

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de Pós Graduação
Mestrado em Enfermagem**

Vivian Gribel D'Ávila

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E SUAS INTERFACES COM O PROCESSO DE
TRABALHO DO ENFERMEIRO**

**Juiz de Fora
2014**

VIVIAN GRIBEL D'ÁVILA

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E SUAS INTERFACES COM O PROCESSO DE
TRABALHO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Juiz de Fora como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Dias

**Juiz de Fora
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de Pós Graduação
Mestrado em Enfermagem**

Dissertação intitulada: “Acreditação hospitalar e suas interfaces com o processo de trabalho do enfermeiro” de autoria da mestranda Vivian Gribel D’Ávila avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Sonia Maria Dias – UFJF – Orientadora

Profa. Dra. Elena Bohomol (Titular) – Unifesp

Profa. Dra. Rosângela Maria Greco (Titular) – UFJF

Profa. Dra. Lúcia Marta Giunta da Silva (Suplente) - Unifesp

Profa. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro (Suplente) - UFJF

**Juiz de Fora
2014**

Dedico esta dissertação a minha mãe que, desde os primeiros passos, estimulou meu desenvolvimento intelectual; e à memória do meu pai, que estaria vibrando com a minha conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por iluminar meus caminhos, sempre me indicando a melhor direção.

À minha mãe, exemplo de mulher forte e guerreira, pelo constante estímulo.

Ao meu namorado Juninho, pelo amor e parceria nos momentos importantes.

À minha irmã, amigos e colegas de trabalho, pela torcida e incentivo.

À orientadora Profa. Sonia Maria Dias, pela disponibilidade.

Aos professores do mestrado, especialmente à Profa Rosângela Maria Greco, pelo acolhimento em uma etapa crucial desta caminhada e à Profa Edna Aparecida Barbosa de Castro, pelo carinho; à coordenação e secretaria do mestrado pela presteza; aos colegas de turma por terem compartilhado comigo aprendizado, angústias e conquistas.

À Profa Elena Bohomol, pelas importantes contribuições, que me auxiliaram a reconduzir a análise de dados.

À Direção da Instituição de Saúde pública, pelo apoio ao desenvolvimento do estudo.

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa com tanta consideração.

RESUMO

A acreditação hospitalar é um método de avaliação da qualidade dos serviços de saúde do qual o enfermeiro participa ativamente desde a implantação até manutenção. Com o objetivo de identificar a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho dos enfermeiros, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi um hospital público acreditado situado em uma cidade da Zona da Mata mineira. Como referencial teórico, utilizou-se de estudos sobre as origens históricas da enfermagem profissional e os conceitos de trabalho, força de trabalho, processo de trabalho e processo de trabalho em enfermagem, resgatados do materialismo histórico e dialético. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com 16 enfermeiros que exercem suas atividades laborais no referido serviço, e as respostas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, emergindo quatro categorias temáticas: A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Assistir; A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Administrar; A influência da acreditação hospitalar nos processos de trabalho Ensinar e Pesquisar; A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Participar Politicamente. Os resultados permitiram identificar a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho do enfermeiro, considerando-se que a certificação baseada em critérios de qualidade impacta o seu cotidiano de trabalho no que tange à assistência, gerência, ensino e participação política. O processo de trabalho pesquisar não aparece de forma direta nas falas dos sujeitos, entretanto se faz presente de modo subliminar, permeando todos os processos.

Palavras-chave: Enfermagem. Prática profissional. Gestão da qualidade. Acreditação hospitalar.

ABSTRACT

Hospital accreditation processes is a method to assessing the quality of healthcare in which nurses actively participate in both implementation and maintenance. The aim of this study was to identify the influence of hospital accreditation in nursing work process through a qualitative approach conducted in a public hospital in the state of Minas Gerais, Brazil. We used the historical and dialectical materialism as the theoretical framework of this study, specifically the historical origins of professional nursing and the concepts of workforce, working processes and work process in nursing. We applied semi-structured interviews to 16 nurses and subjected the data collected to content analysis. It revealed four central themes: the influence of hospital accreditation in working processes “to care”; the influence of hospital accreditation in working process “to manage”; the influence of hospital accreditation in working process “to teach and to research”; the influence of hospital accreditation in working process “political participation”. The results showed that hospital accreditation has influence in nursing working process, considering that the certification based on quality criteria impacts their everyday work life regarding the care, the management, the education and political participation. The working process “to research” does not appear directly in the results though it is present in a subliminal way, permeating all processes.

Keywords: Nursing. Professional practice. Quality Management. Hospital accreditation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNCT	Campanha Nacional Contra Tuberculose
CNQP	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade
CNQS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FAB	Força Aérea Brasileira
IAC	Instituição Acreditadora Credenciada
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
Qualsus	Política de Qualificação da Atenção à Saúde do SUS
POP	Procedimento Operacional Padrão
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
CQH	Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
Reforsus	Reforço à Reorganização do SUS
Reclar	Relatório de Classificação Hospitalar
RT	Responsável Técnica
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SUS	Sistema Único de Saúde
ISQua	<i>The International Society for Quality in Health Care</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	21
2.1.	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1.	HISTÓRIA DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL.....	22
3.2.	PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	32
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
4.1.	TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2.	CENÁRIO DA PESQUISA.....	43
4.3.	SUJEITOS DA PESQUISA.....	45
4.4.	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	47
4.5.	PERCURSO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	51
5.2.	CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
5.2.1.	Influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Assistir.....	54
5.2.2.	Influência da acreditação hospitalar nos processos de trabalho Administrar..	59
5.2.3.	Influência da acreditação hospitalar nos processos de trabalho Ensinar e Pesquisar.....	65
5.2.4.	Influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Participar Politicamente.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	ANEXO.....	80
	APÊNDICES.....	82

1 INTRODUÇÃO

A qualidade é condição essencial nos dias atuais. As organizações dos mais diversos setores, tanto de produção quanto de serviços, estão cada vez mais preocupadas em satisfazer as necessidades da sua clientela (ROCHA; TREVIZAN, 2009). O atual mercado exige que as empresas ofereçam produtos e serviços cada vez melhores, tornando-se a qualidade um requisito indispensável no processo de produção e oferta. A performance do serviço e os seus resultados estão focados nas necessidades e expectativas dos clientes, demonstrando que sua satisfação é de fundamental importância como medida de qualidade (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Essa preocupação com a qualidade vem crescendo nos serviços de saúde, sendo que, nesse contexto, sua busca apresenta-se como consequência de uma maior exigência dos clientes por um atendimento qualificado, ou seja, que atenda às suas necessidades de cuidados, e de uma maior conscientização dos gestores quanto à importância da qualidade para a sustentabilidade das instituições (PERTENCE; MALLEIRO, 2010; MANZO *et al.*, 2012; MASSOCO, 2012; MAZIERO; SPIRI, 2013; MENEZEZ; D'INNOCENZO, 2013).

O engajamento no movimento pela qualidade na saúde iniciou-se através de uma adaptação dos conceitos utilizados na indústria por pensadores norte-americanos. O autor que primeiro se dedicou a pesquisar e publicar sobre qualidade na saúde foi Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos. (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Donabedian desenvolveu um importante quadro conceitual sobre a temática da qualidade e, com base na teoria de sistemas, descreveu a tríade de sustentação de avaliação de qualquer organização hospitalar, com enfoque na qualidade assistencial. É composta de estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito às características estáveis das instituições: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e o modelo organizacional. O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, nas relações estabelecidas entre profissionais e clientes, desde a busca da assistência até o diagnóstico e tratamento, ou seja, relaciona-se com tudo que medeia a relação profissional-cliente. O resultado corresponde às características dos produtos ou serviços, cuja qualidade se traduz nos efeitos na saúde do cliente e da população (DONABEDIAN, 1992; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Segundo este autor, a qualidade não constitui um atributo abstrato e sim é construída pela avaliação da assistência através desta tríade (DONABEDIAN, 1992). A qualidade deve então, ser compreendida como um parâmetro de avaliação, sendo que a tarefa de avaliação dos serviços de saúde é fomentar o desenvolvimento de padrões elevados de qualidade assistencial (PERTENCE; MALEIRO, 2010).

Sendo assim, a definição do conceito de qualidade na saúde volta-se para a consolidação de um alto padrão de assistência. É definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aperfeiçoamento profissional, aliado ao uso eficiente dos recursos, garantia de segurança, satisfação dos usuários e impacto no resultado do processo, melhorando as condições de saúde da população atendida (OMS, 1985).

Outra definição proposta por Donabedian (1988) é que a qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o cliente, sendo que os benefícios se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

A Melhoria Contínua da Qualidade é um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece padrões, através de resultados de estudos e séries históricas na mesma instituição ou em comparação com outras de mesmas características, em busca do defeito zero. Embora essa situação não seja atingível na prática, orienta as ações em direção à gestão da qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Com o intuito de atender às necessidades e expectativas dos clientes e atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações de saúde construam e pratiquem uma política da qualidade atrelada a um contínuo monitoramento, buscando viabilizar produtos e serviços com maior uniformidade, com redução de não conformidades, menores custos, sem o desperdício e retrabalho (MASSOCO, 2012).

Nesse sentido, os hospitais precisam se adequar a essas exigências, objetivando manterem-se economicamente viáveis e atenderem ao que almeja sua clientela. Cabe, então, ao gestor hospitalar escolher o modelo de gestão mais apropriado à realidade da instituição. Entre os muitos modelos gerenciais, a Gestão da Qualidade tem recebido atenção por destacar a qualidade no atendimento, que requer a gestão de processos baseada em informações, análises, controle e aperfeiçoamento (MENEZEZ; D'INNOCENZO, 2013).

Um fenômeno que ocorre na gestão em saúde como forma da busca por serviços de qualidade e com mais eficiência é o movimento da gestão para abranger não apenas os aspectos institucionais de fornecimento dos recursos para o trabalho assistencial e infraestrutura, mas também o domínio dos processos assistenciais (BOHMER, 2012).

No Brasil, a primeira iniciativa no sentido de melhorar a qualidade das instituições hospitalares talvez tenha sido o estudo de Odair Pedroso, em 1935, ao criar uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Esta ficha continha os padrões mínimos de organização de hospitais, como corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente, corpo de enfermagem em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive à noite, laboratório clínico, farmácia, entre outros (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A primeira classificação de hospitais por padrões foi prevista na Lei 1.982/1952, que criou o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar. O Decreto 25.465/1956 propõe padrões para classificação de distintos estabelecimentos de saúde (VIANA, 2011).

Em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários criou critérios para o credenciamento dos serviços hospitalares e estabeleceu o Relatório de Classificação Hospitalar (Reclar) que abrangia planta física, equipamentos, organização e cujo princípio básico era padronizar os critérios de avaliação com a sistematização das informações colhidas pelos auditores (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; VIANA, 2011).

De acordo com o estudo de Feldman, Gatto e Cunha (2005), em 1961, no 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões realizado em São Paulo, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para Centro Cirúrgico, componentes do prontuário médico e algumas normas gerais para o bom funcionamento dos setores de um hospital.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, não só levou a um aumento na oferta de serviços de saúde através de um sistema unificado, como também a um aumento da pressão para ampliação desses serviços. Em 1968, é criada pelo instituto uma tabela de classificação de hospitais (QUINTO NETO, 2004).

A partir da década de 1970, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar, partindo, de início, da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No início dos anos de 1980, após um amplo processo de discussão entre diversos atores da sociedade, uma reformulação no sistema de saúde trouxe uma série de melhorias para o setor, culminando com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). A Constituição define a saúde como direito social universal e estabelece as bases conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) (BRASIL, 1990). Desde então, passou-se a observar a importância da construção de conhecimentos que pudessem contribuir para o enfrentamento dos desafios propostos pelo SUS e o desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população (ONA, 2014b).

O Processo de Acreditação começa, assim, a tornar-se uma realidade possível no início dos anos 90, quando surgem iniciativas como a criação do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar (CQH) e o primeiro seminário nacional sobre acreditação realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Brasília, onde foi apresentado o Manual de Acreditação da OPAS. Ressalta-se que o manual, chamado inicialmente de Manual de Padrões de Acreditação para América Latina, foi elaborado através de convênio entre a OPAS, a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

Este método de avaliação, expressa-se pelo consenso, racionalização, ordenação dos estabelecimentos de saúde e educação permanente dos profissionais, através da realização de um processo de verificação voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (BRASIL, 2006).

Sendo assim, em 1994, o MS estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) que desempenhou importante papel na elaboração das diretrizes do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e na sua disseminação. Este programa estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico prioritário do MS (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Posteriormente, surgiram e se consolidaram iniciativas estatais articuladas com o Ministério da Saúde, culminando, em 1995, com o Programa de Garantia e Aprimoramento da

Qualidade em Saúde (PGAQS) (BRASIL, 2011a). A criação do Programa envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade (CNQP) da qual faziam parte, além do grupo técnico do programa, representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Esta Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do programa (ONA, 2014b).

O grupo técnico iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior como nos Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra e outros, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná). Em 1997, o MS anunciou medidas para desenvolver a acreditação na tentativa de unificar os esforços nacionais. (ONA, 2014b).

Desta forma, iniciou o projeto junto ao Reforço à Reorganização do SUS Reforsus com o Programa de Apoio Financeiro para o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde e o financiado pelo Banco Mundial (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Desde então vêm-se investindo no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação. A elaboração do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é expressão sedimentada do referido programa, que teve sua primeira edição em 1998 e vem se constituindo em um marco orientador para vários programas de incremento da eficiência, eficácia e efetividade dos hospitais brasileiros (BRASIL, 2002). A partir do Manual editado pela OPAS e das experiências estatais, buscou-se estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos (ONA, 2014b).

No período entre 1998 e 1999, o MS realizou o projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”, que se constituiu de um ciclo de palestras envolvendo todas as regiões do país (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

Ficava clara, neste momento, para o grupo executivo do MS a necessidade de desenvolver um plano de ação voltado para o estabelecimento de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde. Foram convidadas entidades que representassem os diversos segmentos da saúde para participar de um trabalho conjunto com vistas à implantação deste sistema. Estas entidades, representando prestadores de serviços de saúde, compradores destes serviços e

instituições da área pública, entenderam, naquele momento, a importância do projeto e, prontamente, iniciaram uma série de reuniões para a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) (ONA, 2014b).

Desde os primeiros passos, observou-se que o SBA deveria ser coordenado por uma organização de direito privado, responsável também pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de acreditação. Em 1999, foi constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se, a partir daí, a implantação das normas técnicas do SBA (ONA, 2014b).

O MS, por meio da Portaria nº 538, de 17/04/2001, considerou como política pública a adoção de medidas que possibilitassem implementar e garantir a qualidade da assistência nos hospitais brasileiros (BRASIL, 2001a). Ainda no mesmo ano, foi certificada a 1ª Organização Prestadora de Serviços Hospitalares através da metodologia do SBA/ONA (ONA, 2014b).

Em 2002, foi publicada a Resolução 921, por meio da qual a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, o MS lança a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do SUS, denominada Qualisus, com o objetivo de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS. Os serviços de urgência e emergência das grandes capitais foram considerados como prioritários no processo de qualificação, com a justificativa de serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população, segundo pesquisa de opinião realizada na época (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

A Anvisa publicou, em 2006, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – n. 93, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação (BRASIL, 2006). E, em 2011, a Anvisa aprova o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde através da RDC 63. O regulamento estabelece requisitos fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente, aplicando-se a todos os serviços de saúde do país, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2011b).

