dos ES em todo o país são acreditados (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

A região do Brasil que possui mais ES acreditados proporcionalmente ao número de estabelecimentos existentes é a Sudeste (5,0%), seguida pelo Centro Oeste (3,2%), Sul (1,8%), Norte (1,7%) e Nordeste (1,5%) (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Na região Centro Oeste, destaca-se o Distrito Federal, por possuir 6,2% (n=20) de ES acreditados pela ONA. O estado de Goiás possui 666 ES cadastrados no CNES, dos quais 3,4% (n=23) são acreditados pela ONA. Destes, 18 estão localizados na capital do estado, em Goiânia, enquanto os demais se localizam no interior do estado: Catalão (n=1), Pirenópolis (n=1) e Itumbiara (n=2). Pontua-se, que a cidade de Goiânia possui 287 ES cadastrados no CNES, ou seja, nesta capital, a taxa de ES acreditados é de 6,2% (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Os 23 ES do estado de Goiás que são acreditados, possuem os três níveis de acreditação correspondentes a diferentes tipos de serviços: hospitais públicos (26,1%), centros de diagnósticos de imagem (21,7%), laboratórios (17,5%), hospitais particulares (13,0%), centros de medicina oncológica (8,8%), centros diagnóstico de cardiologia e angiologia, bancos de sangue (4,3%) e *home care* (4,3%) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Destaca-se o fato dos hospitais públicos, todos da SES-GO, ocuparem o primeiro lugar do *ranking* dos ES acreditados em Goiás, evidenciado pelos seis hospitais públicos acreditados em um curto período, entre os anos 2014 e 2018. Atualmente, quatro deles possuem nível 1 (acreditado), e dois são certificados com o nível 3 (acreditado por excelência). Embora, no momento não haja hospitais públicos da SES-GO acreditados com nível 2 (acreditado pleno) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

A difusão da acreditação no mundo e seu desenvolvimento no Brasil permitiu a percepção de significados distintos de uma ferramenta de qualidade dos serviços de saúde. A partir do momento em que essa ferramenta foi internalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se uma estratégia de política, fruto de arranjos e acordos envolvendo uma rede de atores internacionais e nacionais, constituindo uma trajetória particular de institucionalização (FORTES, 2013).

Advoga-se que a acreditação, não se trata apenas de mais um processo de gestão da qualidade e sim do compromisso com a segurança, a ética profissional e a garantia da qualidade no atendimento à população, procurando beneficiar os usuários, os trabalhadores da saúde e a instituição hospitalar (EMÍDIO et al., 2013).

Vale mencionar ainda, que os hospitais certificados pela ONA, tornaram-se modelos para outras instituições na área da saúde, na perspectiva de fornecer olhares sobre quem necessita do atendimento, quem o presta e de como obter melhoria ou aprendizagem ao longo do processo (EMÍDIO et al., 2013).

É importante destacar que existem estudos pontuando “os dois lados” do processo de acreditação: as potencialidades e as fragilidades. As potencialidades desse processo voltadas para o paciente correspondem principalmente em garantir uma assistência com mais qualidade e segurança (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016), pois permite melhoria nos resultados, promovendo o alcance da diminuição de eventos adversos, infecções relacionadas à assistência à saúde, complicações pós-operatórias, mortalidade hospitalar e tempo de internação (NG et al., 2013; JAAFARIPOOYAN, 2014).

Para os profissionais, algumas vantagens correspondem ao desenvolvimento profissional, sendo essa a preocupação central da gestão da qualidade (SCHIESARI, 2014); segurança para o profissional, uma vez que, são oferecidos recursos materiais, técnicos e humanos (MANZO et al., 2013); aumento do quadro de profissionais (OLIVEIRA et al., 2016) e trabalho em equipe por permitir a melhora da comunicação entre os profissionais (JAAFARIPOOYAN, 2014) dentre outras.

As vantagens voltadas para a instituição consistem na experiência com a melhoria contínua, tanto na dimensão assistencial quanto gerencial (CAMILLO et al., 2016); adequação na estrutura física (JAAFARIPOOYAN, 2014); segurança para a instituição devida melhora da organização documental (JAAFARIPOOYAN, 2014); diminuição dos custos e aumento da produtividade (JAAFARIPOOYAN, 2014; TERRA; BERSSANETI, 2017); reconhecimento externo à instituição (SCHIESARI, 2014) e maior credibilidade (NG et al., 2013).

Quanto às fragilidades do processo de acreditação relacionadas ao trabalhador, podem ser citadas as questões que referem ao aumento da carga de trabalho (MANZO et al., 2012; NG et al., 2013); sentimento de frustração por não conseguirem identificar a melhoria contínua e por não participarem ativamente do processo (CERVILHERI et al., 2017); aumento da cobrança sobre os profissionais (MANZO et al., 2013), resultando inclusive em estresse e adoecimento aos mesmos (DEGOIS, 2002; SCHIESARI, 2014). Já para a instituição pode ser citada como desvantagem o aumento da burocracia (JAAFARIPOOYAN, 2014).

As fragilidades pontuadas referentes aos profissionais e à instituição podem refletir na qualidade e segurança do paciente, pois profissionais que trabalham pressionados, sobrecarregados e insatisfeitos podem contribuir para os prejuízos à assistência ao paciente; e o excesso da burocracia pode causar a diminuição da atenção no foco principal da acreditação que é a colocação do paciente no centro de todo esse processo. Um estudo assumiu ter sido inconclusivo, por falta de evidências claras que a acreditação melhora a segurança do paciente e a qualidade do atendimento (MUMFORD et al., 2013).

Este trabalho optou por avaliar os profissionais enfermeiros, por serem eles, os líderes da maior equipe de um hospital, a de enfermagem, situação que demonstra o quanto esse profissional ocupa uma importante parcela de responsabilidade no processo de acreditação (MANZO et al., 2012).

Dentre todos os enfermeiros e demais colaboradores dos hospitais onde a pesquisa foi realizada foram escolhidos os enfermeiros assistencialistas, ou seja, não foram convidados para participar desse estudo os enfermeiros que ocupavam cargos de gestão, ou que trabalhavam em setores envolvidos com a qualidade dos hospitais, tais quais: setor da qualidade, núcleo de segurança do paciente, comissão de controle de infecção relacionada à segurança do paciente, etc. Essa decisão aconteceu pelo fato da pesquisadora desejar o alcance da percepção dos enfermeiros que atuam diretamente no cuidado ao paciente, para identificar se esses profissionais possuem conhecimento e se estão inseridos realmente no processo de acreditação.

O fato do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFG ter como objetivo geral, promover a qualificação de recursos humanos em saúde, com ênfase na área de Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde em consonância com o SUS, associado a não identificação de outro estudo semelhante a este desenvolvido na região Centro Oeste, acredita-se que essa pesquisa tem relevância por demonstrar as potencialidades e fragilidades de um processo que tem sido cada vez mais inserido na gestão dos estabelecimentos de saúde, inclusive nos públicos, nessa região do país.

Diante ao exposto, pergunta-se, qual é o significado, potencialidades e fragilidades do processo de acreditação em hospitais públicos sob a perspectiva dos enfermeiros assistencialistas?

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de enfermeiros assistencialistas sobre o processo de acreditação em hospitais públicos de um estado da região do Centro Oeste.

3.2 Objetivos Específicos

- Aprender o significado do processo de acreditação em saúde para os enfermeiros assistencialistas;
- Identificar as potencialidades e fragilidades advindas do processo de acreditação sob a ótica dos enfermeiros assistencialistas.

*REVISÃO DA
LITERATURA*

4 REVISÃO DA LITERATURA

Diante do cenário de (in) segurança na assistência ao paciente, no qual é estimado que milhões de pacientes sofram eventos adversos nos serviços de saúde, podendo resultar em danos como sofrimento, lesão, incapacidade e até a morte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem mobilizado a sociedade, os estabelecimentos de saúde e instâncias governamentais para esta questão, em nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A discussão sobre esse tema tornou-se um obstáculo superável para buscar a qualidade no cuidado prestado ao paciente em todos os níveis de atenção à saúde (MARTINS, 2016), por considerar a segurança do paciente como um atributo da qualidade do cuidado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Dessa forma, discorrer sobre a Acreditação, a qual consiste em um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018), exige uma discussão prévia sobre os temas: segurança do paciente e qualidade na saúde.

4.1 Segurança na assistência ao paciente

A segurança do paciente é um tema que foi introduzido pela enfermeira inglesa Florence Nightingale, no século XIX, por volta de 1845, por enfatizar a importância da higienização dos pacientes internados, do saneamento básico e do meio ambiente, ações essas, que contribuíram para a diminuição significativa do número de infecções e mortes nos hospitais durante a Guerra da Criméia. Entre suas obras publicadas, escreveu que o primeiro dever de um hospital é não causar danos ao paciente e que a estrutura e organização desse estabelecimento influenciam na recuperação da saúde do paciente (MENDES et al., 2016; TRINDADE; LAGE, 2016).

Em 1847, o médico Ignaz Semmelweis, responsável pela maternidade de um hospital universitário identificou que a taxa de infecção após o parto em mulheres assistidas por médicos ou estudantes de medicina era superior àquelas que tinham seu parto realizado pelas parteiras. Relacionou o fato à falta da lavagem das mãos por parte dos médicos e estudantes de medicina antes da realização do parto. Os partos eram realizados após procedimentos de autópsias. Dessa forma, instituiu a

obrigatoriedade de lavagem das mãos antes da assistência às pacientes, e com isso conseguiu diminuir significativamente a taxa de mortalidade nesta maternidade (TRINDADE; LAGE, 2016).

A divulgação do relatório publicado do “*Institute of Medicine (IOM)*” pelos Estados Unidos, denominado “*To Err is Human*”, em 1999, contribuiu para a discussão ampla, em nível mundial, acerca da prevenção e controle de riscos decorrentes da assistência à saúde. Esse documento relatou o impacto dos eventos adversos e erros evitáveis nos pacientes e revelou que entre 44 e 98 mil mortes nesse país estavam associadas a erros ocasionados pelos cuidados de saúde (KOHN et al., 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Segurança do paciente é a diminuição de risco de danos desnecessários, relacionados à assistência em saúde em um mínimo aceitável (BRASIL, 2017). Colocar em prática essa definição é um dos maiores desafios para a excelência de qualidade da prestação dos cuidados (MENDES et al., 2016).

Em 2004, foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde. As diretrizes dessa aliança foram: desenvolvimento e difusão de conhecimentos sobre políticas e melhores práticas na segurança do paciente em todo o mundo (BRASIL, 2017).

Em 2005 foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde.

O que impulsionou, em 2008 no Brasil, a constituição da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), para potencializar o conhecimento e esforços entre atores comprometidos com o desenvolvimento permanente desta área no Brasil. Esta Rede conta com os Polos (estados) e núcleos (cidades ou regiões) para a divulgação das metas voltadas para a segurança do paciente.

Em 2009, a OMS, lançou seis metas internacionais de segurança do paciente: identificação correta dos pacientes, comunicação efetiva, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de risco de infecção relacionada à assistência à saúde e prevenção do risco de queda (BRASIL, 2017). A

operacionalização dessas metas exige dos estabelecimentos de saúde adequação dos processos, de estrutura e de atitudes para um cuidado seguro.

No Brasil, a política de segurança do paciente tornou-se mais enérgica, a partir das publicações das normativas vigentes, que exigem dos estabelecimentos de saúde, boas práticas que garantam qualidade e segurança ao paciente, e em 2011, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde. Em 2013, foi publicada a Portaria nº 529 do Ministério da Saúde, para instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente e na sequência, a RDC nº36 da ANVISA para instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL 2013a; BRASIL 2013b).

A partir desse exposto, fica explícito, que houve avanços na política de segurança do paciente, entretanto, mesmo por meio de várias iniciativas, o processo do cuidado ao paciente ainda é algo inseguro, e que ainda, trata-se de um desafio o enfrentamento para a redução dos riscos e danos na assistência à saúde. Para tanto, faz-se necessária, mudança de cultura dos profissionais e gestores da saúde, exigindo mais investimentos na mudança do sistema, na utilização de boas práticas, no aprimoramento das tecnologias, em melhoria dos ambientes de trabalho e no aperfeiçoamento da equipe de saúde (BRASIL, 2013; MENDES et al., 2016).

4.2 A Qualidade em Serviços de Saúde

4.2.1 Contextualização histórica da qualidade no setor da saúde

A qualidade em serviços de saúde começou a ser discutida em 1913 quando o Colégio Americano de Cirurgiões propôs a criação de parâmetros de avaliação dos hospitais. Em 1916, o cirurgião Ernest Amory Codman apresentou métodos para avaliar os resultados das intervenções médicas, e em 1924 conseguiu lançar o Programa de Padronização Hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1928, foi criado o “*Hospital Standardization Program*” que logo deu origem a *Joint Commission of Accreditation Hospitals* (JCHA), responsável em definir os padrões assistenciais necessários para a avaliação da qualidade dos hospitais. Ao longo do tempo, essa comissão passou a aplicar o processo de acreditação em outros tipos

de serviços de saúde, deixando de ser focada apenas na área hospitalar, motivo pelo qual, em 1987 teve o seu nome alterado para *Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCHAO) (NOVAES, 2007).

Em 1987, por meio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), foi elaborado e difundido o Manual de Acreditação Hospitalar para a América Latina e Caribe (MENDES et al., 2016).

Merece destaque o controle de IRAS por ser um marco no controle da qualidade nos estabelecimentos de saúde neste país. Em 1968, surgiram as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em hospitais universitários. Mas como não havia fiscalização que cobrasse resultados a esse respeito, não houve muitos resultados essas primeiras iniciativas (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Em 1994, no Brasil, por meio do Ministério da Saúde, foi criado a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde. Em 1998 foi criado o Consórcio Brasileiro para Acreditação, o qual publicou o Manual de Normas para Hospitais (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

O fato da morte do Presidente da república, Tancredo Neves, em 1985, recém-eleito, por infecção de sítio cirúrgico, despertou nos órgãos fiscalizadores a necessidade de criação de regulamentações que cobrassem medidas de controle e prevenção de IRAS (OLIVEIRA; PAULA, 2013). Entre elas, a última publicada, foi a Portaria 2616 em 1998, a qual está em vigor até aos dias atuais, e determina a obrigatoriedade da existência de CCIH em hospitais para execução do plano de controle de IRAS (BRASIL, 1998).

Em 1999, foi criada a lei nº 9782, que define o Sistema de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), delegando esse órgão a publicar normas, definir padrões e desenvolver ações voltadas para a qualidade em serviços de saúde e a segurança do paciente (BRASIL, 1999).

Em 2005 foi criado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 382/2005, como instrumento de avaliação qualitativa das ações e dos serviços de saúde, bem como da satisfação dos usuários do sistema. O que permitiu em 2011, a publicação do Índice de Qualidade do SUS (BRASIL, 2005; MACHADO; MARTINS, 2013).

Em 2013, o Brasil foi contemplado com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da publicação da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013b).

Após a criação do PNSP, até aos dias atuais, é notório a intensificação de publicações e revisões, por parte do ANVISA, de muitos manuais voltados para a segurança do paciente, de uma série denominada de “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”.

4.2.2 Conceitos e atributos da qualidade na assistência à saúde

O conceito de qualidade em saúde tem passado por modificações ao longo do tempo (MARTINS, 2016). Donabedian ao conceituar em primeiro lugar a qualidade do cuidado, referiu ser um tipo de cuidado do qual é esperado o máximo do bem estar do paciente, realizando um balanço entre os ganhos e perdas esperados em todo o processo do cuidado (DONABEDIAN, 1980).

Em 1990, o *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade do cuidado sendo o grau em que as instituições de saúde para indivíduos e população aumentam a probabilidade de resultados desejados (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990).

Na sequência, Palmer (1991) expressou que qualidade da assistência é a medida da produção pela melhora da saúde do paciente depois do ajuste em função das restrições que a tecnologia impõe e pela gravidade da doença do paciente.

Dentre os teóricos que abordam a temática de qualidade nos serviços de saúde, optou-se para dar sustentação a esse trabalho, os estudos de Donabedian (1990).

Avedis Donabedian, pesquisador norte americano, por décadas estudou a qualidade voltada para o contexto da saúde. Por meio de um quadro conceitual de sua tríade (estrutura, processo e resultado), a qual permite a mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado (Quadro 1) (DONABEDIAN, 1980).

Quadro 1 – Definição da tríade donabediana: estrutura, processo e resultado.

Tríade	Definição
Estrutura	Compreende os fatores relacionados às condições físicas em que a assistência à saúde é oferecida, como: a estrutura física e os recursos materiais, humanos e financeiros.
Processo	Trata-se do conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente.
Resultado	Refere-se às mudanças (resultados) adversas ou favoráveis no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Fonte: DONABEDIAN, 1980.

Donabedian, em 1980 apresentou seu primeiro conceito de qualidade do cuidado em saúde e em 1990, considerou a necessidade de uma ampliação nesse conceito, introduzindo sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos também são conhecidos como “os sete pilares” da qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Quadro 2 – Definição dos sete pilares da qualidade segundo Donabedian.

Sete Pilares	Definição
Eficácia	Capacidade de determinada intervenção produzir impacto potencial em uma situação ideal.
Efetividade	Alcance de fato do grau de melhoria.
Eficiência	Diminuição dos custos sem comprometer o nível alcançado de melhoria da saúde.
Otimização	Relação entre as melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance dessas melhorias.
Aceitabilidade	Conciliação entre os desejos, expectativas e valores dos pacientes /família.
Legitimidade	Concordância entre as preferencias sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.
Equidade	Conformidade na determinação do que é justo e legítimo na distribuição equânime

Fonte: DONABEDIAN, 1990.

4.3 Acreditação Hospitalar

4.3.1 Contextualização histórica

A acreditação hospitalar teve início em 1910, por iniciativa do Colégio Americano de Cirurgiões, que desenvolveu estratégias para a criação e implantação de padrões de qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2016).

No Brasil, o processo de acreditação é algo recente, apesar de algumas iniciativas terem sido implementadas na década de 1970 com a intenção de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Porém, apenas a partir da década de 1990, nas regiões sul e sudeste, que essas iniciativas se firmaram até aos dias atuais (MENDES; MIRANDOLA, 2015; MENDES et al., 2016).

Nesta década, inicialmente foi criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde, o qual foi o motivador para o Ministério da Saúde instituir o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde e na sequência, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (CONSELHO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2018).

O processo de acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico, reservado e sigiloso. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua e tende a garantir qualidade da assistência, usando padrões previamente estabelecidos. E esses padrões são definidos de acordo com os níveis de qualificação das organizações certificadoras (CONSELHO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2018).

As organizações certificadoras têm a responsabilidade de comprovar e certificar o nível de qualidade do estabelecimento de saúde (MENDES et al., 2016). Em 1998, foi criado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, o qual é revisado periodicamente. No mesmo ano, o Consórcio Brasileiro de Acreditação conseguiu tornar-se representante no Brasil da “*Joint Commission International (JCI)*”, que por meio do processo de Acreditação, busca contribuir para a melhoria da qualidade na assistência aos pacientes nos estabelecimentos de saúde. Recorrendo à experiência internacional, adequando à realidade brasileira (CONSELHO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2018).

O Ministério da Saúde, em 2001, por meio da Portaria GM/MS n. 538 reconheceu a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil (BRASIL, 2001).

No Brasil as organizações acreditadoras mais representativas, consistem na ONA, a qual é brasileira, a JCI, americana, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a “*Accreditation Canada*”, canadense, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (MENDES et al., 2016; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018, CONSELHO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2018).

A metodologia da ONA é baseada nos padrões descritos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018). Sua criação está associada às mudanças que o setor saúde foi submetido após a Constituição Federal de 1988. Momento em que as instituições de saúde começaram a se preocupar fortemente com a avaliação dos serviços oferecidos à população (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018; SEIFFERT, 2011).

As avaliações nos ES pela metodologia do SBA são feitas apenas por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) à ONA, as quais no momento são seis: DNV GL Business Assurance Avaliações e Certificações Brasil Ltda, Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS), Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) e Instituto Qualisa de Gestão (IQG) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

A certificação da acreditação pela ONA é emitida por meio de três níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com excelência. As definições e o período de validade de cada nível são apresentados abaixo (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO 2016):

- **Acreditado (nível 1):** o ES possui elementos básicos de segurança e de estrutura física. Validade da certificação: dois (02) anos;
- **Acreditado Pleno (nível 2):** o ES tem um sistema de gestão, baseado em planejamento estratégico e utiliza protocolos de padronização de processos assistenciais e gerenciais. Validade da certificação: dois (02) anos;

- **Acreditado com excelência (nível 3):** os resultados do ES são baseados em indicadores alinhados com o seu planejamento, e a partir da análise crítica dos resultados, estabelecem-se ações de melhoria contínua. Validade da certificação: três (03) anos;

A Norma Orientadora (NO) da ONA nº 08 (2016), esclarece que durante o período de validade do certificado, o ES precisa manter o desempenho identificado no processo de avaliação. Para monitorar se isso ocorre, a ONA e as IAC utilizam três mecanismos: visitas ordinárias, periódicas e obrigatórias da equipe de avaliadores à instituição certificada; visitas de manutenção extraordinárias em casos específicos, entre eles quando houver notificação de eventos graves ou denúncias e gerenciamento de eventos sentinela.

A ONA em sua NO nº 20 (2016) conceitua evento sentinela de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS):

Evento Sentinela é um incidente inesperado envolvendo a morte ou danos físicos e/ou psicológicos graves, ou o risco do mesmo. Ferimentos graves incluem especificamente a perda de membro ou função. A frase ou risco do mesmo inclui qualquer variação do processo para o qual a reincidência levaria a uma chance significativa de um resultado adverso grave. Tais eventos são chamados de "sentinela", porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediata (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2016).

Caso a instituição se recuse a receber as visitas ou nelas sejam identificadas irregularidades ou não conformidades do padrão de qualidade, a certificação é cancelada (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO 2016).

Os padrões de avaliação das organizações internacionais de acreditação, JCI e canadense, estão baseados no “*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* e no *Required Organizational Practices*”, respectivamente. O prazo para reavaliação é de três anos e o foco de suas avaliações está na estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos da instituição de saúde (MENDES et al., 2016).

É importante destacar que as organizações de acreditação avaliam os estabelecimentos de saúde de acordo com os requisitos técnicos legais, exigidos pela ANVISA (BRASIL, 2017).

Atualmente, são quase 700 estabelecimentos de saúde brasileiros acreditados pela ONA, analisando os dados do CNES, ainda é considerável um número reduzido quando comparado com total de estabelecimentos de saúde do país (20.496 ou 3,3%) (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Esse achado pode ser relacionado ao fato da acreditação no Brasil ser um processo voluntário, não ligado ao governo, enquanto em outros países como na França, a avaliação externa é obrigatória, e nos Estados Unidos, que apesar de ser um processo voluntário, tem um incentivo aos hospitais, pois aqueles que não possuem o certificado de acreditação recebe menos financiamento do governo (BRITO et al., 2017).

