HELLEN MARIA DE LIMA GRAF FERNANDES

**Acreditação Hospitalar: A percepção da
equipe de enfermagem do Centro
Cirúrgico de um Hospital Universitário**

São Paulo, 2014

HELLEN MARIA DE LIMA GRAF FERNANDES

Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:

Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:

Prof. Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche

São Paulo, 2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Fernandes, Hellen Maria de Lima Graf

Acreditação hospitalar: a percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital universitário / Hellen Maria de Lima Graf Fernandes. São Paulo, 2014.
180 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aparecida de Cassia Giani Peniche

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Administração da Qualidade.
3. Avaliação de Programas de Saúde. 4. Centro Cirúrgico Hospitalar. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO DO MESTRADO

Nome: Hellen Maria de Lima Graf Fernandes

Título: Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu porto seguro e minha fonte inesgotável de energia – minha família:

*Aos meus pais **Valter Pereira de Lima** e **Lázara Abadia de Lima** e ao meu irmão **Heisler Pereira de Lima**, como parte da herança de quem me permitiu sonhar, além do que parecia ser possível. Vejo na minha conquista a concretização dos seus sonhos, e nos meus sonhos o desejo de ser como vocês.*

*Ao meu marido **Paulo Henrique Graf Fernandes**, pela compreensão e incentivo. Somente a renúncia de tantos momentos, que poderiam ser vividos juntos, traduz a palavra amor que estimulou e reforçou a conclusão deste trabalho.*

*Á minha filha **Claudia Maria de Lima Graf Fernandes** pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor e ao meu filho **Eduardo Henrique de Lima Graf Fernandes** por me acompanhar durante os nove meses de gestação nas viagens para São Paulo.*

Vocês conseguem com um sorriso transformar um dia difícil em magnífico e enchem de significado minha vida.

Amo vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À minha querida orientadora **Profª Drª Aparecida de Cassia Giani Peniche** primeiramente por acreditar no meu potencial, depois pela sua compreensão durante minha gravidez/puerpério e por fim pela sua disponibilidade, amizade, simpatia, encorajamento e partilha do seu saber...*

Serei eternamente grata. É uma honra ter sido sua orientanda!

AGRADECIMENTOS

Considerando esta dissertação como resultado de uma caminhada que não começou no mestrado, agradecer pode não ser tarefa fácil nem justa. Por isso, quero agradecer de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje.

*Primeiramente a **Deus**, pela iluminação e força nos momentos mais difíceis, durante o desenvolvimento deste trabalho, me mostrando como superar os obstáculos.*

Aos meus pais, sogro e sogra, irmão, cunhados e a toda minha família de sangue e de coração, pelo apoio carinho e amor, cada qual a sua maneira.

*Ao meu marido **Paulo Henrique**, por permanecer comigo todas as vezes que eu o deixei só.*

*A minha filha **Claudia**, por ser a razão e motivação para tudo isso.*

*Ao meu filho **Eduardo**, sua chegada se tornou fonte de inspiração para meus dias.*

*À **Superintendência e à Direção do Hospital** pelo estímulo acadêmico e pela confiança ao meu trabalho. É uma alegria fazer parte desta Instituição.*

*Às Enfas. **Ana Luiza Ferreira Meres e Eliana Bergamim**, que muito me incentivaram, contribuindo para meu crescimento profissional e científico. Sinto-me honrada em fazer parte desta equipe.*

*Ao Gestor da Clínica Cirúrgica **Dr Mario Celio de Moraes** e ao Coordenador da Anestesiologia **Dr João Lian** pela parceria profissional.*

*Aos enfermeiros **Maísa de Cassia Rossi, Michela Sigrist e Júlio César Costa** pelos quais agradeço a **equipe de enfermeiros** que trabalho, pelo convívio e pelo apoio em todas as horas que necessito.*

*As Gerentes de Enfermagem **Mileide Moraes Pena, Danielle Fabiana Cucolo, Ana Claudia Canalli e Elisa Maria Rosalen** por serem companheiras neste desafio que é a gestão dos serviços de saúde.*

*As amigas e incentivadoras: **Irmã Zaida, Silvia, Regiane, Ana Celia, Débora, Mayara, Elisangela, Tia Madalena, Irmã Mária, Raquel e Monica** que em algum momento entraram e contribuíram para esta história.*

*Aos membros da banca de qualificação **Prof^a Dr^a Daisy Maria Rizatto Tronchin e Prof^a Dr^a Ruth Natalia Teresa Turrini** pelas valiosas contribuições.*

***Aos especialistas** que possibilitaram o aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados.*

*A todos os **respondentes do pré-teste** e a todos os **participantes do estudo** que contribuíram decisivamente para a realização deste trabalho.*

*Ao **Bernardo dos Santos** pelas análises estatísticas e à **Prof^a Rosely Zenker** pela sua disponibilidade e dedicação durante a revisão.*

*Aos **funcionários da Escola de Enfermagem - Pós-Graduação** pela disponibilidade e atenção.*

*Ao **Dr. Mauro Villa Real** pela amizade e carinho com que trouxe meus filhos ao mundo, dividindo comigo a ansiedade da dissertação nas consultas de pré-natal do Eduardo.*

*Aos **pacientes** que foram sempre motivo de reflexão e motivação na melhoria da assistência de enfermagem.*

Por fim, a realização desse trabalho era um sonho que muitas vezes parecia inatingível, portanto agradeço carinhosamente a cada um que contribuiu para torná-lo realidade.

Tudo Posso (E você também...)

Posso, tudo posso naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou para mim
E ali estar

Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou

Em meu lugar estar à espera de um novo que vai chegar
Vou persistir, continuar a esperar e crer
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chora
Mas na alma, há certeza da vitória

Eu vou sofrendo
Mas seguindo enquanto tantos não entendem
Vou cantando minha história, profetizando
Que eu posso, tudo posso... em Jesus!

Padre Fábio de Melo
Compositora: Celina Borges

Fernandes HML. **Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário** [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A gestão da qualidade é um imperativo para as instituições de saúde que almejam sobreviver ao mercado globalizado e competitivo. O programa de acreditação hospitalar é uma metodologia de avaliação voluntária, periódica e educativa utilizada para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. O centro cirúrgico é um setor complexo em que a equipe de enfermagem desempenha um papel importante na melhoria dos processos em busca da excelência. **Objetivos:** Analisar a acreditação hospitalar no centro cirúrgico de um hospital universitário, sob a ótica da equipe de enfermagem, nas dimensões avaliativas de estrutura, processo e resultado, e identificar os fatores intervenientes da acreditação, de acordo com modelo Donabedian. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no centro cirúrgico de um hospital universitário no interior do Estado de São Paulo. A população constou de 69 profissionais de enfermagem e a coleta de dados ocorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014, por meio de um questionário, empregando-se uma escala de Likert. Os dados foram analisados em função dos índices percentuais e testes estatísticos específicos. O instrumento mostrou-se confiável para a população estudada, sendo o valor obtido de Alpha de Cronbach igual a 0,812. **Resultados:** Na caracterização dos sujeitos, verificou-se que 76,8% pertenciam ao sexo feminino, 17% eram enfermeiros, 19% auxiliares de enfermagem e 64% eram técnicos de enfermagem, sendo uma equipe predominantemente adulta. Na dimensão de estrutura os sujeitos demonstraram percepção favorável aos aspectos do centro cirúrgico referentes à aquisição de equipamentos, aos investimentos realizados na estrutura física e ao custo financeiro para a instituição que se propõe a participar de um programa de acreditação. Na dimensão processo a maioria reconhece o treinamento admissional, considera que houve uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem e que o enfermeiro supervisiona o processo de qualidade. Avaliou-se a participação da equipe no protocolo de cirurgia segura, sendo os cirurgiões os profissionais com menor adesão. No que tange à dimensão de resultado, os participantes concordaram que foi obtida maior visibilidade para o hospital após a conquista da certificação, que houve aumento na segurança proporcionada aos pacientes e que os indicadores são usados na gestão do setor. Não houve consenso referente ao aumento de punições no setor após o processo de acreditação. Na comparação das três dimensões, a que obteve maior escore de favorabilidade foi a de resultado, média de 47,12 ($dp \pm 7,23$), e a menor foi de estrutura, média de 40,70 ($dp \pm 5,19$), com diferença estatisticamente significativa. **Conclusões:** Esperamos contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, principalmente disponibilizando uma fonte a mais de literatura específica do centro cirúrgico. Este diagnóstico situacional irá subsidiar a reestruturação dos pontos vulneráveis avaliados nas três dimensões, sobretudo os da dimensão de estrutura, auxiliando o setor no propósito da certificação ONA nível II.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde; Acreditação Hospitalar; Centro Cirúrgico; Enfermagem.

Fernandes HML. **Hospital Accreditation: The perception of the Surgical Center's nursing team of a Teaching Hospital** [dissertation]. School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: The quality management is an imperative for the health institutions that aim to survive in the globalized and competitive market. The hospital accreditation program is a methodology of volunteer, periodic and educative assessment utilized to ensure the quality of the assistance by means of previously defined patterns. The surgical center is a complex sector where the nursing team performs an important role in the improvement of the processes in pursuit of the excellence. **Objectives:** Analyze the hospital accreditation in the surgical center of a teaching hospital, from the perspective of the nursing team, in the evaluative dimensions of structure, process and result, and identify the intervening factors of the accreditation, based on the Donabedian model. **Method:** This is an exploratory-descriptive study, of quantitative approach, conducted in the surgical center of a teaching hospital at the interior of the São Paulo state. The population consisted of 69 nursing professionals and the data collection occurred in January and February 2014, through a questionnaire, using a Likert scale. The data were analyzed in terms of percentage rates and specific statistical tests. The instrument has proved reliable for the studied population, and the value of Cronbach's Alpha obtained was equal to 0.812. **Results:** Regarding the characterization of the subjects, it was verified that 76.8% were female, 17% were nurses, 19% were nursing assistants and 64% were nursing technicians, consisting of a predominantly adult team. In the dimension of structure, the subjects demonstrated favorable perception of the surgical center's aspects related to the acquisition of equipment, the investments in the physical structure and the financial cost to the institution that proposes to participate of an accreditation program. In the dimension of process, the majority acknowledges the admission training and considers that there was a standardization of the practices and conducts of the nursing team and that the nurse supervises the quality process. It was assessed the team's participation in the secure surgery protocol, considering the surgeons as the professionals with lower adhesion. Regarding the dimension of result, the participants agreed that the hospital obtained higher visibility after the certification was achieved, that there was an increase in the security provided to the patients and that the indicators are used in the sector's management. There was no consensus referring to the increase of punishments in the sector after the accreditation process. In comparing the three dimensions, the result obtained the highest favorability score, average of 47.12 (SD $\pm$ 7.23), and the structure obtained the lowest, average of 40.70 (SD $\pm$ 5.19), with a statistically significant difference. **Conclusions:** We hope to contribute with the improvement of the health services, mainly providing an additional source of specific literature of the surgical center. This situational diagnosis will subsidize the restructuring of the vulnerable points assessed in the three dimensions, especially regarding structure, supporting the sector in the purpose of the level II NAO certification.

KEYWORDS: Health Assessment; Hospital Accreditation; Surgical Center; Nursing.

Fernandes HML. **Acreditación Hospitalaria: La percepción de la equipo de enfermería del Centro Quirúrgico de un Hospital Universitario** [disertación]. Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2014.

RESUMEN

Introducción: La gestión de la calidad es un imperativo para las instituciones de salud que ansían sobrevivir al mercado globalizado y competitivo. El programa de acreditación hospitalaria es una metodología de evaluación voluntaria, periódica y educativa utilizada para garantizar la calidad de la asistencia por medio de patrones previamente definidos. El centro quirúrgico es un sector complejo en que la equipo de enfermería desempeña un papel importante en la mejoría de los procesos en busca de la excelencia. **Objetivos:** Analizar la acreditación hospitalaria en el centro quirúrgico de un hospital universitario, bajo la óptica de la equipo de enfermería, en las dimensiones evaluativas de estructura, proceso y resultado, y identificar los factores que intervienen en la acreditación, basado en el modelo Donabedian. **Método:** Este es un estudio exploratorio-descriptivo, de abordaje cuantitativa, realizado en el centro quirúrgico de un hospital universitario en el interior del Estado de São Paulo. La población constó de 69 profesionales de enfermería y la recogida de datos ocurrió en los meses de Enero y Febrero de 2014, mediante un cuestionario, utilizando una escala de Likert. Los datos fueron analizados en función de los índices porcentuales y tests estadísticos específicos. El instrumento se mostró confiable para la población estudiada, siendo el valor obtenido de Alpha de Cronbach igual a 0,812. **Resultados:** En la caracterización de los sujetos, se verificó que 76,8% pertenecían ao sexo masculino, 17% éran enfermeros, 19% auxiliares de enfermería y 64% éran técnicos de enfermería, siendo una equipo de forma predominante adulta. En la dimensión de estructura los sujetos demostraron percepción favorable a los aspectos del centro quirúrgico referentes a la adquisición de equipamientos, a las inversiones realizadas en la estructura física y al coste financiero para la institución que se propone a participar de un programa de acreditación. En la dimensión proceso la mayoría reconoce la capacitación de admisión, considera que hubo estandarización de las prácticas y conductas en la equipo de enfermería y que el enfermero supervisa el proceso de calidad. Se evaluó la participación de la equipo en el protocolo de cirugía segura, siendo los cirujanos los profesionales con menor adhesión. En lo que respecta a la dimensión de resultado, los participantes concordaron que fue obtenida mayor visibilidad para el hospital después de la conquista de la certificación, que hubo aumento en la seguridad proporcionada a los pacientes y que los indicadores son usados en la gestión del sector. No hubo consenso referente al aumento de castigos en el sector después del proceso de acreditación. En la comparación de las tres dimensiones, la que obtuvo mayor puntaje de favorabilidad fue la de resultado, media de 47,12 ($\pm$ 7,23), y la menor fue de estructura, media de 40,70 ($\pm$ 5,19), con diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** Esperamos contribuir para la mejoría de los servicios de salud, principalmente proporcionando una fuente a más de literatura específica del centro quirúrgico. Este diagnóstico de situación irá subsidiar la reestructuración de los puntos vulnerables evaluados en las tres dimensiones, sobretudo los de la dimensión de estructura, auxiliando el sector en el propósito de la certificación ONA nível II.

PALABRAS CLAVE: Evaluación en Salud; Acreditación Hospitalaria, Centro Quirúrgico; Enfermería.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Total de certificações concedidas pela ONA por tipo de certificação – 2014.	41
Gráfico 2	Distribuição da equipe de enfermagem segundo a categoria profissional, São Paulo (Interior) – 2014.	74
Gráfico 3	Distribuição da equipe de enfermagem segundo o setor de atuação no centro cirúrgico, São Paulo (Interior) – 2014.	75
Gráfico 4	Distribuição da equipe de enfermagem segundo o turno de trabalho, São Paulo (Interior) – 2014.	76
Gráfico 5	Distribuição da equipe de enfermagem segundo o ano de admissão, São Paulo (Interior) – 2014.	77
Gráfico 6	Distribuição da equipe de enfermagem segundo participação no início do processo de acreditação ONA nível I por turno, São Paulo (Interior) – 2014.	78
Gráfico 7	Distribuição das respostas da questão: Foram adquiridos equipamentos para o Centro Cirúrgico devido ao processo de acreditação (Q1). São Paulo (Interior) – 2014.	79
Gráfico 8	Distribuição das respostas da questão: Foram realizados investimentos na estrutura física do Centro Cirúrgico com a inserção no processo de acreditação ONA (Q4). São Paulo (Interior) – 2014.	80
Gráfico 9	Distribuição das respostas da questão: Os colaboradores do Centro Cirúrgico não conheciam as diretrizes da ONA (Q7). São Paulo (Interior) – 2014.	81
Gráfico 10	Distribuição das respostas da questão: O processo de acreditação tem um custo financeiro para a instituição (Q10). São Paulo (Interior) – 2014.	83
Gráfico 11	Distribuição das respostas da questão: Os erros notificados nos processos de trabalho servem para subsidiar punições e sanções administrativas (Q13). São Paulo (Interior) – 2014.	84
Gráfico 12	Distribuição das respostas da questão: As normas do manual da ONA eram discrepantes em relação à realidade do setor (Q16). São Paulo (Interior) – 2014.	85
Gráfico 13	Distribuição das respostas da questão: A estrutura física do Centro Cirúrgico é antiga e não favorece os processos de acreditação (Q19). São Paulo (Interior) – 2014.	87
Gráfico 14	Distribuição das respostas da questão: O processo de acreditação ONA propiciou melhorias nos processos assistenciais (Q22). São Paulo (Interior) – 2014.	89
Gráfico 15	Distribuição das respostas da questão: Houve um aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA (Q25). São Paulo (Interior) – 2014.	90
Gráfico 16	Distribuição das respostas da questão: Os treinamentos para a equipe de enfermagem são realizados com foco nas necessidades assistenciais (Q28). São Paulo (Interior) – 2014.	91
Gráfico 17	Distribuição das respostas da questão: Houve um aumento no quadro de funcionários de enfermagem no setor devido ao processo de acreditação ONA (Q31). São Paulo (Interior) – 2014.	92

Gráfico 18	Distribuição das respostas da questão: O número de capacitações realizadas no setor diminuiu após a conquista da acreditação ONA (Q34). São Paulo (Interior) – 2014.	93
Gráfico 19	Distribuição das respostas da questão: A acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional (Q2). São Paulo (Interior) – 2014.	95
Gráfico 20	Distribuição das respostas da questão: Com a acreditação, houve a uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem (Q5). São Paulo (Interior) – 2014.	96
Gráfico 21	Distribuição das respostas da questão: Fui treinado e capacitado para exercer minhas atribuições no centro cirúrgico independente do processo de acreditação (Q8). São Paulo (Interior) – 2014.	97
Gráfico 22	Distribuição das respostas da questão: A equipe de cirurgiões não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q11). São Paulo (Interior) – 2014.	98
Gráfico 23	A equipe anestésica não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q14). São Paulo (Interior) – 2014.	100
Gráfico 24	Distribuição das respostas da questão: A equipe de enfermagem não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q17). São Paulo (Interior) – 2014.	101
Gráfico 25	Distribuição das respostas da questão: A presença de alunos dificultou o processo de acreditação ONA nível I (Q20). São Paulo (Interior) – 2014.	104
Gráfico 26	Distribuição das respostas da questão: Os enfermeiros supervisionam os processos de qualidade no centro cirúrgico (Q23). São Paulo (Interior) – 2014.	106
Gráfico 27	Distribuição das respostas da questão: A equipe de enfermagem conhece as ferramentas de gerenciamento de risco existentes no centro cirúrgico (Q26). São Paulo (Interior) – 2014.	107
Gráfico 28	Distribuição das respostas da questão: O processo de qualidade é de responsabilidade exclusiva das chefias (Q29). São Paulo (Interior) – 2014.	109
Gráfico 29	Distribuição das respostas da questão: O plantão noturno é envolvido no processo de acreditação pelas chefias (Q32). São Paulo (Interior) – 2014.	110
Gráfico 30	Distribuição das respostas da questão: Os processos voltados para a acreditação são revistos somente por ocasião das novas certificações da ONA (Q35). São Paulo (Interior) – 2014.	111
Gráfico 31	A acreditação propiciou uma maior rentabilidade para o Hospital (Q3). São Paulo (Interior) – 2014.	113
Gráfico 32	O profissional de enfermagem que atua no Hospital acreditado não possui curriculum diferenciado no mercado (Q6). São Paulo (Interior) – 2014.	114
Gráfico 33	O selo de acreditação ONA promoveu maior visibilidade para o Hospital (Q9). São Paulo (Interior) – 2014.	115
Gráfico 34	A padronização do prontuário no centro cirúrgico dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar (Q12). São Paulo (Interior) – 2014.	116
Gráfico 35	O processo de acreditação piorou as condições de trabalho para a enfermagem (Q15). São Paulo (Interior) – 2014.	118

Gráfico 36	A acreditação trouxe maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição (Q18). São Paulo (Interior) – 2014.	119
Gráfico 37	O centro cirúrgico é mais desorganizado após o processo de acreditação (Q21). São Paulo (Interior) – 2014.	120
Gráfico 38	Os resultados obtidos nos indicadores do setor são usados no gerenciamento da unidade (Q24). São Paulo (Interior) – 2014.	121
Gráfico 39	Os funcionários foram beneficiados de alguma forma com a acreditação (Q27). São Paulo (Interior) – 2014.	122
Gráfico 40	Os indicadores assistenciais do centro cirúrgico após o processo de acreditação foram divulgados à equipe multidisciplinar sistematicamente (Q30). São Paulo (Interior) – 2014.	124
Gráfico 41	Com o processo de qualidade aumentaram as punições no setor (Q33). São Paulo (Interior) – 2014.	125
Gráfico 42	As exigências impostas pelo processo de acreditação desencadeiam estresse e sobrecarga de trabalho (Q36). São Paulo (Interior) – 2014.	126
Gráfico 43	Comparação dos escores de avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultado pela equipe de enfermagem, pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros do centro cirúrgico, São Paulo (Interior) – 2014.	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Total de certificações concedidas pela ONA por serviços de saúde – 2014.	40
Tabela 2	Certificações concedidas pela Organização Nacional da Saúde por região do Brasil – 2014.	42
Tabela 3	Distribuição da equipe de enfermagem segundo as variáveis sexo e idade, São Paulo (Interior) – 2014.	73
Tabela 4	Distribuição da equipe de enfermagem do centro cirúrgico por categoria e ano, São Paulo (Interior) – 2014.	92
Tabela 5	Gerenciamento do protocolo de cirurgia segura. São Paulo (Interior) – 2014.	103
Tabela 6	Distribuição dos valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pela equipe de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado, São Paulo (Interior) – 2014.	128
Tabela 7	Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros nas dimensões de estrutura, processo e resultado, São Paulo (Interior) – 2014.	129
Tabela 8	Dimensões de estrutura, de processo e de resultado segundo os escores de favorabilidade atribuídos pela equipe de enfermagem por turno de trabalho, São Paulo (Interior) – 2014.	132

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Padrões e itens de orientação para Acreditação ONA nível I (acreditado) 2010.	45
Quadro 2	Referente às proposições da dimensão de estrutura. São Paulo (Interior) 2014.	64
Quadro 3	Referente às proposições da dimensão de processo. São Paulo (Interior) 2014.	65
Quadro 4	Referente às proposições da dimensão de resultado. São Paulo (Interior) 2014.	66

LISTA DE SIGLAS

5W2H	What, Why, Who, When, Where, How, How Much
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CC	Centro Cirúrgico
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FMEA	Failure Mode and Effects Analysis
IA	Instituição Acreditadora
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCI	Joint Commission International
MBA	Manual Brasileiro de Acreditação
MBAH	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPSS	Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PROESA	Pós Graduação da Saúde do Adulto
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
1.1	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	29
	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O MODELO	
1.2	DONABÉDIANO DE QUALIDADE	32
	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE	
1.3	ACREDITAÇÃO (ONA)	38
	CENTRO CIRÚRGICO E SUA INSERÇÃO NA ACREDITAÇÃO	
1.4	HOSPITALAR	44
	A ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO NO PROCESSO DE	
1.5	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	47
2	OBJETIVOS	53
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	57
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	57
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	57
3.2.1	Centro Cirúrgico.....	58
3.3	POPULAÇÃO / AMOSTRA DO ESTUDO	59
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	59
3.5	COLETA DE DADOS.....	60
3.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	60
3.5.2	Operacionalização da coleta de dados.....	67
3.5.3	Organização e análise dos dados.....	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	71
4.1	FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO.....	71
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	72
	ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA	
4.3	BASEADA NA TRÍADE DONABEDIANA.....	79
	ESCORES DE FAVORABILIDADE DAS TRÊS DIMENSÕES	
4.4	AVALIATIVAS.....	128
5	CONCLUSÕES.....	135

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
	BIBLIOGRAFIA.....	147
	APÊNDICES.....	153
	Apêndice 1.....	155
	Apêndice 2.....	156
	Apêndice 3.....	161
	Apêndice 4.....	162
	ANEXOS.....	175
	Anexo 1.....	177
	Anexo 2	180

*“**Bote fé** e a vida terá um sabor novo,
terá uma bússola que indica a direção;
Bote esperança e todos os seus dias
serão iluminados e o seu horizonte já
não será escuro, mas luminoso;
Bote amor e a sua existência será
como uma casa construída sobre a
rocha, o seu caminho será alegre,
porque encontrará muitos amigos que
caminham com você”.*

Papa Francisco

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

1.1- JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A busca pela qualidade nos estabelecimentos de saúde tem se mostrado uma tendência mundial, chegando a ser considerada indispensável para a sobrevivência das instituições. Assim, nas últimas décadas, a sociedade passou a exigir e a optar por serviços de saúde que apresentem padrões de excelência em seus processos e resultados (Pena, 2012).