O MS é um parceiro da ONA em todas as fases do processo, desde a habilitação das empresas certificadoras até a avaliação dos hospitais e regulamentaram suas relações por convênio, definindo suas obrigações e direitos (BRASIL, 2002). Em 2013, os padrões do novo manual da ONA são reconhecidos internacionalmente e certificados pela ISQua – *The International Society for Quality in Health Care* (ONA, 2014a).

Nessa perspectiva, o SBA, operacionalizado pela ONA, desenvolve e implanta um processo 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 (ONA, 2014a).

A ONA é um órgão regulador privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como objetivo promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país (ONA, 2014b). A Organização credencia os serviços de saúde, zelando pelo desenvolvimento da melhoria da qualidade de assistência à saúde no âmbito nacional.

Atualmente, fazem parte do SBA a ONA, as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, as Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs) e a sociedade em geral. Enquanto a ONA regulamenta o processo de acreditação no país, as IACs são as responsáveis por realizar a avaliação / visita e indicar a Certificação da qualidade (ONA, 2014b).

A avaliação para acreditação é desempenhada pela equipe de avaliadores das IACs através de visita realizada *in loco* e com abordagem sistêmica, permitindo analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados, não sendo permitida a avaliação de um setor ou processo isoladamente (ONA, 2014a). A comissão avaliadora é composta por médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, entre outros profissionais, compondo uma equipe multidisciplinar que permite a avaliação global (QUINTO NETO, 2004).

O instrumento específico para se avaliar de forma sistêmica a qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde é o Manual Brasileiro de Acreditação, que sedimenta o estabelecimento de padrões a serem atingidos pelas organizações avaliadas. Destaca-se que esse manual é periodicamente revisado e adequado à realidade dos serviços brasileiros (BRASIL, 2006).

O manual é composto por padrões alicerçados no modelo Donabediano, abordado anteriormente (DONABEDIAN, 1992). Os padrões exigidos e verificados são divididos por níveis 1, 2 e 3 com seus princípios norteadores e por padrões, sendo que cada padrão apresenta uma lista de verificação que permite a identificação das necessidades e a concordância com o padrão estabelecido (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

O Nível 1 (estrutura) tem como princípio a Segurança e contempla o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço. Já o Nível 2 (processo) tem como princípio a Gestão Integrada e é onde verifica-se a organização da assistência, conferindo documentações, treinamento dos colaboradores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, além da prática de auditoria interna. Apresentam evidências de planejamento da organização da assistência hospitalar. No Nível 3 (resultados), tem-se como princípio a Excelência em Gestão e consideram-se as práticas de gestão e qualidade, constatando se existem políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (FELDMAN; CUNHA, 2006; ONA, 2014b).

Quando a organização de saúde atende integralmente os requisitos do nível 1, ela é qualificada na condição de “Acreditada”; quando cumpre os requisitos dos níveis 1 e 2, “Acreditada Plena” e quando cumpre os requisitos dos níveis 1, 2 e 3, “Acreditada com Excelência” (ONA, 2014a).

A organização prestadora de serviços de saúde que adere ao processo de acreditação revela responsabilidade com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento da população. O modelo tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão, à medida que, com base nos requisitos e padrões, a organização tem a possibilidade de desenvolver uma política de segurança do paciente, entender os requisitos para a melhoria do desempenho, medir e identificar onde melhorar, identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades de melhoria e promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe (ONA, 2014b).

A avaliação para a acreditação é uma análise crítica que determina se o processo de gestão utilizado pela organização avaliada está em conformidade com os padrões definidos no instrumento de avaliação.

Na expectativa de levar às instituições de saúde um modelo de gestão que atenda às necessidades atuais e direcione as organizações às melhorias de qualidade e à eficácia gerencial, o Governo federal, por intermédio da ONA, vem incentivando as instituições a adotarem a Gestão da Qualidade em Saúde (OLIVEIRA, 2010).

Ao se propor a implantação dessa metodologia, são adotadas iniciativas que culminam em novas exigências, tais como competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização gerencial, inovações estruturais e tecnológicas, além de melhoria permanente e contínua do atendimento (VIANA, 2011).

Deve-se compreender, portanto, a avaliação dos serviços de saúde como um processo dinâmico em que os profissionais desempenham um papel essencial na sua garantia e manutenção. Nesse cenário, os profissionais de saúde, emergem como o cerne da política de qualidade (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

Assim sendo, todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque nos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e desenvolvimento da concepção ética do trabalho (MEZOMO, 2001).

O processo de acreditação hospitalar é influenciado pelo nível de motivação e envolvimento do profissional e, ao mesmo tempo, influencia de forma significativa seu contexto de trabalho. Nessa perspectiva, as mudanças nas organizações exigem dos trabalhadores alterações em suas estruturas de crenças e valores pessoais, podendo levá-los a vivenciar situações de perda de referencial, medo e angústia como respostas psicológicas a situações ameaçadoras (MANZO, *et al.*, 2012).

Nesse sentido, Quinto Neto (2004) afirma que há a necessidade de reflexão sobre o processo de qualidade, a responsabilidade social e as mudanças de hábitos e conceitos embutidos no processo de acreditação hospitalar. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento.

Assim, as instituições têm requerido profissionais com perfil e competências que permitam alto desempenho no trabalho e que colaborem para o alcance dos objetivos organizacionais. A compreensão de que as competências individuais possuem estreita relação com as estratégias e com as competências da organização ganhou destaque nos âmbitos profissional e acadêmico. A relação estabelecida por meio de desenvolvimento mútuo, no qual as pessoas são valorizadas pela organização, à medida que contribuem efetivamente para seu desenvolvimento, assim como aquela é valorizada pelas pessoas porque lhes oferece condições concretas para seu desenvolvimento, vai ao encontro das expectativas das pessoas cada vez mais preocupadas tanto em obter maior satisfação e realização pessoal quanto para obter sua inserção e manutenção no mercado de trabalho (DUTRA, 2008).

O contexto de trabalho da enfermagem é influenciado diretamente quando se adota o processo de acreditação em uma instituição, sendo os profissionais de enfermagem fundamentais para o desenvolvimento da qualidade assistencial e organizacional (MAZIERO; SPIRI, 2013). A excelência no serviço de enfermagem apresenta-se como um importante parâmetro de qualidade, impactando de forma positiva na melhoria contínua da assistência prestada.

O enfermeiro apresenta-se como o profissional apto a participar ativamente na implantação e manutenção do processo de acreditação hospitalar, uma vez que se espera que seja capacitado para realizar atividades administrativas, assistenciais e de práticas educativas continuadas (LIMA, 2008).

Enquanto líder do cuidado prestado ao cliente, o enfermeiro é o profissional que interage diretamente com ele, aproximando-se do seu referencial, buscando compreender seus anseios e expectativas. Por outro lado, está envolvido com as questões administrativas do seu setor, sendo, portanto, engajado tanto na assistência direta ao cliente quanto no gerenciamento do cuidado prestado (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Por conseguinte, o mercado de trabalho solicita que o enfermeiro se aperfeiçoe técnica e cientificamente, aprofundando os estudos sobre as questões gerenciais para a melhor utilização das ferramentas de gestão disponíveis, no que tange às metas da instituição, à sua equipe e aos seus clientes (MENEZES; D'NNOCENZO, 2013).

O programa de acreditação hospitalar influencia na busca de conteúdos, interagindo processos científicos com a prática. O enfermeiro deve cumprir o seu papel com

responsabilidade, dedicação e complementar o conhecimento, buscando a qualidade almejada pela instituição. Salienta-se a importância deste profissional para a instituição acreditada e a responsabilidade deste ao trabalhar na instituição (MAZIERO; SPIRI, 2013).

Como resultado, o movimento em direção à qualidade reflete a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações, uma vez que a valorização, envolvimento dos indivíduos e atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para um processo bem-sucedido de acreditação hospitalar.

Desta forma, o processo contribui para uma mudança progressiva e planejada de hábitos por parte dos profissionais, sendo estes estimulados e valorizados no sentido de oportunizar melhorias nas relações entre as pessoas, com maior envolvimento e comprometimento. Mezomo (2001) ressalta que os profissionais devem estar convencidos da validade da produção de qualidade e ter um claro conhecimento do porquê de suas ações e afirma: “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age” (MEZOMO, 2001, p. 57).

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: qual a influência do programa de acreditação hospitalar no processo de trabalho do enfermeiro?

No itinerário de implantação do processo de gestão da qualidade no hospital cenário dessa pesquisa, como enfermeira incluída nesse contexto desde a primeira auditoria diagnóstica, observei que a adequação às novas regras propostas pela diretoria do hospital em consonância com as atividades propostas pela IAC não eram bem aceitas por alguns enfermeiros, que criticaram a iniciativa. Ao mesmo tempo, percebi que alguns dos envolvidos não detinham o conhecimento sobre a importância da aplicação das orientações e do que se tratava efetivamente o processo de qualidade na saúde. Por se tratar de um hospital público onde a demanda de pacientes muitas vezes ultrapassa a capacidade resolutive do serviço, muitos enfermeiros, que já se sentiam sobrecarregados com suas atividades, se viram com ainda mais atribuições. Houve, então, a preocupação em como adequar seu processo de trabalho a uma metodologia de avaliação centrada em itens de verificação fechados.

Assim, a temática da presente investigação surgiu a partir da prática de enfermeira incluída no processo de acreditação e das experiências quotidianas e vivenciais no contexto hospitalar e tem como objeto a ser investigado a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho do enfermeiro.

Pretende-se com esta pesquisa subsidiar a reflexão dos enfermeiros quanto à importância da manutenção de um programa de melhoria contínua da assistência à saúde buscando fortalecer nesses profissionais a possibilidade de adequação do seu processo de trabalho à excelência no atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho dos enfermeiros.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar os aspectos dificultadores e facilitadores do processo de acreditação hospitalar.

- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da certificação no seu processo de trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta pesquisa, utilizamos como referencial teórico os estudos sobre as origens históricas da enfermagem profissional e sobre seu processo de trabalho, abordando questões a respeito da sua identidade profissional, a fim de traçarmos um panorama que nos auxilie a compreender o processo de trabalho do enfermeiro e as influências da acreditação hospitalar nesse processo.

3.1. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL

A história da enfermagem constitui a base fundamental para o conhecimento da profissão e ajuda a compreender sua perspectiva contextual, além de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de reflexão, conferindo senso de herança profissional e de identidade.

A identidade profissional é um tipo de identidade coletiva, com base em traços ou características comuns a todos que exercem determinada atividade, pela qual algo é reconhecível ou conhecido (OGUISSO; CAMPOS, 2008).

A identidade profissional do enfermeiro emerge definida nas proposições nightingalianas¹ e passa por ajustamentos contínuos com as novas competências e atividades no contexto prático, pois o que importa é o que ele faz no âmbito do seu papel e posição na estrutura dos serviços assistenciais ou em função de novas regras (CARVALHO, 2013).

Almeida e Rocha (1997), importantes pesquisadoras do trabalho de enfermagem, buscam suas características históricas, trazendo algumas singularidades dessa prática, como momentos de uma totalidade mais dinâmica. Essas singularidades contêm o conjunto das determinações da totalidade.

¹ Refere-se a Florence Nightingale, sobre quem falar-se-á mais profundamente a seguir.

De acordo com os estudos de Caponi (2000), a situação que precede a enfermagem profissional embasa-se na lógica da compaixão piedosa, em que a mulher consagrada, a dama de caridade adquire um estatuto quase sagrado. Elas eram reconhecidas como portadoras de dons divinos pelos seus atos, suas esmolas, sua assistência, o que as tornava benfeitoras. Existia também um estatuto social dos pobres de Deus por elas assistidos: eles deveriam estar permanentemente em dívida pelo bem recebido. Seu papel era o da eterna gratidão, sendo incapazes de se situarem numa relação de paridade e de poder participar de relações sociais que exigissem julgamento e discernimento.

O período medieval compreendido entre os séculos V e XIII remonta ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deram à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (TURKIEWICZ, 1995; GEOVANINI, 2010).

Ressalta-se que a enfermagem não aparece como um ofício como o dos cirurgiões, dentistas e boticários, organizados e formados na corporação de artífices na Idade Média, nem como intelectuais universalistas formados e organizados nas universidades medievais, como os físicos e clínicos e sim desenvolvendo ações de cuidado do doente e como parteiras, voluntariamente e sem preparo formal (PIRES, 1989).

Nesse sentido, os estudos a respeito das origens e identidade da profissão apontam para uma imagem de enfermeira religiosa e servidora, que nasce como uma prática coadjuvante à prática médica (KRUSE, 2006) e que cuidava do outro como cumprimento do dever cristão, na linha da submissão e obediência, o que pode ter sido um obstáculo para o reconhecimento de seus direitos, inclusive econômicos, além de não ter suscitado maior preparação profissional (CAMPOS; OGUISSO, 2008).

Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico e sem remuneração, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos. Na transição para o capitalismo (1500 a 1860), não acompanhou o desenvolvimento científico e tecnológico que se deu nos demais campos do conhecimento. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, pode ser explicada por alguns acontecimentos históricos: a Reforma

Protestante, com a decadência da organização cristã dos mosteiros e das instituições caritativas e de transformação do hospital em um espaço terapêutico e de ensino, não mais como espaço caritativo de abrigo aos pobres e mantidos pela Igreja Católica. Essa mudança dos valores cristãos, de vida simples, sem acumulação de riquezas para a valorização do esforço individual para conquistar ascensão social, profissional e material e o desenvolvimento das forças produtivas culminaram com a Revolução Industrial e o Capitalismo como modo de produção hegemônico (PIRES, 1989; TURKIEWICZ, 1995; GEOVANINI, 2010).

Assim, o estado capitalista emergente não assume as políticas sociais como prioridade, e o cuidado aos doentes torna-se algo auxiliar, complementar ao modelo médico biologicista (PIRES, 1989).

No campo da enfermagem, um fato vem propiciar uma revisão na necessidade desse tipo de trabalho, que são as guerras coloniais empreendidas pela Inglaterra contra os povos da Índia e especialmente na guerra da Criméia, onde se constatavam altos índices de mortalidade dos soldados ingleses comparativamente aos russos e franceses. A diferença estava na qualidade do cuidado recebido pelos feridos e na estrutura funcional dos hospitais de guerra e não do tipo de assistência médica (PIRES, 1989, p. 120).

A partir de então, a enfermagem torna-se uma prática requerida, haja vista que a exclusiva assistência médica não supria a necessidade de cuidados dos feridos e doentes e de ordenação dos hospitais nos campos de guerra.

Desta forma, as origens históricas da enfermagem moderna ajudam a explicar o processo de trabalho em enfermagem, que estrutura-se como profissão, sob os preceitos do modo de produção capitalista do Modelo Nightingaliano. A história de Florence Nightingale se funde à história da enfermagem profissional, portanto far-se-á um breve adendo a respeito dessa importante teórica (PIRES, 1989; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Florence Nightingale, proveniente de uma aristocrática família inglesa, era dotada de conhecimentos que não eram comuns às mulheres da sua época e interessava-se pelos cuidados aos enfermos. Aos 31 anos, estagiou em uma pequena instituição hospitalar voltada para o atendimento de doente e formação de enfermeiras, onde permaneceu por um ano. Em seguida, viajou pela Europa, visitando hospitais, e publicou estudos que em comparava as instituições dos países europeus por onde passou (KRUSE, 2006).