4.3.2 Potencialidades do Processo de Acreditação

Oliveira e Matsuda (2016) pontuaram como benefícios do processo de acreditação: maior segurança aos usuários e profissionais, padronização das técnicas, cientificidade do cuidado, melhorias nas condições de trabalho e atendimento de excelência para o usuário. Os autores aludem que a acreditação corresponde a um sistema vantajoso ao gerenciamento e à qualidade da assistência aos pacientes.

Já Manzo e colaboradores (2012) identificaram como pontos positivos em relação ao processo de acreditação: crescimento profissional, valorização do currículo, orgulho e satisfação, segurança profissional e clima organizacional favorável.

Mendes e Mirandola (2015) destacaram a melhoria no gerenciamento da organização hospitalar, refletindo em práticas seguras, comprometimento dos profissionais, segurança aos pacientes, diminuição das infecções relacionadas à assistência à saúde e diminuição de erros médicos. Além da melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como, o reconhecimento público ao estabelecimento acreditado.

Além disso, a acreditação deve ser entendida também como uma estratégia de *marketing*, pois demonstra valor à instituição, permitindo um diferencial diante dos outros estabelecimentos de saúde (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Um estudo realizado no Iran, com especialistas no assunto e profissionais com experiência em acreditação, pontuou vários benefícios desse processo (Quadro 3) (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Quadro 3 – Benefícios de um programa externo de avaliação de cuidados de saúde.

Benefícios	Explicação
Documentação confiável	Registros médicos e administrativos organizados, claros e abrangentes.
Minimização de custos	Cortes tangíveis nos hospitais custo da prestação de serviços.
Imagem hospitalar	Reputação e prestígio dos hospitais de alto nível na sociedade.
Benefícios educacionais	Equipe mais experiente e bem treinada.
Preparação estrutural (física)	Uma investigação sobre as instalações disponíveis nos hospitais (por exemplo, equipamentos médicos, medicamentos, etc.) para fornecer serviços de qualidade aos pacientes.
Melhoria processual	Processos de cuidados baseados em evidências e padronizados (procedimentos).
Atratividade para o público	Maior atratividade do hospital classificado para pacientes e pagadores, como organizações de seguros.

FONTE: Tradução livre baseada em Jaafaripooyan (2014).

Estudo realizado em um hospital público, acreditado com excelência, na região Sul do Brasil, sob a visão da equipe multidisciplinar, identificaram vantagens no processo de acreditação voltadas para melhorias na dimensão gerencial e assistencial ao paciente. No que tange as melhorias gerenciais, os autores destacam a organização do fluxo de trabalho e estímulo aos profissionais para executarem ações que minimizem custos para a instituição. E quanto às melhorias assistenciais ao paciente os autores pontuaram a oferta de serviços de apoio diagnóstico eficazes, rápidos e necessários para atender à demanda dos pacientes; conforto das acomodações; melhora significativa no que refere ao cuidado humanizado e crescimento profissional (CAMILLO et al., 2016).

Na China, os pontos fortes e oportunidades identificadas no processo de acreditação foram: aumento do engajamento e da comunicação entre os profissionais, fortalecimento da equipe multidisciplinar, mudanças positivas na cultura organizacional, aumento da liderança, conscientização da equipe para a melhoria contínua da qualidade, identificação de áreas de melhoria, maior segurança do paciente, financiamento adicional, reconhecimento público e vantagem de mercado (NG et al., 2013).

Pelo ponto de vista de Emídio e colaboradores (2013), os hospitais acreditados são modelos para os outros estabelecimentos de saúde, por demonstrarem como obter melhoria e aprendizagem ao longo desse processo. Esses autores, ainda afirmam que a acreditação não se trata de apenas mais um processo de gestão, e sim do compromisso com a segurança e qualidade na assistência à saúde.

4.3.3 Fragilidades do Processo de Acreditação

Oliveira e Matsuda (2016) destacam que, para o processo da acreditação ser implantado com eficácia e eficiência, demanda mudanças no processo de trabalho que podem ser dificultados pela cultura organizacional. E ainda, mencionam que a rotatividade ou *turn over* dos colaboradores na instituição, impacta diretamente na qualidade da assistência aos pacientes, além de ônus organizacionais.

Outros autores tiveram como relatos dos profissionais que atuam em hospitais acreditados, os seguintes pontos negativos a esse processo: estresse, alta cobrança, falta de valorização, falta de integração entre a equipe multiprofissional e o fato do processo ser “de cima para baixo” (MANZO et al., 2012). Esses mesmos autores identificaram nas falas dos profissionais, que muitas vezes as ferramentas da qualidade são utilizadas para atribuir culpa e medo nos mesmos.

Estas fragilidades também são apontadas no cenário internacional. Estudo apresenta como desvantagem do processo de acreditação, o aumento da carga de trabalho para os profissionais, implicando estresse e ansiedade para a equipe de trabalhadores da saúde (JAAFARIPOOYAN, 2014).

O autor acima, apresenta outras desvantagens acerca desse processo (Quadro 4) (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Quadro 4 – Desvantagens de um programa externo de avaliação de cuidados de saúde.

Desvantagens	Explicação
Perda da principal missão do hospital	Perda do foco, desvio da principal missão de um hospital que é o cuidado pacientes.
Desvio de recursos	Desvio de recursos hospitalares de estratégias voltadas diretamente para tratar das questões de qualidade e segurança dos serviços.
Processo caro	Aumento de custo para o hospital.
Desencorajamento aos hospitais quando ocorre o insucesso do alcance da certificação	Desilude e desestimula os hospitais das tentativas de melhorar sua própria funcionalidade após uma pontuação insatisfatória em seu credenciamento anterior.
Aumento de foco em rotinas e burocratização	Não pensar em inovação, preso nas exigências impostas pelas organizações acreditadoras para realizar atividades de formas pré-definidas.
Incongruência do Programa	Não se encaixa bem com outras atividades de melhoria da qualidade já em execução nos hospitais, como <i>International Organization for Standardization (ISO)</i> ou <i>European Foundation for Quality Management (EFQM)</i>

Fonte: Tradução livre baseada em Jaafaripooyan (2014).

Autores de um estudo chinês identificaram como deficiências e ameaças desse processo o aumento de carga de trabalho, resistência organizacional à mudança, falta de conscientização sobre melhoria contínua da qualidade, treinamento insuficiente da equipe e suporte para melhoria contínua da qualidade, falta de padrões de credenciamento aplicáveis para uso local, falta de medidas de resultados, cortes de financiamento, falta de incentivos para participação do processo e uma abordagem regulatória para a participação obrigatória (NG et al., 2013).

Um estudo francês também apontou como fragilidades do processo de acreditação, o aumento da carga de trabalho devidas atribuições administrativas e destacou a necessidade dos estabelecimentos de saúde desenvolverem um sistema de recompensas e reconhecimento aos esforços dos profissionais, por serem eles os responsáveis pelo alcance e manutenção do certificado da acreditação (POMEY et al., 2005).

Shiesari (2014), em seu estudo problematizou o modo como tal processo tem sido implantado nos hospitais brasileiros. Segundo a autora, o despertar pelo assunto qualidade na saúde, ajudou a aumentar o interesse dos profissionais dirigentes de estabelecimentos de saúde sobre sua importância. Entretanto, as inúmeras dificuldades para progredirem dentro do padrão de melhoria para o alcance da qualidade, implicam em muitas desistências ao longo do caminho. Atualmente, poucas instituições levantaram a quantidade gasta com essa iniciativa, e poucas questionam a relação custo benefício desses modelos de avaliações externas.

Essa autora citada anteriormente, ainda critica quanto à forma rígida e inflexível desses modelos de avaliação externa, os quais causam um declínio significativo no que tange à criatividade dos profissionais e dirigentes dos estabelecimentos de saúde, por impedirem iniciativas, ideias inovadoras para serem diferentes, ou seja, fora do padrão estabelecido (SCHIESARI, 2014).

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa permite alcançar a questão subjetiva, esclarecendo o envolvimento das relações sociais apreendidas do cotidiano, do senso comum e da vivência. Está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como o compreendem, questionam a respeito da natureza desses fenômenos sociais no ambiente em que ocorrem (MINAYO, 2012).

Dessa forma, o uso de método qualitativo é aplicável a essa pesquisa como um instrumento fundamental para compreensão do processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva dos profissionais enfermeiros.

5.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos acreditados pela ONA, com a certificação dentro da validade estipulada por essa organização, ambos pertencentes à SES-GO, localizados em Goiânia, capital de Goiás. Esses hospitais dispõem atendimento exclusivamente pelo SUS e são geridos por OSS diferentes (GOIÁS, 2018).

Para essa pesquisa foram criadas denominações para identificar as instituições, sendo o Hospital Acreditado (nível I) denominado nesse estudo como Hospital I e o Hospital Acreditado com Excelência (nível III) denominado como Hospital II.

No período da coleta de dados haviam quatro hospitais públicos acreditados, pertencentes à SES-GO, com dois níveis de acreditação: três acreditados (nível 1) e um acreditado com excelência (nível 3) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018). Escolheu-se aleatoriamente um entre os três hospitais acreditados (nível I) e o único hospital público acreditado com excelência (nível III) no estado de Goiás para a realização dessa pesquisa.

O Hospital I recebeu o certificado de acreditado (nível 1) em outubro de 2014 e esta certificação tem validade até 19 de janeiro de 2019. A instituição acreditadora escolhida pelo hospital para certifica-lo foi o IBES (GOIÁS, 2018; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Esse hospital tem 41 anos de funcionamento, foi inaugurado em 1977 e, desde julho de 2012, a SES-GO passou sua administração a uma OSS. Trata-se de uma unidade de referência para doenças infecciosas e dermatológicas como HIV/AIDS, tuberculose, meningite, hepatite, tétano, acidentes ofídicos e rábicos, hanseníase, pênfigo e vitiligo dentre outras. A unidade presta atendimento eletivo e de emergência de média e alta complexidade devidamente referenciado pelos complexos reguladores estadual e municipal, em infectologia e dermatologia sanitária (GOIÁS, 2018).

O referido hospital realiza em média por mês, 246 internações e 3.423 consultas médicas. O Hospital I possui ao todo, 655 colaboradores, desses 254 são profissionais da enfermagem, equivalendo a 38,8% do total de profissionais de todas as categorias e desses 69 são enfermeiros (GOIÁS, 2018).

O Hospital II conseguiu na primeira visita da instituição acreditadora o certificado de acreditado pleno (nível 2) em dezembro de 2014. Dois anos após, em dezembro de 2016 recebeu a visita para recertificação da acreditação plena e *upgrade* para o nível 3 (acreditado com excelência) e tal certificado tem validade até 10 de novembro de 2019. A instituição acreditadora elegida por esse hospital foi o Instituto Qualisa de Gestão (IQG) (GOIÁS, 2018; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

O Hospital II foi criado em 2002, portanto está em funcionamento há 16 anos, e desde a sua criação é gerido por uma OSS. Oferece tratamento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Atualmente possui uma área construída de 33 mil 275 metros quadrados, com destaque para os sete ginásios de terapias, quatro piscinas de hidroterapias, laboratório de estudo de marcha, sala de musicoterapia, ginásio de esportes e ginásio de equoterapia (GOIÁS, 2002; GOIÁS, 2018).

O hospital realiza em média por mês, 4.283 internações e 571 cirurgias. O Hospital II possui ao todo, 1417 profissionais, desse total, 287 são profissionais da enfermagem, equivalendo a 20,3% do total de profissionais de todas as categorias, desses 71 são enfermeiros (GOIÁS, 2018).

5.3 População do estudo

A população dessa pesquisa foi composta por enfermeiros envolvidos com a assistência direta ou indireta ao paciente nos dois hospitais selecionados. Buscou-se trabalhar com enfermeiros da assistência direta ou indireta ao paciente para identificar se os profissionais que atuam na ponta assistencial têm sido envolvidos no processo de acreditação. Considerou-se nesse estudo, enfermeiros da assistência indireta ao paciente, aqueles que trabalham no centro de material e esterilização (CME).

Não foram incluídos nessa pesquisa, enfermeiros ocupantes de cargos de gestão, liderança e/ou de setores burocráticos, tais como núcleos de segurança do paciente, comissão de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, núcleo de vigilância epidemiológica, setor de qualidade e afins, porque normalmente esses profissionais são os mais envolvidos no processo de acreditação, pelos cargos que ocupam dentro das instituições.

Optou-se em trabalhar com enfermeiros, pelo fato dele ocupar papel de liderança da equipe de enfermagem, a qual, embasada no estudo de Manzo e colaboradores (2012) e nos dados levantados por meio da SES-GO (GOIÁS, 2018), consiste na maior equipe de um hospital. Há relatos de que essa equipe tem papel fundamental no processo de acreditação, uma vez que, atua direta e permanentemente com toda equipe multiprofissional, além de interagir com todas as áreas de apoio. E também porque o enfermeiro possui em sua formação acadêmica, noções gerenciais, de liderança, auditoria, educação e pesquisa, o que corrobora para ser uma peça fundamental para somar à equipe multiprofissional durante a implantação e manutenção de um processo de acreditação (MANZO et al., 2012).

Do total de 140 enfermeiros nos dois hospitais selecionados, participaram do estudo 27 enfermeiros, sendo sete do Hospital I e 20 no Hospital II. Para garantir o anonimato dos participantes, foram criadas denominações para identificá-los, utilizando-se da letra “E” mais um número, associado ao código H1, representando o Hospital I, ou H2, o Hospital II. Ficando os participantes nomeados da seguinte forma: E1H1, E2H1, sucessivamente até ao E7H1, e E8H2, sucessivamente até ao E27H2.

5.4 Percurso metodológico

Optou-se pela técnica do Grupo Focal (GF) com o intuito de buscar a profundidade do fenômeno e não o consenso. O GF intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O GF estimula o debate entre os participantes, permitindo que os temas abordados sejam mais problematizados do que em uma situação de entrevista individual. Os participantes, de modo geral, ouvem as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias e, constantemente, mudam de posição, ou fundamentam melhor sua opinião inicial, quando envolvidos na discussão em grupo, ou seja, permite um espaço de discussão e de troca de experiências em torno de determinada temática (BOMFIM, 2009).

A pesquisadora definiu o roteiro norteador para a condução dos GF, com base na literatura científica. Na sequência, solicitou a apreciação por três *experts* da área. Esse roteiro foi composto por seis questões, as quais dirigiram os participantes a falarem sobre o significado, potencialidades, fragilidades e repercussão desse processo de acreditação em cada hospital, e também sobre a atuação do enfermeiro nesse processo. A última questão consistiu em deixar os participantes livres para falarem algo que desejassem e/ou que por acaso não havia sido perguntado (Quadro 5).

Quadro 5 – Questões norteadoras para os grupos focais.

QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL
1. Podem me falar o que significa o Processo de Acreditação para vocês?
2. O que vocês percebem de potencialidades nesse processo de acreditação?
3. O que vocês percebem de fragilidades nesse processo de acreditação?
4. Como o processo de Acreditação repercutiu neste hospital: 4.1 em relação à estrutura física? 4.2 aos recursos humanos, bem como, carga de trabalho? 4.3 na qualidade da assistência ao paciente? 4.4 na Gestão? 4.5 e visibilidade da instituição para a comunidade após o certificado?
5. Nesse processo de Acreditação houve a participação dos Enfermeiros? Se sim, poderiam comentar a respeito?
6. Há algo que não foi perguntado a respeito do processo de Acreditação e vocês acham importante que seja destacado?

FONTE: Elaborado pela Autora, 2018.

A composição da equipe para a realização dos GF se deu por meio da participação da pesquisadora e duas profissionais de nível superior: uma enfermeira graduada em 2009, especialista em saúde coletiva e em sistematização da assistência de enfermagem e uma fisioterapeuta graduada em 2011, especialista em terapia intensiva.

A pesquisadora se reuniu antes da realização dos GF com a equipe para capacitá-la quanto à organização e realização dos grupos. Nesse momento foram discutidas as questões éticas em pesquisa, perguntas norteadoras, as estratégias para o acolhimento, desenvolvimento e encerramento dos grupos, com o cuidado para que as técnicas de coleta de dados fossem coerentes aos objetivos propostos.

O papel de moderadora em todos os GF foi ocupado apenas pela pesquisadora e o de observadora, foi ocupado pela enfermeira no Hospital I e pela fisioterapeuta no Hospital II.

Antes da realização dos GF, a pesquisadora reuniu previamente com as Responsáveis Técnicas (RT) de enfermagem de cada hospital, para traçarem a forma de convite aos participantes e os demais detalhes para a realização da coleta

de dados, tais como, datas, horários e locais dentro dos próprios hospitais para a realização dos GF. Nestas reuniões foi acordado que os enfermeiros seriam liberados durante o seu horário de trabalho para participarem dos GF, de forma que não houvesse prejuízo à segurança da assistência aos pacientes.

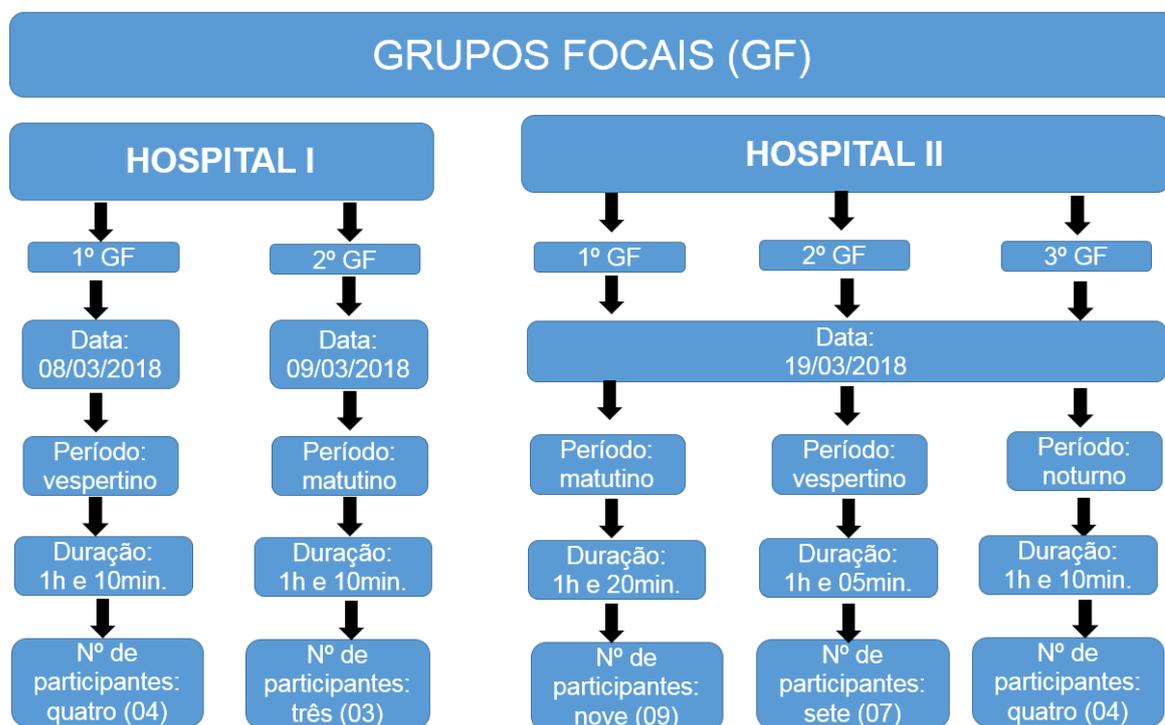
Foi pontuado pelas RT de enfermagem que devido ao fato dos enfermeiros, em sua maioria, possuírem duplo vínculo de trabalho, seria necessário que acontecesse GF nos horários de trabalho, considerando a possibilidade de baixa adesão à pesquisa, caso ela se realizasse fora dos horários e locais de trabalho.

No Hospital I foi acordada com a RT que a pesquisadora disponibilizaria uma “Carta Convite” (APÊNDICE II) destinada a cada enfermeiro e que essas cartas seriam entregues pelos enfermeiros supervisores (líderes) de cada setor, na semana que antecedia aos grupos focais. Ao todo foram disponibilizadas 63 cartas convites. Entretanto, não houve participação dos enfermeiros do noturno, pois a RT informou que o dimensionamento de enfermeiros desse turno não permitia a retirada de enfermeiros da assistência para essa finalidade, sem causar prejuízo à segurança da assistência ao paciente. A seleção foi realizada de forma aleatória.

Dessa forma, no Hospital I foram realizados dois grupos focais, nos turnos matutino e vespertino, sendo que o número de participantes no GF do período matutino foi igual a três enfermeiros e no período vespertino foi igual a quatro enfermeiros, totalizando sete enfermeiros participantes (Figura 1).

No Hospital II a RT de enfermagem se disponibilizou em organizar a equipe de enfermeiros, de modo a distribuir um número de profissionais que não prejudicasse a assistência ao paciente. Neste hospital foram realizados três grupos focais, sendo um em cada turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno) (Figura 1). No período matutino participaram nove enfermeiros, no período vespertino sete e no período noturno quatro, totalizando em 20 enfermeiros participantes.

Figura 1 – Organização dos grupos focais nos dois hospitais participantes dessa pesquisa.



Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

O percurso metodológico nos dois hospitais foi diferente no que referiu ao convite dos enfermeiros para a participação nos GF, em função das particularidades de cada serviço. Entretanto, ressalta-se que a condução de todos os GF foi igual em todos os momentos.

Percebe-se que a participação dos enfermeiros no Hospital II foi maior comparada ao do Hospital I. Acredita-se que isto se deve ao fato de que a RT desse hospital se disponibilizou em organizar a participação dos enfermeiros, de forma a garantir uma adesão maior nos GF sem prejudicar a segurança da assistência aos pacientes.

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados se deu a partir da realização dos GF que aconteceram no mês de março de 2018, nos próprios hospitais, em locais reservados, com agendamento prévio, e que permitiram um ambiente confortável e privacidade aos participantes.

Os locais possibilitaram a interação do grupo, uma vez que, o espaço físico dos ambientes proporcionou a oportunidade de realização de círculos entre os

participantes, o que promoveu um campo de visão entre os mesmos e a moderadora.

As datas e horários foram definidos pelas RT de enfermagem dos hospitais, de acordo com o dimensionamento de enfermeiros, obedecendo aos melhores dias e horários para as instituições.

Foram reservadas duas horas para todos os GF, entretanto como era um número pequeno de participantes em cada grupo, a duração variou entre 70 e 90 minutos cada.

No Hospital I, os dois GF aconteceram no mesmo local dentro da própria instituição, em dias seguidos. O primeiro foi no período vespertino e o segundo ocorreu no período matutino.

No Hospital II, os três GF aconteceram no mesmo dia e em locais diferentes dentro do próprio hospital, de acordo com a disponibilidade de locais para reuniões da instituição. Os GF neste hospital foram marcados para iniciarem no primeiro horário de cada turno: às 07, 13 e 19 horas.

A equipe da pesquisa promoveu a recepção individual de cada participante. Apesar de todos portarem o crachá da instituição foi oferecido outro crachá com o nome do participante, com letras com tamanho maior para facilitar a visualização do nome durante o desenvolvimento dos GF. Foi permitido a cada participante sentar-se em um assento escolhido por ele, dentro do círculo que foi formado previamente antes da chegada deles.