Neste sentido, em minha formação e trajetória profissional, tive oportunidade de presenciar muitas mudanças impostas para a qualificação da assistência ao paciente e muitas transformações para os profissionais de enfermagem. Iniciei na área da saúde em 1996, como técnica de enfermagem, em uma cidade do interior de Minas Gerais. Foi nesta época que tive a certeza de que escolhera o melhor caminho a seguir e de que não seria fácil. No hospital onde era realizado o estágio, o único da cidade, e que posteriormente trabalhei por cinco anos no centro cirúrgico, possuía 150 leitos, realizava em média 3.350 cirurgias, 7.549 internações e 12.550 atendimentos por ano e contava com apenas três enfermeiras que não mediam esforços para supervisionar a assistência prestada aos pacientes, realidade comum nas regiões mais carentes do Brasil. A coordenadora de enfermagem era uma enfermeira visionária, freira por vocação, que já trabalhava com conceitos de humanização e habilidade técnica e foi ela minha fonte de inspiração para que eu fizesse faculdade e que de alguma forma pudesse contribuir com a mudança de uma realidade em prol dos doentes.

Assim, em 2001 mudei para Campinas e busquei a graduação em Enfermagem, período em que me dediquei a buscar conhecimento científico e a aperfeiçoar as técnicas tão necessárias para a assistência. Apesar da dificuldade do duplo vínculo, trabalho e faculdade, em que o tempo era muitas vezes restrito, procurei

aproveitar todas as oportunidades que a graduação oferecia, como estágios extracurriculares, monitoria e eventos científicos. Nesta época me deparei com uma realidade muito diferente da vivida em Minas Gerais. Os hospitais possuíam um grande parque tecnológico de equipamentos sofisticados e no quantitativo de pessoal era um enfermeiro por unidade/plantão, responsável pela supervisão do cuidado. No entanto, era evidente uma cobrança por produtividade cirúrgica e uma preocupação com a qualidade dos processos para de alguma forma vencer a concorrência do mercado. Os hospitais privados buscavam métodos para avaliação dos serviços, inclusive o hospital em que eu trabalhava era referência de qualidade na cidade e foi lá que pela primeira vez me deparei com um programa de acreditação hospitalar.

Em 2006, pela necessidade de aprofundar meu conhecimento na área que mais gostava de atuar, o centro cirúrgico, busquei a residência em enfermagem em um hospital universitário e neste ano seria também o início desta Instituição no processo de qualidade. Posteriormente seria neste Bloco Operatório o meu maior desafio profissional, gerenciar esta unidade extremamente complexa e estratégica frente às demais unidades produtivas no processo de acreditação hospitalar.

Este processo, operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), busca promover desenvolvimento e implantação de um método permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção de forma a garantir a qualidade na assistência à saúde, bem como o cuidado humanizado.

Nesta direção, a maior parte da minha trajetória profissional foi pautada em desafios e situações em que a falta de recursos ideais era estímulo para se criarem alternativas e seguir em frente. Pensar em qualidade, considerando todas as características de ser um hospital privado, universitário e filantrópico. Esse era o desafio, e após quatro anos da implantação do serviço da qualidade, fomos

acreditados ONA nível I, conquistando o mérito de fazer parte desse seleto grupo de hospitais universitários certificados.

O meu interesse pelo tema em questão decorreu desta vivência como gerente de enfermagem do centro cirúrgico e das várias estratégias que adotamos para nos adequarmos às exigências do manual da acreditação ONA, uma vez que para determinar o nível da acreditação, todos os setores do hospital são auditados e devem cumprir o mesmo patamar de exigências. O centro cirúrgico é por si um setor complexo e está em posição de destaque no planejamento estratégico.

O caminho é difícil e cheio de surpresas. Após quatro anos da primeira conquista da acreditação hospitalar ONA nível I, é notável na Instituição que a qualidade é um caminho sem volta e que é possível alcançar os itens preconizados pelo manual da acreditação, mesmo em um hospital com estrutura física antiga e com muitas variáveis. Algumas inquietações começaram a surgir: Qual a percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico acerca da acreditação hospitalar? Como são avaliados os componentes de estrutura, processo e resultado pela equipe de enfermagem? Quais os fatores intervenientes neste processo?

Com a finalidade de elucidar minhas indagações, considerei necessária a busca da pós-graduação *Stricto Sensu* – nível mestrado. Meu ingresso se deu na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 2012, no programa de Pós-Graduação da Saúde do Adulto (PROESA), onde tive oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos e discutir questões referentes ao centro cirúrgico e à gestão da qualidade, culminando e ratificando a escolha do tema da minha dissertação.

Através da percepção da equipe de enfermagem sobre a experiência vivida com a acreditação, pretendemos contribuir com as pesquisas relacionadas ao tema, uma vez que ainda há escassez de literatura a respeito do processo de acreditação no centro cirúrgico e

subsidiar nossa gestão no caminho para a recertificação ONA nível II.

Frente ao exposto, esta pesquisa retrata a problemática descrita, com a finalidade de encontrar elementos que subsidiem as equipes de saúde na fundamentação dos processos decisórios envolvidos na resolução de problemas e das mudanças a serem adotadas na prática assistencial do centro cirúrgico.

1.2- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O MODELO DONABEDIANO DE QUALIDADE

O ser humano, desde seus primórdios, sempre procurou o que fosse melhor ou o que mais se adequasse às suas necessidades, fossem estas de ordem material, intelectual, social ou espiritual. A Idade Média foi marcada pelos artesãos e artífices responsáveis pela fabricação de seus produtos com qualidade, calçados na sua reputação e habilidades. O início do século XX foi assinalado pela ênfase à conformidade em todos os produtos. A produção em massa levou as indústrias a desenvolverem sistemas baseados em inspeções, em que um ou mais atributos eram examinados, medidos ou testados (Rodrigues, 2011).

A evolução da qualidade no mundo foi construída essencialmente no âmbito da indústria, porém, na década de 1990, em decorrência das exigências mercadológicas impostas pelos usuários do setor de serviços e sua importância na economia mundial, a qualidade passou a ser um fator preponderante. Há uma diferença significativa entre a qualidade industrial e a qualidade em prestadoras de serviço. Na indústria a qualidade é construída de dentro para fora e os problemas podem ser resolvidos com a troca do produto, enquanto que na prestadora de serviços a qualidade é construída de fora para fora, ou seja, o consumo é simultâneo com o serviço prestado e as falhas podem acarretar resultados irreversíveis (Barçante, 1998).

Os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência ocorreram durante a Guerra da Criméia, em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu métodos de coleta de dados que objetivaram a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra. Nightingale utilizou-se de indicadores (por exemplo, taxa de mortalidade), para provar que, através da melhoria do controle sanitário, as mortes poderiam diminuir. Florence Nightingale revolucionou a abordagem dos fenômenos sociais demonstrando que poderiam ser objetivamente medidos, avaliados e submetidos a análises matemáticas (Roessler, 2006).

A qualidade pode ser entendida como tudo aquilo que representa as necessidades futuras do usuário, em características mensuráveis, podendo somente ser decidida em termos de quem avalia (Deming, 1990).

Para Donabedian (1988,1992), qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Os benefícios, por sua vez, definem-se em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores.

Os hospitais ao longo de sua existência vêm passando por diversas mudanças, visando principalmente à melhoria da qualidade da assistência. Grandes avanços tecnológicos ocorreram e, paralelamente a esses, novas formas de reorganização e reestruturação se fizeram necessárias nessas instituições (Matos, 2006). Corroborando Adami (2006), ressalta-se que o momento atual é permeado por imensas transformações, dentre as quais se destacam a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, o aumento de tecnologias e progresso da ciência, os avanços da informática, a produção e a difusão de conhecimento técnico-científico.

Labbadia (2004) afirma que a criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde tornou-se um fenômeno universal, deixando de ser um mero conceito

teórico para ser uma realidade, cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. Ainda segundo essa autora e colaboradores, a avaliação constitui um pilar fundamental de garantia da assistência na saúde e é entendida como sendo um instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para mensurar os esforços da organização, qualidade dos serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social.

Nesse contexto, a acreditação hospitalar se apresenta como um dos métodos de avaliação dos recursos das organizações de saúde, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos.

Segundo Felman, Gatto e Cunha (2005), em seu artigo de revisão da história da evolução da qualidade hospitalar, o início da avaliação da qualidade nos serviços de saúde foi com o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), em meados de 1924. Nesse programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Foram estabelecidos cinco padrões mínimos essenciais para a assistência hospitalar, sendo que três relacionavam-se à organização do corpo médico, um preconizava o adequado preenchimento do prontuário e o outro se referia à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento do paciente. Esses padrões referiam-se exclusivamente às condições necessárias para atividades médicas, não considerando avaliação dos resultados com o paciente e também a estrutura física do hospital.

Inicialmente, a padronização tinha como finalidade a criação de um ambiente adequado para proteger o médico e em seguida passou a enfatizar a prática clínica. À medida que o sucesso do programa se espalhou, um número crescente de hospitais optou por se submeter ao processo. Em 1950, devido ao aumento da complexidade, da abrangência e dos custos para sustentar o

programa de padronização de hospitais, o Colégio Americano de Cirurgiões juntou-se ao Colégio Americano de Clínicos, à Associação Americana de Hospitais, à Associação Médica Americana e Canadense e esse grupo passou a compor a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), organização que em 1952 ficou oficialmente responsável pela Acreditação. O trinômio “avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado (Felman, Gatto e Cunha 2005).

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a Joint Commission International (JCI) buscou modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o Accreditation Manual for Hospital contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também os processos e os resultados da assistência. Os critérios mínimos indispensáveis para o funcionamento dos serviços transformaram-se em elementos reveladores do elevado padrão de prestação de assistência médica. Essa mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição de atenção da Joint Commission, originalmente na estrutura, para a consideração dos processos e resultados da assistência (Antunes, 2002).

Em 1989 a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando como tema a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento importante para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Com isso, o processo de qualidade pretendia contribuir para uma mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os âmbitos e serviços um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição, com o planejamento de metas claras e mobilização constante para o aprimoramento dos objetivos no que se refere à garantia da qualidade da atenção médica (Antunes, 2002).

O processo de acreditação, no Brasil, começa a tornar-se possível no início dos anos noventa, com publicação da Acreditação de Hospitais para a América e Caribe. Em 1990 foi firmado um convênio entre a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de acreditação para a América Latina”, estruturado em padrões e complexidades, sendo que a avaliação final é determinada pelo o nível mínimo atingido. Em 1992, foi realizado em Brasília o primeiro seminário nacional de acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais de área da saúde, sendo apresentado o Manual de Acreditação (Antunes, 2002).

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) foi lançado oficialmente no mês de novembro de 1998, no congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde, em Budapeste, bem como o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes (Felman, Gatto e Cunha 2005).

Para apresentarmos a qualidade nos serviços de saúde, precisamos entender que o setor se engajou no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação e que o maior representante do assunto é Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, sendo o primeiro a se dedicar de maneira sistemática a estudos e publicações sobre o assunto (Donabedian, 1980). Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

A estrutura corresponde à forma como a organização se apresenta em relação aos recursos, normas, rotinas, sistema de valores e expectativas. São as características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial. O processo relaciona-se à maneira como a assistência está sendo prestada aos pacientes, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos. O resultado, por

sua vez, corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais envolvidos (D’Innocenzo, 2006).

Donabedian (1990) amplia esses princípios quando desenvolve os chamados “Sete Pilares da Qualidade”, a saber:

- Eficácia: capacidade de melhorias na saúde e no bem-estar, ou seja, o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis devido ao estado do usuário, mantidas as demais circunstâncias;
- Efetividade: alcance do grau atingível na busca da melhoria da saúde, nas condições da prática cotidiana;
- Eficiência: habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo;
- Otimização: emprego da relação custo-benefício na assistência à saúde;
- Aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de seus familiares;
- Legitimidade: aceitação do cuidado da forma como é visto pela sociedade, em geral;
- Equidade: igualdade na distribuição dos cuidados, sendo parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimo à sociedade.

Para Donabedian (1988; 1992), no setor de saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte do usuário, considerando os valores sociais existentes. Entretanto, a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais, com formações educacionais distintas. Sob esse ponto de vista, a qualidade não pode ser julgada somente considerando os aspectos técnicos, devendo as preferências do usuário e da sociedade serem levadas em conta.

Neste estudo o referencial Donabediano foi adotado, por se acreditar que esse modelo abrange, ao propor a tríade estrutura, processo e resultado, as dimensões que integram o conceito de percepção e, conseqüentemente, do alcance da qualidade na assistência.

1.3- ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)

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

Segundo Fortes (2012), a acreditação é um processo flexível, pois permite adaptações ao tamanho e à complexidade da organização, a qual atua e se adapta às demandas a respeito dos direitos do usuário.

Entende-se que o processo de acreditação hospitalar engloba um conjunto de atividades a serem realizadas para alcançar a condição de “instituição acreditada” e que, segundo Labbadia (2004), contêm quatro elementos: um caráter voluntário, um manual de avaliação, uma verificação externa e uma Instituição Acreditadora (IA).

A solicitação para participar do processo de acreditação hospitalar é um ato espontâneo e voluntário por parte da organização de saúde que pretende passar por essa avaliação. Os serviços de saúde devem ser locais seguros para a prática profissional e para os cuidados prestados aos pacientes.

Uma das organizações acreditadoras é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999, concretizando e ampliando a inserção dos hospitais no processo de acreditação. Em 2001, o Ministério da Saúde sugeriu como voluntária a participação das instituições de saúde no processo de acreditação hospitalar e considerou como parte da política pública a adoção de metodologias para garantir a qualidade da assistência nos hospitais brasileiros, pela Portaria 538, de 14/04/2001 (BRASIL, 2010).

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com objetivo de implementar, em âmbito nacional, um processo permanente de melhorar a qualidade de assistência à saúde, influenciando todos os serviços de saúde no processo de acreditação hospitalar (ANVISA, 2004). Segundo Antunes (2002), a missão da ONA é a promoção de um processo de acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área da saúde no Brasil.

A acreditação está fundamentada em princípios éticos, claramente estabelecidos no manual da acreditação, utilizando ferramentas metodológicas reconhecidamente eficazes no campo da avaliação, alcançando assim alta credibilidade pelas instituições.

Este processo se estrutura no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH), em três níveis:

Nível 1) “Acreditado” - são pedidos requisitos básicos da qualidade na assistência, tendo como princípio a segurança do cliente interno e externo (estrutura). Contempla o atendimento de qualidade prestado ao paciente com qualificação profissional e especialidade compatível com a complexidade do serviço;

Nível 2) “Acreditado Pleno” - tem como princípio organização dos processos. Exige planejamento na organização da assistência hospitalar. Contempla a verificação da documentação e do corpo funcional, o treinamento dos trabalhadores, as rotinas e os indicadores para tomar decisões, com plano de ação clínica e gerencial, além da prática de auditoria interna;

Nível 3) “Acreditado por Excelência” - princípio baseado em práticas de gestão e qualidade (resultados). Está embasado em melhorias contínuas nas estruturas, na atualização técnica profissional, em novas tecnologias, em ações assistenciais com rotinas padronizadas e avaliadas e em procedimentos médico-sanitários, visando alcance da excelência (ONA, 2010).

O processo é executado através da visita externa de uma das instituições acreditadoras e, uma vez aprovada, a instituição de saúde recebe o Certificado de Organização Acreditada, que tem validade de dois anos para Níveis 1 e 2 e de três anos para o Nível 3. As organizações são submetidas a uma nova avaliação no final desse período para manter e assegurar o padrão de qualidade. O processo é concluído com a emissão do relatório pela comissão acreditadora e entrega do parecer final à organização prestadora de serviços de saúde. Com a acreditação conseguem-se benefícios no processo saúde-doença, incluindo a capacidade de transmitir maior segurança ao paciente e maior segurança pessoal (Oliveira, 2012).

Tabela 1- Total de certificações concedidas pela ONA por serviços de saúde – 2014.

Serviços de saúde	N	%
Hospital	212	53,0
Ambulatório	60	15,0
Laboratório	48	12,0
Hemoterapia	27	6,7
Diagnóstico por imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	21	5,2
Nefrologia	17	4,2
Atenção Domiciliar	4	1,0
Serviço de manipulação	4	1,0
Processamento de roupas para serviços de saúde	3	0,8
Programas de saúde e prevenção de riscos	2	0,5
Pronto atendimento	1	0,3
Serviço de dietoterapia	1	0,3
Total de serviços certificados	400	100,0

Fonte: ONA, 2014

A ONA registrou no ano de 2013 um crescimento de 34,8% das certificações concedidas em relação ao ano anterior. Dentre os serviços certificados até abril de 2014, 212 (53,0%) se referem a hospitais, representando a maioria das instituições de saúde certificadas, seguidos pelos ambulatorios (60 – 15,0%) e pelos laboratórios (48 – 12,0%).

Gráfico 1- Total de certificações concedidas pela ONA por tipo de certificação – 2014.

Fonte: ONA, 2014

Atualmente temos um total de 400 serviços de saúde certificados, sendo 101 (25,2%) acreditados, 139 (34,8%) acreditados plenos, 152 (38,0%) acreditados com excelência e 8 (2%) serviços que receberam o selo de qualificação.

Tabela 2- Certificações concedidas pela Organização Nacional da Saúde por região do Brasil – 2014.

Região Norte			Região Nordeste			Região Centro-Oeste			Região Sudeste			Região Sul		
UF	N	%	UF	N	%	UF	N	%	UF	N	%	UF	N	%
AC	0	0,0	PI	0	0,0	MS	1	0,3	ES	10	2,5	SC	14	3,5
RO	0	0,0	AL	1	0,3	MT	2	0,5	RJ	29	7,3	RS	15	3,8
RR	0	0,0	RN	1	0,3	GO	3	0,7	MG	70	17,5	PR	18	4,5
TO	0	0,0	PB	2	0,5	DF	12	3,0	SP	175	43,7			
AP	1	0,3	MA	3	0,7									
AM	2	0,5	SE	3	0,7									
PA	6	1,4	CE	4	1,0									
			PE	6	1,4									
			BA	22	5,6									
Total	9	2,2	Total	42	10,5	Total	18	4,5	Total	284	71,0	Total	47	11,8

Fonte: ONA, 2014

Na tabela 2, podemos observar que 22 estados brasileiros são cobertos pela ONA, incluindo o Distrito Federal. A maior adesão para o processo de acreditação está localizada na região sudeste, com 284 instituições de saúde certificadas, representando 71% do total no Brasil. O estado de São Paulo detém 175 (44%) de todas as certificações concedidas. Percebemos que cinco estados ainda não possuem nenhuma instituição acreditada, sendo eles Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins e Piauí. O número de instituições certificadas pode parecer insignificante diante do número de instituições existentes no País, no entanto a evolução é notável e necessária.

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

saúde precisam atender da melhor forma possível a essa demanda, de acordo com a realidade na qual está inserida (Oliveira, 2012).

Segundo Mezomo (2001), observa-se que o usuário atualmente apresenta um novo perfil: mais crítico, mais consciente dos seus direitos, mais protegido pela lei e mais cioso do valor do seu dinheiro. Somado a isto, o crescimento dos custos na assistência à saúde faz com que os gestores priorizem a gestão de qualidade.