Em 1854, foi deflagrada a Guerra da Crimeia e Florence, então, colocou-se à disposição do Ministro da Guerra para assumir os cuidados dos feridos da guerra acompanhada de mais 38 voluntárias. Em Scutari, onde se encontrava um hospital com mais de 4 mil feridos, começou a colocar em prática o que considerava “boa enfermagem”, preocupando-se com a alimentação e higiene dos pacientes, a limpeza, ventilação, separação entre os doentes e feridos, com a divisão do trabalho, com o controle de custos, enfim, com a implantação da ordem no hospital (KRUSE, 2006, p. 405).

Nas suas visitas aos doentes, fazia observações, tomava medidas, quantificava, comparava e fazia anotações sistemáticas, sínteses e conclusões, combinadas com recomendações para ação (OGUISSO; CAMPOS; FREITAS, 2011). Como resultado, registrou uma queda importante na mortalidade dos soldados feridos na guerra.

O princípio fundamental do legado de Florence para a prática da profissão foi sua preocupação com o ambiente. Os ideais referentes a esse princípio foram fundamentados na Teoria Ambientalista e foram considerados primordiais para o sucesso do trabalho de Florence e suas aprendizes, sendo verificados na eficaz redução das mortes por infecção e na recuperação de pacientes (HADDAD; SANTOS, 2011).

Seu modelo pode ser considerado a primeira forma de gestão da qualidade na assistência, uma vez que foram desenvolvidos métodos de coleta de dados, registros, arquivamento, além de medidas higiênicas, visando a melhorias no cuidado dos feridos da Guerra (VIANA, 2011). Introduziu uma concepção não somente de intervenção direta ao paciente, mas também ampliou as funções, agregando o controle do ambiente de trabalho por meio de observação e supervisão dos agentes de enfermagem.

Diante da necessidade social de organizar os hospitais militares para o cuidado do corpo do soldado na Guerra da Crimeia, a enfermagem aí se institucionaliza. E, ao responder a essa necessidade de cura, ela se transforma, utilizando como instrumento de trabalho, principalmente, as técnicas disciplinares para organizar tanto os agentes de enfermagem quanto o espaço ocupado pelo doente. A enfermagem constitui-se como trabalho institucional, tendo a sua frente a pessoa de Nightingale, que descreve seus métodos em livros, sendo o mais conhecido “*Notes on Nursing: what it is and what it is not*”, publicado em 1959 (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A enfermagem profissional consagrou-se com a Escola Nightingale de Treinamento para as Enfermeiras, anexa ao Hospital Saint Thomas de Londres, em 1860, após a Guerra (a paz foi assinada em 1956) (CARVALHO, 2013). Nessa escola, fundamentavam-se as alunas para o exercício do cuidado aos enfermos e necessitados, para a manutenção administrativa do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem. As *nurses*, alunas originárias das classes mais pobres, eram formadas para o trabalho do tipo manual e as *lady-nurses*, originárias das camadas mais privilegiadas, para o trabalho intelectual (PIRES, 1989).

Florence provocou uma revolução no conceito de enfermagem da época, vindo a formar o que hoje denominamos de Enfermagem Moderna. A administração de hospitais, a formação da enfermeira e a educação em serviço foram preocupação primordial de todo o seu empreendimento (HADDAD; SANTOS, 2011).

A enfermagem foi então estruturada em três diferentes direções: organizar o cuidado do paciente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros e, por fim, organizar os agentes de enfermagem por meio de treinamento.

Seu grande mérito foi dar voz àqueles que prestavam cuidados de enfermagem e que, provavelmente, não percebiam a importância dos seus atos. Ao institucionalizar a enfermagem como profissão, ela produziu um significado no silêncio que havia na prática de enfermagem (KRUSE, 2006).

Com Florence, a enfermagem adquiriu forma e materialidade (objeto formal e material) consistentes com um sistema de princípios básicos aos atos profissionais, com coerente modelo de ensino e regras pedagógicas, preceitos éticos e um estilo peculiar de cuidar. Consolidou-se, então, essa nova concepção como Sistema Nightingale, que, conjugado no sistema de princípios, modelo de ensino e arte de cuidar, justifica a enfermagem como profissão de prática científica (CARVALHO, 2013).

A enfermagem nightingaliana se difunde por todo o mundo ocidental, influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão organizada sob controle e princípios próprios, utilizando-se do conhecimento das demais áreas da ciência e produzindo saber no campo da saúde (PIRES, 1989).

O início da enfermagem no Brasil foi marcado pela influência anglo-americana, uma vez que o tradicional modelo inglês foi trazido para o Brasil por enfermeiras americanas. O período do início do século XX, no Brasil, caracterizou-se por um processo de urbanização

das cidades e pelo incremento das correntes migratórias, o que levou a uma crescente complexidade na estrutura socioeconômica no país, com um importante aumento populacional, por conseguinte houve o incremento das doenças transmissíveis, como cólera, varíola, tuberculose, entre outras. A crise política, econômica e social afetou a saúde e a vida da população brasileira, levando o governo a preocupar-se com a elaboração de uma política sanitária, necessitando-se da implantação de um modelo centralizado que transformasse a saúde em uma questão nacional (KRUSE, 2006; HADDAD, 2011; CARVALHO, 2013).

Esse modelo teve forte influência da estrutura norte-americana de atenção à saúde, através da Fundação Rockefeller, que era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com uma organização de cunho paramilitar, que tinha como um de seus fundamentos a propagação de seu modelo sanitário. Essa Fundação foi trazida ao Brasil com o objetivo de promover as inovações necessárias à efetivação da reforma sanitária, liderada pelo sanitarista Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (KRUSE, 2006; HADDAD, 2011).

A Fundação Rockefeller teve papel decisivo na implantação da enfermagem moderna no Brasil. A concepção do Sistema Nightingaliano de Enfermagem Moderna chegou no bojo da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada pela Enfermeira norte-americana Sra. Ethel Parsons (CARVALHO, 2013).

Como decorrência da reforma sanitária, criou-se, em 1923, a primeira escola de enfermagem organizada e dirigida por enfermeiras, chamada de Escola de Enfermeiras do DNSP, sendo, posteriormente, denominada Escola de Enfermagem Anna Nery (KRUSE, 2006).

O modelo implantado na escola conservava os princípios preconizados por Florence, como a divisão e hierarquização no trabalho de enfermagem, bem como os aspectos morais e comportamentais, avaliando-se nas candidatas (somente eram admitidas mulheres) ao curso de enfermagem não só a competência intelectual, como também questões como religiosidade, vocação, cultura, traços de caráter e origem social (LUCENA, 2010).

A escola teve, desde o início, grande prestígio. Muitas candidatas se interessavam, de modo que, no final do ano de 1926, tinham sido formadas 35 enfermeiras. O mercado de trabalho era amplo, com muitas solicitações às enfermeiras diplomadas vindas dos

departamentos de saúde pública, de hospitais governamentais e particulares para chefiarem os serviços de enfermagem ou organizarem escolas e de médicos e famílias para cuidado de doentes particulares (PIRES, 1989).

Sobre a estruturação da enfermagem moderna no Brasil Pires (1989) conclui:

As enfermeiras americanas que vieram para o Brasil dirigiam a formação da nova profissão às mulheres brasileiras originárias das camadas sociais mais privilegiadas para formar um grupo de elite articulado ideologicamente com os interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao Estado, com o objetivo de: ser o elemento de ligação entre o atendimento médico institucional e o domicílio dos pacientes acometidos pela tuberculose e demais doenças endêmicas e epidêmicas do Brasil do início do século; de ser o elemento administrador da assistência de enfermagem e prestar os cuidados aos doentes e de formar pessoal auxiliar e novos enfermeiros para atuar na profissão (PIRES, 1989, p. 137).

Quanto à regulamentação da profissão, a primeira legislação que se voltou para o exercício da enfermagem no Brasil foi o Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931. A justificativa do decreto retratou o poder das enfermeiras norte-americanas que fundaram a Escola Anna Nery, pois colocava essa escola como padrão a ser seguido pelas demais instituições de ensino no país (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Ressalta-se que a enfermagem, reconhecida como profissão organizada, sempre exerceu suas atividades dividindo as tarefas com outros trabalhadores de enfermagem aos quais coube o trabalho manual, realizado sob a supervisão do enfermeiro. As enfermeiras diplomadas na Escola Anna Neri formavam o pessoal auxiliar para executar os cuidados e tarefas delegadas, que era empregado pelos donos dos hospitais, atendendo às suas necessidades de menores gastos com a remuneração do trabalho. Assim, as enfermeiras diplomadas ocupavam-se da administração do hospital, legitimando-se o saber administrativo (PIRES, 1989).

Muitas dessas características ajudam a explicar a lógica da fragmentação do trabalho de enfermagem encontrada na prática institucional em saúde no Brasil. Nos serviços de saúde, no âmbito do trabalho de enfermagem, a enfermeira apropria-se do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual na equipe. Dona de um saber que, inicialmente, é sobre as técnicas profissionais e, mais tarde, com a institucionalização do ensino, reveste-se de uma complexidade que envolve o saber administrar, supervisionar e

ensinar, isto garante às enfermeiras uma posição privilegiada na divisão social do trabalho da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Até meados do século XX, a formação em enfermagem estava restrita aos grandes centros, o que acarretava déficit de profissionais. Na década de 1940, entrava em declínio o primeiro modelo de enfermagem de saúde pública implantado pelas enfermeiras norte-americanas, já que o número de enfermeiras diplomadas era insuficiente para assumir a franca expansão dos hospitais e continuar participando da saúde pública e da docência (BARREIRA, 2005).

A respeito da regulamentação, a Lei nº 775/ 49 foi criada para formalizar o curso de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem, e foi firmada a duração do curso de enfermagem em 36 meses e a do de auxiliar de enfermagem em 18 meses (KLETEMBERG *et al*, 2010).

Barreira (2005) descreve que, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, intensificou-se o preparo de profissionais e voluntárias. Os militares que assumiram a convocação e a seleção para o Quadro da Reserva buscavam tanto enfermeiras profissionais quanto voluntárias, já que muitas das primeiras já estavam inseridas no mercado de trabalho. Algumas enfermeiras diplomadas compuseram o grupo da Força Aérea Brasileira (FAB) como oficiais, o que repercutiu de forma positiva na participação da enfermagem brasileira na Guerra, aumentando substancialmente o número de candidatas nas escolas.

A mobilização de enfermeiras pode ser considerada um marco institucional na trajetória da consolidação da enfermagem enquanto carreira profissional enquadrada pelo Estado e, igualmente, como parte de um processo mais amplo de emancipação das mulheres de classe média (BARREIRA, 2005, p. 483).

Em 1950, havia 39 escolas de enfermagem no país (KLETEMBERG *et al.*, 2010). Nessa mesma época, a Campanha Nacional Contra Tuberculose (CNCT) absorveu um expressivo quantitativo de enfermeiras diplomadas, pois as verbas destinadas aos hospitais da campanha eram elevadas e a remuneração compensadora. A campanha foi um fator importante no incremento do número dessas profissionais, devido ao apoio prestado às escolas de enfermagem, facilitando o recrutamento de candidatas, concessão de bolsas e contratação das recém-formadas. Assim como os hospitais da CNCT, os hospitais psiquiátricos também começaram a absorver esta força de trabalho (BARREIRA, 2005).

No final da década de 1950, a enfermagem brasileira, na luta por afirmar-se com o mundo do trabalho, promove o “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem”, realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem, financiado pela Fundação Rockefeller (BARREIRA, 2005).

A Lei n. 2.604/55 estabeleceu as categorias que desenvolveriam atividades no âmbito da enfermagem: enfermeiros, parteiras, auxiliares e atendentes. Essa lei regulamentou o exercício profissional da enfermagem até 1986, quando foi sancionada a Lei 7.498/86 (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

A carreira de nível superior, anseio da categoria desde a implantação do ensino de enfermagem no Brasil, foi consolidada somente em 1961, com o ingresso efetivo na universidade, tendo sido a qualificação docente imposta pela reforma universitária no início da década de 1970, o que provocou na academia o desenvolvimento de metodologias pedagógicas e validação em hospitais-escola (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Na década de 1970, o Brasil enfrentava o momento político da ditadura militar, com a estruturação da atenção à saúde restrita àqueles trabalhadores com carteira assinada ou aos que podiam pagar pelos serviços, estando as ações de saúde pública separadas das ações curativas individuais. Nesse contexto, permeada pelo fortalecimento do modelo biomédico curativo, a enfermagem concentrou-se no âmbito dos serviços privados e hospitalares, prestados aos trabalhadores urbanos, modelo este de alto custo operacional. No final da mesma década, ocorre um aumento das vagas para formação universitária devido ao plano político-econômico de aumento da oferta de atenção à saúde como forma de responder às demandas reprimidas e diminuir as tensões sociais, aumentando as possibilidades de postos de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2009).

Nesta época, uma crise no mundo capitalista se instala, com aumento do desemprego e deterioração das condições de vida da maioria da população, promovendo o enfraquecimento do poder político. Este contexto, permeado pela baixa cobertura assistencial do setor público, fortalece o movimento pela redemocratização do país e consolida o movimento da reforma sanitária, culminando com a criação do SUS em 1990. O Sistema torna indissociáveis as ações preventivas, curativas, promocionais e reabilitadoras, imprimindo novas possibilidades e novas exigências aos trabalhadores dos serviços de saúde, ou seja, buscam-se novos perfis profissionais (PEREIRA *et al.*, 2009).

A partir de então, inicia-se um período de fortalecimento da rede pública ambulatorial e criação das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com expansão de postos de trabalho para os enfermeiros nas Secretarias Municipais de Saúde e na atenção básica, caracterizada por ações individuais e coletivas, com articulação de uma prática de gestão participativa e democrática, considerando o contexto onde as populações vivem e com enfoque no trabalho em equipe (PEREIRA *et al.*, 2009).

Nesse ínterim, a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, estipula que a profissão passaria a ser exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico e auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitando-se os respectivos graus de habilitação. Extingue-se, então, a ocupação “atendente de enfermagem”, estabelecendo um prazo para sua qualificação. No ano seguinte, o Decreto-lei n. 94.406/87 regulamentou a referida lei (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Desde então, a profissão apresenta-se sob esta configuração. Seu processo de trabalho é compartilhado pelos profissionais que integram a equipe de enfermagem, cada qual com suas funções e limites definidos pela legislação, sendo incumbido privativamente ao enfermeiro:

- a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Pereira *et al* (2009) afirmam que a conjuntura do processo histórico da enfermagem traz tensionamentos entre o que se faz hegemonicamente (institucionalizado nos hospitais) e a mudança pretendida nos modos de trabalhar.

Um grande desafio, portanto, é romper com as dicotomias construídas social e historicamente: curativo e preventivo, hospital e saúde pública, cuidar e gerenciar, ensinar e fazer, pesquisar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática [...]. Nesta perspectiva, pressupõe-se contar com trabalhadores com uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, possibilitando, desta forma, desenvolver uma prática mais integral e integrada (PEREIRA *et al*, 2009, p. 776).