Quando todos os participantes já estavam presentes, a pesquisadora e observadora apresentaram-se ao grupo e pediram para que cada um se apresentasse dizendo o nome, o setor de trabalho e quanto tempo de trabalho tinha na instituição.

Antes de iniciarem a discussão acerca das perguntas norteadoras, a moderadora fez a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) e solicitou a todos que, se de acordo, assinassem o documento. A seguir, solicitou aos profissionais que respondesse ao questionário para o levantamento do perfil profissiográfico dos mesmos (APÊNDICE IV).

Na sequência a pesquisadora promoveu uma técnica de grupo, distribuiu entre os participantes, letras que formavam a palavra “ACREDITAÇÃO” e pediu para o grupo

montar a palavra com aquelas letras. Por ser um a atividade de simples complexidade, os participantes montaram a palavra entre um e dois minutos.

Para introduzir o assunto, antes de iniciar com o roteiro das perguntas norteadoras, moderadora pediu que cada voluntário dissesse uma palavra que representasse a “Acreditação” para eles. Diferentes palavras surgiram, tais como: organização, dedicação, valorização, segurança, trabalho, educação continuada, qualidade, melhoria contínua, protocolos, supervisão, avaliação, certificação e padronização.

Depois da dinâmica a moderadora iniciou com as perguntas norteadoras conforme ordem apresentada no Quadro 5, página 44. As perguntas foram levadas em cartazes (uma pergunta por cartaz), com letras de tamanho grande que permitiu a leitura pelos participantes durante a discussão. Os cartazes ficaram em cima da mesa, localizada no centro do grupo, durante a discussão de cada pergunta.

No final de todos os GF, a moderadora agradeceu a presença dos participantes e todos voltaram para os seus postos de trabalhos.

5.6 Registro e Análise dos Dados

Os grupos focais foram gravados, utilizando-se de dois gravadores, e as informações neles contidas foram transcritas em arquivos Word. As transcrições foram realizadas pelas observadoras dos GF.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (BARDIN, 2011), contemplando as seguintes etapas:

- 1) pré análise: fase de organização e sistematização das ideias, conforme as respostas dos participantes e os objetivos iniciais da pesquisa;
- 2) exploração do material: a exploração do material, fase em que, os dados do material foram codificados para alcance da compreensão do texto e codificação das categorias temáticas, por semelhanças;
- 3) tratamento e interpretação dos resultados obtidos: os dados foram submetidos a análise, a fim de se tornarem significativos e válidos e evidenciarem as informações obtidas.

Na pesquisa de abordagem qualitativa, acompanha a reflexão de cada passo do trabalho, ordena e organiza o material secundário e o material empírico e impregna-se das informações e observações de campo. É preciso investir na compreensão do material trazido do campo, dando-lhe valor, ênfase, espaço e tempo. Tendo em vista que a análise do material qualitativo se apoia nos verbos e substantivos e que qualquer tentativa de realizá-la, apenas tecnicamente, empobrece os resultados (MINAYO, 2012).

Assim, os conteúdos obtidos foram inicialmente transcritos em sua íntegra. Em seguida, procedeu-se uma leitura detalhada e cuidadosa de todo o material, a fim de destacar os conteúdos evocados que respondiam de forma mais direta os objetivos da pesquisa.

Na segunda fase ou de exploração do material, foram feitas leituras exaustivas para apreender as ideias principais e os significados gerais do material coletado. Durante esta fase, a pesquisadora procedeu à identificação das unidades de sentido. Optou-se por utilizar palavras, sentenças e frases como unidades de registro, uma vez que se fez a escolha pela análise temática. Neste tipo de análise, o estudo direciona-se para as características da mensagem propriamente dita, seu valor informacional, as palavras, argumentos e ideias nela expressos (MORAES, 1999).

Após identificação das unidades de sentido, procedeu-se a organização do material por subcategorias e em seguida agrupamento destas por semelhança em categorias. Segundo Moraes (1999), podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam por meio de sua análise, exprimir significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos.

Nenhum conteúdo foi desprezado (mesmo que tenha aparecido na fala de apenas um ator), procurou-se destacar os conteúdos observados de forma mais recorrente, tendo em vista que os mesmos representam certo consenso entre os participantes.

5.7 Aspectos Ético-legais

Todos os aspectos ético-legais relativos à pesquisa com seres humanos foram obedecidos, em atendimento às Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás, recebendo parecer favorável, sob Protocolo nº 2.359.004 (ANEXO I) e dos CEP dos dois hospitais participantes dessa pesquisa, sob Protocolo nº 2.427.883 (Hospital I) (ANEXO II) e sob o protocolo nº 2.443.311 (Hospital II) (ANEXO III). Destaca-se que o Hospital II não possui CEP, a aprovação de pesquisas nesse hospital é emitida pelo CEP de outro o hospital da SES-GO.

Os profissionais que concordaram com a participação assinaram o TCLE em duas vias, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com a pesquisadora. Por meio desse documento, os profissionais aceitaram a participação voluntária e o uso dos relatos gravados. A pesquisadora se comprometeu em manter a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos sujeitos da pesquisa.

Por se tratarem de hospitais da SES-GO, depois que obtivemos os pareceres consubstanciados favoráveis dos CEP, tivemos que solicitar autorização da Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o Sistema Único de Saúde (SEST-SUS). Para tal, houve a necessidade de cadastrar a pesquisa em um sistema próprio da SEST-SUS e postar os pareceres favoráveis dos CEP. Na sequência essa superintendência autorizou a realização da pesquisa e encaminhou um memorando para cada uma das unidades envolvidas, informando que tínhamos a permissão para executar a pesquisa.

RESULTADOS
E
DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil Profissiográfico

O perfil profissiográfico dos enfermeiros participantes desta pesquisa está demonstrado na Tabela 1.

A idade predominante foi entre 26 e 30 anos de idade (29,6%) e observou-se a predominância do sexo feminino (85,1%). A maioria (40,7%) dos enfermeiros possuía entre seis e 10 anos de graduação em enfermagem.

Apenas um enfermeiro (3,7%) não possuía pós-graduação, os demais (96,3%) possuíam especialização *lato sensu*, sendo esse o maior título de pós-graduação entre os mesmos.

Nota-se que tanto no Hospital I e II, predominância no tempo de serviço na instituição menor que um ano (33,3%) e entre dois e cinco anos (33,3%). Entretanto no Hospital II, notou-se um tempo maior de serviço na instituição, entre 11 e 15 anos (30,0%).

O fato de 33,3% dos enfermeiros terem menos de um ano de trabalho nesses hospitais pode gerar questionamentos em relação à avaliação dos mesmos sobre o processo de acreditação nessas instituições pelo curto tempo.

Optou-se em trabalhar com os dados oriundos de todos os participantes, independentemente do tempo de trabalho, pelo fato da técnica de coleta de dados escolhida para essa pesquisa, buscar a heterogeneidade.

A maioria dos enfermeiros (48,1%) que participou desse estudo atuava em unidades de internação (enfermaria) nestes hospitais, e os demais na unidade de terapia intensiva, ambulatório, centro cirúrgico, CME, pronto atendimento e atenção domiciliar.

Tabela 1 – Perfil profissiográfico dos enfermeiros participantes dos grupos focais dos Hospitais I e II. Goiânia, 2018.

Variáveis	Categoria	Hospital I		Hospital II		Total	
		n (7)	%	n (20)	%	n (27)	%
Idade	26 a 30 anos	1	14,3	7	31,6	8	29,6
	31 a 35 anos	0	0	6	31,6	6	22,2
	36 a 40 anos	3	42,8	3	15,8	6	22,2
	41 a 45 anos	1	14,3	1	5,3	2	7,4
	46 a 50 anos	1	14,3	2	10,5	3	11,2
	Acima de 50 anos	1	14,3	0	0	1	3,7
	Não informada	0	0	1	5,2	1	3,7
Sexo	Masculino	0	0	4	20	4	14,9
	Feminino	7	100	16	80	23	85,1
Anos de graduação em enfermagem	03 a 05 anos	1	14,3	2	10	3	11,1
	06 a 10 anos	2	28,5	9	45	11	40,7
	11 a 15 anos	2	28,5	7	35	9	33,4
	16 a 20 anos	0	0	2	10	2	7,4
	Acima de 20 anos	1	14,3	0	0	1	3,7
	Não informado	1	14,4	0	0	1	3,7
Tempo de serviço na instituição	Menor que 01 ano	4	57,1	5	25	9	33,3
	02 a 05 anos	2	28,6	7	35	9	33,3
	06 a 10 anos	1	14,3	2	10	3	11,2
Setor que atua na instituição	11 a 15 anos	0	0	6	30	6	22,2
	UTI	0	0	3	15	3	11,1
	Posto internação	5	71,4	8	40	13	48,1
	Ambulatório	0	0	3	15	3	11,1
	Centro cirúrgico	0	0,0	2	10	2	7,4
	CME	1	14,3	2	10	3	11,1
	Pronto Atendimento	1	14,3	0	0	1	3,8
Possui outro(s) vínculo(s) de trabalho	Atenção domiciliar	0	0	2	10	2	7,4
	Sim	5	71,4	12	60	17	62,9
	Não	2	28,6	7	35	9	33,3
	Não informado	0	0	1	5	1	3,8

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

De todos os participantes, 62,9% afirmaram ter outro vínculo de trabalho. Destaca-se que o fato da maioria dos participantes possuir outro trabalho, em instituições não acreditadas pela ONA, conduziu-os a fazerem comparação entre instituições acreditadas e não acreditadas, percebido em muitas falas.

6.2 Categorias e subcategorias de Análise

O presente estudo buscou a compreensão da Acreditação Hospitalar por meio de relatos dos enfermeiros. Após a realização da análise de conteúdo, alcançamos três categorias e nove subcategorias (Quadro 6).

Quadro 6 – Categorias e subcategorias temáticas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Significado do processo de Acreditação	Premissas do processo de acreditação
	Organização do processo de acreditação
	Ferramentas do processo de acreditação
Potencialidades do Processo de Acreditação	Vantagens do processo de acreditação para o profissional
	Vantagens do processo de acreditação para a Instituição
	Vantagens do processo de acreditação para o paciente
Fragilidades do processo de acreditação	Impacto negativo do processo de acreditação para o profissional
	Impacto negativo do processo de acreditação para a instituição
	Conhecimento deficiente sobre o processo de acreditação

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

6.3 Significado do processo de acreditação

Quando questionados sobre o que é o processo de Acreditação os participantes, responderam de acordo com o que a ONA conceitua Acreditação, como um processo que visa uma avaliação da qualidade do serviço de saúde para resultar em uma certificação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Nota-se a partir das falas (Quadro 7) que os enfermeiros associam o significado de acreditação com a questão do certificado, título ou selo que o hospital recebe da organização de acreditação por estar atuando dentro de seu padrão de qualidade estabelecido.

Quadro 7 – Falas dos participantes acerca do significado de Acreditação.

“(...) a acreditação ela vem para fazer uma avaliação das instituições, na questão da qualidade (...)” (E1H1)

“Então, eu acho que é um título (...). É como se fosse um certificado de competência mesmo (...)” (E4H1)

“No meu entendimento, é fazer serviço de qualidade (...)” (E6H1)

“É uma certificação que a instituição recebe (...)” (E8H2)

“(...) a acreditação veio para isso, para certificar as instituições de nível qualidade (...)” (E9H2)

“É uma maneira de analisar e entender como é o processo de cada instituição e a partir daí buscar qualidade do atendimento em si.” (E17H2)

“(...) acreditação é selo de qualidade, é você estar buscando melhorias para sua instituição (...)” (E20H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A partir dessa pergunta, houve o alcance da categoria temática **significado do processo de acreditação**, a qual foi possível por meio do levantamento de 16 Unidades de Sentidos (US), agrupadas em três subcategorias (Quadro 8).

Quadro 8 – Categoria temática Significado do Processo de Acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO (US)			
		US	n (I)	n (II)	n (T)
Significado do processo de Acreditação	Premissas do processo de Acreditação	Qualidade	7	26	33
		Excelência	0	8	8
		Organização	4	3	7
		Transparência	0	2	2
		Eficiência	0	1	1
	Organização do processo de Acreditação	Padronização	0	10	10
		Certificado	3	3	6
		Processo contínuo	1	1	2
		Complexidade do processo	0	1	1
		Criação de novos cargos	0	1	1
	Ferramentas do processo Acreditação	Protocolos	9	16	25
		Processos	0	23	23
		Alcance de metas	2	11	13
		Indicadores	3	5	8
		Auditoria	1	4	5
Resultados		0	1	1	

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018. Legenda: n (I) = número das unidades de sentido do Hospital I (Nível I de Acreditação ONA); n (II) = número das unidades de sentido do Hospital II (Nível III de Acreditação ONA) e n (T) = total, soma das unidades de sentido do Hospital I e II.

A subcategoria **Premissas do processo de acreditação** originou-se de cinco US: qualidade, excelência, organização, transparência e eficiência.

Dentre essas, observa-se que a US **qualidade** foi fortemente destacada pelos participantes da pesquisa. Isso porque, além de fazer parte do conceito de Acreditação segundo a ONA, é um tema muito discutido atualmente, conforme

mencionado na fala de um dos enfermeiros: “Com relação à qualidade (...) é um assunto que está completamente na moda, na moda pela importância que ela ocupa também (...)” (E25H2).

Oliveira e Matsuda (2016) destacam que a gestão da qualidade interfere diretamente na organização do processo de atendimento e das necessidades do paciente. Afirmando ainda, que a acreditação busca essencialmente a qualidade da assistência.

Os autores supracitados afirmam que a acreditação hospitalar é um sistema de gestão da qualidade, adaptado à realidade do setor saúde, baseado em princípios que, pela aplicação de métodos e técnicas sistemáticos, enfatizam o atendimento das necessidades dos usuários como resultado desejado.

Em um estudo de casos realizado em cinco hospitais, em diferentes cidades do país, com distintos níveis de acreditação nacional e internacional pela JCI, os autores concluíram que a acreditação hospitalar proporciona melhoria contínua nos serviços de saúde, pelo fato de estarem alicerçados em uma gestão da qualidade, voltada aos processos assistenciais (EMÍDIO et al., 2013).

Em 1990, Donabedian introduziu no conceito de qualidade no cuidado em saúde, sete atributos, denominados como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Ao observar o Quadro 4, através da subcategoria “Premissas do processo de acreditação”, nota-se que apenas um desses atributos, introduzidos por Donabedian em 1990, foi destacado por um enfermeiro do Hospital II.

Esse atributo destacado refere-se à **eficiência**, que apesar desse enfermeiro ter mencionado-a, nota-se que o mesmo a relacionou com um significado diferente apresentado por Donabedian, o qual se trata da capacidade da diminuição de custos sem comprometer o nível alcançado de melhoria na saúde (DONABEDIAN, 1990).

“(...) eficiência no que a gente faz, muita qualidade porque quando você trabalha numa instituição que é ONA 2, ONA 3 você sabe que tem que seguir os protocolos, tentar fazer tudo correto para que esse serviço seja executado de forma perfeita e segura.” (E26H2).

Falar de eficiência no contexto que Donabedian apresenta, é importante visto que, estudo recente aponta que conseguindo diminuir em 10% o desperdício em um

hospital de 600 leitos, isso seria o suficiente para liberar anualmente 21 mil leitos/dia (BRITO et al., 2017).

A US **excelência** foi mencionada apenas por participantes do Hospital II, justificado pelo fato de ser uma instituição acreditada nível III, certificado denominado pela ONA como “Acreditado com Excelência”. O princípio desse nível é a “excelência em gestão”, no qual é exigida do hospital a demonstração de uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Deixando-se evidenciar que neste hospital é difundida a ideia de “excelência”, visto que os enfermeiros, não ligados diretamente à gestão do hospital, expressaram essa US, por meio de suas falas demonstradas no Quadro 9.

Estudo aponta a excelência na assistência aos pacientes como algo relacionado à padronização das técnicas, que direciona às ações e práticas seguras na saúde (SIMAN et al., 2014).

Quadro 9 – Falas dos participantes acerca da US Excelência.

“Acredito que seja a busca constante pela excelência (...)” (E8H2)

“(...) quando a gente fala de selo de excelência, a palavra em si já chama atenção, mesmo o cliente externo [refere ao paciente] não entendendo o que é, ele espera excelência na porta de entrada durante todo o processo.” (E19H2)

“(...) para gente ter um atendimento de excelência, porque um hospital acreditado visa isso (...)” (E22H2)

“(...) excelência mesmo em atendimento (...) eu acredito assim que esse é o objetivo da acreditação dentro do hospital.” (E28H2)

“(...) as rotinas com excelência isso para mim é acreditação (...) eu não vejo em Goiânia um outro hospital que trabalha com tanta excelência e qualidade como esse.” (E26H2)

“(...) eu acho que esse hospital tem excelência sim, eu vejo pelos próprios comentários dos pacientes (...)” (E28H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Outra US destacada pelos enfermeiros foi **organização**. O dicionário Aurélio (2017) traz como significados dessa palavra, “pôr em ordem”, “tomar forma regular”, entre outros. Isso vai ao encontro da ideia apresentada pelos participantes desse estudo, conforme demonstrado na fala do E1H2. E justifica-se o motivo pelo qual a pesquisadora colocou essa US como “premissa do processo de acreditação”, visto

que para iniciar esse processo em qualquer serviço de saúde, faz-se necessário checar se já existe a organização necessária, ou iniciar a organização, para garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados, para então ser submetido a uma avaliação pela ONA para o recebimento do certificado, de acordo com o nível em que a instituição se encontra.

Estudo realizado por Camillo e colaboradores (2016) também identificaram como vantagem da acreditação a qualificação da assistência por meio da organização do processo de trabalho.

Oliveira e Matsuda (2016) reforçam que a própria lógica do processo de acreditação busca impulsionar a organização de saúde a alcançar níveis elevados de qualidade de gestão.

“(...) eu trabalhei dentro de uma outra instituição que não era acreditada (...) sem protocolos, sem POP, sem estruturação nenhuma (...) e quando o processo (refere ao de acreditação) chegou nós tivemos a oportunidade de sair de um processo extremamente rudimentar para um processo organizado. Então a acreditação pra mim, ela é começo da organização dos trabalhos, então nós tivemos que primeiro elaborar os POP e depois disso nós conseguimos começar a estruturar os trabalhos, cada profissional dentro da sua realidade de serviço, então assim foi tudo escrito primeiro, depois protocolado, depois formalizado pela instituição e a partir de então começou a envolver cada profissional dentro do processo, então cada um conheceu primeiro a sua realidade de trabalho (...) foi extremamente rico ter participado desde antes do processo e ver o resultado depois (...) aí a gente conseguiu ver os resultados e alcançar aquilo que era meta pra gente. Tudo isso é um processo de acreditação (...)” (E12H2).

A **Transparência** foi uma US mencionada apenas por enfermeiros do Hospital II, algo comentado pelo E27H2, e evidenciado em todas os setores deste hospital pela pesquisadora, os indicadores assistenciais e o de gestão são, divulgados continuamente através dos painéis de indicadores, os quais ficam expostos não somente aos profissionais, mas aos pacientes, acompanhantes e visitantes. Essa ação é denominada como gestão à vista ou transparência de dados.

Alástico e Toledo (2013) mencionam a necessidade de comunicar aos profissionais sobre o andamento de todas as ações de adequação da gestão do hospital, coma medida de transparência e também para envolvê-los no processo.

“(...) Eu acho também que quando a empresa é acreditada ela se torna um livro aberto, a gente tem acesso aos indicadores, o que facilita essa comunicação entre gestores e quem está lá realmente na assistência e a gente consegue visualizar e fazer um diagnóstico em que a gente tem que melhorar (...)” (E27H2).

O E25H2, afirma que o Hospital II é muito transparente: “(...) passam para a gente enquanto enfermeiros assistenciais (...) aquilo que eles percebem como melhorias que ainda está faltando (...). Então aqui é muito transparente (...)” (E25H2).

O E27H2 deixa claro que esses indicadores são sempre expostos nos painéis de indicadores: “A gente vê principalmente através do painel de indicadores, os indicadores assistenciais.” (E27H2).

A subcategoria **Organização do Processo de Acreditação** foi construída a partir de cinco US: padronização, certificado, processo contínuo, complexidade do processo e criação de novos cargos.

A **Padronização** foi mencionada várias vezes, porém apenas pelos enfermeiros do Hospital II. Conforme evidenciado na fala do E20H2 com a padronização torna-se mais fácil o trabalho: “(...) é muito mais fácil você trabalhar se você já padroniza todo seu sistema.” (E20H2).

Ainda sobre padronização, chama-se atenção o fato de quatro enfermeiros, usarem a expressão “falar a mesma língua”, referindo à padronização (Quadro 10).

Quadro 10 – Falas dos participantes acerca da US Padronização associada à expressão “falar a mesma língua”.

“(...) porque para manter um processo todo organizado e que o pessoal fale a mesma língua (...)” (E12H2)

“A potencialidade mais expressiva no processo de acreditação (...) visa unificar e colocar todos os colaboradores para falarem a mesma língua (...)” (E15H2)

“Porque quando você trabalha em um hospital que tem essa acreditação (...) o pessoal fala a mesma língua, mesmo vocabulário entre todos (...)” (E20H2)

“Quando temos um hospital acreditado com todas as suas rotinas, tudo muito correto, todo mundo falando a mesma língua à gente consegue fazer com que o paciente tenha um atendimento de qualidade e as metas de segurança do paciente são cumpridas.” (E18H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A padronização dos processos permite demonstrar nas instituições os padrões esperados para os processos considerados prioritários e críticos. Normas, regulamentos, orientações, procedimentos e documentos técnicos são produzidos objetivando homogeneizar o que é possível de padronização (SCHIESARI, 2014).

Os profissionais veem a acreditação como algo contínuo e complexo, evidenciado nas US **Processo Contínuo** e **Complexidade do Processo**. Os enfermeiros E17H2 e E13H2 falam a respeito: “(...) um processo contínuo (...) todos os setores estão com muita tarefa, tem muita comissão, muita escrita, muita educação continuada (...)”. (E17H2), e, (...) porque o processo é bem complexo (...) o processo não é fácil, porque a gente está lidando com vidas (...) não é aquela coisa que você vem todos os dias e faz o mesmo serviço, cada dia é diferente.” (E13H2).

Emídio e colaboradores (2013) afirmam que o fato do processo de acreditação ser contínuo promove às instituições acreditadas o alcance da melhoria de forma contínua também.

Viana (2011) complementa que o fato do processo de acreditação ser um processo complexo e duradouro, pode repercutir em dificuldade de interpretação de seu significado por partes dos funcionários. Fato inclusive que foi mencionado pelos participantes desse estudo, considerado como US na categoria Fragilidades do processo de acreditação.

Um enfermeiro do Hospital II (E19H2) pontuou também a oportunidade de **criação de novos cargos** nos hospitais devido à acreditação. Visto que, para acompanhar melhor os processos, é necessária a criação de mais cargos para a liderança de

equipes. O próprio cargo de gerente da qualidade, que só passou existir nos dois hospitais depois que decidiram pela acreditação, merece ser destacado pelo fato de além de ter sido um novo cargo nessas instituições, é ocupado por profissionais enfermeiros: “(...) tivemos a criação do cargo de gerente da qualidade, (...) o meu setor não tinha uma supervisão específica, foi criada (...)” (E19H2).