A responsabilidade dos hospitais acreditados vai além da preocupação em manter a acreditação. Eles podem emergir como exemplo de gerenciamento de seus serviços e como modelo para outras organizações de saúde que querem, como imagem externa construída, a segurança, a qualidade, a eficiência, a eficácia e a ética. Integrar-se à acreditação é uma opção das instituições de saúde, mas é importante o que se tem a zelar diante da sociedade, a qual impõe manter os padrões de qualidade durante a assistência ao cliente interno e externo (Oliveira, 2012).

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

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

Para contribuir com o resultado esperado para a excelência na assistência segura, a enfermagem possui um papel fundamental, pois participa ativamente nos níveis decisórios, estratégicos,

assistenciais e como parte da equipe de avaliadores. Devemos, portanto, nos apropriar deste conhecimento e contribuir cada vez mais com a saúde do país.

1.4- CENTRO CIRÚRGICO E SUA INSERÇÃO NA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O centro cirúrgico é considerado uma das unidades mais complexas do hospital, não só por sua especificidade, mas também por ser um local fechado que impõe a equipes de saúde situações estressantes, como lidar com vários aspectos pertinentes à competência técnica, ao relacionamento e aos recursos materiais, além da necessidade de interação com paciente e sua família (Smeltezer, 2009). É uma unidade assistencial, onde são realizadas intervenções cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais. Requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição.

A metodologia proposta pelo Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) forma, como são denominados, os requisitos para avaliação e certificação das Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde (OPSS) e apresenta, como característica fundamental, a verificação integrada de todos os serviços. Para tanto, os instrumentos são estruturados segundo níveis de qualidade, em que são traçados padrões e itens de orientação. O padrão é uma definição operacional que permite a identificação precisa do que se busca avaliar, e é apresentada uma lista de itens de orientação. Estes, por seu turno, apontam as fontes em que os avaliadores podem procurar as evidências norteadoras da qualificação, assim como a organização

de saúde pode utilizá-los para indicar o cumprimento dos requisitos de um determinado padrão. Portanto, além de servirem de guia para os avaliadores, os itens de orientação também são elaborados de forma a auxiliar a OPSS em seu processo de preparação para a Acreditação (Quinto, 2000).

Todas essas informações estão no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar que contempla as seguintes seções: gestão e liderança, atenção ao paciente/cliente, diagnóstico, apoio técnico, abastecimento e apoio logístico e infraestrutura. O centro cirúrgico está inserido na seção atenção ao paciente/cliente. A lógica é que as seções interajam entre si, permitindo que a organização de saúde seja avaliada com consistência sistêmica. A seguir, são apresentados os itens que se referem ao Nível I do atendimento cirúrgico:

Padrão: Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura, conforme o perfil da organização; assegura o planejamento alinhado ao perfil de risco dos pacientes.

Quadro 1 – Padrões e itens de orientação para Acreditação ONA nível I (acreditado) - 2010.

Itens de orientação	(continua)
<ul style="list-style-type: none"> • Corpo técnico habilitado e capacitado; • Profissionais com capacitação compatível, dimensionados às necessidades da organização; • Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento cirúrgico, considerando o perfil epidemiológico do paciente; • Protocolos de atendimento das patologias de maior prevalência/gravidade/risco; • Agenda cirúrgica por grau de risco; • Procedimentos de identificação de pacientes; 	

(continuação)

- Planejamento interdisciplinar da assistência com base no grau de risco;
- Protocolos multidisciplinares de segurança no atendimento cirúrgico;
- Define o tipo de anestesia e estabelece grau de sedação, de acordo com a complexidade e risco do paciente;
- Comunicação efetiva com as demais áreas assistenciais e serviços de diagnóstico para assegurar a continuidade da assistência;
- Canais de comunicação efetiva com o paciente e seu responsável, assegurando o sigilo da informação;
- Critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços;
- Sistema de informação com registros multidisciplinares atualizados sobre a assistência cirúrgica e anestésica do paciente que assegure a continuidade de cuidados;
- Registros formais da alta cirúrgica e anestésica do paciente;
- Respeito às características individuais dos pacientes;
- Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo da calibração;
- Cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;
- Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela;
- Gerencia os resíduos;
- Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil.

(conclusão)

Fonte: ONA, 2010 p. 91

Em relação ao nível I, a instituição precisa alcançar as exigências que contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos

profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação. Além disso, precisa oferecer atendimento seguro aos clientes e para tal necessita-se do controle de riscos (Manzo, 2012).

1.5- A ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Por sua natureza, a enfermagem tem como essência o cuidar. Esta característica promove esta classe profissional a um elevado nível de importância no processo de acreditação ONA.

A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo observados (Lima, 2006). Diante a esta definição e das características profissionais da enfermagem, por atuar em tempo integral e diretamente junto aos pacientes, podemos afirmar que ela protagoniza muitos processos que envolvem a assistência, sendo determinante para o êxito ou não destas atividades, influenciando diretamente nos indicadores.

Oliveira (2012) considera a acreditação um método inovador, em que a enfermagem deve se apropriar da proposta de reorganização da instituição e do sistema de saúde, mostrando habilidades e competências gerenciais, que abrangem planejamento de ações, liderança, comunicação e trabalho em equipe.

Esta apropriação, somada a estas habilidades e competências, colocam a enfermagem em evidência na instituição, projetando-a inclusive na condução de importantes frentes no processo de acreditação.

Segundo Feldman e Cunha (2006), o enfermeiro desempenha atividades administrativas, assistenciais, ensino/pesquisa. Na área assistencial, provê o ser humano em suas necessidades básicas e avalia o resultado ao ensinar o autocuidado. Na área administrativa, tem responsabilidade profissional, social e ética que avalia as ações de prestação da assistência, planejando metas. Na área ensino/pesquisa, desenvolve a educação continuada, com a implementação dos treinamentos baseados nos resultados obtidos e a elaboração de pesquisas científicas (Feldman e Cunha, 2006).

No centro cirúrgico o papel da enfermagem surgiu para atender as necessidades da equipe cirúrgica com atividades voltadas para a provisão, o manuseio e a manutenção dos equipamentos e materiais necessários aos procedimentos cirúrgicos. Porém, além de gerenciar a dinâmica da unidade, este profissional é responsável pela sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, que engloba a recepção do paciente, a participação do protocolo de cirurgia segura como coordenador da lista de verificação, o auxílio na indução anestésica, no posicionamento cirúrgico e na transposição, sendo estas etapas fundamentais no sucesso do tratamento e restabelecimento dos pacientes.

Peniche e Araújo (2009) apontam que enfermeiro deve estar em constante aperfeiçoamento, buscando adaptar-se às mudanças tecno-científicas crescentes com passar dos tempos. Evidencia-se que o centro cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica, científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil do enfermeiro desse setor.

Além deste avanço tecnológico, científico e do relacionamento interpessoal exigido para a administração dos conflitos existentes, nesta unidade complexa e fechada, a acreditação hospitalar surge como um novo nicho de trabalho com inúmeras oportunidades, em que as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem

possuem relevância para obtenção dos resultados positivos e garantem a manutenção da qualidade na assistência.

O processo de acreditação traz melhorias para a qualidade da assistência, exigindo que o trabalho seja desenvolvido de forma interdisciplinar, com responsabilidade, habilidade técnica, capacitação e principalmente motivação frente aos aspectos negativos e às dificuldades encontradas.

Frente ao exposto, este estudo constitui-se numa avaliação investigativa com o objeto de conhecer a percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico acerca do processo de acreditação hospitalar. O modelo Donabedian foi optado por permitir a identificação dos pontos vulneráveis nas dimensões de estrutura, de processo e de resultado. Para tal foram delineados os seguintes objetivos deste estudo:

*“Não bastam os esforços e a
coragem, senão se tem um
propósito e uma direção”.*

John F. Kennedy

OBJETIVOS

2- OBJETIVOS

- Analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca do processo de acreditação hospitalar no centro cirúrgico de um hospital universitário, nas dimensões avaliativas de estrutura, processo e resultado.

- Identificar os fatores intervenientes do processo de acreditação no centro cirúrgico, segundo os profissionais de enfermagem, baseando-se no modelo Donabedian.

“Sua atitude no início de uma tarefa definirá em muito o êxito dessa tarefa. Identifique os desafios, crie estratégias e aja como se fosse impossível falhar”.

Dr. Jô Furlan

MÉTODO

3- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1- TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa.

3.2- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital universitário privado de grande porte, nível terciário e localizado no interior de São Paulo (SP).

Trata-se de uma instituição de ensino, que tem por missão “Prestar atendimento de qualidade na área de saúde e contribuir para a promoção do conhecimento, considerando sua orientação cristã e seu caráter de Hospital Universitário”.

O hospital possui um total de 306 leitos, sendo 197 destinados ao atendimento de usuários do convênio do Sistema Único de Saúde (SUS) e 109 utilizados para pacientes de outros convênios e particulares. Atende a população com uma média mensal de 20.068 consultas ambulatoriais, 10.200 atendimentos nas Unidades de Urgência e Emergência, 650 procedimentos cirúrgicos e 208 obstétricos, além de 1.223 internações, todos pelo SUS, constituindo-se na principal referência da Secretaria Municipal de Saúde.

Atende, também, 30 convênios privados e particulares, realizando mensalmente, em média, por meio desses convênios, 4.600 consultas nas Policlínicas, 9.740 atendimentos nas Unidades de Urgência e Emergência, 438 procedimentos cirúrgicos e 635 internações.

A estrutura organizacional dessa instituição é composta por uma Superintendência, um colegiado de Diretores (Clínico,

Administrativo e de Enfermagem) e Gestores das Unidades de Negócio (Administrativas, Apoio e Assistenciais). Quanto aos recursos humanos, a instituição tem em seu quadro aproximadamente 2.157 colaboradores.

O centro cirúrgico, local onde o estudo foi desenvolvido, é descrito a seguir de forma minuciosa.

3.2.1- Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico possui 12 salas cirúrgicas, sendo: uma delas especialmente equipada para procedimentos cardíacos; duas salas que abrigam aparelhos e materiais; uma sala de recuperação pós-anestésica com 12 leitos, devidamente equipada com monitores e painel de gases para cada leito, desfibrilador e carrinho de urgência; uma sala de armazenamento de material anestésico; uma área administrativa para prescrição eletrônica; quatro lavabos; uma sala da gerência do Bloco Operatório com uma antessala para o escriturário; uma sala administrativa para o responsável pela anestesia; dois ambientes para conforto médico; uma copa; farmácia satélite; dois quartos para admissão dos pacientes, um com banheiro feminino e outro masculino; e uma sala para recepção e/ou espera e atendimento a familiares, localizada fora do ambiente restrito.

O centro cirúrgico tem estrutura para atender procedimentos de baixa, média e alta complexidade, 24 horas por dia, realiza em média 1.088 cirurgias/mês, sendo 60% de cirurgias SUS e 40% de cirurgias de convênios e particulares. Atua como referência de urgência e emergência na região.

Temos uma estrutura física antiga, e o fato de sermos um Hospital privado, universitário, filantrópico e em busca da autossustentabilidade financeira apresentou um maior desafio para a acreditação hospitalar, pois cada característica desta exigiu, das

lideranças e do serviço de qualidade, estratégias para atender as exigências propostas pela ONA.

3.3- POPULAÇÃO / AMOSTRA DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no centro cirúrgico do hospital em questão, independente da data de admissão. Os profissionais de férias foram contemplados na coleta.

Critérios de exclusão:

- Profissionais com afastamentos por motivos de licença médica durante o período de coleta de dados.

O quadro aprovado de colaboradores dessa unidade é de 12 enfermeiros e 57 auxiliares e técnicos de enfermagem distribuídos nas 24 horas. Desses, 13 (19%) são auxiliares de enfermagem, 44 (64%) são técnicos de enfermagem e 12 (17%) são enfermeiros. Conseguimos atingir 100% da população proposta, sendo um total de 69 instrumentos analisados.

3.4- ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto do estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (Anexo 1). Após aprovação, parecer 304.636 com data da relatoria 11/06/2013, foi encaminhado para consentimento da Direção do Hospital¹. Após o projeto ser apreciado e deferido pelos órgãos responsáveis, a coleta de dados foi iniciada.

¹ O documento de aprovação da pesquisa não se encontra anexado na dissertação, em virtude do compromisso de anonimato, podendo ser solicitado quando necessário.

A cada participante do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), em duas vias, obedecendo à resolução do Conselho Nacional de Saúde (nº 196/96). Cada participante recebeu uma cópia do citado termo após sua assinatura. A pesquisadora explicou aos sujeitos da pesquisa os objetivos deste estudo, garantindo aos profissionais o anonimato, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem qualquer sanção em suas atividades profissionais.

3.5- COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, por meio de um instrumento intitulado: Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário (Apêndice 2).

3.5.1- Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 2) constituiu-se de duas partes: a primeira contém os dados sociodemográficos dos participantes, e a segunda é composta por 36 proposições com base no modelo Donabedian, referente a dimensões de estrutura, processo e resultado, sendo 06 com atributos positivos e 06 com atributos negativos em cada dimensão, distribuídas aleatoriamente para evitar que o participante mantenha uma tendência de responder sempre o mesmo grau nas diferentes assertivas. Utilizamos uma Escala de Likert, a qual apresenta dois campos de variação, um de concordância e outro de discordância, com a finalidade de determinar percepções acerca do objeto do estudo.

Nesta investigação foi utilizada uma escala de cinco graus, apresentando a seguinte configuração:

Nas proposições com atributo positivo, o grau 5 representa concordar totalmente e estabelecer uma percepção favorável em relação ao fenômeno. Nas proposições com atributo negativo, o grau 1 representa discordar totalmente, o que também explicita uma atitude favorável. Portanto, deve haver a inversão do grau 1 para o grau 5. Isso é necessário para que, em ambos os casos, reflitam a favorabilidade em relação à opinião, crenças, atitudes e percepções (Polit, Beck, Hunger, 2004).

A construção inicial do instrumento foi pautada em uma revisão de literatura com enfoque nas facilidades e dificuldades encontradas no processo de acreditação hospitalar e nas melhorias reconhecidas no setor, procurando-se, ainda, acrescentar assertivas que expressassem as vivências e as inquietações da pesquisadora. Este instrumento foi submetido à validação de conteúdo e de consistência interna.

A validação por conteúdo (Apêndice 4), ou Validação de Juízes, se deu por meio de opinião de especialistas, na busca de um consenso intersubjetivo. Portanto, houve necessidade de se estabelecer um índice de validação de conteúdo (IVC) mínimo, também conhecido como índice de consenso ou de favorabilidade. Os estudos de validação de indicadores de avaliação em saúde de Fernandes (2005) e Nicole (2009) empregaram o valor mínimo $\geq$ a 75% para concordância entre especialistas.

Tendo como referência os valores acima empregados, optou-se, nesta pesquisa, pelo nível de consenso $\geq$ a 75%, por meio de análise estatística. Caso o indicador não atingisse o IVC mínimo, esse deveria ser revisto, reajustado e reapresentado, ou não, aos especialistas, dependendo da quantidade e da complexidade das modificações sugeridas.

Para este processo de validação, são indicados de três a dez profissionais com amplo conhecimento e experiências acumuladas na área e que a consulta seja realizada individualmente (Polit, Beck, Hunger, 2004).

Considerando esses referenciais, o instrumento foi enviado a cinco juízes, especialistas em centro cirúrgico e com vivência na acreditação hospitalar e/ou docentes especialistas na metodologia adotada. Foi solicitado a esse grupo análise e validação do conteúdo pautado na relevância, clareza, pertinência e sensibilidade das assertivas em cada dimensão, bem como a necessidade de inclusão ou exclusão de preposições.

Convém salientar que, do total dos especialistas, dois são enfermeiros doutores, docentes de universidades públicas; um enfermeiro doutor, docente e coordenador do curso de enfermagem de uma universidade privada; um enfermeiro doutorando, coordenador do serviço de qualidade de um hospital universitário; e um enfermeiro mestre, coordenador de um centro cirúrgico certificado. Esses especialistas compõem a análise do universo teórico por possuírem ampla experiência em pelo menos uma das temáticas: gestão da qualidade no centro cirúrgico, avaliação em saúde e construção de instrumentos, empregando-se a escala de Likert.

O primeiro contato com os especialistas foi realizado via telefone ou e-mail, com o intuito de convidá-los a participar da pesquisa como juízes, expondo os objetivos do estudo e acordando o prazo de entrega do instrumento.

Obteve-se o retorno de todos. As sugestões foram estudadas e acatadas pela pesquisadora, o que possibilitou reestruturar o questionário. Ao grupo de especialistas foi solicitado que analisassem o conteúdo e a pertinência das assertivas em cada dimensão, bem como se haveria necessidade de inclusão ou exclusão de proposições. Outro aspecto questionado foi se a escala era efetiva, exequível e suficiente. Foi enviado um ofício para formalizar o convite (Apêndice 3).

Assim, o instrumento foi constituído de 36 proposições, sendo doze referentes à dimensão de estrutura, doze de processo e doze de resultado.

O pré-teste foi realizado com um grupo de cinco participantes, composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com a finalidade de assegurar a compreensão, identificar possíveis falhas e proceder à reformulação, caso necessário. Todos os questionários do pré-teste foram devolvidos e não houve necessidade de realizar alterações.

A consistência interna foi mensurada através do teste de Alpha de Cronbach (anexo 2), a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90, pois acima deste valor pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo e, portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (Pereira, 2001). O resultado de Alpha de Cronbach encontra-se no item 4 deste estudo.

As questões são apresentadas nos quadros a seguir, conforme as dimensões de estrutura, processo e resultado e a classificação com o atributo de positivas (P) ou negativas (N).

**Quadro 2 – Referente às proposições da dimensão de estrutura.
São Paulo (Interior) - 2014.**

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTOS
1. Foram adquiridos equipamentos para o centro cirúrgico devido ao processo de acreditação.	P
2. Foram realizados investimentos na estrutura física do centro cirúrgico com a inserção no processo de acreditação ONA.	P
3. Os colaboradores do centro cirúrgico não conheciam as diretrizes da ONA.	N
4. O processo de acreditação tem um custo financeiro para a instituição.	P
5. Os erros notificados nos processos de trabalho servem para subsidiar punições e sanções administrativas.	N
6. As normas do manual da ONA eram discrepantes em relação à realidade do setor.	N
7. A estrutura física do centro cirúrgico é antiga e não favorece os processos de acreditação.	N
8. O processo de acreditação ONA propiciou melhorias nos processos assistenciais.	P
9. Houve um aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA.	N
10. Os treinamentos para a equipe de enfermagem são realizados com foco nas necessidades assistenciais.	P
11. Houve um aumento no quadro de funcionários de enfermagem no setor devido ao processo de acreditação.	P
12. O número de capacitações realizadas no setor diminuiu após a conquista da acreditação.	N

**Quadro 3 – Referente às proposições da dimensão de processo.
São Paulo (Interior) - 2014.**

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTOS
1. A acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional.	P
2. Com a acreditação, houve a uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem.	P
3. Fui treinado e capacitado para exercer minhas atribuições no centro cirúrgico independente do processo de acreditação.	P
4. A equipe de cirurgiões não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.	N
5. A equipe anestésica não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.	N
6. A equipe de enfermagem não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.	N
7. A presença de alunos dificultou o processo de acreditação ONA nível I.	N
8. Os enfermeiros supervisionam os processos de qualidade no centro cirúrgico.	P
9. A equipe de enfermagem conhece as ferramentas de gerenciamento de risco existentes no centro cirúrgico.	P
10. O processo de qualidade é de responsabilidade exclusiva das chefias.	N
11. O plantão noturno é envolvido no processo de acreditação pelas chefias.	P
12. Os processos voltados para a acreditação são revistos somente por ocasião das novas certificações da ONA.	N

Quadro 4 – Referente às proposições da dimensão de resultado. São Paulo (Interior) - 2014.

PROPOSIÇÕES	ATRIBUTOS
1. A acreditação propiciou uma maior rentabilidade para o Hospital.	P
2. O profissional de enfermagem que atua no Hospital acreditado não possui curriculum diferenciado no mercado.	N
3. O selo de acreditação ONA promoveu maior visibilidade para o Hospital.	P
4. A padronização do prontuário no centro cirúrgico dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar.	N
5. O processo de acreditação piorou as condições de trabalho para a enfermagem.	N
6. A acreditação trouxe maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição.	P
7. O centro cirúrgico é mais desorganizado após o processo de acreditação.	N
8. Os resultados obtidos nos indicadores do setor são usados no gerenciamento da unidade.	P
9. Os funcionários foram beneficiados de alguma forma com a acreditação.	P
10. Os indicadores assistenciais do centro cirúrgico após o processo de acreditação foram divulgados à equipe multidisciplinar sistematicamente.	P
11. Com o processo de qualidade aumentaram as punições no setor.	N
12. As exigências impostas pelo processo de acreditação desencadeiam estresse e sobrecarga de trabalho.	N

3.5.2 – Operacionalização da coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelos órgãos competentes, foi realizada uma reunião com os enfermeiros do centro cirúrgico para explicitar os objetivos e a metodologia da investigação. Neste momento foi feito o convite para todos participarem como respondentes da pesquisa.

A seguir, os questionários foram entregues para os enfermeiros de cada plantão, solicitando-se que estes procedessem à distribuição aos auxiliares e técnicos de enfermagem interessados em colaborar no estudo. Cada enfermeiro ficou responsável por distribuir e recolher o instrumento dos funcionários do seu plantão. Porém, antes desta distribuição, a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa e fez o convite para os colaboradores em pequenos grupos, explicando a metodologia e esclarecendo as dúvidas. Com essa estratégia, conseguimos o retorno de 100% da população proposta.

O questionário foi acompanhado de uma folha de instrução e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas vias). Estabelecemos um prazo máximo de três dias para recolher o instrumento, contado a partir do momento da entrega.

3.5.3 – Organização e análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel[®]. A organização dos dados foi feita da seguinte maneira: cada questionário recebeu um número identificador correspondente, sendo atribuídos valores para cada variável sociodemográfica. Quanto às respostas acerca da percepção das dimensões, foram considerados os números de 1 a 5 conforme no instrumento de coleta (Discordo totalmente a Concordo totalmente). Após o preenchimento da planilha, foi realizada uma

segunda revisão dos dados, para evitar possíveis digitações errôneas.