A constituição histórica da enfermagem permitiu à profissão configurar um saber fazer assistencial, de coordenação da assistência, de ensino e de pesquisa, articulando teoria e prática e tendo como objeto do seu trabalho o cuidado.

Com base na sua história, permite-se compreender a enfermagem, além de uma profissão técnica/científica, como uma prática social que se situa como trabalho, portanto como parte do conjunto de suas influências e movimento, de forma articulada com as transformações no âmbito da saúde (MANDÚ *et al.*, 2011).

3.2. PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Os conceitos de trabalho, força de trabalho, processo de trabalho e processo de trabalho em enfermagem são centrais no âmbito desta pesquisa. Esses conceitos foram resgatados do materialismo histórico e dialético de Marx (2002) e utilizados por autores como: Pires (1989, 2009), Almeida e Rocha (1997), Konder (2004), Sanna (2007), Mandú *et al* (2011) Oguisso, Campos e Freitas (2011), entre outros.

Konder (2004), corroborando com as ideias de Marx, afirma que:

O trabalho é a mola que impulsiona o desenvolvimento humano; é no trabalho que o homem se produz a si mesmo; o trabalho é o núcleo a partir do qual podem ser compreendidas as formas complicadas da atividade criadora do sujeito humano. No trabalho se acha tanto a resistência do objeto [...] como o poder do sujeito, a capacidade que o sujeito tem de encaminhar, com habilidade e persistência, uma superação dessa resistência (KONDER, 2004, p 18).

Entretanto, na história do trabalho, seu significado, como atividade humana implicava a necessidade de esforço com dispêndio de energia física e inteligência, causando cansaço, fadiga ou pena, exigindo persistência e podendo representar até mesmo uma punição. Sejam quais forem os valores atribuídos ao trabalho (degradante ou enobrecedor), ele sempre ocupou lugar central em volta do qual as pessoas organizam suas vidas (OGUISSO; CAMPOS; FREITAS, 2011). Historicamente, tem significado a convivência coletiva entre as pessoas e vem assumindo um fator de centralidade na vida em sociedade.

O trabalho é algo que o ser humano (força de trabalho) faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o

próprio ser humano. Assim, o trabalho é marcado pela intencionalidade e pela socialidade e sempre é uma ação transformadora (PEREIRA *et al.*, 2009).

O conceito de força de trabalho refere-se ao trabalhador numa relação produtiva, promovendo transformação, não sendo este trabalhador visto como mais um insumo, mas como um “agente que detém potência para operar a transformação pretendida” (PEREIRA *et al.*, 2009, p. 772).

Pires (2009) refere-se ao trabalho profissional, como trabalhos especializados e reconhecidos socialmente como necessários para a realização de determinadas atividades. Considera algumas características relevantes na definição de profissão, como qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, os quais dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização.

Segundo a autora, profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional, fixadas em lei e organizam-se em entidades do tipo associativo com vistas a garantir o respeito às regras estabelecidas, buscam o aprimoramento profissional e desenvolvem medidas de defesa do grupo. Pires (2009) considera também o controle sobre o processo de produção e a autonomia profissional, destacando a influência do trabalho coletivo da produção capitalista, nas práticas profissionais institucionalizadas.

A formulação do entendimento do trabalho como processo é decorrente da teoria marxista, que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico em que ambos sofrem alterações (SANNA, 2007).

Marx (2002) define processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do homem que, para fazê-lo, emprega instrumentos e que essa transformação está subordinada a um determinado fim.

Portanto, Marx (2002) elucida os três elementos que compõem o processo de trabalho: a finalidade, que é atividade adequada a um fim, é a razão pela qual o trabalho é feito; o objeto, que representa o que vai ser transformado, que é a matéria-prima a que se aplica o trabalho, ou seja, algo que provém diretamente da natureza que sofreu ou não modificação decorrente de outros processos de trabalho e que contém a potencialidade do produto ou

serviço resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho; e o instrumento ou meio do trabalho, que é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto, é que o ser humano emprega para alterar a natureza, que podem ser tanto artefatos físicos como elementos não tangíveis, como conhecimentos, habilidade e atitudes voltados a uma necessidade específica.

Sanna (2007), em ensaio que discorre didaticamente sobre a constituição do processo de trabalho em enfermagem, destaca três componentes do processo definido por Marx (2002): agentes, métodos e produtos. Os agentes são os seres humanos que transformam a natureza. São aqueles que, tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções, são capazes de alterá-lo, produzindo um artefato ou serviço. Os métodos são ações organizadas para atender à finalidade, executada pelos agentes sobre os objetos, empregando instrumentos, de forma a produzir o bem ou serviço que se deseja. Não se trata apenas da execução de movimentos padronizados, mas sim de uma ação inteligente, planejada e controlada, voltada para um objeto específico, que deverá produzir um resultado previamente imaginado pelo agente. E os produtos, que podem ser bem tangíveis, ou seja, artefatos, elementos materiais ou serviços, que não têm concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam (SANNA, 2007).

A respeito das considerações de Pires (2009) sobre trabalho profissional, a enfermagem, enquanto profissão da saúde, domina um campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar das pessoas. O processo de trabalho em enfermagem é, então, composto de uma série de processos de trabalho que podem ou não ser executados concomitantemente. São eles: o processo de trabalho Assistir, o Administrar / Gerenciar, o Ensinar, o Pesquisar e o processo de trabalho Participar Politicamente (SANNA, 2007).

Nesse sentido, o enfermeiro tem assumido importante papel nas instituições hospitalares por tomar medidas que integrem as áreas administrativas, assistenciais, de ensino/pesquisa e de participação política. As exigências quanto à sua atuação incluem a interação com todo o ambiente organizacional, permitindo sua maior contribuição na qualidade institucional.

O processo de trabalho Assistir refere-se ao cuidado direto de indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades, abrangendo todo o seu ciclo vital, da concepção

à morte, entendendo-se o cuidado de enfermagem como seu objeto de intervenção central (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Os instrumentos desse processo são os conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, além das condições materiais necessárias para o cuidado se efetivar. Os métodos do processo de trabalho assistir em enfermagem são a sistematização da assistência e os procedimentos e técnicas de enfermagem. Seu produto são pessoas saudáveis ou a morte com dignidade, observando-se um conceito ampliado de saúde, não somente como ausência de doença, mas como desenvolvimento de potencialidades do ser humano em harmonia com o meio ambiente, segundo as diversas fases do seu ciclo vital (PIRES, 2009; SANNA, 2007). Seus agentes são o enfermeiro, o técnico, o auxiliar de enfermagem e a parteira, inscritos no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região de exercício profissional (BRASIL, 1986).

O cuidado de enfermagem é abordado e executado, segundo o entendimento de Hausmann e Peduzzi (2009), com foco nos procedimentos e raciocínio clínico e também quanto à comunicação e interação com os clientes, de forma contextualizada a cada momento e situação de cuidado.

O processo de trabalho Administrar em Enfermagem tem como objeto a coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional (PIRES, 2009). Tem por finalidade a coordenação do processo de trabalho assistir, sendo os métodos empregados o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria. Seu agente é o enfermeiro, que é o profissional responsável por distribuir e controlar o trabalho da equipe de enfermagem. Seu produto são condições para que o cuidado possa se efetivar com eficiência e eficácia (SANNA, 2007).

A administração dos serviços de saúde, desde a institucionalização da enfermagem, sempre esteve ligada ao enfermeiro e, assim, no decorrer da história, o gerenciamento dos serviços de enfermagem foi incorporado à sua prática, inclusive legalmente (ROLTHBATH; WOLFF; PERES, 2009).

A administração clássica por meio das Teorias Administrativas ou Teorias Gerais da Administração expressa finalidades e métodos, permitindo a estruturação das organizações e o

planejamento das ações para o alcance dos objetivos organizacionais. Propostas nesta direção foram minuciosamente elaboradas e defendidas por Taylor, Fayol e Weber através da Teoria da Administração Científica, da Teoria Clássica e da Teoria Burocrática respectivamente (CHIAVENATO, 2011).

Taylor, por meio de estudos voltados à racionalização dos tempos e dos movimentos, sistematizou a divisão do trabalho, a descentralização de hierarquias e a superespecialização do trabalhador, segundo a qual cada trabalhador executava sempre as mesmas tarefas. Aperfeiçoou o modo de produção, pela revisão equitativa das tarefas, da responsabilidade dos operários e diretores e a remuneração de acordo com a produção, constituindo a Teoria da Administração Científica (KLASSMANN *et al.*, 2009; CHIAVENATO, 2011).

A Teoria Clássica de Fayol complementou o trabalho de Taylor, buscando a eficiência das organizações mediante o trabalho conjunto entre as empresas e os trabalhadores, sendo que as funções administrativas deveriam ser distribuídas proporcionalmente entre todos os níveis da hierarquia. Fayol estabeleceu a clássica visão das funções do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (MATOS; PIRES, 2006; KLASSMANN *et al.*, 2009; CHIAVENATO, 2011).

A Teoria Burocrática de Weber volta-se para a racionalidade e eficiência, ditando a sistematização da divisão de trabalho embasada em normas, rotinas e procedimentos. Enfatiza a hierarquia e autoridade bem definidas, permitindo a identificação dos chefes e subordinados, além de impessoalidade nas relações (MATOS; PIRES, 2006).

Chiavenato (2011) aponta que as instituições que compõem a sociedade moderna não vivem ao acaso, elas necessitam ser administradas e assim são chamadas organizações. Estas são constituídas de recursos humanos, tecnológicos, mercadológicos, entre outros, sendo que toda a produção de bens e de serviços (atividades especializadas) é realizada dentro delas. Essas organizações são extremamente heterogêneas e diversificadas, com tamanhos, estruturas e objetivos diferentes.

Historicamente, as enfermeiras são influenciadas fortemente pela administração clássica no gerenciamento do seu trabalho, tendo em vista a estruturação e organização do serviço de enfermagem nos hospitais. Algumas características desse estilo de gerência como: a fragmentação das atividades, a impessoalidade nas relações, a centralização do poder e a

rígida hierarquia ainda são marcantes no cotidiano do trabalho da enfermagem e demonstram, por vezes, uma conduta gerencial autoritária (FERNANDES *et al.*, 2003).

De acordo com Fernandes *et al* (2003), as mudanças nos processos de trabalho, problemas financeiros, entre outros, são fatores que estão exigindo das empresas públicas e privadas a busca de formas de adaptação às mudanças e instabilidades dos tempos atuais. Frente a essas mudanças, algumas instituições hospitalares estão procurando novas formas de gestão, a fim de alcançarem resultados capazes de melhorar o bem-estar dos indivíduos e da comunidade, humanizar a assistência, otimizar recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados.

Quanto às organizações atuais, Chiavenato (2011) afirma que esta reestruturação administrativa leva à redução dos níveis hierárquicos e descentralização, autocontrole e autodireção do desempenho pelas próprias pessoas, cargos mutáveis e constantemente redefinidos, tarefas cada vez mais complexas e diferenciadas, não mais individualizadas, mas desempenhadas em equipes multifuncionais, autogeridas e empoderadas, interação constante para a busca da eficácia, órgãos flexíveis e mutáveis cada vez mais substituídos por equipes, enfim, um modelo dinâmico e inovador na busca de flexibilidade e adaptação ao mundo exterior.

Neste sentido, acredita-se que repensar a inserção da enfermagem neste novo modelo de gestão é condição necessária, com o intuito de rever novos papéis e campos de atuação. No cenário da gerência, organiza-se o processo de trabalho e suas estratégias, com intuito de buscar novas alternativas de compreensão frente às demandas atuais. Demandas estas cada vez maiores e com necessidades diversificadas e complexas na área da assistência à saúde (LIMA, 2008).

No que tange ao processo Administrar, segundo Quinto Neto (2004), o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, participa dos programas de gestão da qualidade, especialmente no processo de acreditação hospitalar, nos diversos níveis hierárquicos, a saber: no decisório, determinando as diretrizes e condições, para que o serviço de enfermagem alcance os padrões, seguindo os critérios de avaliação do SBA; no estratégico, pensando na melhor forma de sensibilizar para a importância do processo, preparando a equipe de enfermagem para atingir a meta institucional; no operacional: realizando a supervisão

contínua e sistematizada da equipe de enfermagem, conforme as estratégias definidas; e fazendo parte da equipe de autoavaliação das unidades na fase pré-acreditação hospitalar.

Além de participar como membro integrante nos diversos níveis da organização de saúde, ela pode atuar também como consultora, nas discussões da metodologia e dos critérios de avaliação e também como membro da equipe de avaliação externa para a certificação das organizações prestadoras de serviços de saúde, juntamente com um médico e um administrador (LABBADIA *et al.*, 2004).

A organização/reorganização dos processos de trabalho e a documentação da assistência prestada, associadas à mensuração dos resultados obtidos, são indicativos de prestação da assistência e gestão eficazes. A importância do compromisso e responsabilidade da equipe, da competência técnico-científica e do resgate do trabalho da enfermagem expresso nas anotações acerca da assistência prestada aos pacientes internados em instituições hospitalares são aspectos que devem ser considerados na seleção da melhor estratégia para a implantação de processos de melhoria (QUINTO NETO, 2004).

No tocante ao processo de trabalho Ensinar, estão presentes as ações educativas voltadas para os trabalhadores de enfermagem no quesito educação permanente e para a formação de futuros profissionais, tendo, portanto, como agentes, os enfermeiros, os professores de enfermagem e os aprendizes, sendo esses últimos subdivididos entre profissionais de enfermagem e alunos. Para se efetivar o processo ensinar, exercitam-se as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar profissionais. Seu produto são enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres e doutores (SANNA, 2007; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O processo de trabalho Pesquisar tem como produtos os novos conhecimentos que subsidiam o processo de cuidar em enfermagem e novas dúvidas, que mantêm sempre em funcionamento o processo de trabalho pesquisar em enfermagem. Seu objeto é o conhecimento disponível em enfermagem e as lacunas existentes e tem como finalidade a descoberta de novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem. Para tanto, o enfermeiro, que é seu único agente por ter formação em Metodologia de Pesquisa Científica, emprega o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos (SANNA, 2007).

Nesse sentido, os enfermeiros dominam as disciplinas de enfermagem que fundamentam suas atividades e controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho. Destaca-se, nesse sentido, a formação de mestres e doutores em enfermagem, fortalecendo a profissão quanto à disciplina científica, embora o domínio de campo específico e próprio de saberes ainda seja um ponto de fragilidade da enfermagem profissional (PIRES, 2009).

Sanna (2007) aborda, ainda, um quinto processo que se soma e interage aos quatro primeiros, o Participar Politicamente. Embora pouco descrito na literatura, apresenta-se como um processo bastante importante no contexto de trabalho do enfermeiro na atualidade, permeando os demais processos. Os produtos desse processo são o poder político, o reconhecimento social e condições favoráveis para operar os demais processos de trabalho em enfermagem.

Participar politicamente não significa necessariamente a filiação a um órgão de classe, partido político ou a outras organizações que se dedicam à defesa de direitos civis, e sim posicionar-se no ambiente de trabalho e/ou nas cadeiras acadêmicas, organizando-se para discutir e conquistar melhores condições de operar os seus processos de trabalho. Embora não seja o único meio de transformar a realidade, quando o profissional decide se filiar a uma entidade de classe ou quando se envolve em suas atividades, conquista condições de transformar a realidade, constituindo força de trabalho e representatividade social (SANNA, 2007).