Indo ao encontro desse achado, um estudo de casos em hospitais acreditados no país, também demonstrou a oportunidade de criação de novos cargos dentro dos hospitais. Concordo com isso, a criação das equipes para auditoria interna dentro das instituições, as quais não existiam antes da implantação da gestão da qualidade para o alcance do certificado da acreditação (EMÍDIO et al., 2013).

Como resultado da organização do processo de acreditação, é alcançado **certificado** da ONA. Fato pontuado por enfermeiros dos dois hospitais conforme expressado no Quadro 11.

Quadro 11 – Falas dos participantes acerca da US Certificado.

“Então, eu acho que é um título né que a unidade recebe por, está tudo certinho em todos os setores.” (E4H1)

“(...) para o hospital ganhar título” (E5H1)

“É uma certificação que a instituição recebe” (E8H2)

“(...) toda instituição até mesmo com o avançar das tecnologias, com a busca de melhora da assistência, busca processos para certificar (...) a unidade e a acreditação veio para isso, para certificar as instituições de nível qualidade (...)” (E9H20)

“(...) é um título mesmo para mostrar para população que esta instituição é segura (...)” (E10H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A ONA em sua Norma Orientadora nº 07 (2016), esclarece que o certificado poderá ser utilizado somente enquanto durar a validade do mesmo, a instituição poderá utilizar a logo da certificação em sua divulgação no geral, porém havendo cancelamento ou rebaixamento a instituição deverá interromper imediatamente a distribuição de qualquer material que divulga a condição de acreditada. O certificado da Acreditação deve seguir a correta utilização da logo de Acreditação, conforme sua condição: Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência.

A subcategoria **Ferramentas do processo de acreditação** foi construída a partir seis US: Protocolo, Processos, Alcance de metas, Indicadores, Auditoria e Resultados.

O **Protocolo** foi a US mais percebida nesta subcategoria, mencionada pelos enfermeiros dos dois hospitais. Eles veem os protocolos como uma ferramenta importante e necessária para garantir segurança e qualidade na assistência ao paciente, como um método que também oferece segurança aos profissionais na execução de suas atividades e mostram ter conhecimento que os protocolos exigem revisões constantes (Quadro 12).

Quadro 12 – Falas dos participantes acerca da US Protocolos.

“(...) tudo mais organizado, tudo protocolado, e isso vai ser melhor para o paciente (...).” (E1H1)

“(...) e o profissional realmente quer desenvolver aquele protocolo para dar certo, não só porque a ONA vai vir.” (E2H1)

“(...) eu já participei de elaboração de protocolo (...).” (E3H1)

“Dentro do meu setor, eu vou fazer o que está dentro dos protocolos (...).” (E6H1)

“(...) a partir do momento que a gente tem protocolo e ele é eficaz dentro da instituição, ele é revisto e a gente atende o paciente com qualidade (...).” (E8H2)

“São muitos POP, muitos protocolos (...).” (E10H2)

“(...) a gente tem segurança que aquilo que a gente está fazendo está dentro dos protocolos e é segurança para o profissional também (...).” (E16H2)

“(...) você tem que seguir todos os protocolos (...).” (E18H2)

“Porque sempre tem que estar revisando, direto tem protocolos alterados por isso, muda lá em cima e chega aqui para nós.” (E20H2)

“(...) você é convidado a participar de discussões a respeito daquele protocolo que vai ser implantado, você treina a equipe sobre esse protocolo, fiscaliza esse protocolo e aplica.” (E20H2)

“(...) a gente trabalha em cima de POP (...).” (E26H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A criação de protocolos é importante para a organização dos processos nas instituições de saúde, pois, eles são ferramentas que permitem a padronização dos processos. É importante destacar que esses documentos devem ser atualizados rotineiramente e disponível para todo o quadro de funcionários da instituição (EMÍDIO et al., 2013).

Nessa subcategoria, foram apresentados dois itens, como US, da clássica tríade da qualidade do cuidado apresentada por Donabedian (1980), **Processos** e **Resultados**. Outro item que compõe essa tríade é estrutura, a qual será apresentada posteriormente por ter se encaixado melhor em outra subcategoria/categoria.

Essas duas US foram pontuadas apenas por enfermeiros do Hospital II, visto que por ser acreditado por excelência (nível 3) trabalha ativamente essa parte da gestão dos processos e resultados, enquanto no Hospital I, por ser acreditado como nível 1, o foco inicial é a questão da segurança da assistência ao paciente.

No Quadro 13, são apresentadas algumas falas que demonstram que os enfermeiros têm entendimento sobre Processos, que os mesmos possibilitam o alcance de uma segurança e qualidade maior na assistência ao paciente e o quanto se veem envolvidos nestes processos.

Quadro 13 – Falas dos participantes acerca da US Processos.

“Acreditação é o reconhecimento de que a unidade determina fluxos, processos para uma assistência segura ao paciente (...)” (E11H2)

“(...) melhoria é fundamental para se ter processos de qualidade, principalmente nessa área de saúde que é bem fragilizada no restante do país (...).” (E12H2)

“O enfermeiro envolve em todos os processos, todos, desde a entrada do paciente aqui no Hospital II até a saída dele a gente está envolvido.” (E15H2)

“(...) é exigido que você siga uma rotina estabelecida pela instituição, aqui no Hospital II nós fazemos assim, administramos o medicamento de tal forma, conduzimos etapas do centro cirúrgico de tal forma, tem processo que é executado só pelo enfermeiro (...).” (E18H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Processo compreende o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente. E Resultado refere-se às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações reflexas dos processos executados (DONABEDIAN, 1980).

Apesar de capturada apenas uma vez, a US **Resultados** foi bem explicada pelo E15H2, quando demonstrou que os resultados são reflexos dos processos. E faz-se necessário destacar a responsabilidade assumida por esse enfermeiro em orientar

os técnicos de enfermagem sobre os resultados, para que os mesmos percebam melhor a atuação deles nos processos.

“(...) nosso técnico de enfermagem para que ele consiga se incluir no processo é responsabilidade nossa [refere aos enfermeiros], (...) depois que acreditação entrava e fazia a auditoria e dava os resultados nós tínhamos que sentar com nossos técnicos, mostrava os gráficos e fazia a interpretação daqueles gráficos para mostrar o resultado do nosso processo, o que a auditoria entrou e viu que precisava melhorar. (...) A gente precisava chegar e falar o está aumentando o número de infecção do trato urinário e você está incluso nesse ponto aqui, então a gente vai trabalhar junto para que a gente consiga diminuir a taxa de infecção (...) então assim é uma responsabilidade muito grande (...) envolver a equipe dentro do processo.” (E15H2).

A adequação aos padrões de qualidade preconizados pela acreditação exige do hospital adequação em seus processos e método de trabalho (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Os enfermeiros demonstram que o **Alcance de metas** faz parte desse processo de acreditação e que é importante para a segurança do paciente (Quadro 14).

Quadro 14 – Falas dos participantes acerca da US Alcance de metas.

“(...) se aquilo que é proposto se está sendo atingindo as metas (...) uma forma organizacional de fazer a coisa funcionar e atingir uma qualidade (...) focada em atingir as metas.” (E1H1)

“Aí foi um envolvimento dentro do processo, aí a gente conseguiu ver os resultados e alcançar aquilo que era meta para nós (...) é uma das principais metas a ser alcançada (...)” (E12H2)

“Seguir as metas para segurança do paciente (...)” (E18H2)

“(...) eu percebo um comprometimento em relação às metas (...) a gente consegue alcançar metas ainda muito melhores do que em outras instituições.” (E25H2)

“(...) eles colocam muitas metas a serem feitas para que não seja quebrada essa barreira e a gente consiga proporcionar essa segurança ao paciente.” (E25H2)

“(...) eu acho que hoje eles [referem aos gestores] já sabem quais são as metas, quais são os objetivos que eles têm que alcançar para ter qualidade na assistência.” (E27H2)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A melhoria contínua se percebe por meio do alcance das metas, e que para isso era necessário incentivar os profissionais nesse sentido. Por isso, desenvolveram um programa de gratificação por cumprimento de metas. Além do alcance das metas, conseguiram por meio dessa ação, motivar os profissionais quanto ao processo de acreditação e diminuir o *turn over* da instituição (SIMAN et al., 2015).

Além dessa ação de recompensa, a referida instituição investiu em outras várias ações de gestão de pessoas, com o intuito de ajudá-las a tornarem-se pessoas bem sucedidas, impulsionando-as para desenvolverem suas atividades com mais criatividade, contribuindo com o crescimento institucional, evidenciado pelo alcance crescente das metas estabelecidas (SIMAN et al., 2015).

A US **Indicadores** remete a ideia de que é por meio deles que é possível a avaliação dos processos, segundo as falas do E18H2 e E20H2.

“(...) Mas para andamento do processo a gente tem que medir o que realmente tem sentido, você medir um indicador que não vai te levar a nada não tem sentido. Então você tem que começar a medir, fazer acordos e os acordos tem que ser seguidos (...)” (E18H2)

“Quando o processo tem uma rotina, você consegue gerar estatística e consegue reavaliar se está realmente de qualidade aquele protocolo.” (E20H2)

Os indicadores são muito importantes para tomada de decisão nas instituições. Um estudo menciona a necessidade que hospitais acreditados tiveram em criar, acompanhar e tratar os indicadores para a gestão da qualidade, para o alcance e manutenção do certificado de acreditação (EMÍDIO et al., 2013).

Os indicadores podem contribuir na mudança dos processos internos de trabalho, desde quando a coleta e os resultados são analisados criticamente, caso contrário, servem apenas para gerarem um volume de informações, que não permitem melhorias nos processos avaliados, podendo inclusive prejudicar o ciclo de melhoria contínua (FUSCO; SPIRI, 2015).

Auditoria foi pontuada apenas pelos enfermeiros do Hospital II. A auditoria mencionada refere-se à interna, a da própria instituição, algo muito utilizado em hospitais acreditados, para o levantamento das não conformidades para implantação da melhoria necessária. O E12H2 fala a respeito: “(...) os auditores da instituição nos

dão os parâmetros no que a gente precisa para o trabalho, então essa auditoria ela tem essa capacidade de entrar na instituição para estruturar (...)” (E12H2).

Em um estudo com cinco hospitais acreditados, entre nível 2 e 3 da ONA e pela JCI, algo em comum entre os mesmos, foi a criação de equipes de auditoria interna para a realização das melhorias necessárias, antes da pontuação de avaliadores externos (EMÍDIO et al., 2013).

6.4 Potencialidades do Processo de Acreditação

O que vocês percebem de potencialidades nesse processo de acreditação? Ao serem interrogados com essa pergunta os enfermeiros pontuaram potencialidades voltadas para o profissional, para a instituição e para o paciente. Vale destacar, que apesar dos participantes reforçarem na maioria das falas que o processo de acreditação é para a segurança do paciente, as vantagens voltadas para esse público foi menor, quando comparadas às vantagens voltadas para os profissionais. Conforme visualizado em algumas falas no Quadro 15.

Indo ao encontro desse achado, podemos citar o estudo de Velho e Treviso (2013), realizado em um hospital na região do Sul do país, que possui o selo de qualidade pela JCI. Os autores identificaram que os participantes do estudo se sentem mais seguros em realizar o seu trabalho porque o programa de acreditação os motiva a melhorarem sua prática continuamente, por haver investimento humano e financeiro em capacitações e formação profissional.

Ainda, os autores supracitados, identificaram nos participantes do estudo, que por se sentirem mais qualificados e seguros conseguem contribuir de forma mais eficaz na segurança do paciente e sentem mais tranquilos na realização do trabalho (VELHO; TREVISO, 2013).

A categoria temática **potencialidade do processo de acreditação** foi levantada a partir de 22 US, agrupadas em três subcategorias (Quadro 15).

Quadro 15 – Categoria temática Potencialidades do Processo Acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO (US)			
		US	n (I)	n (II)	n (T)
Potencialidades do Processo de Acreditação	Vantagens do processo de acreditação para o profissional	Desenvolvimento profissional	3	6	9
		Segurança para o profissional	3	6	9
		Educação de forma continuada	3	4	7
		Melhoria para o profissional	4	2	6
		Responsabilidade do Enfermeiro com o processo de acreditação	0	6	6
		Aumento do quadro de profissionais	2	2	4
		Satisfação do profissional com as melhorias	2	1	3
		Envolvimento dos profissionais no processo	0	2	2
		Política de não culpabilização	0	2	2
		Credibilidade para o profissional	2	0	2
		Multiprofissionalidade	1	1	2
		Diminuição do <i>turn over</i>	0	1	1
	Vantagens do processo de acreditação para a Instituição	Melhoria contínua	5	17	22
		Adequação da estrutura física	4	8	12
		Segurança para a instituição	0	3	3
		Diminuição dos custos	1	2	3
		Diferenciação da instituição	0	1	1
		Aumento da Produtividade	0	1	1
	Vantagens do processo de acreditação para o paciente	Credibilidade para a instituição	1	0	1
		Segurança para o paciente	4	13	17
		Melhoria para o paciente	8	2	10
		Humanização	0	1	1

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018. Legenda: n (I) = número das unidades de sentido do Hospital I (Nível I de Acreditação ONA); n (II) = número das unidades de sentido do Hospital II (Nível III de Acreditação ONA); e n (T) = total, soma das unidades de sentido do Hospital I e II.

A subcategoria **vantagens do processo de acreditação para o profissional** foi construída a partir de 12 US: Desenvolvimento profissional, Segurança para o profissional, Educação de forma continuada, Melhoria para o profissional, Responsabilidade do Enfermeiro com o processo de acreditação, Aumento do quadro de profissionais, Satisfação do profissional com as melhorias, Envolvimento dos profissionais no processo, Política de não culpabilização, Credibilidade para o profissional, Multiprofissionalidade e Diminuição do *turn over*.

Desenvolvimento profissional remete a ideia de não deixar o profissional “cair na rotina” ou ficar parado, e sim buscar desenvolver-se de forma contínua e, com isso alcançar maiores oportunidades dentro do hospital, como mudança de cargo, fatos evidenciados nas falas do Quadro 16.

Quadro 16 – Falas dos participantes acerca da US Desenvolvimento Profissional.

“(...) você não cai na rotina, não fica acomodado, você estuda, (...) você não fica parado, isso para o profissional é ótimo.” (E2H1);

“(...) a gente ouve muito falar que o Hospital I é um dos melhores locais para se aprender, continuar desenvolvendo e abrir outras oportunidades (...)” (E4H1);

“(...) o profissional precisa buscar mais, estudar mais, ele precisa mudar seu perfil (...)” (E6H1);

“(...) Exige de nós profissionais (...) estudar mais, de se envolver mais, de conhecer mais, eu mesmo saí de um setor fui para outro agora e tenho que me adequar algumas coisas que para mim tem sido novo (...) assim isso requer de mim aprender dentro daquele setor (...)” (E13H2);

“(...) de se preparar, pessoas que ocupavam outro cargo hoje estão em outro local (...)” (E25H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

O desenvolvimento profissional é uma preocupação central de toda a iniciativa da qualidade. Dessa forma, estabelecimentos de saúde envolvidos em processo de acreditação tendem aumentar a oferta de treinamentos, capacitações, cursos, educação em geral, aumentando significativamente o número de horas de treinamento por colaborador (SCHIESARI, 2014).

Outros estudos também levantaram como benefício desse processo de acreditação o desenvolvimento profissional, o que permite aos hospitais, uma equipe mais experiente e treinada (NG et al., 2013; JAAFARIPOOYAN, 2014).

Um enfermeiro do Hospital II, por duas vezes, expressou ter mais **credibilidade** devido ao processo de acreditação no hospital. Estudo iraniano, também pontuou o aumento da credibilidade para a equipe de trabalhadores, devido ao processo de acreditação (JAAFARIPOOYAN, 2014). Isso pôde ser verificado em uma de suas falas: “(...) eu tenho mais credibilidade (...) no hospital que tem acreditação.” (E1H1).

Enfermeiros dos dois hospitais, afirmaram que esse processo traz mais **segurança para o profissional**. Esse sentimento de segurança para o profissional está

intrinsecamente ligado à política de segurança na assistência à saúde. Desde 2009, com a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) das seis metas internacionais de segurança, os estabelecimentos de saúde que passaram a implantá-las, puderam alcançar o aumento da segurança do paciente, permitindo às instituições adequações em seus processos, o que permite o trabalhador se sentir mais seguro para realizar seu trabalho (VELHO; TREVISIO, 2013).

As seis metas internacionais de segurança da OMS, correspondem em: identificação correta do paciente, comunicação clara e efetiva, maior vigilância em relação aos medicamentos de alto risco, maior segurança em cirurgias, redução do risco de infecção e diminuição de risco de lesões e quedas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Os profissionais inseridos em um serviço de saúde acreditado geralmente sentem-se mais bem preparados para assistir os pacientes, à medida que os mesmos têm recursos materiais, técnicos e humanos (MANZO et al., 2013).

A instituição de saúde que é acreditada busca melhorias em seus processos, promovendo o gerenciamento dos riscos inerentes ao trabalho, permitindo aos profissionais se sentirem mais confiantes em suas atividades assistenciais (SIMAN et al., 2014).

Em uma fala foi relatado: “(...) segurança, não só para o paciente, mas também pra nós profissionais, nós colaboradores temos segurança no que está fazendo” (E16H2).

Apesar de terem sido levantadas subcategorias denominadas “vantagens do processo de acreditação” separadamente para o colaborador, instituição e paciente, nota-se nas falas dos enfermeiros que quando referem à segurança, na maioria das vezes, é demonstrada a ideia de segurança dupla: para o paciente e para o profissional. Foram relatados: “(...) também segurança, não só para o paciente, mas também para nós profissionais (...)” (E16H2), “(...) a gente aumenta o nível de segurança tanto para o colaborador quanto para o paciente” (E27H2) e:

“(...) Então tanto para o paciente que consegue uma assistência e tem direito a uma assistência cada dia mais digna e para os colaboradores que trabalham com segurança, é mais fácil desenvolver suas técnicas e assistência (...) eu acho que é um ganho

muito grande tanto para o cliente quanto para gente enquanto colaborador (...)" (E25H2).

Outro estudo realizado em um hospital público acreditado com excelência na região do Sul do país, também enfatizou que a acreditação é um processo que resulta benefícios para os profissionais e também para o paciente (CAMILLO et al., 2016).

Ficou evidenciado que a acreditação é um processo que promove **Educação de forma continuada** para os profissionais, para introdução de protocolos novos e para alcançar melhoria no que já é realizado.

Autores apontam como um impacto da acreditação hospitalar a contribuição para o aumento da qualificação dos profissionais de saúde, por estimular as ações de educação e treinamento, contribuindo para a capacitação dos profissionais de saúde (NG et al., 2013; EMÍDIO et al., 2013; MENDES; MIRANDOLA, 2015).

A qualidade em um serviço só pode ser alcançada, se houver a prioridade na educação visando a qualificação profissional e do serviço prestado. O processo de acreditação requer o desenvolvimento de diversas capacitações e treinamentos para todos os profissionais, e esse programa de educação oportuniza mudanças de comportamento e mais segurança para o profissional desenvolver suas atividades laborais (VELHO; TREVISO, 2013).

A Acreditação é um processo que representa uma importante estratégia de capacitação dentro de uma instituição de saúde, pois trata-se de uma proposta de capacitação permanente, objetivando a garantia de uma assistência segura e com mais qualidade. Aprender sobre o processo de acreditação, aumenta a responsabilidade do profissional em relação ao paciente, instituição e consigo mesmo (SIMAN et al., 2014).

"(...) Outra coisa que é bom citar que a gente está sempre passando por reciclagem e capacitações. Então assim, a gente é capacitado, implanta uma coisa nova o funcionário é capacitado, todo mundo é treinado para que fazer aquilo da melhor forma possível (...)" (E28H2).

Alguns enfermeiros expressaram a percepção de melhorias voltadas para os profissionais e de estarem satisfeitos com essas melhorias advindas do processo de acreditação, vistas nas US **Melhoria para o profissional e Satisfação com as melhorias**.

Ao encontro desse achado, profissionais de outro estudo, também expressaram o sentimento de orgulho em trabalhar em uma instituição de saúde pública acreditada pelos benefícios que esse fato oferece, tal como crescimento profissional (CAMILLO et al., 2016).

Foram ouvidas as seguintes falas: “(...) melhoria para o profissional também (...) é bom para o profissional com certeza.” (...) (E3H1) e “Vou te relatar do meu setor, eu entrei no CME, já trabalhei em outras, porém esta está maravilhosa e estão melhorando ainda mais. Teve sim uma melhora no meu setor (...) então, assim, eu vi melhorias” (E2H1).

Alguns enfermeiros dos dois hospitais afirmam que as instituições contrataram mais profissionais, **aumentando o quadro de profissionais** devido ao processo de acreditação e um enfermeiro do Hospital II afirmou que houve **diminuição do *turn over*** , fato evidenciado na Tabela 1, na variável “tempo de serviço na instituição”, onde é visualizado que os enfermeiros participantes deste estudo apresentam um tempo maior de serviço nesta instituição.

Na fala do E12H2 do Hospital II fica claro que houve contratação não só de profissionais de enfermagem, mas de outras categorias profissionais, o que inclusive diminuiu a sobrecarga de trabalho para os enfermeiros. E na fala do E1H2, fica evidente que o processo de acreditação exigiu da instituição mais contratações de recursos humanos, entretanto ainda existe a necessidade de mais adequação no quadro de colaboradores. E o E20H2 afirma que há pouca rotatividade no Hospital II.

“Acredito que a disponibilidade de recurso humano esteja na base de todo processo de acreditação e estabelecimentos públicos, eu antes de chegar aqui no Hospital II, eu convivia com uma sobrecarga de trabalho muito grande em cima do enfermeiro por falta de recursos humanos mesmo, de equipe multiprofissional, então chegava no enfermeiro demanda de nutrição, de assistente social, psicólogo que era uma questão de recursos humanos. Então aqui no Hospital II um diferencial enorme que eu percebi foi esse funcionamento de equipe

multidisciplinar e isso aí é disponibilidade de recursos humanos (...)" (E12H2).

"(...) com a acreditação teve que melhorar, se adequar a quantidade de colaboradores para o atendimento do paciente, teve que contratar pessoas, então teve melhorias, teve uma, pequena diminuição da carga horária, porém a nossa demanda ainda é gigante." (E1H1)

"(...) existe pouca rotatividade no hospital II" (E20H2)

Estudo realizado em quatro hospitais da região do sul do país, acreditados com diversos níveis de acreditação pela ONA, com colaboradores de diversas categorias profissionais, foi identificado também o aumento do quantitativo de profissionais (OLIVEIRA et al., 2017).

Outro estudo apontou a necessidade da diminuição do *turn over*, para tal, em vários hospitais acreditados, participantes dessa pesquisa, foram criados indicadores de gestão de pessoas para acompanhar tanto a taxa de *turn over* quanto a de absenteísmo (EMÍDIO et al., 2013).