Os resultados são apresentados na forma de tabelas e gráficos com as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, valores máximo e mínimo.

O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística descritiva e pelo emprego do teste de Alpha de Cronbach. Para comparar os escores nas três dimensões, utilizaram-se os testes não paramétricos de Friedman, o F. ANOVA. Na comparação entre categorias profissionais o teste utilizado foi o Teste t de Student. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%. (Pereira, 2012).

Cabe ressaltar que o valor máximo que poderia ser encontrado em cada dimensão avaliada é igual a 60 e o mínimo igual a 12.

*“Você pode encarar um erro
como algo a ser esquecido ou
um resultado que aponta para
uma nova direção”.*

Steve Jobs

**RESULTADOS
E DISCUSSÃO**

4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados são apresentados na seguinte ordem: fidedignidade do instrumento, caracterização dos participantes, análise da assistência prestada baseada na tríade Donabedian e análise comparativa entre as dimensões de estrutura, processo e resultado.

4. 1- FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO

A validação do instrumento foi o primeiro método aplicado e teve por objetivo verificar se o conteúdo era representativo frente ao universo teórico que se pretendia medir, conforme descrito na metodologia.

Consideramos a questão validada quando a mesma atingiu acima de $\geq 75\%$ da opinião favorável dos especialistas. As questões que não atingiram esse percentual foram reformuladas de acordo com as considerações apresentadas. Todavia, em virtude das alterações realizadas serem pequenas, não houve necessidade de o instrumento retornar aos juízes.

Inicialmente elaboramos um instrumento com 35 questões, sendo 11 de estrutura, 13 de processo e 11 de resultado.

Na dimensão estrutura três assertivas (3, 4 e 5) foram reescritas para melhor entendimento dos participantes e uma questão foi excluída por já ter sido contemplada na dimensão de processo. Foram acrescentadas duas proposições (11 e 12), sendo uma referente ao quantitativo de pessoal e outra referente a capacitações no setor para o processo de acreditação, conforme sugestão dos juízes.

Na dimensão processo uma questão (9) foi transferida para a dimensão de resultado e outras duas assertivas (11 e 12) foram reescritas para melhor compreensão.

Na dimensão resultado a questão número 10 foi refeita por possuir duas perguntas em uma única frase e foi acrescentada uma questão (9) da dimensão processo referente à sobrecarga de trabalho.

Acatando as sugestões apresentadas pelos juízes, o instrumento foi reestruturado em 36 questões, com 12 em cada dimensão, a fim de permitir a comparação estatística. Mantivemos seis proposições positivas e seis proposições negativas em cada uma.

No pré-teste, os cinco participantes não sugeriram qualquer alteração no instrumento.

A avaliação de consistência interna do instrumento foi o segundo método empregado, sendo, portanto, aplicado o teste de Alpha de Cronbach, obtendo-se o valor de 0,812, o que significa que foi possível medir 81,2% do processo real.

Na literatura podem-se encontrar estudos referentes a esse método, tais como: Braga e Melleiro (2009), Yuri e Tronchin (2010), Garzin e Melleiro (2011) e Moraes e Melleiro (2013), com, respectivamente, os seguintes valores para o Alpha de Cronbach: 0,89, 0,71, 0,90 e 0,88, mostrando elevada confiabilidade dos instrumentos utilizados.

Os resultados do teste do Alpha de Cronbach aplicado no instrumento de coleta de dados deste estudo encontram-se descritos no Anexo 2.

4.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As figuras e tabelas a seguir referem-se ao sexo, à categoria profissional, à idade, ao setor de atuação no centro cirúrgico, ao

turno de trabalho e ao ano de admissão no hospital dos participantes neste estudo.

Tabela 3- Distribuição da equipe de enfermagem segundo as variáveis sexo e idade, São Paulo (Interior) – 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	16	23,2
Feminino	53	76,8
Total	69	100,0
Idade		
Até 25 anos	7	10,1
26 a 30 anos	12	17,4
31 a 35 anos	20	29,0
36 a 40 anos	16	23,2
41 a 55 anos	13	18,8
56 a 60 anos	1	1,5
Total	69	100,0

Pela análise desta tabela observa-se que 53 (76,8%) pertenciam ao sexo feminino e 16 (23,2%) ao sexo masculino.

A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, não só para se analisar a expansão da presença feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor compreender as especificidades do setor, que abriga um contingente expressivo de mulheres, representando hoje mais de 70% de toda força de trabalho em saúde. Na categoria de técnicos de enfermagem esse percentual chega a 86,9% (Machado, Oliveira e Moyses, 2011).

A idade de 36 participantes (52,2%) está entre 31 a 40 anos, seguidos por 13 (19%) colaboradores com idade entre 41 a 55 anos, demonstrando que se trata de uma equipe predominantemente adulta.

Na análise dos trabalhadores de enfermagem de outros centros cirúrgicos, tem-se como referência: Schmidt (2009), com uma média de idade de 40 anos, Possari (2011); com 61,5% da população entre 23 e 30 anos; e Tillvitz (2013), com uma média de 45,9 anos. Verificam-se, portanto, distintas realidades para o setor em relação à faixa etária da equipe.

Gráfico 2- Distribuição da equipe de enfermagem segundo a categoria profissional, São Paulo (Interior) – 2014.

Conforme demonstrado no gráfico 2, 44 (64%) participantes eram técnicos de enfermagem, 13 (19%) auxiliares de enfermagem e 12 (17%) enfermeiros.

Possari (2011), no estudo realizado em um centro cirúrgico de um hospital oncológico, apresentou uma proporção de 21% de enfermeiros no quadro de colaboradores; Tillvitz (2013) encontrou um percentual de 15% de enfermeiros do total de colaboradores do centro cirúrgico de um hospital de ensino, público e geral.

Na conjuntura da acreditação ONA, a atuação do profissional enfermeiro no centro cirúrgico é de extrema importância para a

segurança dos processos. Esta relevância é percebida tanto no âmbito assistencial, quanto administrativo. Ele é o responsável pelo dimensionamento e supervisão da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, pela sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, pelo planejamento e organização geral das rotinas assistenciais, além de contribuir diretamente com as rotinas administrativas. Diante sua relevância, sua presença deve ser garantida em todos os períodos de funcionamento do serviço, a fim de prover a segurança assistencial.

Gráfico 3- Distribuição da equipe de enfermagem segundo o setor de atuação no centro cirúrgico, São Paulo (Interior) – 2014.

Podemos observar no gráfico 3 que 52 (75%) participantes atuam diretamente nas salas de cirurgias, 9 (13%) na sala de recuperação pós-anestésica, 4 (6%) no transporte dos pacientes e 4 (6%) na anestesia.

Gráfico 4- Distribuição da equipe de enfermagem segundo o turno de trabalho, São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 4 demonstramos a distribuição dos colaboradores por turno, sendo 27 (39%) participantes do plantão da manhã, 28 (39%) participantes do plantão da tarde e 14 (13%) participantes do plantão noturno.

O maior volume de cirurgias do centro cirúrgico está concentrado nos períodos da manhã (41%) e da tarde (51%), ficando para o noturno as cirurgias de urgência/emergência (8%), portanto o dimensionamento da equipe foi realizado para atender este perfil. Dois colaboradores do período da tarde possuem um horário intermediário, das 16:00 às 22:00 horas. Assim como no estudo realizado por Possari (2011), que descreveu a realidade de um centro cirúrgico oncológico, observa-se um perfil semelhante, pois estes participam das cirurgias programadas e das eventuais cirurgias de urgência/emergência no período diurno e no período noturno.

Tillvitz (2013) verificou, em um hospital de ensino e público, que 53,3% das cirurgias eletivas ocorreram de segunda a sexta-feira no período da tarde, assim neste período concentraram o maior percentual de cirurgias de urgência/ emergência 36,7%.

Neste centro cirúrgico em estudo, do total de cirurgias realizadas, em média 71% são eletivas, 27% são de urgência e 2% são emergências.

Gráfico 5- Distribuição da equipe de enfermagem segundo o ano de admissão, São Paulo (Interior) – 2014.

O gráfico 5 demonstra que 51 (74%) colaboradores do centro cirúrgico, foram admitidos antes de 2006 e até 2010, ou seja, acompanharam de perto o processo de acreditação no setor. Os outros 18 (26%) colaboradores foram após o ano da conquista da Acreditação ONA nível I.

Portanto, estes números demonstram que há uma possibilidade de que as percepções dos profissionais não participantes do processo de acreditação (26%), sobre muitas das questões deste estudo, não tenham sido vivenciadas, por não terem participado desta fase. Por outro lado, a maioria dos respondentes é composta de indivíduos que atuaram neste período, podendo expressar opiniões de suas próprias experiências.

Gráfico 6- Distribuição da equipe de enfermagem segundo participação no início do processo de acreditação ONA nível I por turno, São Paulo (Interior) – 2014.

De acordo com o gráfico acima, constatamos o percentual de colaboradores que não participaram da etapa inicial do processo de acreditação por turno de trabalho. O plantão da manhã é o turno que possui o maior quantitativo de profissionais que foram admitidos antes de 2006 (78%) e o plantão noturno foi o que apresentou maior rotatividade de profissionais (58%) após esse ano.

Esse dado é relevante, pois, segundo Manzo (2009), foi notória a divergência na percepção e vivência da acreditação entre os profissionais previamente preparados e os recém-contratados no setor. A etapa de preparação do funcionário recém-admitido, sob os moldes da acreditação, requer um período de treinamento mais extenso, tempo que normalmente não poderá ser disponibilizado pelo setor, à vista da alta demanda de trabalho. Neste contexto, é exigido da liderança um acompanhamento maior e estratégias para repasse das informações.

4.3 – ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA BASEADA NA TRÍADE DONABEDIANA

Nesta etapa são apresentadas as 36 proposições de acordo com as frequências das respostas na escala de Likert, na seguinte ordem: dimensão de estrutura, de processo e de resultado.

Dimensão de Estrutura

Nesta etapa, são apresentadas as 12 proposições de estrutura concernentes aos recursos físicos e materiais, ao quadro de pessoal de enfermagem, aos recursos de infraestrutura e ao modelo assistencial.

Gráfico 7- Distribuição das respostas da questão: Foram adquiridos equipamentos para o Centro Cirúrgico devido ao processo de acreditação (Q1). São Paulo (Interior) – 2014.

Observa-se no gráfico que 55 (79,7%) dos respondentes concordam com esta proposição, sendo que 37 (53,6%) concordam parcialmente e 18 (26,1%) concordam totalmente. Os discordantes foram apenas 5 (7,3%) e 9 (13,0%) mantiveram-se indiferentes.

Estes dados demonstram que uma grande parte dos profissionais teve a percepção que a instituição realizou aquisições de equipamentos para se adequar às exigências da Certificadora. Um total de 52% dos equipamentos adquiridos para o centro cirúrgico nos últimos 10 anos foram feitos de 2006 a 2010, ou seja, durante o período de preparação para a certificação.

O investimento neste período teve como principal objetivo a atualização do parque tecnológico e a substituição de equipamentos depreciados. A prioridade foram os equipamentos relacionados ao suporte à vida, como carrinhos de anestesia, monitores multiparamétricos, capnógrafos e cardioversores; seguido da substituição de tecnologia, como bisturis elétricos, sistema de videolaparoscopia, microscópio e instrumentais cirúrgicos; por fim, foram adquiridos mobiliários necessários na reformulação dos processos, como carrinhos, mesas e caixas organizadoras de medicações anestésicas.

Gráfico 8- Distribuição das respostas da questão: Foram realizados investimentos na estrutura física do Centro Cirúrgico com a inserção no processo de acreditação ONA (Q4). São Paulo (Interior) – 2014.

Pode-se observar que 53 (76,8%) participantes concordam com a afirmativa representada no gráfico 6, sendo 24 (34,8%) concordância total e 29 (42,0%) parcial. O total de discordantes foi de 10 (14,5%), sendo 4 (5,8%) discordando totalmente e 6 (8,7%) discordando parcialmente, assim como o total de indiferentes.

O hospital investiu na estrutura física do centro cirúrgico, sendo que a maioria das intervenções foram com manutenções corretivas de paredes, pisos, portas e janelas, instalações elétricas e hidráulicas, identificações e pinturas.

Gráfico 9- Distribuição das respostas da questão: Os colaboradores do Centro Cirúrgico não conheciam as diretrizes da ONA (Q7). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 9, acerca do conhecimento prévio dos colaboradores sobre as diretrizes da ONA, 35 (50,7%) respondentes concordam com a proposição negativa e 25 (36,2%) discordam, sendo que, destes, 8 (11,6%) discordam totalmente; 9 (13,1%) mantiveram-se indiferentes. Para a maioria dos colaboradores, foi a primeira experiência com o processo de acreditação ONA.

Haddad (2004) afirma que a educação continuada é uma das primeiras dinâmicas a ser organizada após a decisão de implantar a certificação, pois todos os trabalhadores, da alta direção aos

servidores da linha de frente, devem estar afinados com a nova filosofia, além de que os cursos/oficinas/eventos devem ser transformados em espaços de discussão dos problemas enfrentados pela instituição na definição das estratégias que garantam a inserção no processo das categorias funcionais.

Como a maioria dos colaboradores do centro cirúrgico não conheciam as diretrizes do manual da ONA, foi necessário promoção de cursos e reuniões com foco na disseminação deste conteúdo no setor. A partir do conhecimento adquirido dos colaboradores e do diagnóstico situacional, o próximo passo foi a elaboração do plano de ação, utilizando a ferramenta de qualidade 5W2H, com propostas de resoluções possíveis após discussão intersetorial e multidisciplinar.

Com esse plano de ação contemplamos as atividades que precisavam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível, considerando:

- What – O que deve ser feito (etapas)
- Why – Por que será feito (justificativa)
- Where – Onde será feito (local)
- When – Quando será feito (tempo)
- Who – Por quem será feito (responsabilidade)
- How – Como será feito (responsabilidade)
- How much – Quanto custará fazer (custo)

De acordo com Rodrigues (2011), estes questionamentos contribuem para estabelecer um fluxo lógico e eficaz para minimizar ou eliminar a causa raiz e consequentemente o problema prioritário, e por fim para melhorar o desempenho do processo, fazendo com que seus resultados atinjam o patamar esperado.

O serviço de qualidade desempenhou neste aspecto um papel importante de auditor e também de educador, pois, através das visitas de diagnóstico no setor e da capacitação da equipe, foi possível a elaboração deste plano de ação.

Gráfico 10- Distribuição das respostas da questão: O processo de acreditação tem um custo financeiro para a instituição (Q10). São Paulo (Interior) – 2014.

De acordo com o gráfico acima a maioria dos sujeitos (57 – 82,6%) concordaram com a assertiva, sendo dentro da dimensão o maior percentual de concordantes na totalidade (45 – 65,2%). Apenas 4 (5,8%) discordaram e 8 (11,6%) ficaram indiferentes.

O processo de acreditação hospitalar de uma instituição segue a sequência de: seleção e solicitação da Instituição Acreditora (IA) credenciada, visita dos avaliadores externos e relatório de avaliação com a decisão da instituição acreditadora. Por sua vez, para viabilizar essa avaliação é necessária uma equipe composta por no mínimo três membros: um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão (BRASIL, 2006). Todo este processo requer custos que devem ser assumidos pela instituição solicitante (a ser certificada). Estes são estabelecidos de acordo com o número de leitos da instituição a ser avaliada e envolvem tanto taxas cobradas pela ONA quanto custos referentes à IA, sendo que podem variar de uma para outra (Rothbarth, 2011).

Rodrigues (2004) alerta que o aumento dos custos pode não evitar desperdícios e ineficiência nos serviços, comprometendo a

qualidade. É imprescindível atenção à gestão para que isso não aconteça.

Gráfico 11- Distribuição das respostas da questão: Os erros notificados nos processos de trabalho servem para subsidiar punições e sanções administrativas (Q13). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 11, nota-se um número discretamente maior de respondentes discordantes (31 – 44,9%) em relação aos (28 – 40,6%) concordantes. Apenas 8 (11,6%) concordaram totalmente e 10 (14,5%) não expressaram opinião. Podemos considerar que os erros notificados não são usados exclusivamente para punir os culpados, uma vez que o desejável é uma análise profunda de causa raiz e um plano de ação efetivo para se evitarem novas falhas. Envolver a equipe multiprofissional na discussão dos eventos é uma estratégia para romper possíveis associações da notificação dos erros com as medidas administrativas cabíveis.

Um dos aspectos negativos do processo de acreditação discutido por Manzo, 2009, é a sensação de pouco prestígio diante do desafio que ocorre no dia a dia da assistência, já que os erros são notados e criticados, e os elogios em face das conquistas não apresentam grandes repercussões. Além de tratarmos os eventos, precisamos também discutir os resultados positivos do setor.

Uma estratégia adotada na instituição em questão é a discussão de um case de sucesso bimestral, intercalando com a apresentação de um evento sentinela com a causa raiz analisada e as ações que foram feitas. Desta forma, todos os setores podem aprender com os processos do caso bem sucedido e também com as estratégias adotadas diante de uma oportunidade de melhoria evidenciada.

Gráfico 12- Distribuição das respostas da questão: As normas do manual da ONA eram discrepantes em relação à realidade do setor (Q16). São Paulo (Interior) – 2014.

Pela análise do gráfico 12, observa-se que 27 (39,1%) participantes discordam da proposição, dos quais 13 (18,8%) discordam totalmente e 14 (20,3%) de forma parcial. Enquanto 22 (31,9%) concordam com a assertiva, 4 (5,8%) concordam totalmente e 18 (26,1%) parcialmente. Um número expressivo de 20 (29%) colaboradores ficou indiferente a esta questão, sendo esse o maior percentual da dimensão avaliada. Diante da proximidade dos valores concordantes e discordantes e do grande número de indiferentes, considera-se que não houve clareza na tendência das respostas.

Este resultado corrobora com os dados apresentados no Gráfico 8 (Q7), que apontou que 50,7% dos colaboradores não

conheciam as normas do manual da ONA. Frente a esse cenário, as instituições, após a decisão de participarem do processo de acreditação, precisam capacitar um grupo de lideranças com ampla discussão do manual da ONA para garantir o conhecimento necessário na mudança proposta. É determinante o diagnóstico situacional, que pode ser feito por avaliação interna ou externa.

Estes procedimentos são relatados no estudo de Kobayashi (2010), que teve como objetivo identificar as dificuldades para certificação de qualidade nível I, em um hospital cardiovascular. Esta autora descreve que primeiramente as instituições elegem pessoas-chaves para compor a equipe da qualidade, as comissões e os grupos para conduzir e assessorar o processo de acreditação. Para se ter conhecimento sobre a situação institucional frente aos padrões avaliados, buscam informações por meio de avaliações internas pautadas no manual da ONA e podem optar por um diagnóstico situacional emitido pela própria IA. Com esse diagnóstico feito, elaboram planejamentos com estabelecimento de prioridades e pactuação de metas.

Outra autora que analisou o processo de acreditação em um hospital de ensino, Rothbarth (2011) apontou que algumas características da instituição podem ser aspectos dificultadores encontrados no diagnóstico situacional, como: porte, grau de complexidade, ser hospital de ensino com equipes instáveis e circulantes, não estabelecimento de uma cultura de segurança, inexistência de gestão de indicadores e visão fragmentada dos processos. As características do centro cirúrgico estudado corroboram com este estudo e foi necessário estabelecer um plano de trabalho para atender as pontuações de discordância com o manual da ONA.

Fica eminente a importância da motivação e do preparo dos profissionais, uma vez que o processo de acreditação implica na busca e identificação exaustiva e constante de falhas e

oportunidades de melhoria. Tudo isso fortalece o conhecimento da realidade do setor em relação às normas da acreditação.

Gráfico 13- Distribuição das respostas da questão: A estrutura física do Centro Cirúrgico é antiga e não favorece os processos de acreditação (Q19). São Paulo (Interior) – 2014.

Tivemos no gráfico 13 um total de 34 (49,2%) de respondentes que discordaram com a proposição negativa e 31 (45,0%) respondentes que concordaram com o fato do centro cirúrgico possuir uma estrutura física antiga e que isso dificultou o processo de acreditação. Apenas 4 (5,8%) se manifestaram indiferentes à colocação.

Alguns fatores podem colaborar para o sucesso ou para a descontinuidade do processo de preparo da instituição para a avaliação de certificação de acreditação hospitalar. No estudo desenvolvido por Kobayashi, 2010, a deficiência na estrutura física foi apontada por 21,08% dos participantes. Este critério é primordial para garantir a segurança dos clientes internos e externos. Foram apontados, entre outros problemas na estrutura física, deficiência de iluminação e ventilação, insuficiência de pias, painel de gases, campanha de comunicação, dificuldade na visualização do paciente,

falta de divisórias para garantir a privacidade e condições impróprias para isolamento.

No diagnóstico feito no centro cirúrgico avaliado, também foram evidenciados alguns problemas na estrutura física durante diagnóstico da acreditação e estes foram corrigidos com a revitalização da estrutura já existente, como pinturas das paredes e tetos, impermeabilização do piso, troca de bate-macas e identificações gerais. Quanto à climatização e à ventilação, foram adotadas medidas paliativas imediatas e indicadas, nos planos de investimentos do hospital, trocas definitivas do sistema de ar condicionado que atenda integralmente a NRB 7256/2005, para que a temperatura fique entre 18 a 22 °C, a umidade relativa entre 45% a 55%, o nível de pressão (+) e a filtragem absoluta nas salas de cirurgia especializada. No que tange a espaço, iluminação, pias e gases, entre outros fatores, já havia conformidades com as exigências da acreditação ONA.

A gestão de recursos físico-ambientais tem como objetivo diminuir o risco ambiental, garantindo a segurança dos profissionais e da clientela. Ao enfermeiro compete a participação na alocação desses recursos com objetivo de organizar e gerir cotidianamente uma unidade de saúde provendo segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas (Takahashi, 2005).