[...] a negociação e o conflito que são empregados para transformar o objeto necessitam ser ancorados em valores professados pelas categorias profissionais e pactuados nos micro e macro ambientes políticos, sem o quê não podem operar. Isso não quer dizer que a ação política é sempre consensual, mas que é decorrente da vontade da maioria, diretamente consultada e legitimamente representada, que é a melhor forma de convivência com as disputas construída pela Humanidade até o momento. Seu nome é Democracia (SANNA, 2007, p 224).

Pires (2009) acrescenta que:

Como profissão, é fundamental ter entidades fortes que a representem no âmbito da sociedade e que formulem regras e parâmetros legais e éticos para o exercício profissional. Como um campo do trabalho em saúde precisa construir e defender um modelo de organização do trabalho que considere o direito à saúde para o conjunto da população e o provimento de ações tecnicamente competentes e protetoras dos direitos dos usuários, assim como possibilite a seus exercentes a expressão da subjetividade e do prazer criativo no trabalho (PIRES, 2009, p 744).

Os processos de trabalho descritos não são estanques, ou seja, um se relaciona com o outro e ocorrem, por vezes, simultaneamente. Embora alguns agentes se envolvam mais com um ou outro processo, todos deles se beneficiam, principalmente se a coexistência entre eles puder somar efetividade, eficiência e eficácia (SANNA, 2007).

Mediante o movimento dos enfermeiros em resgatar o que deve ser o objeto central do seu processo de trabalho e a preocupação das instituições em atender as expectativas dos clientes, sejam estimuladas por programas de qualidade ou como forma de sobreviver ao mercado, o foco no cliente, alinhado aos objetivos organizacionais, tem recebido maior importância na atuação do enfermeiro, sendo que suas ações devem ser direcionadas à melhoria contínua da assistência (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

A operacionalização dos processos de trabalho do enfermeiro no cotidiano da profissão e os significados de qualidade assistencial na *praxis* em função da intencionalidade subjetiva do enfermeiro são fundamentais no sentido de construção ou reconstrução das bases fundamentais da prática assistencial e na redefinição da identidade profissional do enfermeiro (CARVALHO, 2013).

A categoria trabalho, em especial em sua dimensão processual, precisa abranger as questões de interação, aspectos microssociais e a relação objetividade-subjetividade presente no cotidiano das relações de trabalho (CARVALHO *et al.*, 2012).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui, simultaneamente, a teoria de abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2010).

4.1. TIPO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos propostos por esta pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa. A escolha da pesquisa qualitativa se deve ao fato de permitir uma aproximação com a realidade, pois trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada por seus semelhantes (MINAYO, 2010).

De acordo com Minayo (2010), o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa se dá em três etapas: 1) Fase exploratória; 2) Trabalho de campo; 3) Análise e tratamento do material empírico e documental. A fase exploratória consiste na produção do projeto de pesquisa e todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo. O trabalho de campo consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. Combina instrumentos de observação, entrevistas ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisadores, levantamento de material documental e outros. A análise e o tratamento do material empírico e documental dizem respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto.

A utilização da abordagem qualitativa permite apreender e interpretar aspectos profundos da realidade, descrevendo a complexidade do comportamento e das relações

humanas na sociedade, além de fornecer análise detalhada sobre percepções, atitudes e tendências de comportamento das pessoas (MARCONI; LAKATOS, 2009).

São capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

As pesquisas qualitativas, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando espaço na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que, até então, passavam despercebidas e, em alguns contextos, negligenciada pelos métodos quantitativos. Nesse caso, a pesquisa qualitativa é importante para: (a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos; (b) compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2010).

O paradigma positivista, outrora hegemônico no campo da avaliação de serviços de saúde, “passa a ser questionado por diversos pensadores, que apontam a subjetividade inerente a qualquer avaliação. A pretensa objetividade passa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador” (DESLANDES, 1997, p. 104).

A análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é muito mais. É a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aponta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador (TRIVIÑOS, 2008).

Julga-se, então, adequada a escolha pelo método qualitativo, já que pressupõe uma relação do sujeito com o seu contexto, ocasionando uma proximidade entre a objetividade e a subjetividade que fazem parte deste indivíduo.

4.2. CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em um Hospital Geral Público de médio porte situado em uma cidade da Zona da Mata Mineira que possui população estimada de 516.247 habitantes (BRASIL, 2010). Sua construção iniciou-se em 1948 como um sanatório para absorver a demanda de pacientes portadores de tuberculose, com a capacidade operacional, na época, de 360 leitos. Era um hospital de campanha, pois o objetivo dos então gestores da saúde era de erradicar a tuberculose em um prazo de dez anos. Em 1977, o MS redefiniu o perfil assistencial dos hospitais de campanha, fechando alguns e repassando outros para o Estado.

Em 1983, deixou de ser um sanatório de tratamento de tuberculose para se tornar um hospital geral e, no começo da década de 1990, transformou-se em um hospital regional. Em 2000, iniciou-se sua reestruturação física e funcional, ampliando a cobertura assistencial.

O processo de gestão da qualidade iniciou-se a partir de 2006, com a implantação gradual do programa “5S”. O programa tem como objetivo principal promover a alteração do comportamento das pessoas, com reorganização da empresa, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação dos materiais, execução constante de limpeza no local de trabalho e manutenção da ordem implantada, apontando, assim, para a melhoria do desempenho da organização. Sua denominação vem das iniciais de cinco palavras de origem japonesa, adaptado para a língua portuguesa na forma de cinco sentidos. Cada um dos sentidos estabelece uma etapa da metodologia que evolui e culmina no alcance dos requisitos preestabelecidos e sua manutenção (PERTENCE; MALLEIRO, 2010).

Os cinco sentidos são: 1º *Seiri* – Senso de utilização: separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário; 2º *Seiton* – Senso de ordenação: identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente; 3º *Seiso* – Senso de limpeza: manter um ambiente sempre limpo, eliminando as causas da sujeira e aprendendo a não sujar; 4º *Seiketsu* – Senso de saúde: manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene; 5º *Shitsuke* – Senso de autodisciplina: fazer dessas atitudes e dessa metodologia um hábito, honrar compromissos assumidos (GOMES *et al.*, 2013).

Implantada essa fase do processo, em 2008, a direção do hospital solicitou consultoria a uma empresa especializada, a fim de iniciar a implantação do programa de acreditação. Os profissionais da empresa realizaram treinamentos introdutórios a respeito da temática da qualidade e orientações quanto à melhoria dos processos e conversavam com os coordenadores e colaboradores em seus próprios setores de trabalho sobre as formas de implantação da cultura da qualidade.

Em 2010, passou por uma auditoria diagnóstica por uma empresa acreditadora credenciada pela ONA. As orientações provenientes da IAC eram disseminadas através de reuniões entre a direção do hospital e os respectivos coordenadores de setores e por estes aos seus colaboradores com a finalidade de que as pessoas trabalhassem unidas para que o objetivo da organização fosse atingido, ou seja, a certificação.

Em 2012, deu-se a estruturação do Escritório de Qualidade, sendo a equipe composta de uma enfermeira, uma administradora de empresas e um auxiliar administrativo. No final do mesmo ano, passou por uma auditoria certificadora, quando foram apontadas algumas não conformidades pela empresa contratada credenciada, necessitando a instituição de nova avaliação chamada de *follow up* (acompanhamento, busca de retorno ao que foi solicitado).

Nesta avaliação, realizada em meados de 2013, o hospital conseguiu cumprir os requisitos avaliados e recebeu a certificação da Acreditação Hospitalar em Nível 2, Acreditado Pleno, por ter sido constatado pela IAC que a instituição cumpriu tanto os requisitos básicos de segurança na assistência prestada, ou seja, os requisitos do Nível 1, quanto se evidenciou adoção do planejamento na organização da assistência.

Desde que foi fundado, o hospital atende exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para a macrorregião sudeste de Minas Gerais. É integrante de uma rede de hospitais geridos por uma fundação mantida pelo estado de Minas Gerais que detém uma administração centralizada na capital.

Atualmente, conta com 202 leitos de internação divididos em unidades de internação clínico-cirúrgicas adulto e pediátrica, unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal e maternidade. Conta, ainda, com serviço de pronto-atendimento, centro cirúrgico e centro de reabilitação física.

4.3. SUJEITOS DA PESQUISA

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi intencional e restrita aos enfermeiros que participaram do processo de acreditação hospitalar desde a primeira auditoria certificadora (realizada no final de 2012) e que prestam atendimento direto aos usuários do serviço. Foram escolhidos enfermeiros dos diversos setores assistenciais, pois poderia haver divergências em relação à percepção dos profissionais de um setor para o outro no que diz respeito à influência da acreditação no seu processo de trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve preocupação com a quantificação dos participantes, mas com sua representatividade. O número de participantes foi determinado durante o trabalho de campo, quando as respostas dos sujeitos começaram a apresentar certa redundância e repetição. A saturação teórica ocorreu quando chegamos ao décimo sexto sujeito (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Sendo assim, os critérios de inclusão, foram: profissionais de ambos os gêneros; que tenham participado da primeira auditoria de certificação, que prestem atendimento direto aos usuários do serviço e que concordem em participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCICE A), sendo os critérios de exclusão o não atendimento a algum dos critérios de inclusão.

O serviço utilizado como cenário do estudo conta com 87 enfermeiros em seu quadro funcional e, atualmente, apresenta como característica de ordenação da equipe a seguinte configuração: em cada setor assistencial, um enfermeiro diarista é o gerente de enfermagem da unidade, ou seja, esse é o principal responsável pela dimensão administrativa, cumprindo a função de mediador entre a equipe assistencial e o serviço de qualidade / direção hospitalar. Esse profissional é considerado a referência do setor no que tange aos aspectos da gestão da qualidade, formulando documentos, alimentando dados e fornecendo as informações necessárias ao cumprimento dos requisitos exigidos pelo processo de acreditação.

Somando-se ao gerente de enfermagem, cumprem função laborativa em cada setor enfermeiros plantonistas de 12 horas por turno, que são os principais responsáveis pela dimensão assistencial. A jornada de trabalho desses profissionais é variável, sendo que alguns

cumprem 20 horas, uns 30 e outros 40 horas semanais. Esse é o profissional que mantém um contato mais próximo com os pacientes, acompanhantes, equipe multiprofissional e técnicos de enfermagem sob sua responsabilidade, sistematizando a assistência, realizando procedimentos técnicos de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986). Ainda executam as funções de organização do setor, participando da formulação de escalas, treinamentos em serviço, coleta de dados para indicadores, auxiliando o gerente quanto às atividades relacionadas à gestão da qualidade, ou seja, executam concomitantemente mais de um processo de trabalho, com atividades voltadas tanto para a assistência quanto para gerência e educação permanente.

Além desses enfermeiros, a instituição conta com uma enfermeira responsável pelo escritório da qualidade, uma enfermeira na direção assistencial, uma responsável pelo gerenciamento de protocolos clínicos, uma integrante da equipe de terapia nutricional, uma Responsável Técnica (RT) pelo serviço de enfermagem, uma coordenadora das unidades de internação clínico-cirúrgica, uma enfermeira responsável pela educação continuada, uma integrante da comissão local de prontuários, um enfermeiro do trabalho e uma enfermeira responsável pela compra de material médico, que não trabalham nas unidades assistenciais e também são considerados enfermeiros gerentes.

Ressalta-se que essa configuração é recente e data de meados de 2013, durante a preparação para a auditoria de *follow up*. Do início do processo de implantação da gestão da qualidade até esse período, o enfermeiro assistencial era o responsável tanto pela dimensão assistencial quanto pela administrativa da sua unidade. Dada a complexidade de assumir as duas funções, a direção do hospital, em parceria com a Administração Central da Fundação que o gere, elaborou um plano de parametrização para que cada setor assistencial tivesse um enfermeiro gerente à frente das questões referentes ao programa de acreditação e sua mediação com o escritório de qualidade. Assim, foram nomeados novos enfermeiros através do concurso vigente na época e os enfermeiros que já trabalhavam na instituição que se destacavam em relação à área administrativa e que apresentassem interesse em assumir a gerência da unidade foram convidados a ocupar tal função.

4.4. ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi encaminhado um ofício à diretoria do hospital (APÊNDICE C) envolvido no estudo, bem como ao responsável técnico pelo Serviço de Enfermagem (APÊNDICE D), solicitando autorização para a realização da coleta de dados com os enfermeiros do referido serviço.

Foram agendados com os enfermeiros, por telefone, dia e horário propícios para a realização da entrevista, que foi efetuada nos meses de novembro e dezembro de 2013, de forma individual, gravada em meio digital no próprio local de trabalho dos entrevistados, procurando garantir a privacidade. Anteriormente ao início dos trabalhos, o pesquisador se apresentou e discorreu, resumidamente, sobre o estudo, apresentou o TCLE, colheu a assinatura dos participantes e informou que o depoimento deles poderia contribuir diretamente para os resultados.

O roteiro de entrevista foi composto de campos que foram preenchidos por escrito pelo pesquisador, contendo questões sobre dados pessoais, com perguntas voltadas para a caracterização dos sujeitos, como idade, gênero, escolaridade, tempo de formação, ano em que começaram a trabalhar na instituição e área em que atuam, além de coleta de dados por meio da técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), com perguntas definidas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender somente à indagação formulada (TRIVIÑOS, 2008).

O conteúdo das entrevistas foi composto de questões sobre a percepção do enfermeiro a respeito das mudanças ocorridas no seu processo de trabalho a partir da sua inclusão no programa de acreditação hospitalar, facilidades e dificuldades quanto à utilização das ferramentas da qualidade, bem como questões relativas a treinamentos e contato prévio com conteúdos referentes à gestão da qualidade, ou seja, antes da implantação da metodologia no cenário de pesquisa. Finalizando a entrevista, foi perguntado se o profissional considera que a qualidade da assistência de enfermagem tenha melhorado em decorrência da implantação das orientações do programa.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e consolidadas em banco de dados para posterior análise e interpretação dos depoimentos dos entrevistados. Para manter o anonimato dos profissionais, as entrevistas foram identificadas pela inicial da profissão (enfermeiro - E) e por um número referente à sequência das entrevistas. Exemplificando: Primeiro enfermeiro entrevistado: E1; segundo enfermeiro entrevistado: E2 e, assim, sucessivamente.

4.5. PERCURSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação do material produzido nas entrevistas foram realizadas baseadas na técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, literatura de referência nessa técnica. Bardin (2006) refere que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e que:

a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2006, p. 40).

A autora orienta a organização da análise de conteúdo em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2006). A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de

conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). É uma etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia). As categorias reúnem um grupo de elementos em razão de suas características comuns sob um título genérico. Classificar elementos em categorias, então, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros (BARDIN, 2006).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorrem nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. A análise categorial desta pesquisa será realizada através da análise temática, ou seja, através da investigação dos temas segundo reagrupamento analógico. Sendo assim, tornou-se fundamental o levantamento das experiências pessoais e profissionais dos sujeitos para o entendimento do objeto de estudo por meio e análise temática.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, considerando todos os aspectos éticos e legais previstos na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo atendidos os referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). Foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora. O Projeto foi aprovado em 5 de setembro de 2013

através do Parecer Consubstanciado do CEP n. 384.854 (ANEXO A). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação no referido comitê.