Foi pontuado por enfermeiros do Hospital II que foi permitido o **envolvimento dos profissionais** e por enfermeiros dos dois hospitais, que há **multiprofissionalidade** nesse processo de acreditação.

"A participação de quem está na ponta é muito importante, os enfermeiros que estão na assistência conseguem ver talvez o que o gestor não vê, (...) é por isso que é importante a participação de quem está na ponta, enfermeiros, técnicos e toda a equipe multi para que os processos melhorem a cada dia." (E18H2);

"(...) você é convidado a participar de discussões a respeito daquele protocolo que vai ser implantado, você treina a equipe sobre esse protocolo, fiscaliza esse protocolo e aplica." (E20H2);

"Eu acho assim, cada área tem que ter a sua contribuição para fazer o processo acontecer." (E6H1);

"Acho que por ser uma instituição quem tem uma equipe multiprofissional bem presente, que tem uma base interessante as vezes não é tão focado assim na enfermagem, todos se sentem responsáveis, todos se colocam como participantes deste processo." (E13H2).

Apesar da implantação da multi e interprofissionalidade em torno da assistência ao paciente ser um grande desafio nos estabelecimentos de saúde, essas iniciativas

têm sido sensibilizadas em prol da melhoria da qualidade na saúde (EMÍDIO et al., 2013; SCHIESARI, 2014).

Outro estudo identificou como uma vantagem do processo de acreditação o trabalho em equipe, o qual permite uma melhor comunicação interdisciplinar (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Ficou nítido pelas falas do E27H2 e E28H2 que há uma grande **responsabilidade do enfermeiro com o processo de acreditação**. Essa US foi atribuída na subcategoria “vantagens do processo de acreditação para o profissional” porque ficou evidenciado a apreciação dessa responsabilidade como algo positivo para esses profissionais.

“O enfermeiro ele é muito presente nesse processo de acreditação, o enfermeiro acaba que é o elo entre todos os profissionais, é o enfermeiro que realmente carrega o processo de acreditação, (...) Então o enfermeiro é uma chave para esse processo (...) então é imprescindível e é uma atribuição que a gente não pode perder que o enfermeiro trouxe para si (...)” (E27H2) e,

“O Enfermeiro que está na ponta ele que põe essa acreditação para romper, (...) ele está na linha de frente praticamente levando acreditação, porque o olho dele está em toda parte (...) (E28H2).

Fernandes e Peniche (2015) afirmam que a equipe de enfermagem ocupa um papel de destaque nesse processo de acreditação, por desempenhar atividades de grande relevância para obtenção de resultados positivos.

Outra US muito bem considerada pelos participantes desse estudo foi a **política da não culpabilização**, algo muito discutido na recente política de segurança do paciente no Brasil.

A instituição de saúde que passa por esse processo, de forma bem conduzida, identifica as mudanças de comportamento nos profissionais e dirigentes (SCHIESARI, 2014). E a não culpabilização aos profissionais de saúde, diante das falhas existentes nessa área, é algo que tem sido fortemente trabalhado pela política de segurança do paciente. Quando há uma falha, não se deve questionar quem falhou, e sim porque ocorreu a falha. Dessa forma, é possível permitir à instituição a identificação da causa raiz do problema, evitando que outras falhas semelhantes aconteçam e atinjam os pacientes e profissionais.

Destaca-se que um dos pontos principais na gestão da qualidade, dentro do processo de acreditação, é o enfoque educativo e não punitivo (EMÍDIO et al., 2013).

O processo de acreditação tem como objetivo a mudança da cultura em não procurar o culpado, enxergando os erros ocorridos como um evento sistêmico, o qual ocorre em decorrência de diversos setores (MANZO et al., 2013).

“(...) até no momento de um evento acontecido (...) ele [refere ao profissional] não é culpado, alguma parte do processo estava errado para acontecer, estava frágil (...) acredito que como o E20H2 falou é olhar o profissional como vítima em certas razões que devem ter acontecido, não é chamá-lo de culpado. Fazer uma comissão, notificar esse evento e achar um culpado e punir, não é a solução (...) a gente foca tanto para que o processo seja certo que não para ver que atrás tem pessoas, seres humanos.” (E18H2).

A subcategoria **vantagens do processo de acreditação para a instituição** foi levantada a partir de sete US: Melhoria contínua, Adequação da estrutura física, Segurança para a instituição, Diminuição dos custos, Diferenciação da instituição, Aumento da Produtividade e Credibilidade para a instituição.

Um termo muito utilizado em serviços de saúde que são acreditados é **melhoria contínua**, por fazer parte da metodologia da ONA. No Quadro 17 são apresentadas algumas falas sobre a US Melhoria Contínua.

Quadro 17 - Falas dos participantes acerca da US Melhoria Contínua.

“(...) na verdade é um misto de diversas áreas de melhoria [refere ao processo de acreditação] (...).” (E9H2);

“(...) sempre orientativo aos colaboradores, então quando se faz uma notificação é uma forma de estar melhorando o serviço, algo não punitivo, mas orientativo (...).” (E10H2);

“(...) Eu acho que é um processo importante para reconhecer as fragilidades da instituição e buscar a todo tempo bater aquelas fragilidades para uma melhora contínua (...).” (E12H2);

“(...) Então a gente tem que pensar que o hospital acreditado tem que trabalhar todo dia pra melhoria, e não é só limpar a casa no dia que vem a visita, ele trabalha todo dia para melhoria.” (E18H2);

“(...) é um movimento crescente e contínuo de melhoria.” (E19H2);

“(...) buscando uma melhoria contínua.” (E20H2);

“(...) e a gente consegue visualizar e fazer um diagnóstico em que a gente tem que melhorar.” (E27H2) e;

“(...) a gente também fica sabendo no que nós precisamos melhorar.” (E26H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Autores de um estudo realizado em um hospital público acreditado com excelência na região do sul do país, que buscou a apreender a percepção dos profissionais sobre o processo de acreditação, identificou que esse processo traz consigo melhoria contínua, tanto na dimensão assistencial como gerencial (CAMILLO et al., 2016).

Os autores supracitados também citaram os avanços contínuos decorrentes desse processo como: organização do fluxo de trabalho, o que permite a oferta de serviços de apoio diagnóstico eficazes, rápidos, necessários e eficazes para atender a demanda dos pacientes; mais conforto no que tange às acomodações desse hospital, aumento do uso das tecnologias; melhores práticas de gestão de recursos financeiros e comprometimento dos profissionais; e melhoria na gestão de enfermagem (CAMILLO et al., 2016).

Os enfermeiros expuseram que o processo de acreditação trouxe aos dois hospitais **adequação na estrutura física**, conforme Quadro 18. Outro estudo também identificou melhoria na estrutura física advinda do processo de acreditação para oferecer serviços com mais qualidade aos usuários (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Quadro 18 – Falas dos participantes acerca da US Adequação na Estrutura Física.

“(...) estrutura antiga precisava se adequar.” (E4H1);

“Melhorou, mais ainda estão construindo outras áreas, diz que vai ter uma melhoria muito boa nessa área de atendimento.” (E6H1);

“Teve a expansão da instituição justamente para esperar a chegada da acreditação, para melhoria. (...) eu fui contratada para expansão, ou seja, o Hospital II cresceu para esperar esse momento.” (E11H2);

“(...) no momento em que eu cheguei ao Hospital II já era muito bem estruturado em relação a questão física mesmo, mas eu acompanhei a abertura de um novo bloco que para mim realmente foi um divisor de águas para mim (...).” (E12H2);

“(...) investem pesado em estrutura física.” (E20H2) e

“(...) eles fizeram a estrutura atual pensando já no processo de acreditação seguindo todas as RDC, seguindo todas as normativas já pensando no futuro processo de acreditação (...) na verdade um investimento já pensando no futuro.” (E27H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Sobre a opinião do E10H2, a acreditação promove **segurança para a instituição**:

“(...) é um título mesmo para mostrar para população que esta instituição é segura (...).” (E10H2).

A acreditação é um processo que contribui para a organização documental da instituição, permitindo maior confiabilidade nos documentos em geral, por serem mais claros e abrangentes, e com isso permitir uma diminuição de risco para a instituição no que tange a processos judiciais. Além de melhorar os processos de cuidados aos pacientes, por serem baseados em evidências e padronização (JAAFARIPOOYAN, 2014).

A acreditação tem potencial para promover níveis de segurança na assistência à saúde, isso porque a segurança é um elemento que constitui a própria qualidade que afinal, é o objetivo fundamental desse sistema de gestão (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Como vantagens para instituição foram apresentadas pelos enfermeiros dos dois hospitais, a **diminuição dos custos e aumento da produtividade**.

A diminuição de custo também foi identificada como um fator positivo do processo de acreditação, por meio da diminuição tangível na prestação dos serviços aos pacientes (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Contrariamente, estudo australiano, não identificou relação clara entre o credenciamento e os resultados medidos nos estudos de benefícios, tornando difícil projetar e conduzir avaliações precisas entre custos e benefícios envolvidos nesse processo (MUMFORD et al., 2013).

Em um estudo de múltiplos casos em hospitais acreditados, os autores identificaram que as boas práticas de qualidade em serviços de saúde, proporcionam o aumento da produtividade, relacionadas aos seguintes fatores: implantação de formulários eletrônicos, por contribuir com a diminuição dos erros e maior segurança no atendimento aos pacientes; aplicação de indicadores de qualidade por permitir o monitoramento dos processos e serviços e direcionamento dos treinamentos voltados para um maior conhecimento sobre os processos e procedimentos (TERRA; BERSSANETI, 2017).

Algumas falas relataram: “(...) para diminuir custo do hospital.” (E6H1); “(...) até evitar uma queda, lesão de pele que vão diminuir os custos do hospital, que vai potencializar este hospital aí pra fora.” (E18H2) e:

“Eu vejo a acreditação como um processo (...) buscando um trabalho mais produtivo e eficiente sempre com menores custos (...) o processo de acreditação você começa a olhar internamente para sua instituição, buscando economizar etapas, buscando um trabalho mais produtivo e eficiente sempre com menores custos, de certa forma isso influencia na qualidade.” (E19H2).

Embora este estudo tenha sido realizado em hospitais públicos, notou-se que quando o E9H2 mencionou **diferenciação da instituição**, vai ao encontro do estudo de Oliveira e colaboradores (2017), pelo fato deles terem identificado também que a acreditação contribui para favorecer o *marketing* empresarial, visto que o setor saúde encontra-se inserido na dinâmica competitiva das organizações prestadoras de serviços.

O reconhecimento externo para a instituição é muitas vezes a razão inicial de se buscar uma avaliação externa (SCHIESARI, 2014) e a imagem do hospital é destacada quando o mesmo é acreditado (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Em um estudo de casos múltiplos em seis hospitais paulistas, objetivando descrever e analisar os impactos da acreditação nesses hospitais, um dos impactos

destacados foi que o processo de acreditação é uma estratégia de *marketing* que transmite valor à marca do hospital, diferenciando-o da concorrência (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

“Então acredito que o processo de acreditação é isso, é a busca de qualidade, de migração de instituição, de diferenciação de instituição. Porque aqui no estado de Goiás pouquíssimos hospitais estão buscando a acreditação, o Hospital II é o único que tem o nível 3 (...).” (E9H2).

Outra vantagem para a instituição, pontuada pelo E1H1, foi à **credibilidade** para a instituição, a qual também foi mencionada em um estudo chinês, como uma oportunidade oriunda do processo de acreditação (NG et al., 2013). Foi relatado: “(...) mais credibilidade, no atendimento de hospital que tem acreditação.” (E1H1).

A subcategoria **vantagens do processo de acreditação para o paciente** foi elaborada a partir de três US: Segurança para o paciente, Melhoria para o Paciente e Humanização.

Cabe destacar que a questão da **segurança do paciente**, configura-se o requisito principal do primeiro nível de acreditação nacional. Motivo que justifica os enfermeiros pontuarem esse item durante os grupos focais, indo ao encontro do estudo de Oliveira e Matsuda (2016), no qual os participantes do estudo em questão, que eram gestores da qualidade, reforçaram que um dos focos da acreditação é garantir uma assistência mais segura e com qualidade.

Em outro estudo, as autoras afirmam que a acreditação no hospital investigado, possibilitou uma maior conscientização dos profissionais sobre o processo de trabalho e da importância de uma assistência segura, fazendo com eles repensassem sua prática profissional e ficassem mais atentos para prevenção de erros (FREIRE et al., 2015).

A acreditação permite melhoria nos resultados, promovendo o alcance da diminuição de eventos adversos, infecções relacionadas à assistência à saúde, complicações pós-operatórias, mortalidade hospitalar e tempo de internação (NG et al., 2013, JAAFARIPOOYAN, 2014).

Faz-se necessário mencionar neste contexto que, para a promoção da segurança ao paciente, é necessário envolvê-lo como eixo central do seu próprio cuidado, por ser ele a última barreira para evitar a ocorrência de um incidente (SILVA et al., 2016).

Em contraponto, ao que foi mencionado anteriormente, um estudo australiano identificou que a maioria das organizações de saúde participantes da pesquisa teve baixos níveis de envolvimento dos pacientes nos processos, sugerindo que é oportuno revisar as maneiras pelas quais os serviços de saúde podem envolver os pacientes de maneira mais eficaz e como a acreditação pode refletir mais claramente as necessidades dos mesmos. E ainda, esses autores destacam que pouco se sabe sobre como envolver os pacientes de maneira que possa impactar positivamente na qualidade do atendimento (BRAITHWAITE et al., 2010).

Quadro 19 – Falas dos participantes acerca da US Segurança para o paciente.

“A instituição inspira segurança no que vai fazer, por exemplo, o pessoal do bloco cirúrgico, nas cirurgias tem que fazer o preenchimento da ficha de cirurgia segura, que antes ou em outro hospital que não tem acreditação, normalmente não tem essa ficha, essa ficha te dá uma confiança de que está sendo o paciente certo, é a cirurgia certa, se verificou RX, pedidos de exames etc. Então isso te dá uma confiança não só profissional, também para o paciente.” (E2H1);

“(...) tem uma garantia que você vai dar uma assistência boa para o paciente, porque está tudo certinho.” (E5H1);

“(...) a acreditação vem para mostrar para população que se esta instituição traz segurança para o paciente.” (E10H2);

“Acreditação é o reconhecimento de que a unidade determina fluxos, processos para uma assistência segura ao paciente.” (E11H2) e;

“(...) todos focados sempre na segurança do paciente não adianta, o processo é voltado para isso.” (E22H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Como vantagem nessa categoria também foi mencionado pelos participantes dos dois hospitais a **melhoria para o paciente**.

A maioria dos programas de acreditação enfatiza os direitos do paciente, bem como, a sua participação na tomada de decisão. No geral esses programas enfatizam a necessidade de mensurar a satisfação do usuário para alcançar melhorias contínuas ao mesmo (SCHIESARI, 2014). Isso pôde ser observado em: “O processo de acreditação (...) tem a questão de ser melhor para o paciente.” (E5H1) e “Eu acredito

que toda instituição com o avançar das tecnologias (...) busca de melhora da assistência.” (E9H2).

O E8H2 pontuou a **humanização**, a qual foi incluída nessa subcategoria por entender que é um direito de todo cidadão ser tratado como tal: “(...) aqui a gente atende o paciente com qualidade e aqui ele é visto como ser humano, o que é mais importante.” (E8H2).

As vantagens oriundas da acreditação ultrapassam as administrativas e burocráticas, pois estendem ao atendimento das necessidades dos pacientes. A prestação de serviços na saúde compreende em oferecer aos usuários, uma assistência de forma digna, com qualidade e humanizada (OLIVEIRA; MATSUSA, 2016).

Além da garantia de um cuidado mais seguro, as instituições de saúde que buscam pela melhoria da qualidade dos serviços prestados, buscam novos modelos de gestão para alcançarem resultados capazes de aperfeiçoar os recursos e incrementar o cuidado humanizado e com excelência (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

6.5 Fragilidades do Processo de Acreditação

O que vocês percebem de fragilidades nesse processo de acreditação? A partir dessa pergunta, pôde-se apreender 14 US que geraram três subcategorias: Impacto negativo do processo de acreditação para o profissional, Impacto negativo do processo de acreditação para a instituição e Conhecimento deficiente sobre o processo de acreditação, conforme Quadro 20.

Faz-se necessário destacar a dificuldade em alocar algumas US nas duas primeiras subcategorias. Inicialmente algumas US foram agrupadas na subcategoria “Impacto negativo do processo de acreditação para a instituição”, porém a pesquisadora após analisá-las acreditou ser melhor agrupá-las na subcategoria “Impacto negativo do processo de acreditação para o profissional”. Entretanto, no decorrer da análise, a conclusão da pesquisadora a respeito é que são US que poderiam ser agrupadas nas duas subcategorias. Essas US foram: **Aumento da carga de trabalho, Falta de inserção do profissional no processo e Déficit de profissionais.**

Quadro 20 – Categoria temática fragilidades do processo de acreditação com as respectivas subcategorias e unidades de sentido.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO (US)			
		US	n (I)	n (II)	n (T)
'Fragilidades do processo de acreditação	Impacto negativo do processo de acreditação para o profissional	Aumento da carga de trabalho	4	14	18
		Falta de inserção dos profissionais no processo	10	5	15
		Aumento da Cobrança	4	4	8
		Sentimento de frustração	3	6	9
		Déficit de profissionais	2	5	7
		Tensão próxima às visitas de certificação ou manutenção	5	0	5
		Estresse	2	2	4
		Adoecimento do profissional	0	1	1
		Impacto negativo do processo de acreditação para a instituição	Aumento da burocracia	2	6
	Diminuição da qualidade na assistência ao paciente		2	4	6
	Diminuição da educação continuada		0	3	3
	Aumento do <i>turn over</i>		2	0	2
	Conhecimento deficiente sobre o processo de acreditação	Desconhecimento da população sobre acreditação	3	1	4
		Desconhecimento do profissional sobre acreditação	3	1	4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018. Legenda: n (I) = número das unidades de sentido do Hospital I (Nível I de Acreditação ONA); n (II) = número das unidades de sentido do Hospital II (Nível III de Acreditação ONA) e n (T) = total, soma das unidades de sentido do Hospital I e II.

Após essa relocação, a subcategoria **Impacto negativo do processo de acreditação para o profissional** ficou com as seguintes US: **Aumento da carga de trabalho, Falta de inserção do profissional no processo, Sentimento de frustração, Aumento de cobrança, Déficit de profissionais, Tensão próxima às visitas de**

certificação ou manutenção, Desgaste e estresse para o profissional e Adoecimento do profissional.

Essa subcategoria se destaca diante das outras duas por ter sido a que recebeu mais US, ou seja, o impacto negativo do processo de acreditação para o profissional, foi muito reforçado pelos enfermeiros participantes desse estudo.

Essa situação entra em contradição ao Quadro 15, onde é apresentada a categoria “Potencialidades do processo de acreditação”, na qual em sua subcategoria “Vantagens do processo de acreditação para o profissional”, também foi muito reforçada pelos enfermeiros.

Em relação à US **aumento de carga de trabalho**, os enfermeiros do Hospital I deixam transparecer em suas falas que isso é devido ao déficit de recursos humanos, associado com a sobrecarga de outras áreas que fica na responsabilidade do enfermeiro, apesar da categoria “Potencialidades do Processo de Acreditação”, alguns enfermeiros terem pontuado que a multidisciplinaridade é algo que contribui com o processo.

Em outro estudo abordando a enfermagem no processo de acreditação, foi mencionada também a cobrança desigual às diferentes categorias, acarretando sobrecarga de trabalho à equipe de enfermagem em detrimento à gestão da qualidade (MANZO et al., 2012). Por exemplo, “Trabalha mais, por falta de recursos humanos” (E7H1) e:

“Trabalhamos mais porque o tempo ficou muito pequeno e você tem que dá conta da demanda (...) daí você enfermeiro você vira encarregado, daí se a luz do quarto queimou você tem que ligar para manutenção, (...) quebrou a cadeira você tem que ir no sistema pedir o conserto, etc.” (E6H1).

Já os enfermeiros do Hospital II, relacionam o aumento da carga de trabalho, à alta cobrança, burocracia que esse processo exige, conforme visto nas falas no Quadro 21.

Quadro 21 – Falas dos participantes do Hospital II acerca da US Aumento da carga de trabalho.

“(...) nós somos sobrecarregados para conseguir executar a assistência de acordo com que a acreditação requer de nós e fazer a parte burocrática.” (E13H2);

“Resumido eu acho que a maior fragilidade é a sobrecarga de serviço, não só quando tem uma auditoria com data prevista, mas a sobrecarga diária de conseguir conciliar todas as teorias, de atualizar a equipe da qual a gente coordena, de prevê as fragilidades do setor e conseguir fazer atendimento, é um processo contínuo onde há muita sobrecarga nos setores. É em todos os setores, não há um setor tranquilo de serviço, todos estão com muita tarefa, tem muita comissão, muita escrita, muito falar, muita educação continuada (...).” (E17H2);

“(...) porque talvez a pessoa se sinta sobrecarregada pelo fato de pra manter um processo seguro você vai exigir mais das pessoas (...) porque para manter um processo todo organizado e que o pessoal fale a mesma língua todo mundo acaba se sobrecarregando mesmo. Tem dia que você vai estar muito cansado (...).” (E18H2);

“(...) porque a gente passa o dia preenchendo papel. E isso faz com que aumente sim a carga de trabalho e faz com que você fique com a cabeça mais quente, você chega em casa e fica pensando “ eu esqueci de fazer tal coisa?”, você sempre chega em casa lembrando que esqueceu de uma coisa.” (E18H2);

“Carga de trabalho aumentou, tem novos processos, agora mesmo um documento virou três (...).” (E20H2);

“(...) enfermeiro que realmente carrega o processo de acreditação (...).” (E27H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Em um estudo chinês, dentre as *Weaknesses encontradas*, identificou também a sobrecarga de trabalho à equipe (NG et al., 2013). Freire e colaboradores (2015), também identificaram o déficit de profissionais e a sobrecarga de trabalho, situações que dificultam o atendimento seguro ao paciente e a organização dos serviços conforme os padrões de qualidade cobrados por esse processo de acreditação.

Além de comprometer a segurança do paciente, a sobrecarga de trabalho contribui para o aumento do estresse e ansiedade aos profissionais de saúde (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Outro estudo, realizado em hospitais submetidos pela avaliação para o alcance da certificação da ONA, no estado de Minas Gerais, identificou-se que a quantidade de profissionais de enfermagem era baixa enquanto comparada com o previsto na literatura e legislações da categoria. Esse fato conduziu os autores a concluírem que poderia justificar a identificação das muitas não conformidades nestes hospitais com esse fato (RIBEIRO et al., 2014).

Ainda que enfermeiros do Hospital II pontuaram como vantagem o envolvimento dos profissionais no processo de acreditação, alguns enfermeiros dos dois hospitais pontuaram a **falta de inserção dos profissionais** nesse processo, de acordo com as falas do E5H1 e E7H1.