Gráfico 14- Distribuição das respostas da questão: O processo de acreditação ONA propiciou melhorias nos processos assistenciais (Q22). São Paulo (Interior) – 2014.

Os achados do gráfico 14 demonstraram o elevado percentual de concordância, sendo 44 (63,8%) total e 17 (24,6%) parcial, correspondendo a 61 (88,4%). O reconhecimento que o processo da acreditação ONA propiciou melhorias assistenciais foi a proposição de maior concordância da dimensão.

Para os discordantes, os percentuais foram de 2 (2,9%) parcial e 2 (2,9%) total.

Estes achados demonstram que a equipe de enfermagem percebe a relevância da acreditação ONA para melhoria dos processos assistenciais, sendo vivenciada na incorporação das medidas de segurança nas rotinas, como, por exemplo, a prática de identificação geral e a adesão aos bundles (conjunto de práticas baseadas em evidências) e aos protocolos preventivos. Pode também ser percebida através do controle de validade de produtos, do rigor nas manutenções preventivas e corretivas de equipamentos, da política de notificação de eventos adversos e da utilização de indicadores para monitoramento de resultados.

Segundo Haddad (2004), a avaliação dos resultados é a análise dos produtos finais em termos de saúde e a satisfação do

usuário interno e externo. É o item mais complexo de se medir, pois envolve indicadores diversos e fatores psicológicos, sociais e econômicos que podem afetar os resultados.

Gráfico 15- Distribuição das respostas da questão: Houve um aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA (Q25). São Paulo (Interior) – 2014.

Observou-se pelas frequências das respostas uma elevada concordância: 47 (68,2%), destes 10 (14,5%) parcialmente e 37 (53,7%) totalmente. O grau de discordância manteve o percentual de 14 (20,2%).

Ficou notória a percepção da maioria dos respondentes do evidente aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA. A necessidade de formalização e registros das atividades que permeiam os processos assistenciais e gerenciais no centro cirúrgico exigiu a elaboração e a modificação de impressos e documentos.

O número de discordantes (20,2%) se aproxima do número de respondentes que não estavam na instituição antes do processo de acreditação ONA (26%), como podemos verificar no gráfico 5.

Gráfico 16- Distribuição das respostas da questão: Os treinamentos para a equipe de enfermagem são realizados com foco nas necessidades assistenciais (Q28). São Paulo (Interior)– 2014.

Observa-se por meio do gráfico 16 que a maioria dos respondentes concordam com a proposição (56 – 81,2%). Contudo, 11 (15,9%) discordaram, sendo 4 (5,8%) totalmente e 7 (10,1%) parcialmente, e apenas duas pessoas (2,9%) ficaram indiferentes. Esses dados permitem inferir que as necessidades assistenciais como base para os treinamentos não são perceptíveis para a totalidade de colaboradores do centro cirúrgico, sendo esse um norteador importante para educação continuada.

Tivemos no ano de 2013 um total de 157 treinamentos na instituição estudada, sendo que 90% estão relacionados à assistência ao paciente. Os treinamentos realizados pelo Serviço de Educação continuada são avaliados a partir da solicitação da gestão das áreas e da análise dos indicadores assistenciais.

De acordo com Braga (2009), 29% dos colaboradores de enfermagem, que participaram do estudo, concordaram que os treinamentos desenvolvidos pelo SEC não atendem as necessidades da equipe. Cheregatti (2013) teve um percentual de 75,2% nesta mesma questão. Estes resultados reforçam a

necessidade de se considerar a dimensão técnica e o cotidiano de trabalho para elaboração do programa anual de capacitações.

Gráfico 17- Distribuição das respostas da questão: Houve um aumento no quadro de funcionários de enfermagem no setor devido ao processo de acreditação ONA (Q31). São Paulo (Interior) – 2014.

Percebe-se, no gráfico 17, que 46 (66,7%) respondentes discordam que houve um aumento do quadro devido ao processo de acreditação no setor, entretanto, 10 (14,5%) mostraram-se indiferentes e 13 (18,8%) concordam que houve.

Tabela 4- Distribuição da equipe de enfermagem do centro cirúrgico por categoria e ano, São Paulo (Interior) – 2014.

Categoria	2006		2013	
	N	%	N	%
Enfermeiro (a)	3	5	12	17
Técnico de Enf.	8	14	44	64
Auxiliar de Enf.	46	81	13	19
Total	57	100	69	100

Fonte: Dados do Centro Cirúrgico, Local do estudo.

Comparando-se o quadro de funcionários do centro cirúrgico no ano de 2006 e no ano atual, percebemos que efetivamente houve um aumento de 21% do total de funcionários. Outro aspecto relevante para a unidade foi a capacitação da equipe de enfermagem comprovada através do número de técnicos de enfermagem em relação ao ano de 2006 (14%), sendo que atualmente representam 64% do quadro, e do aumento no número de enfermeiros (9) que garantem assistência de enfermagem 24 horas.

Gráfico 18- Distribuição das respostas da questão: O número de capacitações realizadas no setor diminuiu após a conquista da acreditação ONA (Q34). São Paulo (Interior) – 2014.

Por meio dos achados do gráfico 18, notou-se que houve a mesma pontuação para os indiferentes e os que concordaram (17 – 24,7%). Entretanto, na totalização dos discordantes, obteve-se o percentual de 50,7%, ou seja, 35 respondentes. Constata-se, todavia, que essa assertiva, na dimensão de estrutura, é a segunda com maior parcela de indiferentes. Sendo uma proposição negativa, relacionada ao número de treinamentos no setor, sugere-se uma maior atenção na divulgação dos dados.

Na instituição onde este trabalho foi realizado, no ano de 2013, conseguimos atingir um total de 6.257 participantes de enfermagem nos 157 treinamentos executados, totalizando 8.268,2 horas/ano. Há um propósito em avaliar os treinamentos por eficácia, uma vez que precisamos acompanhar o alcance dos objetivos elencados. Destes treinamentos realizados, 30% foram avaliados nesta nova metodologia, sendo 25% eficazes.

A capacitação do colaborador é considerada por vários autores como uma estratégia necessária e eficaz para implementação e manutenção do processo de qualidade. Haddad (2004) afirma que foi estabelecida em um hospital universitário a meta de treinamento de no mínimo 30 horas por funcionário/ano, com vários programas de educação, que utilizaram metodologias pedagógicas problematizadoras e cursos dentro da instituição, além de uma verba orçamentária para investimento em eventos científicos externos, a fim de implantar um programa de qualidade total no hospital. Corroborando com essa autora, Manzo (2009) afirma ser fundamental a existência de treinamentos ao longo do ano para obtenção de um ciclo de melhoria contínua e que o envolvimento das pessoas é obtido através da capacitação.

Com o processo de qualidade o programa de treinamento deve estar relacionado às estratégias organizacionais com objetivos de melhoria claramente definidos que possibilitem mensurar os resultados obtidos nos treinamentos.

Dimensão de Processo

As 12 proposições da dimensão de processo buscaram apreender o conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, incluindo a adesão ao protocolo de cirurgia segura e o envolvimento no processo de acreditação no setor.

Gráfico 19- Distribuição das respostas da questão: A acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional (Q2). São Paulo (Interior) – 2014.

O gráfico 19 mostra que 52 (75,4%) sujeitos concordam que a acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional. A minoria, ou seja, 8 (11,6%), discordou, enquanto que 9 (13%) ficaram indiferentes nessa questão.

Para se trabalhar a integração na equipe multiprofissional, Galvan (2007) refere pelo menos três níveis de entraves que devem ser enfrentados: os individuais, os grupais e os institucionais. Os individuais dizem respeito ao significado pessoal do trabalho em equipe para cada um dos membros envolvidos; os grupais são aqueles fatores relacionados à rede de relações interpessoais, não só de trabalho, mas também de status, poder, competição, afeto e múltiplos significados conscientes e inconscientes; e por fim os institucionais, concernentes pelo uso do saber como instrumento de poder. Portanto, para alcançar a integração disciplinar, precisamos ampliar os conceitos intrínsecos de assistência à saúde, renovar nossas concepções a respeito do ser humano e entender as consequências das intervenções nas dimensões sociais, relacionais, cultural, psíquica e corporal.

No centro cirúrgico é imprescindível a atuação dos membros da equipe multiprofissional, principalmente no protocolo de cirurgia

segura, e a necessidade de integração dos saberes está incluída no processo de acreditação ONA. A robustez das diretrizes depende da incorporação dos conceitos pelos diversos profissionais envolvidos no processo assistencial. Com respeito e competência todos podemos colocar em prática o que apreendemos em prol dos pacientes.

Gráfico 20- Distribuição das respostas da questão: Com a acreditação, houve a uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem (Q5). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 20, a maioria dos sujeitos, 25 respondentes (36,2%), concordou totalmente com a assertiva e 32 (46,4%) parcialmente, perfazendo 57 (82,6%), resultado que demonstra a importância da uniformização da prática da assistência de enfermagem. Apenas 4 (5,8%) ficaram indiferentes e 8 (11,6%) discordaram.

Guedes *et al.* (2005) criticam a gestão da qualidade que pretende interiorizar nos trabalhadores métodos e conceitos uniformes por meio de prática prescritas, desconsiderando o trabalho real e gerando mecanização das atividades.

Segundo Manzo (2012), a padronização das práticas e condutas assistenciais é uma ferramenta indispensável para a gestão da qualidade, visto que, havendo normas a serem seguidas,

acredita-se que as pessoas envolvidas na ação acordem entre si, propiciando menor risco de erros nos procedimentos e nas práticas. Além disso, espera-se que com a conquista do título da acreditação ocorra menor número de eventos adversos, gerando redução no tempo de permanência hospitalar dos pacientes e promovendo impactos no cuidado mais qualificado e seguro.

Este estudo corrobora com os dados deste trabalho. No hospital do nosso estudo, podemos evidenciar a organização geral das rotinas. Esta foi permitida pela implantação de protocolos operacionais padronizados e de formulários gerais de gestão e organização de processos. Além dos impressos de composição do prontuário médico implantados (como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP e Protocolo de Cirurgia Segura), outros também foram introduzidos nas rotinas da equipe, como controles formais de validades de produtos e equipamentos, de medições de umidade e temperatura de ambientes, de monitoramento de limpezas terminais e concorrentes, de manutenções preventivas em equipamentos, dentre outros.

Este processo de formalização dos serviços propiciou uma organização geral das rotinas, permitindo a percepção deste resultado na maioria dos respondentes desta questão.

Gráfico 21- Distribuição das respostas da questão: Fui treinado e capacitado para exercer minhas atribuições no centro cirúrgico independente do processo de acreditação (Q8). São Paulo (Interior)– 2014.

Constata-se, pelo gráfico 21, expressiva concordância (59 – 85,5%) dos respondentes com a proposição que relata treinamento e capacitação para exercer as atribuições exigidas no centro cirúrgico, independente do processo de acreditação. Esta assertiva foi a única em que nenhum participante se colocou indiferente ao conteúdo. Do total que discordaram, 3 (4,4%) o fizeram totalmente e 7 (10,1%) parcialmente.

O treinamento admissional deve transmitir aos colaboradores informações consideradas prioritárias sobre os aspectos técnicos de funcionamento da organização e ter um plano de acompanhamento para que o recém-contratado possa desenvolver suas atribuições com segurança. Corroborando com esta questão, Braga (2009) avaliou que 67,7% dos participantes concordaram que o conteúdo da admissão foi suficiente para o início das atividades no setor e 75% dos colaboradores consideraram que o programa admissional acolhe os recém-admitidos na Instituição.

O processo de acreditação agregou valor a vários processos dentro da Instituição, todavia o treinamento admissional já era um processo com resultados consolidados e positivos.

Gráfico 22- Distribuição das respostas da questão: A equipe de cirurgiões não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q11). São Paulo (Interior)– 2014.

Conforme os dados observados no gráfico 22, 35 (50,7%) sujeitos nesta questão, representando a maioria, concordam parcialmente com a proposição negativa que trata da adesão do cirurgião no protocolo de cirurgia segura. Apenas 10 (14,5%) colaboradores discordam totalmente da frase, permitindo inferir que o protocolo necessita de um maior envolvimento dos cirurgiões.

O segundo Desafio Global pela Segurança do Paciente está relacionado à redução de complicações e da mortalidade ligada a procedimentos cirúrgicos. Tal esforço se materializou com a criação do protocolo de cirurgia segura e os dados são alarmantes. A OMS (2009) apresenta que globalmente cerca de 234 milhões de grandes intervenções cirúrgicas são realizadas por ano. Isso equivale a cerca de uma cirurgia para cada 25 pessoas. Estudos sugerem que complicações pós-operatórias resultam em deficiência ou internação prolongada em 03% a 25% dos pacientes internados, dependendo da complexidade do procedimento cirúrgico e do tipo de hospital. Essas taxas significam que, anualmente, pelo menos 7 milhões de pacientes podem ter complicações pós-operatórias. As taxas de mortalidade relatadas após grandes cirurgias são entre 0,4% e 10%, dependendo das circunstâncias. A estimativa dessas taxas é que pelo menos um milhão de pacientes morrem por ano, durante ou após uma cirurgia.

Segundo Maziero (2012), que avaliou a implantação do programa de cirurgia segura em um hospital de ensino, 75% dos participantes apontaram ter dificuldades na aplicação da lista de verificação, sendo a falta de participação da equipe o principal desafio. Esta autora concluiu que existe uma lacuna nos treinamentos realizados para apresentação do programa e falta de informação sobre atribuição e preenchimento da lista de verificação.

Para provocarmos a mudança na cultura coletiva de segurança pautada em mecanismos sistematizados e consistentes de controle, devemos adotar e praticar o checklist como rotina nas cirurgias. Para garantirmos a participação dos cirurgiões, além da

etapa de sensibilização, o centro cirúrgico deve contar com o apoio das direções técnicas e clínicas que têm papel fundamental na mobilização das equipes cirúrgicas, uma vez que muitos cirurgiões ignoram as estatísticas mundiais sobre o tema e consideram que já possuem uma elevada preocupação com os procedimentos que realizam.

Gráfico 23- A equipe anestésica não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q14). São Paulo (Interior) – 2014.

Quando a adesão ao protocolo de cirurgia segura se refere à equipe de anestésica, podemos observar no gráfico 23 que o número de discordantes aumentou para 30 (43,4%), destes 19 (27,5%) totalmente e 11 (15,9%) parcialmente. O percentual de concordantes total para a proposição negativa foi superior em 3,0% do total de discordantes e 7 (10,2%) colaboradores ficaram indiferentes. Podemos observar um maior envolvimento pela equipe anestésica, porém ainda distante do desejável.

Um fator de sucesso para aumentar a adesão no protocolo de cirurgia segura é a mudança cultural do corpo clínico. O centro cirúrgico teve, como estratégia para isso, foco na sensibilização dos anestesistas, uma vez que este profissional é responsável pelo

paciente no intraoperatório e já trabalha de forma sistemática para identificar os riscos anestésicos do paciente.

A anestesia foi por muito tempo considerada mais perigosa do que a cirurgia em si, mas um enfoque para identificar e abordar as falhas na assistência anestésica resultou em uma importante e contínua redução de complicações em países industrializados durante as duas décadas passadas (OMS, 2009).

A partir desta participação efetiva, busca-se criar um senso de equipe em prol da segurança do paciente, cumprindo rigorosamente o checklist proposto no protocolo pela equipe multiprofissional, uma vez que esta lista de verificação elucida as etapas mínimas esperadas dentro de um processo complexo.

Gráfico 24- Distribuição das respostas da questão: A equipe de enfermagem não aderiu ao protocolo de cirurgia segura (Q17). São Paulo (Interior) – 2014.

Finalizando a análise da adesão da equipe multiprofissional do centro cirúrgico para o protocolo de cirurgia segura, podemos avaliar que a melhor participação é da equipe de enfermagem, como demonstra o gráfico 24. A maioria dos participantes (50 – 72,5%) discordou da proposição negativa, sendo que 36 (52,2%) respondentes discordam totalmente e 14 (20,3%) o fazem

parcialmente. Apenas 3 (4,3%) concordam totalmente e 4 (5,8%) demonstram indiferença.

O Ministério da Saúde do Brasil (2013) aderiu à campanha “Cirurgia Segura Salva Vidas”, cujo objetivo é melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo definindo padrões de segurança que podem ser aplicáveis aos países membros da OMS. O foco dessa iniciativa é a adoção pelos hospitais de uma lista de verificação padronizada, preparada por especialistas para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzirem a ocorrência de dano ao paciente. A lista de verificação deve ser realizada em todas as cirurgias e em três fases: antes do início da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão da pele (*time out*) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (*sign out*). Em casa fase o coordenador da lista de verificação, que pode ser qualquer um dos membros da equipe multiprofissional presente, deve confirmar se a equipe completou todas as tarefas para cada etapa.

No manual de cirurgias seguras salvam vidas, disponibilizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (2009), é reconhecido como o recurso mais crítico para a operacionalização do protocolo é a própria equipe cirúrgica. Para a garantia das etapas de conferência, é preciso que todos trabalhem efetivamente unidos para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente cirúrgico, prevenindo assim uma proporção considerável de complicações que ameaçam a vida. Ainda neste manual é explicado que o desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” foi também guiado por três princípios: o primeiro é a simplicidade, o segundo é a aplicabilidade e o terceiro é a possibilidade de mensuração. Uma lista exaustiva de padrões e orientações seria de difícil implementação e enfrentaria resistência significativa dos profissionais. Além disso, a meta do desafio é atingir todos os ambientes e cenários, dos mais ricos aos mais pobres, e por fim a mensuração do impacto é um componente-chave para avaliação de resultados.

O centro cirúrgico, objeto do estudo, instituiu o protocolo de cirurgia segura no ano de 2010, sendo as três etapas de conferência do protocolo adaptadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A equipe de enfermagem desempenha o papel de coordenadora da lista de verificação e atua como facilitadora em todas as etapas que envolvem a realização de uma cirurgia segura.

O gerenciamento do protocolo teve início no ano de 2012 e para tal foram eleitos os seguintes marcadores: o percentual de antibioticoprofilático no momento adequado, a realização da demarcação cirúrgica e a adesão ao time out, conforme tabela 5. Todos esses dados são discutidos de forma multidisciplinar e todos os eventos ocorridos aos pacientes cirúrgicos são analisados, considerando a inserção e o cumprimento deste protocolo institucional.

Tabela 5- Gerenciamento do protocolo de cirurgia segura. São Paulo (Interior) – 2014.

Ano	Antibioticoprofilático	Demarcação	Adesão ao time out
2012	63%	78,5%	83%
2013	84,4%	86%	97%

Fonte: Dados do Centro Cirúrgico, Local do estudo.

Notamos que em relação à antibioticoprofilaxia administrada em até 60 minutos antes da incisão, houve um aumento de 21,4% em relação a 2012; a demarcação cirúrgica apresentou um aumento de 7,5% e a adesão ao time out progrediu em 14%. Mesmo assim, na percepção dos participantes do estudo, a adesão das equipes cirúrgicas, em especial a equipe médica, deve ser fortalecida em detrimento ao cumprimento do protocolo de cirurgia segura.

Gráfico 25- Distribuição das respostas da questão: A presença de alunos dificultou o processo de acreditação ONA nível I (Q20). São Paulo (Interior) – 2014.

Os resultados salientados no gráfico 25 demonstram que 35 (50,7%) dos sujeitos consideram que presença do aluno dificultou o processo de acreditação ONA nível I, sendo que 27 (39,1%) totalmente concordantes com a assertiva e 8 (11,6%) parcialmente concordantes. Verifica-se que o total de indiferentes (25 – 36,2%) é o maior índice das três dimensões avaliadas. O percentual de discordantes ficou em 13,1%.

O hospital onde realizamos este estudo, por ter o seu caráter universitário, recebe alunos, estagiários e residentes de diversos cursos da Universidade. No centro cirúrgico, especificamente eles chegam das Faculdades de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Odontologia. Esta realidade pode ser facilmente percebida pelos corredores, sempre movimentados pelos grupos de estágios compostos por doutores, mestres e aprendizes.

As salas de cirurgia, embora arquitetadas na década de 70, foram planejadas de maneira a favorecer o processo pedagógico, contando inclusive com janelas de vidro que permitem as explicações sem a entrada no interior da mesma. Estas janelas dispõem de um sistema de cortinas que permite o fechamento,

garantindo a privacidade e integridade dos pacientes, sempre que necessário.

A presença dos alunos é organizada por escalas sistemáticas, sendo que os mesmos são supervisionados e orientados pelos professores e preceptores durante suas atividades. É mais intensa nos meses letivos, pois durante os demais só há os residentes que não estiverem de férias. Mesmo diante desta dinâmica e organização, a rotatividade de alunos é uma situação efetiva.

No trabalho desenvolvido por Manzo (2009), constata-se que a alta rotatividade dos profissionais é apontada como argumento para justificar a descontinuidade dos processos. A mudança da equipe, com entrada de pessoas novas sem treinamento prévio, compromete a produção da qualidade, e este fato pode ser observado nos estágios e/ou residências multiprofissionais. Rothbarth (2011), corroborando com este estudo, afirma que esse fluxo constante e instável de pessoas torna difíceis muitas das ações de preparo para a certificação, uma vez que é necessária a capacitação das pessoas para que as mesmas compreendam o processo, se envolvam e se comprometam.

A percepção dos respondentes concordantes (50,7%), quanto a presença dos alunos dificultar o processo de acreditação ONA nível I, pode ter sido influenciada por essa alta rotatividade e da falta de vínculo com o setor e isso atrapalhar a manutenção dos sistemas de qualidade. Todavia, devemos considerar que a experiência e o conhecimento prévio dos docentes agregam valor a qualquer processo.

Gráfico 26- Distribuição das respostas da questão: Os enfermeiros supervisionam os processos de qualidade no centro cirúrgico (Q23). São Paulo (Interior) – 2014.

A maioria dos participantes (60 – 86,9%) reconhece a figura do enfermeiro como o supervisor do processo de qualidade no setor. Dentro da dimensão essa é a assertiva com maior percentual de concordância. Apenas 4 (5,9%) discordaram da afirmativa e 5 (7,2%) mostraram-se indiferentes ao assunto.