Cabe esclarecer que o projeto enviado ao comitê recebeu o título “Comportamento do enfermeiro diante do processo de acreditação em um hospital público”. No entanto, com o decorrer do desenvolvimento do projeto, foi necessária a adaptação do objeto e, conseqüentemente, foi alterado o título desta pesquisa. Ao final do processo de defesa da dissertação, será elaborado um relatório e encaminhado ao comitê de ética justificando as mudanças sofridas ao projeto original.

Todos os sujeitos abordados aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o caráter voluntário da participação dos sujeitos, assim como foi garantida a reprodução fiel dos depoimentos, o arquivamento dos dados e a possibilidade de acesso ao resultado da pesquisa. O risco de participação foi considerado mínimo, ou seja, semelhante a situações cotidianas da vida. Houve a preocupação e atenção dos pesquisadores no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Nesta seção, apresentaremos os sujeitos da pesquisa por meio de caracterização. Assim, a Tabela 1 apresenta a caracterização dos mesmos quanto à faixa etária e ao gênero.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à faixa etária e gênero – Juiz de Fora (MG) - 2014.

Características	Frequência	Percentual válido
<i>Faixa etária</i>		
25-35 anos	9	56,3%
36-45 anos	5	31,2%
Mais de 46 anos	2	12,5%
Total	16	100,0%
<i>Gênero</i>		
Masculino	2	12,5%
Feminino	14	87,5%
Total	16	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

A análise da questão sobre a faixa etária revelou que a maior parte da amostra encontra-se na faixa entre 25 e 35 anos (56,3% do percentual válido). Cabe ressaltar que o corpo de enfermagem da instituição pesquisada apresenta como característica uma população jovem, uma vez que, no último concurso, homologado em 2010, houve aprovação de um grande número de enfermeiros com poucos anos de experiência profissional. Anteriormente a esse concurso, grande parte dos enfermeiros tinha como vínculo contratos temporários e tiveram seus contratos reincidentes, sendo, então, substituídos pelos novos efetivos, o que gerou grande *turnover* (rotatividade de pessoal) na equipe. Em relação ao gênero, observa-se a predominância de mulheres (87,5%), o que corrobora com o que atesta Pires (2009), que a

enfermagem, historicamente, é uma profissão majoritariamente constituída por trabalhadoras do gênero feminino.

A tabela 2 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação aos anos de formação e à maior escolaridade completa:

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação aos anos de formação e maior escolaridade completa - Juiz de Fora (MG) - 2014.

Características	Frequência	Percentual válido
<i>Anos de formação</i>		
1-9 anos	12	75,0%
10-20 anos	3	18,8%
Mais de 21 anos	1	6,2%
Total	16	100,0%
<i>Maior escolaridade completa</i>		
Graduação	1	6,2%
Especialização	13	81,3%
Mestrado	2	12,5%
Doutorado	0	0,0%
Total	20	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

O resultado revela que um percentual expressivo de enfermeiros da instituição (75,0% do percentual válido) concluiu sua formação há menos de dez anos, fato este explicado na análise da tabela 1. Em relação à maior escolaridade completa, o resultado de 93,8% de sujeitos com especialização ou mestrado demonstra que os profissionais têm buscado aperfeiçoar seus estudos, revelando a qualificação da equipe da instituição. Contribui para esse resultado o fato de contarmos na cidade com um grande número de faculdades que oferecem cursos de pós-graduação *lato sensu* e, recentemente, a universidade federal da cidade oferece, gratuitamente, pós-graduação *stricto sensu* Mestrado em Enfermagem.

A tabela 3 caracteriza os sujeitos quanto à área de atuação, anos de trabalho na instituição e tipo de vínculo empregatício.

Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à área de atuação, anos de trabalho na instituição - Juiz de Fora (MG) - 2014.

Características	Frequência	Percentual válido
<i>Área de atuação</i>		
CTI adulto	2	12,5%
Centro cirúrgico	2	12,5%
Pronto-atendimento	2	12,5%
Ambulatório de especialidades	1	6,2%
Internação clínico-cirúrgica adulto	6	37,6%
Maternidade	2	12,5%
Pediatria	1	6,2%
Total	16	100,0%
<i>Anos de trabalho na instituição</i>		
1-5	9	56,3%
6-10	5	31,2%
Mais 10 anos	2	12,5%
Total	16	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme explicado anteriormente, a escolha dos sujeitos da pesquisa foi intencional e foram escolhidos enfermeiros dos diversos setores assistenciais. Quanto aos anos de trabalho na instituição, pode-se explicar que a concentração do ingresso entre 1 e 5 anos se dá em função da grande admissão de servidores aprovados em concurso público homologado em 2010.

5.2. CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta pesquisa, parte-se do pressuposto de que o trabalho em enfermagem é composto por cinco processos que podem ou não ser executados concomitantemente. Assim, a análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho dos enfermeiros.

Nessa perspectiva, foram identificados tanto aspectos positivos quanto negativos dessa metodologia de gestão em cada um dos processos de trabalho dos enfermeiros, emergindo quatro categorias temáticas, quais sejam: 1. A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Assistir; 2. A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Administrar; 3. A influência da acreditação hospitalar nos processos de trabalho Ensinar e Pesquisar; e 4. A influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Participar Politicamente.

5.2.1. Influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Assistir

Como vimos na revisão de literatura, a enfermagem tem suas atividades norteadas pela assistência ao cliente. Atualmente, no contexto hospitalar, as ações de assistência direta estão voltadas para a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), os procedimentos e técnicas, incluídos aqui aqueles de maior complexidade técnica e que são privativos do enfermeiro, além de raciocínio clínico, comunicação e interação com os clientes.

Os aspectos positivos encontrados nas falas dos sujeitos foram relacionados à padronização das atividades assistenciais, por meio de rotinas, Procedimentos Operacionais padrão (POPs), o direcionamento da assistência através de sua sistematização, registros das atividades e menor risco de erros nos procedimentos e nas práticas, favorecendo a segurança do paciente, com melhoria no controle de eventos adversos.

Aspectos relativos à padronização das atividades assistenciais aparecem nos seguintes depoimentos:

Tudo está mais padronizado e está mais fácil enxergar as coisas diante dessas rotinas e desses POPs [Procedimentos Operacionais Padrão]. As pessoas tendem a agir da mesma forma, seguindo um padrão. Por exemplo, através do POP de cateterismo vesical, temos um passo a passo a ser seguido. Assim, apesar de todo mundo saber a técnica, as pessoas poderiam fazer o procedimento do jeito delas. Hoje não, a padronização existe e é para ser seguida (E3).

As ferramentas da qualidade como as rotinas, trazem mais segurança para a realização das práticas, a partir do momento que ela padroniza as atuações, todas as atividades que são realizadas aqui (E7).

A padronização das atividades foi apontada como ponto de uniformização e melhor execução das práticas, uma vez que os profissionais tendem a agir de forma semelhante quando se utilizam de documentos que descrevem, com base na literatura científica, a sequência de cada tarefa que compõe aquela atividade, minimizando as adaptações aleatórias.

Corroborando com os achados, um aspecto proporcionado pelo sistema de acreditação evidenciado por Oliveira (2010) foi a padronização das atividades, que antes já era praticada pela organização cenário daquela pesquisa, mas que, após a certificação, passou a ser utilizada em larga escala. Mais do que isso, adquiriu-se um padrão institucional utilizado nos processos assistenciais.

Ainda a respeito da uniformização das atividades assistenciais, destaca-se a utilização de protocolos validados:

Adoro os protocolos, acho que, hoje em dia, o protocolo assistencial é tudo dentro de uma instituição. Acho que dá credibilidade pra nós profissionais, dá segurança pra instituição e para o paciente (E1).

Com o uso de protocolos, fazemos a coisa certa. Há um estudo aprofundado quando se monta um protocolo, então, ao utilizarmos desse documento, temos a certeza de que aquilo é o melhor a ser feito pelo paciente (E15).

Os protocolos são ferramentas importantes para o enfermeiro no processo de melhoria da qualidade e da segurança da assistência ao cliente e possibilitam o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes e embasadas cientificamente (CORREA *et al.*, 2012).

Os sujeitos da pesquisa acreditam que a gestão da qualidade traz uma base sólida na busca pela melhoria contínua, permitindo o resgate da cientificidade do cuidado, direcionando ações e práticas de saúde a serem executadas de maneira segura para os pacientes com respaldo na literatura atual.

Quanto ao direcionamento da assistência e registros das atividades, os dados encontrados demonstram que o programa de acreditação direciona o fazer profissional, o que qualifica seu cotidiano de trabalho:

O processo de trabalho se torna mais complexo, fica muito mais detalhado. [...] Você tem um método, um norte pra seguir. Então acho que a assistência fica muito mais direcionada, com muito mais qualidade quando você segue esse processo de trabalho. Torna-se um caminho a ser seguido, ele te direciona, não te deixa tão perdido na assistência. Você tem objetivos a ser alcançados e também problemas a serem corrigidos e a sistematização do processo de trabalho facilita a correção dos problemas (E6).

Os achados estão de acordo com os de Manzo *et al* (2012), que demonstraram que os aspectos positivos da acreditação dizem respeito a uma melhor sistematização do trabalho, melhoria nos registros, direcionamento do processo assistencial, visão mais clara dos problemas e busca ativa de soluções, possibilitando um melhor acompanhamento da forma de assistir.

A sistematização e melhoria nos registros facilitam o trabalho do enfermeiro. Os registros podem ser utilizados para garantir a qualidade da assistência prestada, pois, por meio da auditoria, da revisão de prontuários, da discussão de óbitos, entre outros instrumentos, é possível rever os padrões de assistência. Assim, as atividades normatizadas, preestabelecidas, tornam-se importantes tanto para trabalho do enfermeiro quanto para a organização (LIMA; ERDMANN, 2006).

Vejam, a seguir, alguns depoimentos relacionados à questão:

O próprio sistema nos treina a ficar mais atento, mais ligado no trabalho. Nós registramos mais as nossas atividades no prontuário. Essa preocupação aumenta, pois sabemos da importância de dar continuidade à assistência (E14).

Percebo melhoria no fluxo do paciente, desde a admissão inicial, com registros mais claros de tudo o que é feito. Aqui no Centro Cirúrgico, melhorou o entendimento da equipe quanto à importância em registrar as coisas no prontuário. O paciente, saindo daqui, não tem como saber o que foi feito se tudo não estiver bem explicadinho (E16).

De acordo com as passagens, evidencia-se que o direcionamento das atividades, com melhoria nos registros e na comunicação, contribui para a continuidade do processo assistencial.

Outro ponto de sucesso apontado pelos sujeitos da pesquisa foi uma maior preocupação com a segurança do paciente:

Todo mundo tem mais cuidado com o paciente. Trouxe uma consciência maior para equipe de enfermagem do quão importante é você seguir os padrões para não ferir a segurança do paciente. Então, entendo que isso, automaticamente, já melhora a atenção (E5).

Ainda quanto à assistência segura, relatam:

Quando o meu paciente está devidamente identificado, tanto no leito quanto na pulseirinha, temos menos chance de fazer uma medicação errada, porque se confere, se checa mais vezes o nome, o leito do paciente (E12).

A segurança do paciente é influenciada pela organização do setor, com a devida identificação dos objetos e dos espaços. Por exemplo, se as medicações que estão dentro do carrinho de emergência têm um padrão de organização, uma sequência, você não vai ter que se preocupar em ficar procurando essa medicação e a gente sabe que, em uma emergência, numa parada cardíaca, tempo é vida. Claro que tem que haver a conferência, mas, se há confiança no trabalho do outro, tudo fica mais fácil e rápido (E14).

Os eventos adversos relacionados à medicação têm sido objeto de preocupação dos gestores da saúde e podem ser definidos como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação e vêm chamando especial atenção, pois são os que mais frequentemente ocorrem em hospitais (CASSIANI, 2000).

Essa preocupação justifica-se pelo fato de os erros poderem trazer danos e prejuízos diversos a um paciente, desde o aumento do tempo de permanência em uma instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e trazer, até, consequências trágicas, como a morte (BOHOMOL; RAMOS, 2006).

Os profissionais perceberam que o processo de acreditação interfere na assistência direta, propiciando menor risco de erros nos procedimentos e nas práticas, o que trará impactos no cuidado, tornando-o mais qualificado e seguro. Assim, a partir dos depoimentos, evidencia-se que o processo de acreditação apresenta como desdobramento o aumento na segurança do cliente. É certo que o simples fato de conquistar o título de acreditado não significa, necessariamente, garantia da segurança, mas sim a busca contínua pelo menor risco de errar (MANZO *et al*, 2012).

Em contrapartida, o aspecto negativo da acreditação em relação à assistência evidenciado nas entrevistas foi o distanciamento do profissional do cuidado direto ao paciente, devido às demais atribuições para as quais é designado:

O problema disso tudo é que nem sempre temos tempo suficiente para tantas atividades, o que acaba nos afastando do cuidado, dessa parte mais assistencial mesmo (E13).

Os achados de Manzo *et al* (2012) coincidem com os dados desta pesquisa, uma vez que o processo de acreditação é visto como um fator de distanciamento dos profissionais em relação aos pacientes, comprometendo a assistência prestada. A dita burocracia do processo de acreditação promove o afastamento do profissional em relação ao paciente, dada a necessidade de se seguir regras e regulamentos. Nota-se que existe um paradoxo. De um lado, reconhecem-se a necessidade e a importância de estar mais perto do paciente, oferecendo um cuidado mais individualizado e personalizado, por outro lado, vê-se, na prática, distanciados dos pacientes em função de atividades burocráticas, embora reconheçam a necessidade de padronização.

Em estudo de revisão de literatura realizada por Souza, Maurício e David (2014), as pressões da nova realidade das condições de trabalho podem gerar uma desumanização no trabalho da enfermagem, pois, muitas vezes, a demanda contínua por produção e o cumprimento das tarefas afasta os membros da equipe da relação direta com o cliente. As inovações tecnológicas, cada vez mais em pauta na profissão, não deveriam, portanto, conduzir o profissional de enfermagem ao esquecimento de que o foco principal da assistência é o ser humano e sua essência, o cuidado. As falas a seguir retratam essa realidade:

Dificultou meu processo de trabalho, porque, às vezes, perdemos um tempo que poderia ser dedicado à assistência direta ao paciente pra alimentar esses dados como indicadores e responder não conformidades... (E5).

Para mim, o cuidado é ali, olho no olho com o paciente. Acho isso tudo muito técnico e pouco aplicável na assistência. Sou do tempo que a enfermeira colocava a mão na massa. Hoje a gente perde muito tempo com essas contas [*indicadores*] (E8).

Como ponto dificultador, o enfermeiro diz-se obrigado a preencher vários impressos organizacionais e administrativos, restando menor tempo para se dedicar à assistência. Na medida em que se ausenta do convívio e do diálogo com o paciente, a qualidade do seu processo assistencial é prejudicada (MAZIERO; SPIRI, 2013).