“Mas por quê? Por que está fazendo isso, por que acreditar o hospital? Qual benefício? Eles [refere aos gestores] não expõem isso (...) a gente vê o problema, soluciona, implementa, cadê o resultado que a gente nunca viu? Qual o resultado melhor que a gente teve?” (E5H1) e,

“(...) deveria sim, sempre está fazendo uma dinâmica trabalhando com os funcionários para a melhoria, até expondo porque que eu estou fazendo isso, porque assim diretamente?” (E7H1).

Relacionado às falas identificadas nessa US sobre a falta de inserção dos profissionais, principalmente no início do processo, estudo afirma que isso é o primeiro marco limitador da acreditação (MANZO et al., 2013).

É importante que as instituições de saúde acreditadas, desenvolvam a cultura de valorização dos profissionais e também a promoção do compartilhamento do conhecimento. Por que, uma vez que, os profissionais não detêm o conhecimento, eles deixam de opinar e participar, o que acarreta em descontinuidade no processo de acreditação (MANZO et al., 2013).

Em outro estudo, Manzo e colaboradores (2012), identificou que o processo de acreditação ocorreu “de cima para baixo”, ou seja, a alta gestão decidiu pela sua implementação sem envolver previamente os profissionais, fato que contribuíram para que os profissionais da instituição criassem resistência ao novo método. Outros autores, como Emídio e colaboradores (2013), apontam a inclusão dos profissionais, para o alcance da melhoria dos processos em instituições de saúde.

Outro impacto negativo da acreditação para o profissional, relatado pelos enfermeiros dos dois hospitais, foi o **sentimento de frustração**, percebido claramente pelas falas no Quadro 22.

Quadro 22 – Falas dos participantes acerca da US sentimento de frustração.

“A gente não consegue terminar o que a gente tinha que terminar (...)” (E5H1);

“É bom você dá a assistência com tempo para o paciente, ele merece, ele precisa e você não tem como dá.” (E6H1);

“É muito difícil, a gente fica se sentindo assim, eu pelo menos sinto que eu podia dar mais.” (E7H1);

“Quantas vezes a gente vai para casa sabendo que deixou de fazer (...)” (E12H2);

“(...) infelizmente a gente não consegue fazer tão bem aquilo que somos preparados para fazer.” (E13H2);

“(...) isso faz com que gere uma frustração de não conseguir fazer tudo, de conseguir tudo ao mesmo tempo.” (E17H2) e;

“Você fica frustrada pela quantidade de processo que tem que fazer e não consegue (...)” (E20H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Esse sentimento também foi identificado em outro estudo, por meio da expressão dos participantes em demonstrarem que deles não conseguiram identificar a melhoria contínua em seus serviços, por não sentirem envolvidos no processo como poderia e por sentir-se sem espaço para participarem ativamente do processo (CERVILHERI et al., 2017).

Em contradição também às vantagens do processo de acreditação para o profissional, onde alguns enfermeiros pontuaram o aumento do quadro de profissionais, visto no Quadro 11, outros enfermeiros mencionaram o **déficit de recursos humanos** nos dois hospitais, conforme expõem o E7H1 e E13H1: “Trabalha mais, por falta de recursos humanos.” (E7H1) e “(...) infelizmente a gente não consegui fazer tão bem aquilo que somos preparados para fazer porque o tempo e o recuso humano não são suficientes.” (E13H2).

Esse déficit de profissionais pode estar relacionado ao fato da sobrecarga de trabalho e aumento da cobrança, oriundas no processo de acreditação. Não foram identificados outros estudos que relacionam o processo de acreditação com o déficit de funcionários nas instituições acreditadas, pelo contrário, estudos relatam o aumento do quadro de profissionais devido a esse processo (EMÍDIO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2017).

Na organização do processo de acreditação a **aumento da cobrança** está relacionado ao sentido de maior exigência com os profissionais, para que os

processos padronizados funcionem bem, garantindo segurança e qualidade nos serviços prestados. A existência da cobrança é expressa nas falas dos enfermeiros no Quadro 23.

Quadro 23 – Falas dos participantes acerca da maior cobrança aos profissionais.

“(...) eu trabalhei no particular que não era acreditado, e agora eu estou trabalhando em hospital acreditado, e eu vejo que realmente há muito mais cobrança.” (E2H1);
“Cobram mais (...)” (E5H1);
“(...) cobrança da equipe também para ser bem feito.” (E12H2);
“(...) você é cobrado o tempo todo, 24 horas, se você não fizer você vai ser cobrado (...)” (E14H2).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A necessidade da cobrança é identificada na fala do E18H2, quando expressa que desde a gestão até aos profissionais que atuam “na ponta” têm que serem cobrados para alcançarem o seguimento dos protocolos da unidade.

“(...) eu também acho que ter um hospital acreditado não é fácil para o gestor e nem para quem está na ponta, porque as cobranças são muitas, você tem que seguir todos os protocolos, todos os processos à risca.” (E18H2).

Ainda, relacionado à cobrança, um dos enfermeiros pontua que a equipe de enfermagem é responsável em cobrar de outras categorias profissionais para que o processo aconteça. Remetendo a ideia de que se a equipe de enfermagem não estiver acompanhando as outras equipes, bem como, cobrando, o processo pode ser prejudicado.

“Eu acho assim, cada área tem que ter a sua contribuição para fazer o processo acontecer. Na parte médica, por exemplo, para aquilo ali acontecer, depende do enfermeiro cobrar dele (...), eu acho que deveria, não só na área da enfermagem, mas todas as áreas deveriam ter compromisso e entender que precisam ter atitude, não precisar de enfermeiro tá ali vigiando pra eles fazerem.” (E6H2).

Mendes e Mirandola (2015) identificaram nas falas dos participantes do estudo que realizaram a dificuldade de inserir algumas categorias profissionais no processo de acreditação, a exemplo disso, eles citaram os médicos. Situação como essa acaba sobrecarregando os enfermeiros e colocando em risco a segurança e a qualidade da assistência prestada na instituição.

Enfermeiros do Hospital I expressaram **tensão próxima às visitas** de certificação e manutenção da IAC à ONA: “(...) só no dia de passar a visita lá que eles [refere aos gestores] ficam loucos, uma semana de loucuras, fazendo aquela (...) lá com todo mundo, para todo mundo saber direitinho.” (E1H2); “(...) aí que eles falam, “oh vai chegar a fiscalização e vocês tem que está com os trem tudo certinho.” (E5H1); “(...) só que fica parecendo assim, que acreditação é só momentâneo (...) (E6H1) e “Porque as vezes fica de dois a três meses antes de vim avaliar o hospital, daí fica uma loucura o hospital e deixa todo mundo doido.” (E7H1).

Quando o processo de acreditação é colocado de forma repentina como meta da instituição, pode causar nos profissionais o sentimento de medo e mecanismos de defesa, que os levam a agir sobre tensão, e não naturalmente, como deveria ser (MANZO et al., 2013).

E ainda, nesse estudo supracitado, os participantes expressaram também o incômodo da sobrecarga de informações feita aos funcionários, véspera da auditoria e a escassez no restante do ano. É necessário, que as informações acerca do processo sejam passadas de forma contínua, evitando estresse e tensão e ao mesmo tempo, permitindo o amadurecimento dessas informações por parte dos profissionais (MANZO et al., 2013).

Estresse e adoecimento relacionados a esse processo também foram relatados pelos enfermeiros.

Devido em processo incidir em sobrecarga de trabalho, gera estresse e cobrança advindos das demandas impostas por esse processo (MENDES; MIRANDOLA, 2016).

A acreditação em si, é um processo que promove muito motivação nos profissionais no momento inicial por sua decisão, entretanto, manter essa motivação é uma tarefa árdua para os dirigentes dos estabelecimentos de saúde, pois, devido ao estresse que esse processo promove, podendo inclusive causar o adoecimento dos

profissionais, não são raros os casos citados na literatura de “traumatismo institucional” e “depressão pós acreditação”, relacionados a essa experiência (DEGOIS, 2002; SCHIESARI, 2014).

É possível identificar, nas várias realidades, que o aumento das exigências em busca da melhoria do desempenho e prática profissional tem causado a exaustão de boa parte dos profissionais da área de saúde (SCHIESARI, 2014). O que foi verificado nas seguintes falas: “O processo de acreditação em si é muito desgastante para os profissionais.” (E5H1); “(...) então o estresse é muito grande, e você é cobrado o tempo todo, 24 horas, se você não fizer você vai ser cobrado.” (E14H2) e “(...) você tem que seguir todos os protocolos, todos os processos à risca e isso pode fazer com que o profissional adoça.” (E18H2).

A subcategoria **Impacto negativo do processo de acreditação para a instituição** foi estruturada a partir de quatro US: Aumento da burocracia, Diminuição da qualidade na assistência ao paciente, Diminuição da educação continuada e Aumento do *turn over*.

O **aumento da burocracia** foi exposto pelos enfermeiros dos dois hospitais. O aumento da Burocracia em excesso pode contribuir para o desvio da principal missão de um hospital que consiste em centralizar a atenção no cuidado ao paciente (JAAFARIPOOYAN, 2014). Isso pôde ser verificado em algumas falas: “É muita burocracia!” (E17H1); “(...) fazer muitas coisas burocráticas.” (E08H1); “(...) porque a gente perde muito tempo procurando número de protocolo.” (E10H2) e “(...) conseguir fazer assistência e a parte burocrática para gente que já vem no processo não é fácil, porque a gente está lidando com vidas (...)” (E13H2).

Apesar de ser um dos objetivos da Acreditação, uma assistência com mais qualidade e segurança, alguns participantes da pesquisa informaram que devido ao aumento da burocracia, muitas vezes “deixam a assistência um pouco de lado”. Assim, a **diminuição da qualidade na assistência ao paciente**, foi considerada nessa subcategoria “impacto negativo do processo de acreditação para a instituição” pelos riscos que essa situação pode oferecer, pois se sabe que um paciente ao sofrer algum tipo de evento adverso dentro de um estabelecimento de saúde, é direito seu recorrer à justiça.

A diminuição da qualidade na assistência ao paciente pode estar relacionada ao excesso da burocracia citada anteriormente, bem como, ao fato do desvio de recursos financeiros para estratégias que não são voltadas diretamente para tratar as questões relacionadas à qualidade e segurança dos serviços (JAAFARIPOOYAN, 2014).

Estudo australiano mencionou que o levantamento dos benefícios do processo de acreditação foi inconclusivo em termos de mostrar evidências claras de que a acreditação melhora a segurança do paciente e a qualidade do atendimento (MUMFORD et al., 2013).

Conforme foi verificado em: “(...) a qualidade da assistência, eu acho que não melhorou muito porque não tem recursos humanos (...)” (E6H1), “E talvez você se afaste da assistência direta [...] isso faz com que você pare a assistência.” (E18H2) e:

“Eu acho que o processo de acreditação tem momentos que a gente fica tão focada nos POP, nos documentos que acaba que a gente deixa o paciente um pouco de lado, ficamos preocupados com todos os documentos do que fazer na instituição, fazer muitas coisas burocráticas e acabamos deixando a assistência um pouco de lado.” (E8H2).

Enfermeiros do Hospital II expuseram a **diminuição da educação continuada**, após o alcance do nível três da acreditação, fato que chama atenção, porque para manter esse nível de acreditação, o hospital precisa manter o seu nível de excelência, verificado em visitas feitas pelas IAC e até mesmo pela ONA, de forma rotineira ou esporádica.

Esse achado vai ao encontro de um estudo iraniano, realizado em um hospital acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, o qual apesar de mostrar-se relativamente eficiente quanto à segurança do paciente, apresenta algumas deficiências em relação a alguns padrões da JCI, entre elas, a deficiência no que tange aos programas abrangentes de treinamentos aos profissionais de saúde (MOUSAVI et al., 2014).

Um estudo chinês apontou também como uma limitação do processo de acreditação o treinamento insuficiente para a equipe de trabalhadores (NG et al., 2013).

“A gente já teve época com mais formação (...) diminuiu muito a quantidade de treinamentos, depois que a gente conseguiu o certificado eu acho que eles ficaram mais tranquilos, então deixaram um pouco de preparar a gente, antes quando ia ter uma visita a gente fazia simulado, eles vinham aqui fazer um monte de pergunta para a gente. Agora faz tudo meio que no automático, antes preocupava com visão e missão, agora mesmos, mudou a missão e visão do hospital e a gente viu por divulgação, mas ninguém veio falar para gente que tinha sido modificado.” (E27H2);

“(...) tinha educação continuada tanto para técnico quanto para enfermeiro. (...) com a acreditação eu não sei se pelo crescimento, expansão tanto da parte física quanto de recursos humanos (...) e como o E27H2 está dizendo isso um pouco se perdeu.” (E28H2) e;

“Antigamente tinha esses estudos dirigidos, estes cursos, treinamentos, educações continuadas toda semana e nós aprendíamos muito. Tinha educação continuada para o enfermeiro, para o técnico, tudo que acontecia de novo em primeira mão você já sabia e hoje não isso se perdeu.” (E26H2).

Em relação ao aumento do **turn over**, apesar de um enfermeiro do Hospital II ter pontuado diminuição da rotatividade dos profissionais nesse hospital, conforme demonstrado no Quadro 11, sobre as vantagens do processo de acreditação, dois enfermeiros, do Hospital I, destacaram em suas falas o aumento do *turn over*, de acordo com o Quadro 19.

Isso pôde ser verificado nas seguintes falas: “(...) o rodízio de profissionais é grande (...)” (E3H1) e “(...) se você está fazendo seu serviço ali, encaixou, encaixou, agora se não, você não serve.” (E1H1).

A rotatividade de pessoal deve ser percebida como um importante indicador de qualidade da gestão de recursos humanos, especialmente no contexto da enfermagem, por ser o maior contingente de profissionais em ambiente hospitalar. Dessa forma, esse problema de *turn over* merece ser visto com mais atenção pelas lideranças, pelo fato de aliar-se ao aumento de custos, podendo inclusive interferir na qualidade do cuidado, bem como, na manutenção dos níveis de excelência exigidos na Acreditação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

A subcategoria **Conhecimento deficiente sobre o processo de acreditação**, foi construída a partir de duas US: Desconhecimento da população sobre acreditação e Desconhecimento do profissional sobre acreditação.

Enfermeiros dos dois hospitais pontuaram o fato da **população desconhecer o processo de acreditação** nos serviços de saúde.

“(...) a comunidade não tem ciência da acreditação, fala-se na televisão de hospital com qualidade, com acreditação, mas assim, a população não sabe o que é isso, não sabe diferenciar (...)” (E1H1) e,

“(...) eles sabem que o atendimento é bom, então são duas coisas que estão diretamente ligadas, mas para o cliente externo não faz muita diferença. Eles sabem que o atendimento é bom, mas que não seja por conta da acreditação.” (E21H2).

Schiesari (2014) expõe que a maioria da população não sabe ao certo o que significa um processo de acreditação. Entretanto, apesar disso muitos usuários já conseguem ser atentos ao diferencial que as instituições acreditadas oferecem aos mesmos.

Foi considerado como fragilidade também o fato de haver **desconhecimento do profissional sobre acreditação**, pelas seguintes falas: “(...) tem gente que trabalha dentro do hospital e não sabe nada sobre acreditação.” (E1H1) e “(...) mas não vem desde a base de todos os colaboradores, para entenderem o que é? Para que serve? E o porquê que nós estamos passando por esse processo?” (E19H2).

Alástico e Toledo (2013) constataram que os profissionais, participante da pesquisa ação desenvolvida por eles, tinham um baixo conhecimento acerca dos conceitos e requisitos de Acreditação. Fato que segundo esses autores, dificulta a implantação do processo de acreditação em um estabelecimento de saúde.

É necessário destacar que esse desconhecimento sobre acreditação por parte dos funcionários pode comprometer o processo de melhoria contínua. Evidenciando a necessidade de cada instituição investir arduamente na formação da sua equipe profissional, de acordo com suas necessidades específicas (VIANA, 2011).

*CONSIDERAÇÕES
FINAIS*

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise da percepção dos enfermeiros sobre a acreditação em hospitais públicos, por meio do levantamento do significado, potencialidades e fragilidades desse processo.

O significado do processo de acreditação foi considerado como uma categoria temática do conteúdo analisado. A partir dessa categoria foi possível extrair três subcategorias: as premissas, organização e as ferramentas do processo de acreditação. As unidades de sentido mais destacadas em cada uma dessas subcategorias foram respectivamente qualidade, padronização e protocolos.

As potencialidades do processo de acreditação foram consideradas como a segunda categoria temática, originada por três subcategorias que remetem a ideia de vantagens ao profissional, instituição e ao paciente.

Notou-se no geral, que os enfermeiros apesar de pontuarem em diversos momentos que a acreditação é um processo para garantir mais segurança para o paciente, foram destacados, por eles mesmos, mais vantagens voltadas para os profissionais do que para os pacientes.

As unidades de sentido mais destacadas na subcategoria vantagens para o profissional foram, desenvolvimento profissional e de segurança para o profissional. Os profissionais participantes desse estudo e de outros identificados facilmente na literatura, afirmaram que esse processo permite desenvolvimento para o profissional pelo fato de serem oferecidas muitas oportunidades de formações, treinamentos e educações, principalmente dentro da própria unidade, e também, porque faz parte desse processo a cobrança natural sobre os profissionais para que busquem atualização constantemente.

Um estabelecimento de saúde acreditado, geralmente, busca pela organização de seus processos, estruturação adequada dos seus recursos materiais e humanos, isso promove ao profissional mais segurança e tranquilidade para execução de suas atividades laborais.

Na subcategoria vantagens para a instituição, foi fortemente destacada a unidade de sentido melhoria contínua. Esse fato é naturalmente explicado porque é notório identificar melhorias de forma continuada em estabelecimentos de saúde que aceitam o desafio de assumir o processo de acreditação. Outra pontuação a esse

respeito, é que a maioria dos participantes desse estudo foi do hospital acreditado com nível 3, que pela metodologia da ONA, é exigido uma cultura organizacional de melhoria contínua.

Na subcategoria vantagens para o paciente, foi vigorosamente reforçada a questão da segurança do paciente, a qual configura como requisito principal do nível 1 para acreditação da ONA e também faz parte da idealização da mais recente política de saúde em nosso país, instituída legalmente em 2013.

As fragilidades do processo de acreditação foram consideradas como a terceira e última categoria temática, oriunda de três subcategorias: impacto negativo do processo de acreditação para o profissional, para a instituição e conhecimento deficiente sobre esse processo.

Ao mesmo tempo em que foram identificadas potencialidades voltadas para o profissional, encontrou-se também fragilidades, entre as que mais se destacaram foram o aumento da carga de trabalho e a falta de inserção do profissional no processo.

A sobrecarga de trabalho está associada a vários fatores: déficit de profissionais, sobrecarga oriunda de outras equipes que fica para a enfermagem, alta cobrança e excesso de burocracia.

Alguns enfermeiros também exteriorizaram não se sentirem inclusos no processo, situação que pode expressar risco à instituição, porque uma vez que, o profissional não se sente incluído, o seu nível de produtividade, iniciativa e criatividade tende a ser diminuído.

Na subcategoria fragilidades para a instituição, a unidade de sentido mais destaca foi o aumento da burocracia, explicado pelos participantes, devido ao excesso de protocolos e formulários a serem cumpridos. Na sequência, destacou-se também a diminuição da qualidade na assistência ao paciente, a qual foi atribuída ao excesso de burocracia que muitas vezes esse processo implica, levando a não priorização da assistência para o cumprimento dos afazeres burocráticos da unidade.

E a subcategoria conhecimento deficiente sobre o processo de acreditação foi estruturada a partir de duas unidades de sentido, desconhecimento da população sobre a acreditação e desconhecimento do profissional sobre acreditação.

Pôde-se apreender que a população no geral ainda não tem conhecimento sobre o que é o processo de acreditação, até porque, são poucos estabelecimentos acreditados no estado que foi desenvolvida essa pesquisa, bem como, no Brasil, em proporção ao número total de estabelecimentos de saúde existentes. Entretanto, foi pontuado também a esse respeito, que apesar da população não conhecer esse processo, aprova as melhorias encontradas em hospitais que são acreditados.

Apesar dos enfermeiros participantes desse estudo terem demonstrado que têm conhecimento acerca do processo de acreditação, eles pontuaram que muitos profissionais que atuam nesses hospitais ainda não sabem direito sobre esse processo. Isso pode estar relacionado devido a não abordagem desse assunto nas formações técnicas e superiores. Entretanto, como não foi algo levantado por essa pesquisa, indica-se a necessidade da realização de outros estudos acerca dessa temática, para uma melhor discussão a respeito.

Outras limitações dessa pesquisa consistem ao fato de ter sido desenvolvida apreendendo a percepção apenas dos profissionais enfermeiros, não trabalhando com outras categorias profissionais e também pelo fato de ter sido desenvolvida em apenas dois hospitais. Evidenciando a necessidade de desenvolvimento de outros estudos com uma abordagem multiprofissional e abordando uma quantidade maior de hospitais acreditados.

Outra lacuna importante a ser preenchida é pesquisar quanto ao despertar dos hospitais públicos em relação ao processo de acreditação, bem como, as repercussões dessa decisão à saúde coletiva.

Espera-se que as potencialidades encontradas nesse estudo sejam exaltadas para reforçá-las, a fim de alcançar mais benefícios para os envolvidos nesse processo. Já as fragilidades devem ser muito bem analisadas pelos gestores, por meio das ferramentas que a gestão da qualidade oferece, para identificarem a causa raiz e o tratamento das mesmas, para que o processo de acreditação seja fortalecido.

Destaca-se ainda, que as fragilidades identificadas nesse estudo foram menos expressadas, em proporção às potencialidades, entretanto algumas delas são muito sérias, o que pode evidenciar um alerta em relação ao processo de acreditação, fato que cobra uma maior atenção por parte dos gestores das unidades de saúde.

Dessa forma, espera-se que essa pesquisa possa beneficiar aos gestores de estabelecimentos de saúde que já são acreditados, ou aqueles que buscam, ou que pretendem se envolver nesse processo, em prol da melhoria da qualidade da assistência à população.

Por ser esse estudo, o primeiro da região Centro Oeste sobre esse assunto, sugere-se que o mesmo seja replicado para que novos aspectos que, por ventura, tenham ficado descobertos nesta pesquisa, possam ser destacados.

Assim, a expectativa é de que haja o fortalecimento desse processo de acreditação, não somente nessa região, mas em todo o país. Pois, entende-se que esse processo, aplicado de forma séria e comprometida, pode realmente ofertar uma assistência com mais qualidade, conseqüentemente mais segura para os pacientes, profissionais e instituições.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, G.P.; TOLEDO, J.C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod.**, v. 20, n.4, p. 815-31, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Tradução de: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Grupo Almedina, 2011. 279 p.
- BOMFIM, L.A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p. 777-796, 2009.
- BRAITHWAITE, J. et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. **Quality And Safety In Health Care**, v. 19, p.14-21, 2010.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466/2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/comites/cepesh/pages/arquivos/Resolucao%20CNS%20466-2012.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 510/2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana**. Brasília (DF): 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016
- _____. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999. **Define a criação Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjEwNQ%2C%2C>. Acesso em: 07 abr. 2018.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**, 2013. Disponível

em:

https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.529, de 1º de abril de 2013b. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

Acesso em: 06 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.63, de 25 de novembro de 2011. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**.

Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664. Acesso em: 06 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso: 15 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 3. ed, 2001. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em: 11 maio 2018.

_____. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Expede as diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecções hospitalares**. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5125745/4208548/Portarian2.616MSGMde12de1998.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

_____. Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001. **Reconhece a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil**. Brasília, 2001.

_____. Portaria n. 382, de 10 de março de 2005. **Institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS e dá outras providências**. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/Legislacao/pt382%20PNASS.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2018.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.36, de 25 de julho de 2013a.

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 06 fev. 2018.

BRITO, L.A.L. et al. Práticas de gestão em hospitais privadas de médio porte em São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2014.

CAMILLO, N.R.S. et al. Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Revista brasileira de enfermagem (REBEN)**, v. 69, n. 3, p. 423-30, 2016.

CERVILHERI, A.H. et al. Acreditação hospitalar: implicações da desistência da busca pela certificação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). Disponível em: <http://www.cbacred.org.br>. Acesso em: 02 maio 2018.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.20, n.1, p. 5-25, 1999.

DEGOIS, J.M. et al. Comment éviter la "dépression postaccréditation"? L'expérience du centre hospitalier de Dreux. **Gestions hospitalières**, n. 421, p. 801-804, 2002.

DICIONÁRIO AURÉLIO *ON LINE*, 2017. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/organizar>. Acesso em: 02 abr. 2018.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, n. 11, p. 115-18, 1990.

EMÍDIO, L.F. et al. Acreditação Hospitalar: Estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à Acreditação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 02, p. 426-33, 2014.

FERNANDES, H.M.L.G.; PENICHE, A.C.G. Percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico acerca da Acreditação Hospitalar em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 49, p. 22-28, 2015.

FREIRE, E.M.R. et al. Análise dos indicadores de qualidade de Centros de Material e esterilização de hospitais públicos acreditados. **Revista Nursing** v. 219, n. 17, p. 1154-1160, 2015.

FORTES, M.T.R. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

FUSCO, S.F.B.; SPIRI, W.C. Vivências de enfermeiros no processo de avaliação de qualidade de um hospital universitário. **Revista Nursing** v. 219, n. 17, p. 1154-1160, 2015.

GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Decreto n. 5591, de 10 de maio de 2002. **Dispõe sobre a qualificação da Associação Goiana de Integralização e Readaptação** - AGIR como Organização Social - OS e dá outras providências. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/decretos/numerados/2002/decreto_5591.htm.

Acesso em: 28 abr. 2018.

_____. Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Disponível em:

<http://www.saude.go.gov.br/>. Acesso em: 17 abr. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system form the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JAAFARIPOOYAN, E. Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: real-life perspectives on Iranian hospital evaluation and accreditation program. **Int J Health Policy Manag**, n. 3, v. 4, p.191–198, 2014.

KOHN, L.T. et al. **To err is human**. National Academy Press, 2000.

- MACHADO J.P.; MARTINS, A.C.M.; MARTINS, M.S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, n. 6, v. 29, p. 1063-82, 2013.
- MANZO, B.F. et al. A enfermagem no processo acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.1-8, 2012.
- MANZO, B. F. et al. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 1, p.46-51, 2013.
- MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORRÊA, A.R. Implicação do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 02, p.388-94, 2012.
- MARTINS, M. Qualidade do Cuidado em Saúde. In: MARTINS, M. **Segurança do Paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2016.
- MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Acreditação Hospitalar como estratégia de melhoria: impacto em seis hospitais acreditados. **Gestão e Produção**, v. 22, n. 3, p.636-648, 2015.
- MENDES, V.L.S.M. et al. Política de Qualidade, Acreditação e Segurança do Paciente em debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, p. 232-249, jan./mar. 2016.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, 1999.
- MOUSAVI, S.M.H. et al. Assessment of Patient Safety for Quality Improvement Based on Joint Commission International Accreditation Standards in Farabi Eye Hospital of Tehran University of Medical Sciences. **Patient Safety Quality Improvement Journal**, v. 04, n. 02, 2016.
- MUMFORD, V. et al. Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 05, 2013.

NG, G.K.B. et al. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. **Hong Kong Med J**, v. 19, p. 433-46, 2013.

NOVAES, H.M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 39, n. 9, 2007.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O. *Healthcare Associated infections in the contexto of patient safety: past, present and future*. **Revista Mineira de Enfermagem**, n. 1, v. 17, p. 221-224, 2013.

OLIVEIRA, J.L.C. et al. Mudanças gerenciais da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, 2016.

OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Escola Ana Neri**, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.

OLIVEIRA, P.B. et al. Comparação entre ambiente de trabalho de hospitais públicos acreditado e não acreditado. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 53-9, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias salvam vidas – orientações para cirurgia segura da OMS**. Tradução de Marcela Sanches Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: OPAS/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). 2018. Disponível em <https://www.ona.org.br/Inicial>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Orientadora, n. 04. **Avaliação para acreditação**. 05 dez. 2016. Disponível em: https://www.ona.org.br/z1files/pub/148707746051959_NO-4-Avaliacao-para-a-Acreditacao.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Orientadora, n. 07. **Divulgação da certificação concedida**. 14 jun. 2016. Disponível em: https://www.ona.org.br/z1files/pub/152448368229771_NO_7_Divulgacao-da-Certificacao-Concedida.pdf. Acesso em: 05 jun. 2018.

_____. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Orientadora, n. 08. **Acompanhamento da certificação**. 14 jun. 2016. Disponível em:

https://www.ona.org.br/z1files/pub/146896289676717_NO_8_ACOMPANHAMENTO-DA-CERTIFICACAO_14.06.2016.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Orientadora, n. 13. **Instituição Acreditadora**. 23 jun. 2016. Disponível em:

https://www.ona.org.br/z1files/pub/149823922741143_NO_13_Instituicao-Acreditadora_23.06.2017.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Orientadora, n. 20. **Conceitos para o sistema brasileiro de acreditação**. 23 jun. 2016. Disponível em:

https://www.ona.org.br/z1files/pub/146955348643895_NO_20_Conceitos-para-o-Sistema-Brasileiro-de-Acreditacao-ONA_14.06.2016.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

POMEY, M.P. et al. Paradoxes of French accreditation. **Quality And Safety In Health Care**, v. 14, n. 1, p.51-55, 2005.

RIBEIRO, H.C.T.C. et al. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Aquichan**, v. 14, n. 04, 2014.

SCHIERASI, L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, 2014.

SILVA, T.O. et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

SIMAN, A.G. et al. Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar. **Revista mineira de enfermagem**, v. 19, n. 04, 2015.

SIMAN, A.G. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 35, n. 02, 2014.

TERRA, J.D.R.; BERSSANETI, F.T. Acreditação Hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços de saúde. **O mundo da saúde**, v. 04, n. 01, 2017.

TRINDADE, L.; LAGE, M.J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: _____. **Segurança do Paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.

VELHO, J.M.; TREVISO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **RAS**, v. 15, n. 60, 2013.

VIANA, M.F. **Processo de Acreditação: uma análise de organizações hospitalares**. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Economia) - Programa de Pós-Graduação em Administração e Economia, Universidade Federal de Lavras, Lavras-MG, 102 f, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World alliance patient safety. **The Second Global Patient Safety Challenge: safe surgery's**. 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>. Acesso em: 20 mar. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto de Pesquisa: Acreditação nos Hospitais Públicos Goianos

Equipe de Pesquisa: Mestranda Valquiria Vicente da Cunha Barbosa, Dra Edsaura Maria Pereira, Dra Ana Elisa Bauer de C. Silva

Locais onde será realizada a pesquisa: Hospital Alberto Rassi (HGG), Hospital de Doenças Tropicais (HDT), Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)

Nome do Participante da Pesquisa: _____

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário nesta pesquisa. Meu nome é Valquiria Vicente da Cunha Barbosa, sou a pesquisadora responsável, e minha área de atuação é enfermagem.

O convite está sendo feito a você pelo cargo que ocupa na instituição, pois esta pesquisa irá abordar os gestores (diretores), gerentes de qualidade e enfermeiros. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, os objetivos da mesma, todos os procedimentos a serem realizados, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados por mim detalhadamente mais à frente.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Pesquisadora Responsável Valquiria, no telefone (62) 99973-1261. Se você tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa ou questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, o qual trata-se de um grupo formado por diferentes profissionais e membros da sociedade, não remunerados, que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. Situado à 1ª Avenida, S/N, Setor Leste Universitário, Goiânia, Goiás, pelo telefone (62) 3541-1215, de segunda a sexta-feira, no horário de 08h às 18h ou pelo e-mail cep.prpi.ufg@gmail.com.

Você tem total liberdade para se recusar a participar, não sendo prejudicado, penalizado ou responsabilizado de forma alguma por sua recusa. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, também em nada será prejudicado(a).

Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa, que serão publicados independentemente dos resultados obtidos. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Após ser apresentado e esclarecido sobre as informações abaixo descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias, que também será rubricado em todas as páginas e assinado por mim, devendo uma via ficar comigo e a outra com você, para que você possa consultar sempre que necessário.

Objetivos da pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação nos hospitais públicos, e como objetivos específicos: apreender as percepções dos diretores, gestores de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar; comparar a percepção dos participantes desta pesquisa acerca desse assunto e identificar as potencialidades e fragilidades advindas do processo de acreditação.

Justificativa para realização da pesquisa:

Este estudo será importante uma vez que demonstrará sobre o cenário do processo de acreditação nos hospitais públicos goianos, através de uma visão tripla, por meio da percepção dos gestores, gerentes do setor de qualidade e profissionais enfermeiros acerca do assunto. A acreditação hospitalar é algo recente no país, e cada vez mais toma destaque no estado de Goiás, principalmente nas instituições públicas, as quais com maior frequência tem buscado por essa certificação. Este estudo contribuirá principalmente para os estabelecimentos de saúde que estiverem nesse processo buscando esta certificação, bem como para a gestão pública do estado de Goiás para avaliar as potencialidade e fragilidades desse processo.

População da pesquisa:

Participarão deste estudo os gestores das unidades, os que ocupam o cargo mais alto no organograma da instituição, na maioria dos estabelecimentos de saúde são denominados como diretor geral, os gerentes de qualidade destes hospitais, profissionais também denominados como gestores da qualidade, que têm como função implementar e dá continuidade ao processo de acreditação dentro do estabelecimento de saúde e os profissionais enfermeiros, responsáveis pela assistência aos pacientes.

Detalhamento dos procedimentos que serão realizados:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, será utilizada o método de entrevista estruturada individual e coletiva (grupos focais). A primeira será aplicada aos gestores e gerentes de qualidade e a segunda aos enfermeiros.

As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição dos dados coletados.

Especificação dos riscos:

Os riscos dessa pesquisa são mínimos, porém existentes, tais como, desconforto e/ou constrangimentos ao responder às perguntas durante a entrevista, cansaço em participar da entrevista, prejuízo social e exposição pública às instituições e aos sujeitos da pesquisa. As estratégias para minimizar esses riscos consistem em garantir o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa sem ocasionar em qualquer ônus aos participantes, e também a garantia de anonimato, privacidade, confidencialidade e sigilo, diante de todas as informações obtidas.

Benefícios:

Não haverá benefício direto a você pela sua participação. Os benefícios desta pesquisa são denominados como indiretos, uma vez que, trará contribuições para a ciência.

Ressarcimento:

Este estudo não acarretará nenhum tipo de ressarcimento para você.

Indenização:

Você terá direito a indenização por qualquer dano que venha a sofrer com a participação nesta pesquisa.

Goiânia, ____ de março de 2018.

Nome e assinatura do Pesquisador: _____

Consentimento do participante

Eu, _____,
RG _____, CPF _____-_____, endereço

_____, abaixo-assinado, declaro que concordo em participar do estudo “Acreditação nos Hospitais Públicos Goianos” como voluntário de pesquisa. Declaro que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo mencionado, tendo sido devidamente informado e esclarecido pela Pesquisadora Valquiria Vicente da Cunha Barbosa sobre o objetivo desta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou consciente de todos os meus direitos bem como das minhas responsabilidades. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora.

Local e data: Goiânia, ____ de março de 2018.

Nome e assinatura do participante da pesquisa:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE II – CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL I



CARTA CONVITE

Enfermeiro(a) _____

É com muita satisfação que convidamos você para participar da pesquisa “Acreditação nos hospitais públicos goianos”.

Sua presença é de grande importância para o desenvolvimento dessa pesquisa, pois pretendemos conhecer a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e dos enfermeiros acerca do processo de acreditação nos hospitais públicos goianos.

Uma das hipóteses de nosso trabalho, é que os profissionais das instituições de saúde possuem opiniões diferentes por ocuparem cargos distintos. Dentre as várias profissões na área da saúde, escolhemos trabalhar com os enfermeiros, porque baseados na literatura, são os profissionais que lideram a maior equipe de um hospital, além de ocuparem papel fundamental no alcance do certificado de acreditação.

Os gestores e os gerentes de qualidade serão entrevistados individualmente, enquanto que os enfermeiros serão entrevistados por meio de grupos focais, os quais tratam-se de entrevistas coletivas.

Realizaremos dois grupos focais neste hospital, na sala de aula da TI, nos dias e horários abaixo:

08.03.18 (quinta feira) – das 14:00 às 15:00h

09.03.18 (sexta feira) – das 10:00 às 11:00h

Esperamos você em um desses dias!

Goiânia, 06 de março de 2018.

Pesquisadora Valquíria Vicente da C. Barbosa

Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da UFG

Celular: (62) 99973-1261

APÊNDICE III – PERFIL PROFISSIONAL



Instituição A() B() C() D() Código do instrumento: n°: _____ Data da Coleta: ____/____/2018

ROTEIRO – ENFERMEIROS

PERFIL PROFISSIONAL	
Idade: ____anos	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data da sua formação na graduação: _____ (Se não lembrar do dia e mês, colocar pelo menos o ano)	
Caso possua curso de pós-graduação, assinale os itens abaixo. Caso não possua, pule esta questão.	
1. <input type="checkbox"/> Especialização () sim () não Qual: _____	
2. <input type="checkbox"/> Residência () sim () não Qual: _____	
3. <input type="checkbox"/> Mestrado () sim () não Qual: _____	
4. <input type="checkbox"/> Doutorado () sim () não Qual: _____	
5. <input type="checkbox"/> Pós Doutorado () sim () não Qual: _____	
Data de admissão nesta instituição _____ (Se não lembrar do dia e mês, colocar pelo menos o ano)	
Qual o setor que atualmente você trabalha? _____	
Qual a função que desempenha nesta instituição?	
a) <input type="checkbox"/> Assistencial b) <input type="checkbox"/> Gestão c) <input type="checkbox"/> Outro _____	
Data do seu ingresso na atual função (especificar mês e ano): _____	
Qual a função que desempenha nesta instituição?	
a) <input type="checkbox"/> Assistencial b) <input type="checkbox"/> Gestão c) <input type="checkbox"/> Outro _____	
Data do seu ingresso na atual função (especificar mês e ano): _____	
Qual o tipo de vínculo empregatício nesta instituição?	
a) <input type="checkbox"/> Federal b) <input type="checkbox"/> Estadual c) <input type="checkbox"/> Municipal d) <input type="checkbox"/> CLT e) <input type="checkbox"/> outro (Especifique). _____	
Qual sua carga horária de trabalho semanal nesta instituição? _____ horas	
Possui outro vínculo de trabalho?	
() sim () não, se sim,	
Especifique o cargo _____ e a carga horária _____ horas/semana.	
Especifique o cargo _____ e a carga horária _____ horas/semana.	
Possui curso de formação na área de Gestão e Qualidade:	
Sim () Não(), se sim marque as opções abaixo (pode marcar mais de uma opção)	
() até 40 horas () 41 a 80 horas () 81 a 120 horas () 121 a 360 horas () especialização > de 360 horas	
() outro, especificar qual modalidade e carga horária	
Possui curso de formação na área de Segurança do Paciente?	
Sim () Não(), se sim marque as opções abaixo (pode marcar mais de uma opção)	
() até 40 horas () 41 a 80 horas () 81 a 120 horas () 121 a 360 horas () especialização > de 360 horas	
() outro, especificar qual modalidade e carga horárias	

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) DA UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS GOIANOS

Pesquisador: VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76511317.1.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.004

Apresentação do Projeto:

Accreditação no Brasil é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, o qual tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) criada em 1999 por entidades públicas e privadas, coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação o qual atua em prol da segurança do paciente e da melhoria da assistência. Essa ferramenta da qualidade chegou ao Brasil em 1990, entretanto menos de 3% dos estabelecimentos de saúde do país são acreditados. Os objetivos deste estudo compreendem em analisar a percepção de gestores e profissionais enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos goianos, levantar o conhecimento dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar, correlacionar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros acerca desse assunto e identificar as vantagens e desvantagens, dificuldades e facilidades advindos do processo de acreditação. Será realizado um estudo transversal de casos múltiplos com abordagem qualitativa e quantitativa, em quatro hospitais públicos da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás que são acreditados pela ONA, a população deste estudo será composta por gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros. Serão utilizadas duas técnicas de pesquisa, entrevista estrutura e aplicação de questionário.

Hipótese:

A hipótese deste estudo é que os participantes, por ocuparem papéis distintos nos

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.004

Estabelecimentos de Saúde (ES) possuem diferentes opiniões frente ao processo de acreditação hospitalar.

Será desenvolvido um estudo transversal de casos múltiplos com abordagem quali-quantitativa, em todos os hospitais públicos acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) até o primeiro semestre de 2017, com a certificação dentro da validade estipulada pela ONA, pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde do estado de Goiás (SES-GO). Serão participantes da pesquisa, os gestores e gerentes de qualidade, e profissionais enfermeiros que trabalham nas unidades desde o início do processo da acreditação nas mesmas. O número de participantes que serão abordados será inferior a 386 profissionais, pois serão quatro (04) gestores, quatro (04) gerentes de qualidade e um número inferior a 378 enfermeiros. Estima-se um número inferior a esse, porque um dos critérios de inclusão, é está trabalhando desde o início do processo de acreditação nos respectivos estabelecimentos de saúde. Como outros critérios de inclusão, serão considerados os profissionais que estiverem trabalhando nestes hospitais à época da pesquisa, e que concordarem em participar. Serão excluídos os profissionais que estiverem afastados por férias, licença e outros, à época da coleta de dados e os que não concordarem em participar da pesquisa. Serão utilizadas duas técnicas de pesquisas, entrevista estruturada para a abordagem dos gestores e gerentes de qualidade e questionário com perguntas fechadas e abertas para os enfermeiros. Os instrumentos para a coleta de dados serão validados por três especialistas na área de gestão em saúde, experts em Acreditação Hospitalar. Será realizada a transcrição dos dados coletados por meio da gravação das entrevistas. Essa transcrição incluirá todas as palavras faladas, ou seja, na íntegra. Os discursos dos entrevistados serão categorizados pelo método de análise de conteúdo do tipo temática, de acordo com a metodologia de Bardin. Os dados oriundos dos questionários, serão analisados através do Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

São os seguintes os hospitais considerados Centros coparticipantes: Hospital de Urgência de Goiânia - HUGO, Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT/ Hospital Geral de Goiânia - HGG - Hospital Alberto Rassi. Centro de Reabilitação e readaptação - CRER.

Critério de Inclusão:

Estar trabalhando desde o início do processo de acreditação nos respectivos ES; serão considerados os profissionais que estiverem trabalhando nestes hospitais à época da pesquisa, e que concordarem em participar.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.004

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os profissionais que estiverem afastados por férias, licença e outros, à época da coleta de dados e os que não concordarem em participar da pesquisa.

Desfecho Primário:

Espera-se que este estudo promova mais o assunto da Acreditação no Brasil, principalmente com o foco nos estabelecimentos públicos, uma vez que, atualmente ainda são poucos estabelecimentos de saúde que tiveram o interesse de buscar essa certificação, a qual, exprime a preocupação pela qualidade e segurança dos processos que referem à assistência aos pacientes, denominados como clientes externos. Também espera-se correlacionar a visão dos gestores, gerentes de qualidade e profissionais enfermeiros acerca dessa temática. A riqueza dessa correlação consiste em demonstrar pontos de vista distintos, por serem autores que ocupam posições muito diferentes dentro de um estabelecimento de saúde.

Desfecho Secundário:

Espera-se que após o desenvolvimento desse estudo, que outros com objetivos semelhantes sejam realizados, mas com uma abrangência maior, ou seja, ao invés de analisar os hospitais públicos de apenas um estado, permitam analisar outros estados, e porque não, a realidade a nível nacional no que refere ao tema acreditação dos hospitais públicos?

Tamanho da Amostra no Brasil: 386

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção de gestores e profissionais enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos goianos.

Objetivo Secundário:

Levantar o conhecimento dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar; Correlacionar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros acerca desse assunto; Identificar as vantagens e desvantagens, dificuldades e

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.004

facilidades advindos do processo de acreditação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa são mínimos, porém existentes. Na etapa de coleta de dados por meio das entrevistas, os sujeitos da pesquisa podem sentir desconforto e/ou constrangimentos ao responder às perguntas. E na etapa correspondente ao preenchimento dos questionários, os sujeitos poderão sentir-se cansados em responder o instrumento. A estratégia para minimizar esses riscos será a garantia ao direito de desistência em

qualquer momento da pesquisa sem ocasionar em qualquer ônus aos participantes. Outros riscos em decorrência à realização dessa pesquisa é o prejuízo social e a exposição pública às instituições e aos sujeitos da pesquisa, os quais serão totalmente impedidos por meio das estratégias do anonimato, privacidade, confidencialidade e sigilo, diante de todas as informações obtidas. Visando essa proteção aos sujeitos da pesquisa, na descrição dos resultados e discussão dos mesmos, não serão mencionados os nomes das instituições, para resguardá-las.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes. Os benefícios desta pesquisa são denominados como indiretos, uma vez que, trará contribuições para a ciência e não diretamente aos participantes.

Avallamos, tal qual os pesquisadores, o risco de desconforto e constrangimento ao participar da pesquisa, bem como a perda da confidencialidade dos dados; observamos que os pesquisadores estão atentos aos riscos que são menores que os benefícios, de se abordar a qualidade e a acreditação dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e de baixo risco; aborda a questão de qualidade da assistência à saúde prestada por hospitais acreditados na visão de seus gestores e servidores (enfermeiros).

Os questionários, especialmente para a entrevista, são longos, podendo causar cansaço e desconforto, embora, não haja dúvida de que o esforço dos participantes se justifica.

O TCLE está bem construído, com todos os elementos essenciais e apresenta linguagem apropriada a profissionais de nível superior. Pequenos detalhes de formatação podem facilitar a leitura (vide recomendações).

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.004

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequadamente apresentados, inclusive aspectos éticos ligados aos centros coparticipantes. A Secretaria Estadual de Saúde dará a anuência após a aprovação do CEP.

O pesquisador DEVERÁ apresentar o Termo de anuência da Secretaria Estadual de Saúde assim que a mesma for obtida (inserir, sob a forma de notificação, na Plataforma Brasil, antes do início da Coleta de dados (e não apenas no relatório final como propõe a pesquisadora).