Labbadia et al. (2004) inferem que a atuação do enfermeiro está voltada para elevação dos níveis de qualidade da assistência, sendo participante em diversos níveis: decisório, estratégico, operacional, fazendo parte da equipe de autoavaliação das unidades em fase de acreditação e também como consultor nas discussões da metodologia e critérios de avaliação. Outro ponto de atuação do enfermeiro é como membro integrante da equipe de avaliadores para certificação das organizações prestadoras de serviços de saúde, juntamente com o médico e o administrador. Tais dados corroboram com Matos et al. (2006), quando afirmam que a liderança, a comunicação, a habilidade técnica, a organização do trabalho e os programas de educação continuada são estratégias que possibilitam ao enfermeiro programar as mudanças requeridas, a adaptação às novas situações e ao trabalho interdisciplinar,

proporcionando maior satisfação para a equipe de enfermagem, a melhoria na qualidade da assistência e o alcance dos objetivos organizacionais.

O enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, no processo de qualidade, desempenha um papel fundamental, pois somos a categoria da equipe de saúde atuando durante todo o tempo com o paciente e sendo um elo de comunicação com os demais profissionais.

No centro cirúrgico, a escala de trabalho contempla a presença do enfermeiro nas 24 horas, sendo imprescindível sua atuação para executar e/ou monitorar os processos instituídos.

Gráfico 27- Distribuição das respostas da questão: A equipe de enfermagem conhece as ferramentas de gerenciamento de risco existentes no centro cirúrgico (Q26). São Paulo (Interior) – 2014.

Os achados do gráfico 27 demonstraram o elevado percentual de concordância, sendo 20 (29,0%) totalmente e 36 (52,2%) parcialmente, correspondendo a 56 (81,2%) colaboradores. Isso mostra que a equipe de enfermagem conhece as ferramentas de gerenciamento de risco do setor.

Para os discordantes, os números foram de 3 (4,3%) total, 6 (8,7%) parcial e 4 (5,8%) indiferentes.

Para Feldman (2009), a gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de política, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e de eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Erros devem ser aceitos como evidências de falhas no sistema e encarados como uma oportunidade de revisão do processo e de aprimoramento da assistência prestada ao paciente.

Por meio da RDC 2/2010 da Anvisa, o Gerenciamento de Riscos passou a ser uma exigência aos estabelecimentos de saúde, requerendo uma sistemática de monitorização e visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos. Mais recentemente, a RDC 36/2013, que dispõe das ações para segurança ao paciente, confere ao núcleo de segurança do paciente, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente, que por sua vez deve apontar situações de riscos e descrever estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para sua gestão, com objetivo de prevenir os incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente.

No centro cirúrgico estudado, utilizamos uma ferramenta de gerenciamento de risco, a análise dos modos de falhas e de seus efeitos: FMEA (Failure mode and effects analysis), que tem como objetivos prevenção de problemas, planejamento de projetos e processos, redução de riscos e satisfação dos clientes internos e externos. O FMEA utiliza três tabelas básicas que pontuam a Detecção (D), a frequência que o evento pode ocorrer (F) e a gravidade do efeito e tem como principal vantagem a identificação do erro antes que ele ocorra, o que permite como resultado a redução de eventos e a otimização de recursos necessários para a segurança do paciente.

Divulgar as ferramentas de gerenciamento de riscos e envolver a equipe operacional na sua análise é uma estratégia adotada pela gestão do centro cirúrgico.

Gráfico 28- Distribuição das respostas da questão: O processo de qualidade é de responsabilidade exclusiva das chefias (Q29). São Paulo (Interior) – 2014.

A maioria dos colaboradores (60 – 87,0%) discordaram da assertiva, de caráter negativo; 46 (66,7%) o fizeram totalmente e 14 (20,3%) parcialmente, o que demonstra que a equipe julga que a qualidade é responsabilidade de todos e não somente de um grupo de lideranças. O percentual de concordantes da frase foi de 6 (8,7%).

Na tese apresentada por Manzo (2012), um dos pontos críticos encontrados nos resultados foi a concentração da tomada de decisão exclusivamente nos líderes de equipe, contrariando a expectativa de um serviço de excelência que deve valorizar e engajar aqueles que operacionalizam as atividades independentemente da categoria profissional e da posição que ocupam.

Para Zanon (2001) são as pessoas que fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão, sentindo-se importantes, pois só assim assumirão

a responsabilidade pela produção da qualidade. Os que produzem devem saber por que o fazem e ainda sentir-se apropriados e responsáveis por tudo o que acontece na organização. O autor ressalta que o gestor que implanta esse processo deve reconhecer que o mesmo exige e pressupõe, principalmente da alta direção, muita abertura, sensibilidade, clarividência e dedicação dos envolvidos por tratar-se de um processo contínuo que sempre tem novos desdobramentos.

Gráfico 29- Distribuição das respostas da questão: O plantão noturno é envolvido no processo de acreditação pelas chefias (Q32). São Paulo (Interior) – 2014.

Observaram-se maiores percentuais no grau de concordância (44 – 63,8%), sendo 26 (37,7%) total e 18 (26,1%) parcial. No entanto, sobressai o número de indiferentes (14 – 20,3%), sendo o segundo maior da dimensão. Os discordantes totalizaram 11 (15,9%).

Manzo (2012) considerou a comunicação como uma limitação no processo de acreditação evidenciada pelos entrevistados e uma escassez de repasse de informações para o plantão noturno. Isso mostra uma deficiência do padrão de qualidade, uma vez que o cuidado deve ser contínuo e ininterrupto.

Embora o administrativo do centro cirúrgico atue, em sua grande maioria, no período matutino e vespertino, todas as diretrizes são institucionais e devem abranger todos os horários de trabalho. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental nesta comunicação e devem suprir as dificuldades e os entraves da falta de informação para todos os colaboradores.

Gráfico 30- Distribuição das respostas da questão: Os processos voltados para a acreditação são revistos somente por ocasião das novas certificações da ONA (Q35). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 30, o percentual de discordantes foi de 34 (49,3%), destes 16 (23,2%) discordância total e 18 (26,1%) parcial. O de concordantes foi de 30 (43,4%), sendo 13 (18,8%) concordância total e 17 (24,6%) parcial. A diferença entre os graus foi de apenas 5,9% e o total de indiferentes foi de 5 (7,3%) participantes. Assim, não houve clareza na tendência das respostas.

Manzo (2012) apresentou no seu trabalho que o processo de preparo para a avaliação mostra-se concentrado nos momentos que antecedem a visita dos avaliadores e é subvalorizado nos intervalos entre as avaliações, o que gera desmotivação e desconfiança entre os profissionais. Seus resultados confirmaram a tese dos críticos da gestão da qualidade, que comparam ao modelo taylorista,

apontando que o novo processo proporciona apenas outro rótulo e não mudança na realidade.

Nas vésperas e em especial no dia da auditoria da acreditação há angústia e aflição nas equipes, pois, em poucas horas de visitação, será feito um julgamento de todo um trabalho que dependeu do envolvimento de inúmeros profissionais. E neste dia duas situações lamentáveis podem acontecer: primeira, a fatalidade de o nervosismo atrapalhar a apresentação de um dado que efetivamente teve melhoria implementada; e, segunda, a criação de um aparato usado apenas nos momentos de avaliação da ONA, sem resultados substanciados.

Por isso, precisamos refletir acerca das práticas assistenciais e da capacitação das pessoas, para que a qualidade preconizada seja realmente a colocada em prática e que o cotidiano se torne um processo de melhoria contínua e não apenas vinculado a novas certificações.

Dimensão de Resultado

Nas figuras a seguir encontram-se as 12 proposições elaboradas para avaliar a dimensão de resultado, que consiste na avaliação da equipe de enfermagem acerca do resultado desejável para a assistência de enfermagem no centro cirúrgico, após o processo de acreditação.

Gráfico 31- A acreditação propiciou uma maior rentabilidade para o Hospital (Q3). São Paulo (Interior) – 2014.

Pela análise deste gráfico, verificou-se a elevada concordância dos sujeitos (51 – 73,9%), sendo 30 (43,5%) totalmente e 21 (30,4%) parcialmente. O percentual de indiferentes foi alto e correspondeu a 15 (21,7%), ficando em segundo lugar dentro da dimensão; e apenas 3 (4,4%) discordaram da frase.

Os achados demonstram que a maioria dos respondentes (73,9%) tem a percepção de que de alguma maneira o processo de acreditação ONA melhorou a rentabilidade do hospital. Donabedian (1998) ressalta que na área de saúde é possível gerenciar recursos com a finalidade de alcançar a prestação de serviços de qualidade com custos mínimos, favorecendo inclusive o aumento do retorno financeiro.

Manzo (2009) apresenta que na visão dos entrevistados o processo de Acreditação traz repercussões positivas, tais como: boa imagem, propaganda, melhores serviços, referência em qualidade, segurança, clientela, lucro, enfim, é a chave para superação no mercado competitivo.

Percebe-se, portanto, que o processo de Acreditação é de fundamental importância para qualquer hospital, não apenas para aprimoramento e melhoria dos serviços, mas, principalmente, pelos

bons resultados financeiros que a gestão da qualidade pode oferecer.

Gráfico 32- O profissional de enfermagem que atua no Hospital acreditado não possui curriculum diferenciado no mercado (Q6). São Paulo (Interior) – 2014.

A partir dos resultados obtidos no gráfico 32, verificou-se o maior percentual de discordantes (56 – 81,2%). Apenas 1 (1,5%) colaborador manteve-se indiferente, e os outros 12 (17,3%) concordaram com a proposição. Por se tratar de assertiva negativa, a alta discordância aponta para uma percepção favorável da equipe quanto ao diferencial no curriculum por atuarem em um hospital acreditado.

Manzo (2009) discute a preocupação referente à necessidade em se engajar no processo de qualidade para atender às exigências do mercado de trabalho. Neste estudo, os profissionais reconhecem, através de sua prática, que a acreditação pode ser considerada uma estratégia de qualificação pessoal, além de um diferencial para a instituição no competitivo cenário empresarial vinculado à saúde.

Gráfico 33- O selo de acreditação ONA promoveu maior visibilidade para o Hospital (Q9). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 33 fica nítido a maior visibilidade do hospital após a conquista do selo de acreditação ONA, considerando-se que 63 (91,3%) dos colaboradores participantes concordaram com esta afirmação. Essa foi a única assertiva em que nenhum sujeito discordou e apenas 6 (8,7%) ficaram indiferentes.

De acordo com Neto e Bittar (2004), o processo de acreditação hospitalar traduz uma excelente imagem junto à opinião pública e da imprensa, favorecendo a confiança da comunidade, fato estimulante para seu crescimento e aceitação. O hospital acreditado é considerado referência pelas demais instituições.

O hospital, ao conseguir o selo da acreditação, demonstra sua aptidão para a realização de procedimentos com qualidade e segurança, possuindo condições físicas e recursos humanos adequados.

Gráfico 34- A padronização do prontuário no centro cirúrgico dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar (Q12). São Paulo (Interior) – 2014.

Este gráfico revelou o elevado percentual de discordantes (56 – 81,1%), dos quais 47 (68,1%) discordaram totalmente e 9 (13,0%) parcialmente. Por se tratar de uma proposição negativa, discordar representa que a maior parte dos colaboradores considera a padronização do prontuário um ponto forte para a comunicação entre a equipe multidisciplinar. Dos 8 (11,6%) concordantes, 2 (2,9%) concordaram totalmente e 6 (8,7%) parcialmente.

Na dissertação realizada por Ribeiro (2006), que teve como um dos objetivos identificar as causas da descontinuidade do Programa de acreditação hospitalar, a variável independente Comunicação foi apontada pela maioria (52,5%) como o fator que mais contribuiu para a descontinuidade da acreditação, seguida pela cultura organizacional (19,7%) e pelas relações interpessoais (18%).

Criar medidas que favoreçam a comunicação tem sido um desafio nas instituições de saúde. A boa comunicação contribui diretamente para o êxito na prática assistencial. O prontuário é uma das ferramentas que deve ser utilizada para facilitá-la.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638/02, define o prontuário como um documento único constituído

de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário deve conter os seguintes documentos:

1. Folha de Identificação do paciente;
2. Folha de Anamnese (História Clínica);
3. Evolução médica diária;
4. Evolução da enfermagem e de outros profissionais assistentes;
5. Exames laboratoriais, radiológicos e outros;
6. Prescrição;
7. Sumário de alta, óbito ou de transferência.

No centro cirúrgico todas as etapas do intraoperatório, transoperatório e pós-operatório devem ser registradas no prontuário, respeitando os aspectos legais de cada profissional de saúde envolvido na assistência: o anestesista deve assegurar o preenchimento da ficha anestésica, o cirurgião é responsável pela descrição da cirurgia, a enfermagem pelos formulários do transoperatório e a equipe pelos dados do protocolo de cirurgia segura. Estes registros têm como principal finalidade assegurar as informações para evolução do plano terapêutico e permitir o correto faturamento do procedimento realizado. A padronização do prontuário auxilia as equipes na comunicação.

Gráfico 35- O processo de acreditação piorou as condições de trabalho para a enfermagem (Q15). São Paulo (Interior) – 2014.

O gráfico 35 demonstra que 61 (88,4%) sujeitos discordam da assertiva com atributo negativo, sendo o maior percentual dos que discordam dentro da dimensão de resultado; destes, 52 (75,4%) discordam totalmente e 9 (13,1%) parcialmente. Apenas 7 (10,1%) participantes concordam e 1 (1,4%) permanece indiferente. Discordar desta proposição demonstra favorabilidade em relação à melhora nas condições de trabalho para a enfermagem.

Alguns fatores podem justificar esta percepção dos respondentes. A adequação do parque tecnológico, favorecida pela acreditação ONA, é uma delas. Outro contribuinte pode ter sido a organização geral dos processos, pois que afetou diretamente as condições de trabalho da equipe de enfermagem, que hoje pode contar com maior segurança, propiciada pela utilização de ferramentas de qualidade, impressos apropriados de registros, protocolos assistenciais e muitas outras formalidades necessárias à assistência. Por fim, o valor intelectual agregado pelos colaboradores através da experiência no processo de acreditação.

Gráfico 36- A acreditação trouxe maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição (Q18). São Paulo (Interior) – 2014.

No gráfico 36 encontram-se os dados que mostram o nível mais favorável das três dimensões, referente à segurança dos pacientes atendidos na instituição. A maioria dos respondentes concordou com a assertiva (64 –92,7%), sendo que 49 (71,0%) o fizeram totalmente e 15 (21,7%) parcialmente. O total de discordantes foi de apenas 2 (3,0%) e 3 (4,3%) mantiveram-se indiferentes.

Este gráfico tem uma grande relevância na pesquisa, demonstrando a concordância da maioria dos respondentes quanto à acreditação ONA ter trazido maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição. Este achado permite deduzir que há uma solidez nas medidas de melhoria implantadas no centro cirúrgico.

Segundo Rodrigues (2011) existe um elemento a mais no processo de avaliação: a expectativa do cliente, que espera por alguma coisa, pautado nas experiências anteriores, nas informações obtidas e na capacidade de construção crítica. Devemos diminuir a incerteza dos pacientes atendidos e para tal detalhar o serviço prestado, definir os custos, explicar as relações multiprofissionais e principalmente envolver o paciente na sua terapêutica e na sua segurança.

A política de humanização preconizada pela acreditação hospitalar reconhece a necessidade e a importância do cuidado direto aos pacientes, individualizando e personalizando a assistência, portanto não prioriza somente o preenchimento de formulários e relatórios. A enfermagem neste contexto não deve perder sua essência do cuidar e zelar pela segurança dos pacientes.

Gráfico 37- O centro cirúrgico é mais desorganizado após o processo de acreditação (Q21). São Paulo (Interior) – 2014.

De acordo com o gráfico 37, 55 (79,7%) dos colaboradores discordaram da questão, desses, 44 (63,8%) de maneira total e 11 (15,9%) parcial. Mantiveram-se indiferentes 4 (5,8%), enquanto 6 (8,7%) concordaram parcialmente. Novamente, por ser uma assertiva negativa, discordar representou posição favorável. Esta discordância pode ser atribuída à percepção dos respondentes das diversas adequações que o centro cirúrgico sofreu com a acreditação ONA.

O manual de acreditação hospitalar (2010) é dividido em três níveis, sendo cada um com seus princípios: I – Segurança, II - Segurança e Organização e III Segurança, Organização e práticas de gestão da qualidade.

O centro cirúrgico foi avaliado para ONA nível I, porém muitas intervenções contribuíram diretamente para a organização geral do serviço, das quais vale salientar instituição do controle de acesso, descrição e revisão do manual de normas e rotinas, controle de equipamentos, identificação geral dos ambientes e equipamentos, sistema de identificação de profissionais e pacientes, utilização de protocolos preventivos, monitoração de indicadores de gestão, política de notificação e tratativa de eventos.

Gráfico 38- Os resultados obtidos nos indicadores do setor são usados no gerenciamento da unidade (Q24). São Paulo (Interior) – 2014.

Constata-se pelo gráfico 38 uma expressiva concordância (52 – 75,4%) dos respondentes com a proposição, sendo que 38 (55,1%) concordam totalmente e 14 (20,3%) parcialmente. Contudo, 11 (15,9%) demonstram indiferença, 4 (5,8%) discordam parcialmente e 2 (2,9%) discordam totalmente, dados que sugerem que o conhecimento da utilização dos resultados dos indicadores na gestão da unidade ainda não é de todos os colaboradores.

Os resultados dos indicadores devem ser usados no gerenciamento da unidade como norteadores das metas a serem atingidas. O centro cirúrgico trabalha sistematicamente com análise de indicadores, sendo eleitos de processo e de aprendizado. Dentro

de processo, monitoramos a produção cirúrgica, por especialidade, porte e classificação (eletiva, urgência e emergência), o cancelamento cirúrgico, os motivos de cancelamentos, os eventos sentinela, as complicações pós-anestésicas e a análise de óbitos. No item aprendizado, acompanhamos os índices de absenteísmo e rotatividade e a adesão aos treinamentos com análise de efetividade. Além disso, gerenciamos o protocolo de cirurgia segura e a satisfação dos pacientes atendidos e discutimos junto ao CCIH e aos coordenadores das especialidades os índices de infecção hospitalar.

Segundo Ribeiro (2006) a avaliação dos serviços é fundamental para a busca da excelência, portanto devemos atingir a organização de modo global e sistêmico. Primeiramente necessitamos de um sistema de informação institucional consistente que permita a análise comparativa com referenciais adequados e obtenção de informação estatística. Na sequência, a monitoração dos indicadores é o principal fator de sucesso da gestão. Esta autora reforça também a necessidade de um sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e de um programa institucional sistemático de qualidade e produtividade.

Gráfico 39- Os funcionários foram beneficiados de alguma forma com a acreditação (Q27). São Paulo (Interior) – 2014.

No que tange aos benefícios adquiridos com o processo de acreditação, observa-se no gráfico 39 que 45 (65,2%) respondentes concordam com a proposição, destes, 19 (27,5%) total e 26 (37,7%) parcialmente; 4 participantes (5,8%) demonstram indiferença, 10 (14,5%) discordam de forma parcial e de forma total.

Para compreender os possíveis proveitos percebidos pelos pesquisados, precisamos observar o universo dos profissionais além das remunerações e benefícios dos seus contratos trabalhistas. Esta vertente é facilmente percebida pela procura por profissionais do hospital, por parte de outras instituições, após a acreditação ONA.

Portanto, observamos que o exercício das atividades profissionais da equipe de enfermagem no centro cirúrgico de um hospital acreditado permite aos trabalhadores uma experiência diferenciada do cuidado. Esta vivência pode contribuir para a edificação intelectual destes indivíduos e inclusive torná-los especiais no mercado de trabalho.

Para Rothbarth (2011) o reconhecimento no alcance dos objetivos e das metas propostas estimula e motiva as equipes, impulsionando-as no processo de acreditação. Neste sentido as direções ocupam um papel de destaque, pois além de determinarem as diretrizes e direcionarem os recursos institucionais, também são responsáveis pelo *feedback* das equipes operacionais. Neste contexto, destaca-se que a direção do hospital em estudo sempre se esforçou no processo de acreditação.

Gráfico 40- Os indicadores assistenciais do centro cirúrgico após o processo de acreditação foram divulgados à equipe multidisciplinar sistematicamente (Q30). São Paulo (Interior) – 2014.

Os dados salientados no gráfico 40 demonstram que 36 (52,2%) dos sujeitos reconhecem a divulgação dos indicadores assistenciais para a equipe multiprofissional, sendo 20 (29,0%) parcialmente concordantes e 16 (23,2%) totalmente concordantes. Um total de 17 (24,6%) colaboradores discorda da assertiva. Verifica-se que esse resultado traz o mais elevado índice de indiferentes, 16 respondentes (23,2%), nesta dimensão.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2010) aponta para a necessidade de utilização dos indicadores ou evidências de desempenho essencialmente qualitativo. Esses indicadores devem ser facilmente verificáveis e devem representar os dados da realidade existente, cuja análise permita chegar a conclusões eficazes e simples.

A divulgação dos resultados é uma etapa importante no gerenciamento dos indicadores, que tem como objetivo envolver os profissionais na análise crítica e fundamentar as informações para a tomada de decisão com foco na melhoria dos processos assistenciais. O centro cirúrgico estabeleceu uma reunião mensal com o coordenador da anestesia e com o gestor da clínica cirúrgica

para análise dos indicadores do setor, e a divulgação para os enfermeiros e coordenadores médicos acontece logo após. Os índices de infecção hospitalar são discutidos pelo CCIH com a participação da gestão do centro cirúrgico e dos coordenadores médicos bimestralmente.

O alto percentual de indiferentes nesta questão sugere oportunidade de melhoria no que diz respeito à divulgação sistemática com a equipe técnica de enfermagem.

Gráfico 41- Com o processo de qualidade aumentaram as punições no setor (Q33). São Paulo (Interior) – 2014.