Desta forma, à luz das respostas dos sujeitos, evidencia-se que a acreditação hospitalar influencia de forma positiva o processo de trabalho assistir, contribuindo sobremaneira para a melhoria contínua da qualidade do cuidado, embora apresente como ponto de divergência o

fato de que as múltiplas funções nas quais o enfermeiro está inserido podem afastá-lo da assistência direta ao cliente.

5.2.2. Influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Administrar

As falas dos sujeitos demonstram que as atividades gerenciais executadas pelos enfermeiros são: a estruturação e organização do serviço, o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e controle:

As transformações que eu percebi no meu processo de trabalho foram principalmente relacionadas à organização no serviço. Conseguimos planejar melhor as coisas. A gestão da qualidade traz vários instrumentos que possibilitam essas transformações (E9).

Percebi bastante transformação desde que começaram a implantar a acreditação aqui no hospital. Começou com a questão da organização do setor na época do 5S. Tudo tem que estar no seu devido lugar. Facilita no sentido de não ter que ficar procurando as coisas e também facilita o trabalho da minha equipe. Os técnicos sabem onde vão encontrar o material de banho, de curativos... E a gente tem mais controle para fazer os pedidos de material (E15).

Ao fazer os pedidos de material no almoxarifado, buscamos um melhor controle, até porque é tudo no sistema. Evitamos desperdiçar, pois sabemos que pode vir a faltar (E3).

Observou-se nas falas que a implantação do programa trouxe contribuições em relação à organização das unidades de execução do trabalho, com melhor estruturação do controle e planejamento. Busca-se, com a organização, estruturar melhor o serviço e facilitar o trabalho em equipe. A este respeito Sanna (2007) afirma que a gerência é um processo no qual é executado um conjunto de ações que visam criar condições adequadas para viabilizar a assistência. Ainda nesse sentido, Deslandes (1997) refere que, no campo da saúde, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico dos serviços e programas prestados à sociedade.

Em relação à administração dos recursos materiais, esta tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde, tanto no setor público como no privado, sendo que, no público, devido a orçamentos restritos, necessita-se de maior controle do consumo e dos custos, para que não privem seus profissionais e usuários do material necessário (PERTENCE; MALLEIRO, 2010). “É unânime a consideração de que a excelência da

assistência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição” (LIMA; ERDAMANN, 2006, p. 274).

A liderança também foi apontada como ponto de destaque, pois se nota que o enfermeiro consegue incentivar os colaboradores para o processo de melhoria contínua:

Essa preocupação de ter bons resultados não se limita a nós, enfermeiros. Os técnicos querem ajudar para que tudo corra bem. Como eles veem o nosso esforço, nossa presença constante, penso que se sintam estimulados a fazer a parte deles (E10).

Em pesquisa realizada por Furukawa e Cunha (2011), destaca-se a liderança como uma importante competência gerencial. A busca de seu desenvolvimento reforça a afirmação de que o mercado de trabalho está solicitando do enfermeiro o conhecimento e a aplicação da liderança.

Bonato (2007) relata que os líderes influenciam de maneira saudável os colaboradores, enfocando a participação da força humana dentro da instituição, uma vez que, ao potencializar o saber dos indivíduos, os funcionários serão capazes de enxergar novas possibilidades nas situações cotidianas, melhorando a relação das pessoas. Cabe ressaltar, com isso, a importância do envolvimento do líder no processo, ao passo em que ele inspira uma visão de melhoria contínua e encoraja a substituição de práticas antigas por métodos novos. Ao mesmo tempo, estimula a autoestima dos funcionários. O depoimento seguinte aborda tal percepção:

Tem essa preocupação de fazer bonito e sempre estamos à frente dessas questões, tentando estimular os técnicos a fazerem o melhor que podem. Na época da auditoria, todos participam ativamente, o pessoal fica atento para saber se tudo está correndo bem, se vamos conseguir passar [na avaliação de certificação ou de manutenção]. Toda a equipe fica bastante envolvida (E8).

O líder deve tentar facilitar o processo e estimular a participação de todos, fazendo com que o grupo trace junto os objetivos, mostrando a importância de cada membro da equipe, distribuindo as tarefas de acordo com as responsabilidades e dividindo o mérito das conquistas. A filosofia da qualidade requer liderança consciente do que deve ser feito, comprometida com o serviço e motivada de forma a contagiar todos os seus liderados com o mesmo espírito de colaboração, trabalho em equipe e busca contínua da qualidade (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

A tomada de decisão também aparece como ponto positivo do programa, pois, através da monitorização de indicadores de qualidade, os enfermeiros adquirem conhecimentos e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas:

Com indicadores, você levanta o problema, você tem que corrigir aquele problema. E não fica só no papel, você tem que implementar ações junto a sua equipe para você poder solucionar, zerar aquilo (E6).

Através de indicadores, podemos medir o quanto o trabalho da enfermagem está sendo eficaz. Assim, quando observo que, no meu setor, está tendo muita perda de sonda nasoentérica, por exemplo, tenho que buscar a causa dessas perdas, reunir com a equipe, treinar meus técnicos, enfim descobrir a causa e agir sobre ela (E12).

O indicador é uma medida quantitativa de um resultado desejável ou indesejável do processo que deve ser medido para que se tenha certeza de que os objetivos desejados foram alcançados, ou seja, é uma unidade de medida de uma atividade que sinaliza divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado que precisam ser revistos. É um meio para constatar, estimar, valorar, controlar e autorregular os resultados de um processo (COUTO; PEDROSA, 2009; VITURI; MATSUDA, 2009). Assim a percepção dos sujeitos desta pesquisa vai ao encontro do que os autores supracitados afirmam, uma vez que relacionam o uso de indicadores ao processo de tomada de decisão.

Oliveira (2010), objetivando analisar a relação da eficácia gerencial, a partir da implantação do sistema de acreditação hospitalar, corrobora com as percepções encontradas e indica melhorias na gerência a partir das práticas da acreditação. Com sua implantação, passa-se a revelar uma estrutura organizada e direcionada a resultados, possibilitando o planejamento e a distribuição das atividades de forma clara entre as equipes de trabalho. Os profissionais passaram a utilizar um sistema de informação ágil, consistente e direcionado ao processo de tomada de decisão.

O enfermeiro, em sua função gerencial, é capaz de mudar e organizar o processo de trabalho, tornando-o de maior qualidade. A gerência é uma estratégia para se obter bons resultados (MAZIERO; SPIRI, 2010).

Por outro lado, foram abordadas questões como a sobrecarga de trabalho devido a excesso de atividades burocráticas e o pouco conhecimento teórico e prático em administração, levando à falta de habilidade para assumir algumas dessas funções.

É bem desgastante, principalmente na época da auditoria. Por mais que a gente tente fazer a coisa certa ao longo do tempo, na última hora, sempre ficamos sobrecarregados. Temos que organizar tudo, identificar tudo. As atividades de organização sempre sobram pra nós. O planejamento também fica dificultado, já que sempre aparecem atividades para cima da hora. Enfim, é muito estressante (E12).

Temos variadas funções. Temos que tomar conta de calibração de equipamentos, tomar conta quanto aos empréstimos de materiais para outros setores, saber de informática. Fica pesado ter que tomar conta de um setor grande como é o meu (E9).

Alguns dos entrevistados relacionam o programa de acreditação como fator desencadeador de estresse. As atividades gerenciais relacionadas ao cumprimento de tarefas necessárias à certificação foram descritas também como objeto de cobrança por parte da instituição, e alguns profissionais relataram dificuldades para corresponder às expectativas dos responsáveis pela gestão.

As falas a seguir sedimentam a afirmação:

Antes era tudo mais tranquilo, trabalhávamos com mais autonomia. Eram bem menos enfermeiros antigamente e, mesmo assim, parecia que ficávamos menos estressados. Na verdade, acho que são muitas atividades burocráticas. Eu gostaria de poder dividir essa responsabilidade com alguém. A enfermagem mudou bastante de uns anos pra cá. Somos muito mais cobrados nessa parte mais gerencial hoje em dia (E11).

Na verdade, acho que o que muda é a cobrança, o trabalho fica muito mais estressante. Nos dias que antecedem a auditoria, a gente corre o tempo todo para dar conta das exigências da ONA. O pessoal até se envolve, mas acaba ficando muita coisa nas costas do enfermeiro (E15).

Eu acredito que teve transformação, principalmente no aumento da demanda de trabalho, na fiscalização do setor, dos funcionários, dos processos. Então vejo uma carga maior, mais responsabilidade, sendo que, às vezes, nem temos muito conhecimento e prática para gerenciar um setor. Precisamos planejar tudo, fazer escalas, pedir material, solicitar reparos de manutenção. Talvez, se esse trabalho pudesse ser mais diluído..., sei lá, acho que melhoraria (E5).

A este respeito, Stacciarini e Troccoli (2001), ao avaliarem o estresse na atividade ocupacional, verificaram que, para os profissionais, não existe uma clareza sobre o conceito de estresse, mas os trabalhadores consideram vivenciar estressores relacionados aos fatores intrínsecos ao trabalho, às relações no trabalho e à estrutura organizacional. Os programas de qualidade, ao proporem maior controle dos processos de trabalho, podem atuar como estressores em todas estas dimensões.

Ao se destacar a mudança imposta pelo trabalho, deve-se considerar a precarização do trabalho, seja pelo excesso de atividades laborais, acúmulo de horas trabalhadas e aumento das responsabilidades que são determinantes para o estresse profissional (SOUZA; MAURÍCIO; DAVID, 2014).

Percebe-se que os enfermeiros se veem em um cenário permeado por cobrança e pressão. Vale ressaltar que tal situação, apesar de inerente a qualquer sistema que utiliza de avaliação contínua, pode ser suavizada pelo incremento de estratégias que busquem a valorização dos sujeitos envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão à gestão de qualidade (MANZO *et al.*, 2012).

A concentração de inúmeras atividades aparece, mais uma vez, como ponto dificultador do programa:

Fica difícil gerenciar tudo. Com os indicadores do setor, por exemplo, só a gente que mexe. Os demais profissionais parecem que se acostumam com a ideia de que o enfermeiro é o faz-tudo do setor. Acaba se tornando uma situação estressante (E12).

Com relação ao acúmulo das atividades determinadas como sendo de realização exclusiva do enfermeiro, é preciso refletir sobre elas e analisá-las criticamente, reorganizando o processo de trabalho desse profissional dentro de suas unidades de trabalho, pois essas atividades estão em desacordo com as privativas da regulamentação legal da categoria profissional e tornam custosa a ação do enfermeiro de gerenciar os indicadores de seu setor, tanto na coleta quanto na análise e divulgação dos mesmos para a sua equipe de trabalho (MENEZES, D'INNOCENZO, 2013).

É efetivamente importante o envolvimento de toda a organização em busca da excelência dos serviços (MEZOMO, 2001). A participação de todos os profissionais é imprescindível para o sucesso da avaliação. O desempenho da instituição depende do compromisso e colaboração de todos os envolvidos, porém, algumas vezes, vê-se falta de envolvimento de algumas categorias profissionais.

Pertence e Malleiro (2010) afirmam que é fundamental a participação de todos para a efetivação da qualidade, pois esta depende de esforços individuais e coletivos. É fundamental para o sucesso do processo de acreditação que todos os profissionais se sintam parte integrante, pois a motivação facilita a adesão às ações do programa.

Outra condição abordada foi a dificuldade relacionada ao pouco conhecimento teórico e prático em administração:

Acho que o que dificulta é que, na graduação, temos uma visão muito superficial de gerência na disciplina de administração. Na verdade, acho que deveríamos aprender a ser realmente gerentes, porque é o que acabamos nos tornando no decorrer da vida profissional (E5).

Neste contexto, vale ressaltar a importância da formação profissional dos sujeitos que irão vivenciar o processo de acreditação. Por meio de uma capacitação imbuída nos princípios da qualidade, é possível desenvolver competências profissionais relacionadas principalmente à motivação e à liderança, instrumentos importantes para a obtenção de um trabalho com qualidade (MATOS *et al.*, 2006).

Ao trabalhar com a qualidade, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva a mobilização pró-ativa de conhecimentos, habilidades e atitudes na área de administração em enfermagem, abandonando a visão de que gerenciar é menos importante que cuidar do paciente, uma vez que não é possível existir um cuidado desvinculado da coordenação desse processo (SANNA, 2007; ROLTHBATH; WOLFF; PERES, 2009).

Apesar de conhecer os conteúdos específicos da área de administração, o enfermeiro ainda vivencia algumas dificuldades no exercício de suas funções gerenciais. Ele carece aprimorar cálculos, indicadores, consumo e custos (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

Ressalta-se que a graduação contribui para o desenvolvimento de competências gerenciais, especialmente quando se consegue aliar teoria e prática, apesar das dificuldades de mudança atual da formação que ainda as separa, sendo primeiramente ensinada a teoria e, posteriormente, exercita-se a prática nos campos de estágios. Desta forma, não se deve limitar a formação profissional à graduação, sendo necessário que o profissional busque seu aperfeiçoamento através de cursos, pós-graduação, ou mesmo a partir da própria prática (ROLTHBATH; WOLFF; PERES, 2009; PEREIRA, *et al.*, 2009).

Para Rocha e Trevizan (2009), embora seja consenso que todos devem se empenhar em fazer o melhor que podem, há que se pensar que todos devem também saber o que fazer, o que leva à reflexão de que não é esperado que alguém se envolva, concorde e consinta com aquilo que não compreende. É preciso pensar em estratégias de informá-los, capacitá-los e envolvê-los.

Ito *et al* (2006) chamam a atenção para a necessidade de desmitificar o gerenciamento de enfermagem como uma disfunção e para a importância de o enfermeiro se apoiar nesse espaço como um processo de trabalho no contexto da produção em saúde. As estratégias de intervenção no processo de trabalho e satisfação do trabalhador surgem a partir da inovação

no gerenciamento de enfermagem, apontando para as urgentes mudanças nessas organizações e realidade de trabalho, atualmente geradoras de desgaste.

5.2.3. Influência da acreditação hospitalar nos processos de trabalho Ensinar e Pesquisar

Quanto aos processos de trabalho ensinar e pesquisar, as falas revelam que a acreditação incentiva os profissionais à busca de novos conhecimentos:

O processo de acreditação nos estimula a buscar novos conhecimentos para que a gente consiga aplicar as ferramentas da qualidade na prática. Busquei, na pós-graduação, uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento do tema quando comecei a trabalhar em outro hospital que já era acreditado (E7).

Busco o entendimento das propostas da qualidade através dos treinamentos que são ministrados aqui no hospital. Apesar de serem poucos, acabamos aprendendo alguma coisa (E9).

Os enfermeiros ressaltam que o programa de acreditação os influencia na busca de conteúdos, interagindo processos científicos com a prática. Revelam que há necessidade de complementar o conhecimento adquirido na faculdade, buscando a qualidade almejada pela instituição, com o intuito de inovar sua participação na melhoria da qualidade da assistência (MAZIERO; SPIRI, 2010).

É importante enfatizar que, hoje, o trabalhador deve manter uma relação mais eficiente com o conhecimento para que possa encaixar-se em uma fração mais privilegiada do mercado de trabalho e o fracasso ou o sucesso na carreira passa a depender única e exclusivamente do trabalhador (SOUZA; MAURÍCIO; DAVID, 2014).