Recomendações:

Rever a formatação do TCLE (por exemplo: evitar o uso de itálico, ampliar o espaçamento e organizar a paragrafação) para facilitar a leitura do mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador DEVERÁ apresentar o Termo de anuência da Secretaria Estadual de Saúde assim que a mesma for obtida (inserir, sob a forma de notificação, na Plataforma Brasil, antes do início da Coleta de dados).

O termo Sujeito deverá ser substituído por participante, conforme recomenda a resolução CNS 466-2012, isto deverá ser observado nos próximos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para maio de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_974826.pdf	11/09/2017 21:16:42		Aceito
Outros	SES.pdf	11/09/2017 19:44:13	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.004

Outros	termo_lidia.pdf	11/09/2017 19:43:29	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_ana_elisa.pdf	11/09/2017 19:42:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_edsauro.pdf	11/09/2017 19:41:17	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ufg.pdf	17/08/2017 22:09:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_D.pdf	17/08/2017 22:06:47	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_C.pdf	17/08/2017 22:06:12	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_A.pdf	17/08/2017 22:05:35	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_B.pdf	17/08/2017 22:04:43	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ficha.docx	17/08/2017 22:01:33	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	17/08/2017 21:55:45	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	17/08/2017 21:55:26	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	17/08/2017 21:54:58	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

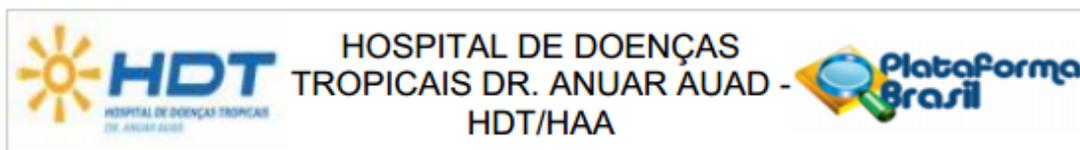


Continuação do Parecer: 2.359.004

GOIANIA, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) DO HOSPITAL I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS GOIANOS

Pesquisador: VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76511317.1.3002.0034

Instituição Proponente: Hospital Dr. Anuar Auad / HDT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.427.883

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado, onde a pesquisadora se propõe entrevistar todos os gestores, gerentes de qualidade e profissionais enfermeiros, por meio de entrevista estruturada e questionário autoaplicável a fim de identificar a percepção dos profissionais acerca das vantagens e desvantagens, facilidades e dificuldades do processo de acreditação hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos deste estudo compreendem em analisar a percepção de gestores e profissionais enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos goianos, levantar o conhecimento dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar, correlacionar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros acerca desse assunto e identificar as vantagens e desvantagens, dificuldades e facilidades advindos do processo de acreditação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora refere que o estudo não trará benefícios diretos aos participantes, entretanto, a compreensão da secretaria de saúde acerca das dificuldades enfrentadas pelos profissionais poderá realinhar algumas medidas que poderão resultar em um ambiente de trabalho favorável para os profissionais da saúde.

Endereço: Av. Contorno 3556

Bairro: Jardim Bela Vista

CEP: 74.853-120

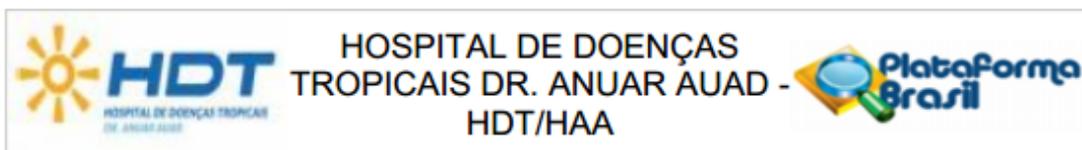
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3621

Fax: (62)3201-3620

E-mail: cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 2.427.883

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo transversal de casos múltiplos com abordagem qualitativa e quantitativa, sendo uma metodologia adequada aos objetivos que a pesquisa se propõe, uma vez que a entrevista estruturada, segundo a literatura, é a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, também possibilitando o tratamento quantitativo dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

Descrever os benefícios diretos existentes da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem inadequações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

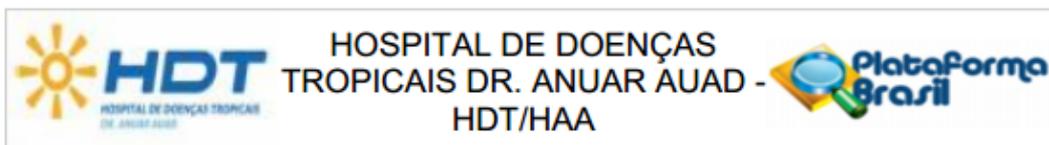
Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos no HDT/HAA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética local.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	SES.pdf	11/09/2017 19:44:13	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_lidia.pdf	11/09/2017 19:43:29	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_ana_elisa.pdf	11/09/2017 19:42:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. Contorno 3556
 Bairro: Jardim Bela Vista CEP: 74.853-120
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3201-3621 Fax: (62)3201-3620 E-mail: cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 2.427.883

Outros	termo_edsaure.pdf	11/09/2017 19:41:17	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ufg.pdf	17/08/2017 22:09:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_D.pdf	17/08/2017 22:06:47	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_C.pdf	17/08/2017 22:06:12	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_A.pdf	17/08/2017 22:05:35	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_B.pdf	17/08/2017 22:04:43	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ficha.docx	17/08/2017 22:01:33	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	17/08/2017 21:55:45	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	17/08/2017 21:54:58	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Renata de Bastos Ascenção Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Contorno 3556
 Bairro: Jardim Bela Vista CEP: 74.853-120
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3201-3621 Fax: (62)3201-3620 E-mail: cep.hdt@isgsaude.org

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) DO HOSPITAL II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS GOIANOS

Pesquisador: VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76511317.1.3003.0035

Instituição Proponente: Hospital Geral de Goiânia - HGG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.443.311

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto conforme informações do pesquisador responsável:

Área Temática: Trata-se de um protocolo nacional, unicêntrico, pertencente a Área Temática não Especial, Área do Conhecimento Ciências da Saúde.

Propósito do Estudo: Acadêmico (Mestrado).

Desenho do Estudo:

Acreditação no Brasil é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, o qual tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) criada em 1999 por entidades públicas e privadas, coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação o qual atua em prol da segurança do paciente e da melhoria da assistência. Essa ferramenta da qualidade chegou ao Brasil em 1990, entretanto menos de 3% dos estabelecimentos de saúde do país são acreditados. Os objetivos deste estudo compreendem em analisar a percepção de gestores e profissionais enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos goianos, levantar o conhecimento dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar, correlacionar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br



HGG - HOSPITAL ALBERTO RASSI

Continuação do Parecer: 2.443.311

enfermeiros acerca desse assunto e identificar as vantagens e desvantagens, dificuldades e facilidades advindos do processo de acreditação. Será realizado um estudo transversal de casos múltiplos com abordagem qualitativa e quantitativa, em quatro hospitais públicos da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás que são acreditados pela ONA, a população deste estudo será composta por gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros. Serão utilizadas duas técnicas de pesquisa, entrevista estrutura e aplicação de questionário. Os dados serão analisados por meio de análise de conteúdo do tipo temática e por meio do Programa

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0. A pesquisa obedecerá todos os preceitos éticos conforme Resolução nº 466/2012 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Espera-se que este estudo promova mais o assunto da Acreditação no Brasil, principalmente com o foco nos estabelecimentos públicos, uma vez que, atualmente ainda são poucos estabelecimentos de saúde que tiveram o interesse de buscar essa certificação. Também espera-se correlacionar a visão dos gestores, gerentes de qualidade e profissionais enfermeiros acerca dessa temática. A riqueza dessa correlação consiste em demonstrar pontos de vista distintos, por serem autores que ocupam posições muito diferentes dentro de um estabelecimento de saúde.

Introdução:

O processo de Acreditação é um programa de garantia e aprimoramento da qualidade em saúde, e é também um sistema de avaliação da qualidade de serviços de saúde (SEIFFERT, 2011; ONA, 2017). A acreditação como ferramenta da qualidade, chega ao Brasil para fortalecer os estabelecimentos de saúde. Seu desenvolvimento começou no início da década de 1990, com o interesse de melhorar a condição dos serviços de saúde (FORTES, 2013). Emídio e colaboradores (2013) realizaram um estudo de casos no Brasil acerca da Acreditação Hospitalar. No levantamento histórico feito ao banco de dados da Organização Nacional de Acreditação (ONA), identificaram que em 2009 eram apenas 103 Estabelecimentos de

Saúde (ES) acreditados no país, em 2011 eram 151 e em 2012, esse número passou por um crescimento maior que 100%, chegando aos 318 estabelecimentos acreditados no país. Sendo que a maior concentração destes ES estava no estado de São Paulo seguido por Minas Gerais. Atualmente, o Brasil possui vinte mil e quatrocentos e noventa e seis (20.496) Estabelecimentos de Saúde habilitados e registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (MS, 2017). Destes, apenas quinhentos e sessenta e cinco (565) (2,76%) ES possuem

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

o certificado de Acreditação da ONA (ONA 2017). Esse levantamento vai ao encontro ao que outros autores, como Mendes e Miranda (2015) já

expressaram, menos de 5% dos ES em todo o país são acreditados. Em termos de número absoluto, São Paulo é o Estado que possui o maior número de ES acreditados pela ONA, um total de duzentos e quarenta e oito (248) estabelecimentos. Proporcionalmente ao número de ES (N=4.658), apenas 5,32% dos ES de São Paulo possuem a certificação da ONA (MS, 2017; ONA 2017). A região do Brasil que possui mais ES acreditados proporcionalmente ao número de estabelecimentos existentes é a Sudeste (4,44%), seguida do Centro Oeste (2,56%), Sul (1,51%), Norte (1,37%) e Nordeste (1,22%) (MS, 2017; ONA 2017). Na região do Centro Oeste, destaca-se o Distrito Federal (DF), por possuir 5,64% (N=18) de ES acreditados pela ONA. Esse destaque se dá pelo fato do DF ter a maior taxa de ES acreditados pela ONA, proporcionalmente ao número de estabelecimentos cadastrados pelo CNES (N=319), ficando à frente de todos os estados da região Sudeste: São Paulo (5,32%), Espírito Santo

(4,40%), Minas Gerais (3,81%), e Rio de Janeiro (2,48%) (MS, 2017; ONA 2017). O estado de Goiás localizado na Região Centro Oeste, possui seiscentos sessenta e seis (666) ES cadastrados no CNES. Destes, apenas 1,80% (N=12) são acreditados pela ONA. Destaca-se que dos doze (12) ES acreditados em Goiás, onze (11) estão localizados na capital do estado, em Goiânia, o outro ES acreditado localiza-se no interior do estado, na

cidade de Anápolis. Pontua-se, que a cidade de Goiânia possui duzentos e oitenta e sete (287) ES cadastrados no CNES, ou seja, nesta capital, a taxa de ES acreditados é de 3,83% (MS, 2017; ONA 2017). Vale salientar ainda, que dos doze (12) ES acreditados no Estado de Goiás, quatro (04) correspondem aos hospitais públicos pertencentes à Secretaria do Estado de Saúde (SES-GO, 2017). Esse fato, demonstra que o estado de Goiás

tem despertado pela Acreditação Hospitalar, fato demonstrado principalmente pelo interesse dos hospitais públicos da SES-GO em busca dessa certificação e evidenciado pelos quatro hospitais públicos acreditados em um curto período, entre os anos 2014 e 2016, sendo dois com nível 1 (acreditado), um com nível 2 (acreditado pleno) e um certificado com o nível 3 (acreditado por excelência) (ONA, 2017). Esse achado, vai ao encontro

da colocação de Fortes (2013), quando afirma que a difusão da acreditação no mundo e seu desenvolvimento no Brasil permitiu a percepção de que esta metodologia ganhou significados distintos de uma ferramenta de qualidade dos serviços de saúde. E ao ser internalizada pelo SUS tornou-se uma estratégia de política, fruto de arranjos e acordos envolvendo uma rede de atores internacionais e nacionais, constituindo uma trajetória

Endereço: Avenida Anhangüera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@jidtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

particular de institucionalização. Apoiando-se no estudo de Emídio e colaboradores (2013), os quais fizeram um levantamento dos ES acreditados no Brasil, entre os anos 2009 e 2011, pode-se afirmar que houve sim um grande despertar do Estado de Goiás pela Acreditação, visto que em 2009, não havia nenhum ES acreditado no estado, em 2011 havia um e em 2012 haviam três ES acreditados, sendo os três, certificados com o nível 1 da ONA. Advoga-se que todo esse processo de acreditação, não se trata apenas de mais um processo de gestão da qualidade e sim do compromisso com a segurança, a ética profissional, os procedimentos e com a garantia da qualidade no atendimento à população. Procurando beneficiar os usuários, os trabalhadores da saúde e a instituição hospitalar (EMIDIO et al., 2013). Vale destacar ainda, que os hospitais certificados pela ONA, constituem-se de modelos para outras instituições na área da saúde, na perspectiva de fornecer olhares sobre quem necessita do atendimento, quem o presta e de como obter melhoria ou

aprendizagem ao longo do processo (EMIDIO et al., 2013). Destaca-se ainda que existem vários estudos pontuando "os dois lados" desse processo, as vantagens e as desvantagens, aos profissionais que atuam em hospitais que estão inseridos neste processo de Acreditação. Como vantagens destacam-se o aumento da segurança aos profissionais devido as melhorias nas condições de trabalho, crescimento profissional implicando em

aumento da qualificação profissional e valorização do currículo (OLIVEIRA, MATSUDA, 2016; MANZO et al. 2012; MENDES, MIRANDOLA, 2015). E como desvantagens, os estudos apontam o aumento do estresse devido à alta cobrança, falta de valorização, falta de integração entre a equipe multiprofissional, utilização das ferramentas da qualidade para culpabilidade e medidas administrativas e maior quantidade de trabalho, principalmente no que refere aos processos administrativos (OLIVEIRA, MATSUDA, 2016; MANZO et al. 2012; MENDES, MIRANDOLA, 2015). Este estudo será importante uma vez que demonstrará sobre o cenário do processo de acreditação nos hospitais públicos goianos, através de uma visão tripla, por meio da percepção dos gestores, gerentes do setor de qualidade e profissionais enfermeiros acerca do assunto. A acreditação hospitalar é

algo recente no país, e cada vez mais toma destaque no estado de Goiás, principalmente nas instituições públicas, as quais com maior frequência tem buscado por essa certificação. Este estudo contribuirá principalmente para os estabelecimentos de saúde que estiverem nesse processo buscando esta certificação, bem como para a gestão pública do estado de Goiás para avaliar as fragilidades e as potencialidades deste processo. A

hipótese deste estudo é que os participantes desta pesquisa, por ocuparem papéis distintos nos

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



HGG - HOSPITAL ALBERTO RASSI

Continuação do Parecer: 2.443.311

ES, apresentem opiniões diferentes frente ao processo de acreditação hospitalar. Frente ao exposto, pergunta-se, quais são as percepções dos gestores e gerentes de qualidade, bem como, dos profissionais enfermeiros, dos hospitais da SES-GO, acerca das potencialidades e fragilidades advindas do processo de Acreditação Hospitalar? Dessa forma, na tentativa de responder a pergunta norteadora este estudo tem como os seguintes objetivos.

Hipótese do Estudo:

A hipótese deste estudo é que os participantes, por ocuparem papéis distintos nos Estabelecimentos de Saúde (ES) possuem diferentes opiniões frente ao processo de acreditação hospitalar.

População do Estudo:

A população deste estudo será composta por gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros.

Número de Participantes: Está prevista a participação de 386 indivíduos.

Crterios de Inclusão:

Estar trabalhando desde o início do processo de acreditação nos respectivos ES; serão considerados os profissionais que estiverem trabalhando nestes hospitais à época da pesquisa, e que concordarem em participar da mesma emitindo seu parecer favorável através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Crterios de Exclusão:

Serão excluídos os profissionais que estiverem afastados por férias, licença e outros, à época da coleta de dados e os que não concordarem em participar da pesquisa.

Metodologia:

Será desenvolvido um estudo transversal de casos múltiplos com abordagem quali quantitativa, em todos os hospitais públicos acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) até o primeiro semestre de 2017, com a certificação dentro da validade estipulada pela ONA, pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde do estado de Goiás (SES-GO). Serão sujeitos da pesquisa, os gestores e gerentes de qualidade, e profissionais enfermeiros que trabalham nas unidades desde o início do processo da acreditação nas mesmas. O número (N) de sujeitos que

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

serão abordados será inferior a 386 profissionais, pois serão quatro (04) gestores, quatro (04) gerentes de qualidade e um número inferior a 378 enfermeiros. Estima-se um número inferior a esse, porque um dos critérios de inclusão, é está trabalhando desde o início do processo de acreditação nos respectivos estabelecimentos de saúde. Como outros critérios de inclusão, serão considerados os profissionais que estiverem trabalhando nestes hospitais à época da pesquisa, e que concordarem em participar da mesma emitindo seu parecer favorável através da assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos os profissionais que estiverem afastados por férias, licença e outros, à

época da coleta de dados e os que não concordarem em participar da pesquisa. Serão utilizadas duas técnicas de pesquisas, entrevista estruturada

para a abordagem dos gestores e gerentes de qualidade e questionário com perguntas fechadas e abertas para os enfermeiros. Os instrumentos para a coleta de dados serão validados por três especialistas na área de gestão em saúde, experts em Acreditação Hospitalar. Será realizada a transcrição dos dados coletados por meio da gravação das entrevistas. Essa transcrição incluirá todas as palavras faladas, ou seja, na íntegra. Os

discursos dos entrevistados serão categorizados pelo método de análise de conteúdo do tipo temática, de acordo com a metodologia de Bardin. Os dados oriundos dos questionários, serão analisados através do Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0. Os resultados serão apresentados por meio de estatística descritiva a partir da realização dos cálculos de média e desvio padrão. O projeto será submetido à

Plataforma Brasil e será desenvolvido após parecer favorável de acordo com a Resolução nº 466/2012 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, no Brasil. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, porém existentes, tais como: desconforto e/ou constrangimentos ao responder às perguntas durante a entrevista, cansaço em responder o questionário, prejuízo social e exposição pública às instituições e aos sujeitos da pesquisa.

As estratégias para minimizar esses riscos consistem em garantir o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa sem ocasionar em qualquer ônus aos participantes, o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo, diante de todas as informações obtidas. Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes, os benefícios desta pesquisa são denominados como indiretos, uma vez que, trará contribuições para

a ciência e não diretamente aos participantes.

Cronograma:

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

Previsão de Início: 01/12/2017

Previsão de Término: 30/05/2018

Orçamento: R\$ 2.849,00.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos apresentados pelo pesquisador responsável:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção de gestores e profissionais enfermeiros sobre o processo de acreditação em hospitais públicos goianos.

Objetivo Secundário:

Levantar o conhecimento dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros sobre o processo de acreditação hospitalar;

Correlacionar a percepção dos gestores, gerentes de qualidade e enfermeiros acerca desse assunto;

Identificar as vantagens e desvantagens, dificuldades e facilidades advindos do processo de acreditação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerações apresentadas pelo pesquisador responsável acerca dos possíveis riscos e benefícios da participação na pesquisa:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa são mínimos, porém existentes. Na etapa de coleta de dados por meio das entrevistas, os sujeitos da pesquisa podem sentir desconforto e/ou constrangimentos ao responder às perguntas. E na etapa correspondente ao preenchimento dos questionários, os sujeitos poderão sentir-se cansados em responder o instrumento. A estratégia para minimizar esses riscos será a garantia ao direito de desistência em

qualquer momento da pesquisa sem ocasionar em qualquer ônus aos participantes. Outros riscos

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

em decorrência à realização dessa pesquisa é o prejuízo social e a exposição pública às instituições e aos sujeitos da pesquisa, os quais serão totalmente impedidos por meio das estratégias do anonimato, privacidade, confidencialidade e sigilo, diante de todas as informações obtidas.

Visando essa proteção aos sujeitos da pesquisa, na descrição dos resultados e discussão dos mesmos, não serão mencionados os nomes das instituições, para resguardá-las.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes. Os benefícios desta pesquisa são denominados como indiretos, uma vez que, trará contribuições para a ciência e não diretamente aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e considerações do Comitê de Ética:

CONEP: Não se aplica.

Equipe de Pesquisa: A equipe de pesquisa foi devidamente listada fazendo parte da mesma: Walquíria Vicente da Cunha Barbosa, Edsaura Maria Pereira, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva e Lídia Guimarães Morais.

Número de Participantes: Está prevista a participação de 386 indivíduos.

Objetivo do estudo: Relevante. Acadêmico.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Claramente definidos e não apresentam restrições éticas.

Metodologia: Adequada para os objetivos propostos.

avaliação dos Riscos e Benefícios: Os riscos foram descritos adequadamente, mesmo sendo mínimos. Os benefícios são considerados importantes para a ciência.

Valor Científico: Reconhecido.

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

Garantias Éticas: Garantidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações do CEP sobre os termos de apresentação obrigatórios:

Folha de Rosto: Não postada na Plataforma.

Coparticipante: Todas as autorizações pertinentes a coparticipante estão devidamente anexadas.

Declaração do SUS: Anexada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): O TCLE está bem elaborado. Linguagem adequada. Atende as normas éticas exigentes.

Instrumento de Coleta de Dados: Instrumentos propostos adequados.

Cronograma: Devidamente apresentando, deixando claro que o mesmo será executado caso o projeto seja aprovado pelo Sistema CEP/CONEP.

Orçamento Financeiro: O orçamento detalhado da pesquisa foi apresentado indicando o custo total do estudo em R\$ 2.849,00, a cargo do pesquisador.

Currículo: O currículo do pesquisador responsável encontra-se disponível para consulta na Plataforma Lattes e informa que o pesquisador é enfermeiro, tendo portanto, formação adequada para a condução do estudo.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Não foram encontradas inadequações ou pendências éticas.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi - HGG, de acordo com

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e da Norma Operacional no 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos que está proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1024003.pdf	28/11/2017 14:58:35		Aceito
Outros	carta.pdf	28/11/2017 14:57:07	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	SES.pdf	11/09/2017 19:44:13	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_lidia.pdf	11/09/2017 19:43:29	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_ana_elisa.pdf	11/09/2017 19:42:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_edsauro.pdf	11/09/2017 19:41:17	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ufg.pdf	17/08/2017 22:09:08	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_D.pdf	17/08/2017 22:06:47	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_C.pdf	17/08/2017 22:06:12	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_A.pdf	17/08/2017 22:05:35	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	Hospital_B.pdf	17/08/2017 22:04:43	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Outros	ficha.docx	17/08/2017 22:01:33	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE2.doc	17/08/2017 21:55:45	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
 Bairro: Setor Oeste CEP: 74.110-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3209-9917 Fax: (62)3209-9982 E-mail: hgg.cep@idtech.org.br



Continuação do Parecer: 2.443.311

Ausência	TCLE2.doc	17/08/2017 21:55:45	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	17/08/2017 21:54:58	VALQUIRIA VICENTE DA CUNHA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 17 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Andréa Inês Spadeto Aires
(Coordenador)