Nesta assertiva, há uma proximidade entre discordantes (33 – 47,8%) e concordantes (29 – 42%), referente ao aumento de punições no setor, relacionado com o processo de qualidade. Tivemos os maiores percentuais empatados nos graus de concordância parcial e discordância total 18 (26,1%). Portanto, não houve clareza na tendência da resposta.

É notório que o processo de acreditação ONA gerou um aumento importante de formalidades no centro cirúrgico, como relatórios de ocorrências internas e relatório de notificação de eventos. No entanto, elas são oriundas de uma organização intensa e necessária para garantir a segurança das atividades assistenciais.

Estas variáveis também se incidiram sobre a gestão de pessoas, contudo o hospital já possuía uma política instituída antes do processo de acreditação, não sendo necessária nenhuma mudança substancial nas medidas administrativas.

Por outro lado, Rothbarth (2011) enfatiza que os resultados das auditorias devem ser analisados juntamente com as recomendações para serem devolvidas as áreas com caráter educativo e não coercivo e punitivo. Corroborando com esses pressupostos, Manzo (2009) evidencia um distanciamento da qualidade sobre o processo de trabalho e capacitação, sendo muitas vezes utilizada para imputar a culpa, o medo e desenvolver controle sobre as pessoas.

O processo de qualidade deixa de ser algo punitivo a partir de dois momentos: primeiro, quando as pessoas amadurecem e incorporam a filosofia da acreditação, e, segundo, quando as chefias conseguem analisar profundamente os erros, com identificação de causa raiz. A partir daí as correções serão feitas nos processos e não somente nas pessoas.

Gráfico 42- As exigências impostas pelo processo de acreditação desencadeiam estresse e sobrecarga de trabalho (Q36). São Paulo (Interior) – 2014.

A análise do gráfico acima apontou para uma percepção favorável da equipe de enfermagem em relação a essa proposição negativa, pois 21 (30,4%) concordaram parcialmente e 27 (39,1%) totalmente, perfazendo 48 (69,5%). Apenas 2 (2,9%) dos participantes ficaram indiferentes e 19 (27,6%) discordaram, sendo 13 (18,9%) totalmente e 6 (8,7%) parcialmente.

Algumas das implementações realizadas para o processo de acreditação ONA podem ter contribuído para o achado destes números. A equipe assistencial demonstra se sentir estressada e sobrecarregada diante adequações, como a necessidade de formalização e registros das atividades, a política de notificação de eventos adversos, o trabalho padronizado, dentre outras atividades incorporadas que demandam tempo e atenção do profissional. Este dado é fundamental para compreender e atuar sobre estas variáveis, demandando uma atenção especial dos gestores da unidade.

Alguns autores discutem o estresse e a sobrecarga de trabalho advindos do processo de acreditação hospitalar. Manzo (2012) destaca que a sobrecarga de trabalho advém da necessidade de atenção à burocracia, além dos afazeres comuns, enquanto a cobrança e o estresse recaem na premência pela qualidade e perfeição. Oliveira (2006) salienta que os recursos humanos e os leitos insuficientes para atender a todos diminuem a qualidade da assistência, gerando estresse entre os colaboradores. Esta autora também discute a indefinição nos processos de trabalho, a tecnologia ultrapassada e a falta de responsabilização como fatores de retrabalho e desgaste emocional.

No confronto entre os aspectos positivos considerados pelos colaboradores, como a melhoria nos processos assistenciais (Q22), as capacitações (Q8), a integração da equipe multiprofissional (Q2), a supervisão do enfermeiro (Q23), a gestão de risco (Q26), o curriculum diferenciado (Q6), a maior visibilidade para a instituição (Q9), a segurança dos pacientes atendidos (Q18), a organização do setor (Q21), os benefícios para os funcionários (Q27) e os

argumentos negativos discutidos, sugere-se que a valorização e o conhecimento adquiridos por cada colaborador superem o estresse e a sobrecarga de trabalho, uma vez que é impossível conquistar melhorias na assistência sem o aumento das responsabilidades.

4.4 – ESCORES DE FAVORABILIDADE DAS TRÊS DIMENSÕES AVALIATIVAS

Na perspectiva de comparar os escores avaliados pela equipe de enfermagem, considerando o modelo avaliativo Donabediano, foram estabelecidas as medidas de tendência central e variabilidade, descritas nas tabelas a seguir.

Nesta análise, pretende-se demonstrar a percepção da equipe de enfermagem frente ao objeto de estudo. Considera-se que quanto maior o escore obtido, mais favorável é a atitude do sujeito.

Tabela 6- Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pela equipe de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado, São Paulo (Interior) – 2014.

	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p ¹
Estrutura	69	40,70	5,19	41,0	28	51	< 0.001
Processo	69	45,45	6,57	46,0	26	60	
Resultado	69	47,12	7,23	48,0	28	59	

¹ ANOVA para medidas repetidas

A tabela acima mostrou que o escore médio dos respondentes em relação à dimensão de resultado foi de 47,12 (dp±7,23), mínimo de 28 e máximo de 59, valores superiores ao de processo, que foram 45,45 (dp±6,57), mínimo de 26 e máximo de 60 e ao de estrutura 40,70 (dp±5,19), mínimo de 28 e máximo de 51. Ao

se efetuar a comparação entre as três dimensões, obteve-se diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$.

Observa-se, então, que a dimensão melhor avaliada pela equipe de enfermagem é a de resultado, enquanto que a menos favorável é a de estrutura, requerendo maior atenção para esse quesito.

A dimensão de resultado engloba a compreensão dos colaboradores sobre a visibilidade do hospital após acreditação, os impactos na rentabilidade financeira, a organização do setor, os benefícios dos colaboradores, as condições de trabalho, a segurança aos pacientes atendidos, a gestão do centro cirúrgico e as exigências impostas pelo processo de qualidade. Já no que se refere à dimensão de estrutura que obteve a menor média, foram avaliados recursos materiais, equipamentos, infraestrutura, recursos humanos e o modelo assistencial adotado para garantir a segurança aos pacientes, conforme padrão da ONA nível I.

Tabela 7- Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros nas dimensões de estrutura, processo e resultado, São Paulo (Interior) – 2014.

	Função	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p ¹
Estrutura	Técnico/Auxiliar de enfermagem	57	39,88	5,22	40,0	28	51	0.004
	Enfermeiro	12	44,58	2,78	45,0	38	49	
Processo	Técnico/Auxiliar de enfermagem	57	45,56	6,47	46,0	26	60	0.760
	Enfermeiro	12	44,92	7,30	46,5	33	58	
Resultado	Técnico/Auxiliar de enfermagem	57	45,68	6,94	46,0	28	59	< 0.001
	Enfermeiro	12	53,92	4,10	55,0	45	59	

¹ Teste t de Student

Na tabela 7, averigua-se que os escores médios atribuídos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, em relação à dimensão de processo 45,56 ($dp \pm 6,57$) e resultado 45,68 ($dp \pm 6,94$), podem ser considerados iguais e ambos são estatisticamente maiores do que o valor encontrado na dimensão de estrutura 39,88 ($dp \pm 5,22$), que pode ser considerada a pior avaliada por esta categoria profissional.

Para os enfermeiros a melhor dimensão avaliada foi a de resultado com escore médio de 53,92 ($dp \pm 4,10$), e os valores atribuídos para a dimensão de processo 44,92 ($dp \pm 7,30$) e estrutura 44,58 ($dp \pm 2,78$) podem ser considerados iguais, sendo o de estrutura o de menor valor.

Podemos inferir que a análise demonstrou que todas as categorias profissionais avaliadas tiveram o mesmo comportamento, ou seja, a melhor dimensão avaliada foi a de resultado e a pior foi a de estrutura. Esta informação é relevante para subsidiar ações de melhoria no centro cirúrgico, principalmente nos itens elencados na dimensão estrutura.

Os dados encontrados na dimensão de processos sugerem uma mesma percepção para os itens abordados: a integração da equipe multiprofissional, a uniformização das práticas e condutas para os treinamentos e supervisão, a adesão ao protocolo de cirurgia segura, o gerenciamento de risco, a característica de hospital universitário e a periodicidade da revisão dos processos.

Gráfico 43- Comparação dos escores de avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultado pela equipe de enfermagem, pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros do centro cirúrgico, São Paulo (Interior) – 2014.

Demonstra-se através do gráfico 43 que auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros possuem médias diferentes nas dimensões de estrutura e de resultado, porém, na dimensão de processo, os valores atribuídos podem ser considerados semelhantes, o que reflete que nesta dimensão a percepção das duas categorias é a mesma.

Uma justificativa para esse resultado é o grau de envolvimento das diferentes categorias profissionais nos itens discutidos dentro de cada dimensão. Os enfermeiros participam ativamente do levantamento de necessidades estruturais e do planejamento de investimento do setor para contemplar essa demanda e acompanham sistematicamente a coleta e as análises dos indicadores discutidos na dimensão de resultado. Todavia, na dimensão de processo, pela mesma avaliação dos enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, sugere-se um alinhamento na compreensão dos colaboradores para os itens assistenciais discutidos.

Tabela 8- Dimensões de estrutura, de processo e de resultado segundo os escores de favorabilidade atribuídos pela equipe de enfermagem por turno de trabalho, São Paulo (Interior) – 2014.

	Turno	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p ¹
Estrutura	Manhã	27	41,26	5,67	42,0	30	51	0,669
	Tarde	28	40,64	4,98	41,5	28	49	
	Noite	14	39,71	4,83	39,0	32	46	
Processo	Manhã	27	45,33	7,80	47,0	26	58	0,873
	Tarde	28	45,89	6,35	46,0	33	60	
	Noite	14	44,79	4,42	45,0	36	52	
Resultado	Manhã	27	47,52	7,69	48,0	29	59	0,724
	Tarde	28	46,29	7,38	47,0	28	59	
	Noite	14	48,00	6,26	47,0	38	58	

¹ ANOVA

Ao analisar a tabela 8 notamos que a dimensão melhor avaliada pelos turnos foi a de resultado pelo plantão noturno 48,00(dp±6,26), sendo também que a menor média atribuída foi deste turno para a dimensão de estrutura 39,71(dp±4,83). Conforme discutido no gráfico 6, 58% dos colaboradores do noturno não participaram do processo de acreditação no centro cirúrgico desde o início e, na dimensão estrutura, a falta do conhecimento em relação ao diagnóstico situacional realizado em 2006 pode ter interferido neste resultado encontrado.

Na comparabilidade entre os três turnos de trabalho, não houve diferença estatisticamente significativa nas dimensões de estrutura, de processo e de resultado.

“Aquilo que persistimos em fazer torna-se mais fácil, não porque a natureza da coisa mude, mas porque a nossa capacidade de executá-la aumenta”.

Harber J. Grant

CONCLUSÃO

5 - CONCLUSÕES

O estudo da percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico referente à acreditação hospitalar, pautado nas dimensões de estrutura, de processo e de resultado do modelo avaliativo Donabedian, permitiu concluir que:

Quanto à caracterização dos participantes:

- **Sexo:** participação majoritária das mulheres, sendo 53 (76,8%) do sexo feminino e 16 (23,2%) do sexo masculino.
- **Faixa etária:** Os participantes eram adultos, sendo 36 (52%) colaboradores com idade entre 31 a 40 anos.
- **Categoria profissional:** 44 (64%) participantes eram técnicos de enfermagem, 13 (19%) auxiliares de enfermagem e 12 (17%) enfermeiros.
- **Setor de atuação no centro cirúrgico:** 52 (75%) participantes são circulantes, 9 (13%) colaboradores atuam na sala de recuperação pós-anestésica, 4 (6%) no transporte dos pacientes e 4 (6%) no auxílio do serviço de anestesia.
- **Turno de trabalho:** 27 (39%) participantes do plantão da manhã, 28 (39%) participantes do plantão da tarde e 14 (13%) participantes do plantão noturno.
- **Ano de admissão na instituição:** 26 (38%) colaboradores foram admitidos antes de 2006 na instituição, 25 (36%) foram admitidos entre 2006 e 2010 e 18 (26%) foram contratados depois de 2011.
- **Representatividade da amostra:** Houve participação de todos os colaboradores do centro cirúrgico, totalizando 100% da amostra pretendida, e todos participam das melhorias para o processo de acreditação no setor, conforme instrumento de coleta dos dados.

Quanto à dimensão ESTRUTURA:

- A maioria dos participantes mostrou percepção favorável aos aspectos do centro cirúrgico, referentes: à aquisição de equipamentos para o setor (55 – 79,7%), aos investimentos realizados na estrutura física (53 – 76,8%), ao custo financeiro para a instituição que se propõe a participar de um programa de acreditação (57 – 82,6%), aos treinamentos realizados com foco nas necessidades assistenciais (56 – 81,1%), ao aumento de impressos e formulários para registro (47 – 68,1%) e às melhorias de processos vivenciadas após a acreditação, sendo essa a questão com o maior percentil de concordância da dimensão (61 – 88,41%).
- Do total de participantes, 35 (50,72%) relatam que os colaboradores do centro cirúrgico não conheciam as diretrizes da ONA.
- As questões que tiveram maior percentual de indiferentes foram as Q16 e a Q19, relacionadas à discrepância das normas do manual ONA em relação à realidade do setor (20 – 29%) e à diminuição do número de capacitações realizadas após o processo de acreditação (17 – 24,64%).
- Os participantes apontaram percepção desfavorável na questão Q31 referente ao aumento de quadro de funcionários do setor (46 – 66,67%).
- Nas questões 13 e 19 não houve tendência nas respostas, acerca das punições aplicadas a partir da notificação dos erros de processo de trabalho e da estrutura física antiga não favorecer os processos de acreditação.

Quanto à dimensão PROCESSO:

- Os itens que obtiveram melhores percentuais de concordância foram aqueles relacionados à promoção da integração da equipe multiprofissional (52 – 75,4%), à uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem (57 – 82,61%), ao treinamento admissional no setor (59 – 85,51%), ao conhecimento das ferramentas de gerenciamento de risco do centro cirúrgico pela equipe de enfermagem (56 – 81,16%). A proposição com maior percentual da dimensão foi a Q29, concernente à supervisão do enfermeiro no processo de qualidade (60 – 86,96%).
- Verificou-se que referente à adesão ao protocolo de cirurgia segura pela equipe multiprofissional, o melhor resultado de favorabilidade foi para a equipe de enfermagem, com 50 (72,5%), e o pior foi para a equipe de cirurgiões, com 20 (29%), ficando a equipe anestésica com resultados que não permitiram consenso.
- A questão 29 refletiu discordância quanto ao processo de qualidade ser de responsabilidade exclusiva das chefias (60 – 87%), sendo essa uma proposição negativa.
- Não há clareza nas tendências das respostas dos participantes no que diz respeito à periodicidade em que os processos são revistos no setor (Q35).
- Os maiores percentuais de indiferentes foram encontrados em itens que versavam sobre a dificuldade da presença de alunos para garantir o processo (25 – 36,23%) e o envolvimento do plantão noturno na acreditação (14 – 20,29%).

Quanto à dimensão RESULTADO:

- Houve elevada concordância nas questões que tratavam do aumento de visibilidade para o Hospital após a conquista da certificação ONA (63 – 91,3%), da segurança proporcionada aos pacientes atendidos na instituição (64 – 92,7%), da utilização dos indicadores no gerenciamento do centro cirúrgico (52 – 75,4%) e da maior rentabilidade no resultado financeiro (51 – 73,9%).
- Os maiores resultados de discordância se referem a questões com atributos negativos: O processo de acreditação piorou as condições de trabalho para a enfermagem (61 – 88,4%), o curriculum dos profissionais que atuam em um hospital acreditado não é diferenciado (56 – 81,1%), a padronização do prontuário dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar (56 – 81,1%) e que o centro cirúrgico é mais desorganizado após o processo de acreditação (55 – 79,7%).
- Na avaliação de 45 (65,2%) respondentes, os colaboradores foram beneficiados de alguma forma com a acreditação.
- Na questão Q36 relacionada ao stress e à sobrecarga de trabalho impostas pelas exigências do processo de acreditação, 48 (69,5%) concordaram com a proposição.
- O maior percentual de indiferentes foi encontrado na questão Q30, que versava sobre a divulgação dos indicadores assistenciais do centro cirúrgico para a equipe multidisciplinar.
- Não houve consenso nas respostas dos participantes em relação ao aumento de punições no setor após o processo de acreditação.

Quanto aos fatores intervenientes do processo de acreditação no centro cirúrgico: favoráveis e desfavoráveis

DIMENSÃO DE ESTRUTURA

- **Favoráveis-** A acreditação ONA propiciou melhorias de processo pelas suas exigências.
- **Desfavoráveis-** Análise do quantitativo de colaboradores no quadro de enfermagem do centro cirúrgico.

DIMENSÃO DE PROCESSO

- **Favoráveis-** A supervisão dos enfermeiros no processo de qualidade no setor.
- **Desfavoráveis-** A adesão ao protocolo de cirurgia segura pela equipe médica.

DIMENSÃO DE RESULTADO

- **Favoráveis-** A segurança aos pacientes atendidos nesta instituição devido ao processo de acreditação.
- **Desfavoráveis-** O stress e a sobrecarga de trabalho para os colaboradores advinda das exigências impostas pelo processo de acreditação hospitalar.

Quanto aos escores de favorabilidade nas dimensões de estrutura, de processo e de resultado:

- No total de participantes, ocorre maior favorabilidade na dimensão de resultado, que apresenta escore médio de 47,12 ($dp \pm 7,23$), mínimo de 28 e máximo de 59. A dimensão de estrutura apresenta o escore menos favorável, com média de 40,70 ($dp \pm 5,19$), mínimo de 28 e máximo de 51, apresentando diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$.
- Tanto para a totalidade dos respondentes, como na análise por função: auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros; a avaliação da dimensão de resultado é superior a de processo e de estrutura, sendo esta a pior avaliada.
- Na dimensão de processo, não obtemos diferença significativa entre categorias profissionais: $p = 0,760$.
- Na comparação entre as três dimensões, estratificada pelos turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), não se obtém diferença estatisticamente significativa para estrutura $p = 0,669$, processo $p = 0,873$ e resultado $p = 0,724$.

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela.

Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu evidenciar a complexidade que envolve a avaliação dos serviços em saúde, em especial o centro cirúrgico que foi objeto desta dissertação de mestrado. Os objetivos propostos foram respondidos, empregando-se o modelo Donabedian, através da percepção dos profissionais de enfermagem nas três dimensões: Estrutura, Processo e Resultado, bem como conhecemos os fatores intervenientes do processo de acreditação hospitalar.

A análise crítica dos resultados que obtivemos e as conclusões a que chegamos puderam atender minha expectativa enquanto pesquisadora e gestora do centro cirúrgico, pois evidenciou aspectos facilitadores e dificultadores do processo, permitindo na discussão abordar estratégias eficazes utilizadas para o alcance da acreditação ONA nível I e compartilhar desafios na mudança de cultura necessária para a qualidade total. Além disso, pude evidenciar as melhorias de processo refletidas na assistência ao paciente, sendo este resultado evidenciado pelos participantes do estudo na questão que abordou a segurança do atendimento.

A implementação, as auditorias de certificação e a manutenção do processo são etapas imprescindíveis para garantirmos a qualidade, todavia é necessário monitorar os resultados dos indicadores, conhecer a percepção do paciente em relação ao cuidado prestado e principalmente entender a percepção da equipe que operacionaliza os procedimentos diariamente. Nenhum processo estruturado e padronizado, ainda que oportuno e viável, sobrevive se os agentes responsáveis pelo seu manejo não compreenderem e se envolverem com a filosofia e com os objetivos da prática assistencial e de gestão propostas.

O maior desafio para a gestão do centro cirúrgico é desenvolver uma cultura de excelência e segurança, pois requer o comprometimento integral e incondicional de todos os profissionais que atuam no setor, sejam da área assistencial ou de apoio. Os

profissionais envolvidos nesse novo proceder precisam ser, e se sentir, corresponsáveis pelos resultados alcançados, por isso a percepção da equipe de enfermagem acerca do processo de acreditação é uma das etapas importantes para subsidiar o caminho para a ONA nível II.

Pelos resultados discutidos nesta dissertação, é possível planejar ações para corrigir as arestas e potencializar as vitórias conquistadas com o processo de qualidade existente.

A atuação da enfermagem é destaque no caminho para a acreditação hospitalar, desempenhando atividades de relevância para obtenção dos resultados positivos e possuindo uma ativa participação nas decisões organizacionais e estratégicas com foco na melhoria contínua dos serviços.

Através deste estudo, esperamos contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, principalmente disponibilizando uma fonte a mais de literatura específica do centro cirúrgico, sendo a qualidade uma temática inesgotável. Entender as normas da acreditação e como estabelecer estratégias para torná-las aplicáveis constituem uma meta para a gestão de toda equipe assistencial.

Após a conclusão deste estudo, a experiência vivenciada oportuniza fazer recomendações para que os enfermeiros busquem conhecer e explorar o desenvolvimento de processos de acreditação em outros hospitais e deste modo tomar ciência das metodologias e estratégias adotadas para atender as normas que envolvem o processo de acreditação. Lembrando que não somente os aspectos positivos e negativos devem ser considerados, mas também os resultados efetivos e necessários na assistência ao paciente que merece um cuidado humanizado e de excelência.

*“Persistência é a irmã
gêmea da excelência. Uma
é a mãe da qualidade, a
outra é a mãe do tempo”.*

Marabel Morgan

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, abr.; 2004.

Antunes LM. Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA Um estudo de caso em um hospital de grande porte. 2002. 102 f. Dissertação [Mestrado em Engenharia] – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2002.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 7246/2005. Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais (EAS) – requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro; 2005.

Braga AT. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um Hospital Universitário. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Protocolo para Cirurgia Segura; 2013 Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20CIRURGIA%20SEGURA.pdf>. Acesso em 10/01/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/>. Acesso em: 30 janeiro 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Cheregatti AL. Avaliação do serviço de apoio educacional em um Hospital Universitário sob a ótica da equipe de enfermagem 129f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM 1638/02. Brasília; 2002. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm Acesso em 28/03/2014.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enfer., Brasília, v.59, n.1, p.84-88; 2006.

Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michingan (USa): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assesmente and assurance. Qual. Ver. Bull.; 1992; 20(6): 975-92.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Phatol Lab Med; 1990; 14.

Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Ver. Latino am. Enfermagem julho-agosto; 14 (4);540-5; 2006.

Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem; 2005; v. 18, 2005, p. 213-219.

Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção do trato urinário associada a cateter: construção e validação. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Fortes MTR, Baptista TWF. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? Acta paul. enferm. [online]; 2012, vol.25 (4): 626-31.

Galvan GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. Rev. SBPH [online]; 2007, vol.10, n.2, pp. 53-61. ISSN 1516-0858.

Guedes RMA, Lima FPA, Assunção AA. O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1063-1074, out./dez.; 2005.

Haddad MCL, Évora YDM. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. Cienc. Cuid..saúde; 2008 mai;7(Suplem.1):45-52.

Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital escola público. 2004. 201f. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem/USP; 2004.

Kobayashi RM, Silva ABV, Ayoub AC. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em Hospital Cardiovascular. Ver. Rene. Fortaleza, v.11, n.4, p.19-28, out./dez.; 2010.

La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Editora Singular; 2009.

Labbadia LL, Matsushita MS, Piveta VM, Viana TA, Cruz FSLC. O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr.; 2004.

Lima SBS, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm.*; 2006;19(3):271-8.

Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni CR, Paz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde abordagens qualitativas e quantitativas. Rio de Janeiro : Cepese; 2011.

Manzo BF. Assistência Multiprofissional em Unidades de Terapia Intensivas Neonatais Acreditadas em Nível de Excelência. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] UFMG, Belo Horizonte; 2012.

Manzo BF. O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde. 2009. 98 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2009.

Matos SM, Moraes RM, Neumann VN, Santos VC, Silva CT, Alves M. Um Olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de Acreditação. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 418-424, out./dez.; 2006.

Mazieiro ECS. Avaliação da implantação do Programa Cirurgia Segura em um hospital de ensino. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba; 2012.

Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Loyola; 2001. 301 p.

Morais AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchin DMR, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas décadas. Ver. enfermagem UERJ. 2008; 16:404-9.

Morais AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de Enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. Ver. Eletrônica Enfermagem. 2013; 15(1): 112-20.

Neto AQ, Bittar OJN. Hospitais: administração da qualidade e Acreditação de organizações complexas. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

Nicole AG. Construção e validação de indicadores de avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. 114 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Oliveira AG. Singularidades do Trabalho Gerencial em um Hospital Acreditado; Dissertação [Mestrado em Enfermagem] da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2012.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)/Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan- Americana de Saúde; Ministério da Saúde; ANVISA; 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf. Acesso em 20/11/2013.

Organização Nacional de Acreditação ONA; 2014. Disponível em www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas Acesso em 21/03/2014.

Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação; 2010.

Pena MM, Melleiro MM. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. Acta paul. enferm. [online]; 2012, vol.25, n.2, pp. 197-203.

Peniche ACG, Araújo BM. Atividades de Enfermagem com potencial para desencadear falhas na assistência de Enfermagem transoperatória. Ver. SOBECC, São Paulo, V14. N2, p 36-40, abr/jun.; 2009.

Pereira, J.C. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

Pereira JMP. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 3ed: Porto Alegre; Atlas; 2012.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. 2001. 140 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes. 2011. 185 f. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

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

Resolução - RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, Publicada no DOU Nº 17 seção 01, de 26/01/2010.

Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, Publicada no DOU em 26/07/2013.

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

Rodrigues MV, Carâp LJ, El-Warrak LO, Rezande TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011.

Rothbarth S. Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar. 2011. 134F. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Federal do Paraná, Curitiba; 2011.

Schmidt DRC. Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o expresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. 2009. 243 f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2009.

Silva LFN. Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de traumatologia e ortopedia.2009. Dissertação [Mestrado Profissional]- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ; 2009.

Smeltzer CS, Bare GB, Brunner & Suddarth –Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 11 ed.;2009.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6ºed. São Paulo: SOBECC; 2013.

Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222; 2003.

Takahashi RT, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. P. 184-94.

Tillvitz LR. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital do Norte do Paraná. 2013. 203f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2013.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Mota, NVVP. Indicadores de qualidade de enfermagem: uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do Programa de Qualidade Hospitalar. *Mundo Saúde*. 2006; 30(2):300-05.

Tronchin DMRT, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 75- 88.

Tronchin DMR, MiraVL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM, Silva AM, Soares JMS. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Ver Esc Enferm USP*; 2009; 43(2):1210-5.

Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. *Revista Escola Enfermagem USP*; 2010; 44 (2): 331-8.

Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar. Rio de Janeiro: Medso; 2001.

*“Qualidade significa fazer certo
quando ninguém está olhando”.*

Henry Ford

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa

Eu, Hellen Maria de Lima Graf Fernandes, enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “**Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário**”, que tem por objetivo Analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca do processo de Acreditação Hospitalar no Centro Cirúrgico de um hospital Universitário.

Para tanto, será aplicado um questionário constituído de duas partes: na primeira os dados sócio-demográficos dos participantes e na segunda parte uma escala, para os participantes emitirem suas opiniões.

Para isso, será preciso que você responda um questionário que será distribuído no centro cirúrgico. Você poderá fazê-lo no próprio local de trabalho ou no que melhor lhe convier. Após a distribuição, o questionário será recolhido no prazo de três dias, sendo que o tempo estimado para seu preenchimento é de 30 minutos.

O conteúdo do questionário será confidencial, sigiloso e suas respostas estarão sob minha responsabilidade, sendo utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas. Você, como participante poderá receber informações sobre essa pesquisa sempre que solicitar e terá acesso aos resultados obtidos no final da mesma, através de um relatório enviado para o setor.

Sua participação no estudo será totalmente voluntária, podendo, se desejar, deixá-lo a qualquer momento e esta desistência não trará nenhum tipo de prejuízo na sua atuação no Hospital. Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento, que contém duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e a outra ficará com a pesquisadora.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos do projeto entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa EEUSP pelo email: edipesq@usp.br e pelo telefone XX. Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. O meu telefone para contato é XX.

São Paulo, de de 2014.

Hellen Maria de Lima Graf Fernandes

II.Registro e assinatura do participante da pesquisa

Compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma entendendo que as informações serão confidenciais que não haverá identificação nominal, que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, de de 2014.

Participante

Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados

Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome (opcional):
Função: () Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Enfermeiro
Setor de atuação: () CC () SRPA () Transporte () Anestesia
Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite I () Noite II
Sexo: () Masculino () Feminino
Idade: () até 25 anos () 26-30 anos () 31-35 anos () 36- 40 anos () 41-55 anos () 56-60 anos
Ano de admissão no CC: () antes de 2006 () 2006-2010 () depois de 2011
Participou do processo de acreditação desde o início: () Sim () Não
Participa das melhorias necessárias para o processo de acreditação: () Sim () Não

II- INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Este questionário contém uma série de frases referentes ao processo de acreditação no Centro Cirúrgico, com as seguintes possibilidades de respostas.

Ao fim da leitura de cada frase, assinale com um X no espaço correspondente à alternativa escolhida conforme o grau de concordância com a afirmação.
Exemplo: O sol é quente.

Caso você **discordo totalmente** dessa frase, assinale X o número 1.

Caso você **mais discordo do que concorde** dessa frase, assinale X o número 2.

Caso você **concorde totalmente** com essa frase, assinale X o número 5.

Caso você **mais concorde do que discordo** dessa frase, assinale X o número 4.

Caso você **não concorde e nem discordo** dessa frase, assinale X o número 3.

"A persistência é o caminho do êxito." *Charles Chaplin*
OBRIGADA!!!

CENTRO CIRÚRGICO - FRASES	1	2	3	4	5
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1. Foram adquiridos equipamentos para o Centro Cirúrgico devido ao processo de acreditação.					
2. A acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional.					
3. A acreditação propiciou uma maior rentabilidade financeira para o Hospital.					
4. Foram realizados investimentos na estrutura física do Centro Cirúrgico com a inserção no processo de acreditação ONA.					
5. Com a acreditação, houve a uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem.					
6. O profissional de enfermagem que atua no Hospital acreditado não possui curriculum diferenciado no mercado.					
7. Os colaboradores do Centro Cirúrgico não conheciam as diretrizes da ONA.					
8. Fui treinado e capacitado para exercer minhas atribuições no centro cirúrgico independente do processo de acreditação.					
9. O selo de acreditação ONA promoveu maior visibilidade para o Hospital.					
10. O processo de acreditação tem um custo financeiro para a instituição.					

11. A equipe de cirurgiões não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.					
12. A padronização do prontuário no centro cirúrgico dificulta a comunicação entre a equipe multidisciplinar					
13. Os erros notificados nos processos de trabalho servem para subsidiar punições e sanções administrativas.					
CENTRO CIRÚRGICO - FRASES	1	2	3	4	5
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
14. A equipe anestésica não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.					
15. O processo de acreditação piorou as condições de trabalho para a enfermagem.					
16. As normas do manual da ONA eram discrepantes em relação à realidade do setor.					
17. A equipe de enfermagem não aderiu ao protocolo de cirurgia segura.					
18. A acreditação trouxe maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição.					
19. A estrutura física do Centro Cirúrgico é antiga e não favorece o processo de acreditação.					
20. A presença de alunos dificultou o processo de acreditação ONA nível I.					
21. O centro cirúrgico é mais desorganizado após o processo de acreditação.					

22. O processo de acreditação ONA propiciou melhorias nos processos assistenciais.					
23. Os enfermeiros supervisionam os processos de qualidade no centro cirúrgico.					
24. Os resultados obtidos nos indicadores do setor são usados no gerenciamento da unidade.					
25. Houve um aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA.					
26. A equipe de enfermagem conhece as ferramentas de gerenciamento de risco existentes no centro cirúrgico.					
CENTRO CIRÚRGICO - FRASES	1	2	3	4	5
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
27. Os funcionários foram beneficiados de alguma forma com a acreditação.					
28. Os treinamentos para a equipe de enfermagem são realizados com foco nas necessidades assistenciais.					
29. O processo de qualidade é de responsabilidade exclusiva das chefias.					
30. Os indicadores assistenciais do centro cirúrgico após o processo de acreditação foram divulgados à equipe multidisciplinar sistematicamente.					
31. Houve um aumento no quadro de funcionários de enfermagem no setor devido					

ao processo de acreditação.					
32. O plantão noturno é envolvido no processo de acreditação pelas chefias.					
33. Com o processo de qualidade aumentaram as punições no setor.					
34. O número de capacitações realizadas no setor diminuiu após a conquista da acreditação.					
35. Os processos voltados para a acreditação são revistos somente por ocasião das novas certificações da ONA.					
36. As exigências impostas pelo processo de acreditação desencadeiam estresse e sobrecarga de trabalho.					

Hellen Maria de Lima Graf Fernandes

Apêndice 4 - Instrumento enviado aos juízes

Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES
Nome (opcional):
Ano em que se graduou:
Função: () Docente () Assistencial () Outros_____
Setor de atuação: () CC () Qualidade () Outros_____
() Especialização () Mestrado () Doutorado () Outros_____
Sexo: () Masculino () Feminino
Idade: () até 25 anos () 26-30 anos () 31-35 anos () 36- 40 anos () 41-55 anos () 56–60 anos
Participou de algum processo de acreditação hospitalar: () Sim () Não
Favor descrever alguma informação sobre seu curriculum relevante para a pesquisa:

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO OPINATIVA DA ESCALA DE LIKERT

Etapa I: Destina-se a verificar a relevância, a clareza, a pertinência e a sensibilidade relativa ao conteúdo das proposições em relação às dimensões avaliativas de estrutura, de processo e de resultado.

Relevância: é significativo para a qualidade de assistência de enfermagem?

Clareza: é inteligível, emprega frase curta, as expressões são simples e inequívocas?

Pertinência: compõe a dimensão de que foi classificada?

Sensibilidade: permite a diferenciação entre os graus da escala?

ESTRUTURA

1. Foram adquiridos equipamentos para o Centro Cirúrgicos devido ao processo de qualidade.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

2. Foram realizados investimentos na estrutura física do Centro Cirúrgico com a inserção no processo de acreditação ONA.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

3. Os colaboradores do Centro Cirúrgico desconheciam as diretrizes da ONA.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

4. Houve um custo elevado para a Instituição na implementação do programa de acreditação ONA.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

5. Os erros e eventos notificados nos processos servem para subsidiar punições e sanções administrativas.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

6. As normas do manual da ONA eram discrepantes em relação à realidade do setor.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

7. A estrutura física do Centro Cirúrgico é antiga e não favorece os processos de qualidade.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

8. O programa de acreditação ONA propiciou melhorias nos processos assistenciais.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 Caso não, sugestões:

9. Notamos um aumento de impressos e formulários com o processo de acreditação ONA.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 Caso não, sugestões:

10. Os treinamentos são realizados com foco nas necessidades assistenciais da equipe de enfermagem.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 Caso não, sugestões:

11. Os novos colaboradores da equipe de enfermagem são treinados e acompanhados conforme as normas e rotinas do setor.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 Caso não, sugestões:

As onze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente estrutura?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de excluir algumas das proposições?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente estrutura?

() sim () não

Caso não, sugestões:

PROCESSO

1. A acreditação promoveu a integração da equipe multiprofissional.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

2. Com a acreditação, percebemos uma uniformização das práticas e condutas na equipe de enfermagem.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

3. Fui treinado e capacitado para exercer minhas atribuições no centro cirúrgico.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 não
 Caso não, sugestões:

4. A equipe de cirurgiões aderiu com facilidade o protocolo de cirurgia segura.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 não
 Caso não, sugestões:

5. A equipe anestésica aderiu com facilidade o protocolo de cirurgia segura.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 não
 Caso não, sugestões:

6. A equipe de enfermagem aderiu com facilidade o protocolo de cirurgia segura.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
 não
 Caso não, sugestões:

7. A presença de alunos e residentes dificultou o processo de acreditação ONA nível I.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

8. Os enfermeiros supervisionam ativamente os processos de qualidade no centro cirúrgico.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

9. Notamos sobrecarga de trabalho aos funcionários de enfermagem do centro cirúrgico.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

10. O processo de qualidade é de responsabilidade exclusiva das chefias.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

11. No setor há ferramentas para o gerenciamento de risco e a equipe de enfermagem os conhece.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

12. O plantão noturno é envolvido no processo de acreditação.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

13. As cobranças do processo da qualidade só acontecem nas vésperas das visitas da ONA.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

As treze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente processo?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de excluir algumas das proposições?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente processo?

() sim () não

Caso não, sugestões:

RESULTADO

1. A acreditação propiciou uma maior rentabilidade para o Hospital.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

2. O profissional de enfermagem que atua no Hospital acreditado, possui curriculum diferenciado no mercado.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

3. A organização e padronização do prontuário no centro cirúrgico promove melhoria na comunicação entre a equipe multidisciplinar.

Relevância: () sim () não

Clareza: () sim () não

Pertinência: () sim () não

Sensibilidade: () sim ()

não

Caso não, sugestões:

4. O selo de acreditação ONA promoveu maior visibilidade para o Hospital.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

5. O processo de qualidade melhorou as condições de trabalho para a enfermagem.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

6. A acreditação trouxe maior segurança para os pacientes atendidos nesta instituição.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

7. O centro cirúrgico é mais organizado após o processo de acreditação.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não

Caso não, sugestões:

8. As cirurgias são realizadas de forma mais segura devido às rotinas e protocolos implementados.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
Caso não, sugestões:

9. Os funcionários foram beneficiados de alguma forma com a acreditação.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
Caso não, sugestões:

10. O setor possui indicadores assistenciais e estes são divulgados para a equipe de enfermagem.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
Caso não, sugestões:

11. Com o processo de qualidade aumentaram as punições no setor.

Relevância: () sim () não **Clareza:** () sim () não
Pertinência: () sim () não **Sensibilidade:** () sim () não
Caso não, sugestões:

As onze proposições contemplam o universo teórico em relação ao componente resultado?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de excluir algumas das proposições?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Há necessidade de incluir algum outro elemento no componente resultado?

() sim () não

Caso não, sugestões:

Etapla II: Destina-se a verificar se a escala é efetiva, exequível e suficiente.

A quantidade de intervalos está apropriada?

() sim () não

Caso não: () Excessiva () Insuficiente

Sugestões:

A descrição dos graus está adequada?

() sim () não

Caso não, sugestões:

*“O verdadeiro sentido da
existência humana não é
simplesmente nascer, viver e
morrer mas sim, deixar um
pouco de si em cada momento
em que se vive”.*

Márcia Reis

ANEXOS

Anexo 1 -

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acreditação Hospitalar: A percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

Pesquisador: HELLEN MARIA DE LIMA GRAF FERNANDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15788513.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 304.636

Data da Relatoria: 11/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se da versão 2 de projeto de pesquisa que tem como finalidade a Dissertação de Mestrado de Hellen Maria de Lima Graf Fernandes, sob orientação da Professora Doutora Aparecida de Cassia Giani Peniche. Propõe-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, a ser desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo. A amostra constituir-se-á de aproximadamente 70 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros e 60 auxiliares/técnicos de enfermagem) que atuam no CC campo de estudo, excluídos os profissionais com afastamentos por motivos de licença médica e maternidade. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um instrumento contendo duas partes: a primeira com os dados sócio-demográficos dos participantes e a segunda com proposições baseadas no modelo Donabedian, referente as dimensões de estrutura, processo e resultado, contendo uma Escala de Likert. As proposições serão classificadas com atributos positivos (o grau 5 representará concordar totalmente e estabelecer uma percepção favorável em relação ao fenômeno) e negativos (o grau 1 representará, discordar totalmente, o que também explicita uma atitude favorável). A construção do instrumento foi pautada em uma revisão de literatura com enfoque nas facilidades e dificuldades encontradas no processo de acreditação hospitalar e nas melhorias reconhecidas no CC

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP**

Continuação do Parecer: 304.636

procurando-se, ainda, acrescentar assertivas que expressassem as vivências e as inquietações da pesquisadora. Serão convidados cinco juízes (especialistas em CC e com vivência na acreditação hospitalar e/ou docentes especialistas na metodologia adotada), para avaliação e validação do referido instrumento considerando o conteúdo e a pertinência das assertivas em cada dimensão (estrutura, processo e resultado), bem como se há necessidade de inclusão ou exclusão de proposições. Após conclusão da versão final do instrumento, o mesmo será entregue em envelope fechado para cada profissional de enfermagem do CC, de modo a garantir a confidencialidade das respostas, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as orientações para o preenchimento. Os dados serão analisados em função dos índices percentuais e testes estatísticos específicos.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca do processo de acreditação hospitalar no CC de um hospital Universitário;
- Identificar os fatores intervenientes do processo de acreditação no CC segundo os profissionais de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente os riscos são mínimos, estes não foram evidenciados no projeto de pesquisa em questão.

Como benefícios espera-se que o estudo contribua para o alinhamento da experiência profissional prática com as bases acadêmicas, que seja de alta relevância para ambas as partes e que contribua com a gestão e com a assistência. Serão entregues aos responsáveis pela Instituição exemplar da pesquisa finalizada e documento, tipo relatório, com resultados, considerações finais e sugestões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a proponente ainda há escassez de literatura a respeito do processo de acreditação no CC, portanto, por meio da percepção da equipe de enfermagem sobre a experiência vivida com a acreditação, pretende-se contribuir com o desenvolvimento do conhecimento acerca dessa temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foi apresentada a carta convite destinada aos juízes visando a validação opinativa do instrumento;
- O TCLE é claro, conciso e objetivo tendo sido incluído, conforme recomendado, o tempo estimado para o preenchimento do instrumento de coleta de dados; o prazo para a sua devolução

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 304.636

e explicitada ao sujeito de pesquisa a possibilidade de receber informações sempre que solicitar, bem como o acesso aos resultados obtidos no final da mesma por meio de um relatório enviado para o CC;

- Foi apresentado o orçamento financeiro detalhado;

- O cronograma foi adequado, com a inclusão da etapa relativa a aprovação do projeto de pesquisa no CEP da EEUSP, e é exequível.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante antes do início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos resultados parciais e finais da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 14 de Junho de 2013

Assinador por:

Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Anexo 2 - Cronbach Coefficient Alpha

Confiabilidade				
Alfa de Cronbach	N de Itens			
,812	36			

Estatísticas Item-Total				
	Média da escala sem o item	Variância da escala sem o item	Correlação Item-Total	Alfa se item for deletado
Frase1	127,83	234,263	,390	,806
Frase2	127,90	237,181	,239	,810
Frase3	127,67	232,843	,425	,805
Frase4	127,87	232,733	,342	,806
Frase5	127,74	234,607	,332	,807
Frase6	127,55	237,104	,194	,811
Frase7	129,03	243,029	,027	,818
Frase8	127,45	237,869	,188	,811
Frase9	127,30	237,980	,377	,807
Frase10	127,39	240,889	,133	,813
Frase11	129,00	231,853	,340	,806
Frase12	127,43	227,308	,516	,801
Frase13	128,62	235,885	,195	,812
Frase14	128,62	228,562	,363	,805
Frase15	127,26	229,460	,517	,802
Frase16	128,58	237,983	,179	,812
Frase17	127,80	237,694	,166	,813
Frase18	127,19	238,126	,306	,808
Frase19	128,58	229,277	,352	,806
Frase20	129,52	238,812	,161	,812
Frase21	127,55	229,045	,412	,804
Frase22	127,35	237,054	,277	,809
Frase23	127,45	232,045	,479	,803
Frase24	127,59	232,862	,361	,806
Frase25	129,70	245,950	-,043	,821
Frase26	127,86	236,773	,253	,809
Frase27	128,29	221,738	,531	,798
Frase28	127,75	231,630	,359	,806
Frase29	127,39	235,330	,281	,808
Frase30	128,41	227,568	,420	,803
Frase31	129,72	242,202	,051	,817
Frase32	128,01	229,603	,383	,805
Frase33	128,62	236,238	,168	,813
Frase34	128,28	230,026	,351	,806
Frase35	128,68	219,750	,546	,797
Frase36	129,41	225,362	,397	,804