Na busca da articulação de conhecimentos, salienta-se a necessidade de adotar novos saberes que vêm sendo incorporados a fim de introduzir melhores estratégias gerenciais no processo de trabalho. Compreender a atuação do enfermeiro no processo de acreditação vai além do enfoque nas melhorias da assistência, inclui melhorias gerenciais. O enfermeiro se destaca, desenvolvendo competências gerenciais que se iniciam na graduação e, após a inserção no mercado de trabalho, há uma corresponsabilidade organizacional e profissional nesse desenvolvimento (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

Além da busca de conteúdos para o próprio crescimento profissional, os enfermeiros relataram que precisam atualizar o conhecimento dos membros da equipe, através de educação continuada:

Na verdade, também temos a função de treinar nossos técnicos. Por exemplo, quando um indicador vai mal, perde meta, precisamos fazer treinamentos no setor para ver se conseguimos melhorar aqueles índices. Para isso, precisamos estar bem afiados (E4).

Precisamos fazer vários treinamentos. Principalmente quando está se aproximando a época da auditoria. Precisamos treinar o pessoal pra responder ao que os auditores vão perguntar (E1).

A educação continuada em saúde apresenta-se como estratégia fundamental para que o trabalho se traduza numa prática de transformação, reflexiva, crítica e propositiva, com vistas à constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde (MANZO *et al.*, 2012).

Lima e Erdmann (2006) corroboram com essas ideias, pois destacam que, para gerar uma nova mentalidade nas propostas da qualidade, devem-se incrementar os programas de educação continuada de modo a trazer uma reflexão sobre os conceitos inseridos no processo de acreditação.

Um aspecto interessante destacado por Siman, Brito e Carrasco (2014) é a articulação entre assistência, gerência e educação. A gerência está intimamente relacionada à assistência, numa perspectiva processual e indissociável, na qual a educação é imprescindível, principalmente no que tange à melhoria contínua da qualidade.

Entretanto, os enfermeiros relataram dificuldades quanto à utilização das ferramentas da qualidade, relacionando essas dificuldades à falta de enfoque dessa temática na graduação. A totalidade dos enfermeiros entrevistados referiu ter tido pouco ou nenhum contato com os conteúdos que envolvem o processo de acreditação durante a formação acadêmica na graduação:

Tive muito pouca coisa quando eu fazia graduação. Acho que fez muita falta na minha formação. Como o enfermeiro lida direto com isso, com a gestão da qualidade, com indicadores, hoje em dia, cada vez mais, com os processos de acreditação. E a gente não tem uma formação para isso. A nossa formação é muito deficiente nesse quesito (E6).

Durante a graduação, não tive nenhum contato com o conteúdo. Esse contato eu tive já durante a minha prática assistencial, já no meu primeiro trabalho, em que a instituição lançou mão dessa metodologia. Então foi o meu primeiro contato, quando eu tive minha experiência inicial (E2).

Durante a graduação, tive pouco contato com esse conteúdo. Isso nunca foi uma matéria ou um conteúdo de um semestre ou um ano que a gente pudesse aprender mesmo o que é acreditação. Não vivenciei isso na prática, a não ser no meu estágio no último ano, que eu fiz nem um hospital acreditado em nível 3 (E9).

Acredita-se que a participação da academia e dos serviços, num esforço conjunto para repensar as práticas e as intervenções necessárias, possibilita a visualização das contradições existentes entre propósitos e projetos de formação da força de trabalho em saúde e propósitos e projetos dos serviços. Constata-se que as transformações na formação dos profissionais vêm ocorrendo em ritmo mais lento do que o da transformação das práticas, muitas vezes, como resposta às exigências impostas pelo mercado de trabalho (CIAMPONE; KURGANT, 2004).

No estudo conduzido por Maziero e Spiri (2013), encontrou-se realidade semelhante. Para alguns enfermeiros, o primeiro contato com a acreditação foi durante a graduação, porém de maneira reduzida, para outros, somente a partir do momento em que iniciaram a vida profissional. Há dificuldade de adaptação a esse processo desconhecido pelo profissional que nunca trabalhou em uma unidade acreditada ou não obteve este conteúdo na graduação. A percepção do enfermeiro é que o programa exige o conhecimento e empenho para garantir o sucesso do processo.

Ciampone e Kurcgant (2004), importantes estudiosas no campo da Administração em Enfermagem, constataram que os conteúdos das disciplinas de administração geral e de enfermagem abordam temas como: hierarquização das atividades, estruturas hospitalares e organogramas; estruturas dos serviços de enfermagem; normas e diretrizes técnicas e procedimentos; funções administrativas (planejamento, supervisão, controle, liderança e outras) e marcam uma forma tradicional de abordagem dos conteúdos da administração.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem definem que a formação seja orientada pelas competências: atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, comunicação, gerenciamento e educação permanente a serem trabalhadas pelas instituições de ensino na formação do enfermeiro (ROLTHBATH; WOLFF; PERES, 2009). Apontam, ainda, para a flexibilização curricular, processo ensino-aprendizagem centrado na realidade, diálogo entre os diferentes saberes, aberturas para processos inovadores, integração das disciplinas da teoria/prática e do trabalho/academia e autonomia institucional (PEREIRA *et al.*, 2009).

Ressalta-se que o ensino de enfermagem passou por transformações ao longo dos anos, como reflexo das mudanças no contexto histórico da enfermagem e do quadro político-econômico-social da educação e da saúde (ITO *et al.*, 2006).

No que tange às dificuldades apresentadas quanto à monitorização de indicadores, os discursos evidenciam que os treinamentos em serviço deveriam ser mais frequentes:

Confesso que tenho dificuldades para entender de indicadores. A própria metodologia de cálculo me confunde. Às vezes, não consigo relacionar aquelas taxas e aplicar de verdade na assistência. Teríamos que ter mais treinamentos (E8).

Acho difícil trabalhar com esses números. Prefiro a assistência, por isso nem participo muito dessas coisas, tipo análise crítica. Deixo para os gerentes, parece que algumas pessoas têm mais facilidade que outras (E1).

Quanto à utilização de indicadores de processo como ferramenta para se avaliar a qualidade dos resultados do processo assistencial, Menezes e D'innocenzo (2013) encontraram a seguinte realidade: 70,0% dos enfermeiros tiveram seu primeiro contato com indicadores na instituição onde o estudo foi realizado e os demais ou estudaram o tema na graduação (17,5%) ou na pós-graduação (12,5%). Evidenciou que 77,5% dos participantes da pesquisa não haviam tido nenhum tipo de contato teórico ou prático com o tema durante a graduação. Ainda, considerando todos os enfermeiros integrantes do estudo, 94,9% relataram dificuldades para utilização de indicadores de processo. Tal achado corrobora com a percepção dos sujeitos desta pesquisa.

Com estes relatos, pode-se aludir que o enfoque da gestão da qualidade dos serviços de saúde no currículo de graduação em Enfermagem poderia ser mais abrangente por se tratar de uma temática tão importante para o processo de trabalho do enfermeiro. Além de uma melhor abordagem dessa temática na graduação, há necessidade constante de se investir na educação continuada, facilitando o envolvimento e qualificação do profissional para o cumprimento de suas atribuições.

Ressalta-se que acreditação hospitalar é, principalmente, uma proposta de educação permanente, visando garantir a qualidade assistencial, o que gera a necessidade de investimento para viabilizar as mudanças nos processos da organização e responder às demandas advindas da certificação, ou seja, representa uma importante estratégia de capacitação profissional (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

Já o processo de trabalho pesquisar não aparece de forma direta nas falas dos sujeitos do estudo, entretanto se faz presente de modo subliminar, permeando todos os processos.

A produção de conhecimento na enfermagem vem se destacando, particularmente através da pós-graduação *stricto sensu*, uma vez que desempenha importante papel no desenvolvimento da investigação científica, embora ainda existam dificuldades encontradas pela profissão no que tange à construção de um saber específico que confira cientificidade às suas ações (PIRES, 2009).

Segundo Carvalho (2004), para além das exigências à prática assistencial, gerencial e de ensino de enfermagem, tem-se o desafio da construção de conhecimentos válidos através da pesquisa e da produção científica.

Outro ponto de incitação é que o processo de trabalho Pesquisar ainda apresenta certa distância do cotidiano dos profissionais inseridos nos serviços, sendo este lugar principalmente ocupado pelos enfermeiros ligados à docência (DEHER; SANTO; ESCUDEIRO, 2002). Como afirma Carvalho (2004, p. 812), “Não há outra saída, salvo os caminhos da investigação científica, para preencher os vazios do conhecimento de enfermagem.”

5.2.4. Influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho Participar Politicamente

Um aspecto observado foi o desenvolvimento do enfermeiro no que tange à argumentação em busca de melhores condições de trabalho. Percebe-se que o profissional envolvido no programa de acreditação hospitalar sente-se mais preparado para posicionar-se, buscando o diálogo com seus superiores hierárquicos:

Considero que a qualidade da assistência de enfermagem tenha melhorado, apesar de que, pela característica do setor de trabalho, que é o pronto-atendimento, lidamos com situações diversas. Nem sempre conseguimos a padronização total da assistência de enfermagem pelos vários problemas que enfrentamos, como a superlotação, às vezes, faltam equipamentos, faltam funcionários. Então ficamos em cima dos gestores. Quer qualidade? Tem que dar qualidade também. A acreditação traz essa vantagem, somos muito cobrados, mas temos argumentos para cobrar também (E9).

A qualidade da assistência melhora a partir do momento que nos esforçamos mais para garantir essa qualidade. Acabamos ficando mais exigentes com os nossos serviços de apoio, exigimos materiais de qualidade, mais equipamentos. Não dá pra cobrar qualidade se não temos o mínimo necessário para trabalhar com dignidade (E15).

Primeiro, eu percebi um aumento no fluxo de trabalho [...]. Com certeza, a qualidade melhora, o trabalho aumenta e muito, passamos por dificuldades. Às vezes, o contingente de pessoal que temos não corresponde ao tanto que somos cobrados. Isso é uma realidade que vivenciamos muito de perto. Então, às vezes, queremos fazer o melhor, implantar métodos, dar uma assistência de qualidade, mas temos esse impasse, que é o contingente de pessoal. A negociação com a direção não é muito fácil. Às vezes, eles não atendem aos nossos pedidos, mas estamos sempre cobrando (E6).

Percebe-se que o envolvimento do profissional enfermeiro com a acreditação hospitalar permite maior visibilidade dentro da instituição, mais autonomia e poder de participação nas decisões nos níveis estratégicos. Destaca-se o enfermeiro como um articulador, com ativa participação nas decisões organizacionais (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

O funcionário inserido em um serviço acreditado sente-se melhor preparado para atender às necessidades dos seus clientes, na medida em que deve oferecer recursos materiais, técnicos e humanos de melhor qualidade (MANZO *et al.*, 2012).

Na pesquisa conduzida por Lima e Erdmann (2006), os enfermeiros do cenário de estudo refletiram sobre sua própria segurança e os recursos tecnológicos se fizeram importantes, bem como o canal de ligação com a direção institucional. Desta forma, encaminhou-se um documento para a direção para aquisição imediata de materiais indispensáveis ao bom atendimento àquela clientela, uma vez que, para manter-se a coerência com a acreditação hospitalar, é necessário que se tenham equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço.

O processo de trabalho Participar Politicamente se evidencia pelo foco nas características e condições do exercício profissional da enfermagem, bem como no enfrentamento de situações no âmbito das políticas públicas com vistas a viabilizar uma assistência de qualidade (RAMOS *et al.*, 2009).

Podemos aludir, então, que os resultados da análise temática da presente pesquisa corroboram com outros estudos sobre o tema e demonstram que o processo de trabalho dos enfermeiros passa por transformações quando o profissional integra a equipe de uma instituição que utiliza a acreditação hospitalar como política de gestão da qualidade. Os enfermeiros apresentam visões contraditórias sobre o assunto, sendo que alguns conseguem perceber o processo de forma positiva, abordando seus pontos de sucesso enquanto outros o abordam com uma visão negativa, levantando as questões dificultadoras do processo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu identificar a influência da acreditação hospitalar no processo de trabalho do enfermeiro, considerando-se que a certificação baseada em critérios de qualidade impacta no cotidiano de trabalho dos enfermeiros que exercem suas atividades laborais em um hospital acreditado.

A análise temática do discurso dos sujeitos permitiu expressar que o programa de acreditação hospitalar apresenta aspectos facilitadores e dificultadores relacionados às atividades assistenciais, administrativas, de ensino e pesquisa e de participação política do enfermeiro.

Quanto à assistência direta, demonstra-se sua sistematização, a padronização das atividades e a segurança do paciente como pontos de sucesso do programa. Contraditoriamente, aponta-se um distanciamento do profissional na relação de cuidado direto ao paciente, como consequência da demanda contínua ao cumprimento de atividades burocráticas.

Concernente aos fatores intervenientes à gerência, observa-se que a adoção dessa metodologia contribui para a organização das unidades de execução do trabalho, planejamento das atividades, liderança e tomada de decisão. Em contrapartida, sobressaíram questões como sobrecarga de trabalho em função do excesso de atividades, cobrança por parte da instituição e o pouco conhecimento teórico e prático em administração.

A respeito do ensino e pesquisa, revela-se a acreditação incentiva os profissionais à busca de novos conhecimentos e propicia capacitação da equipe e atualização de conteúdos através de educação continuada. Percebe-se que a qualificação profissional aparece como ponto-chave na aplicação das ferramentas da qualidade. No entanto demonstram-se dificuldades quanto à utilização dessas ferramentas devido à falta de enfoque da temática na graduação e restrição de treinamentos em serviço.

A produção de conhecimentos não apareceu explicitamente nas falas dos sujeitos, embora perpassasse por todos os processos. Desta forma, a enfermagem precisa pesquisar e divulgar seus achados, pois somente por intermédio de um corpo de conhecimentos baseados

em evidência científica será possível o alcance da qualidade no assistir, gerenciar, ensinar e participar politicamente.

No que se refere à participação política, nota-se um maior poder de decisão no nível estratégico devido a um melhor preparo do enfermeiro que vivencia o programa de acreditação hospitalar. O profissional sente-se mais instrumentalizado para posicionar-se e argumentar com seus superiores hierárquicos a respeito de melhores condições de trabalho.

Diante do exposto, acredita-se que os resultados desta pesquisa possam oferecer subsídios e acrescentar evidências que contribuam para as reformulações que se fizerem necessárias no processo de trabalho dos enfermeiros, rompendo as dicotomias que, porventura, ainda perpassem pelo seu objeto de trabalho, refletindo na excelência do cuidado.

Identifica-se a necessidade de um aprofundamento nas questões relativas à gestão da qualidade por meio da acreditação hospitalar como fator de transformação do processo de trabalho do enfermeiro. A partir de uma compreensão sistêmica e sistemática das ferramentas da qualidade, espera-se que os profissionais se sintam mais bem preparados para assumir de forma integral a atividade a que se propõem.

Almeja-se que este estudo possa contribuir para que a área acadêmica conjecture a melhor estratégia para preparar os futuros profissionais para essa realidade que o mercado de trabalho apresenta. A inclusão dos conteúdos da gestão da qualidade na formação acadêmica do enfermeiro poderia propiciar uma formação de força de trabalho mais voltada para a realidade atual dos serviços de saúde, acompanhando as mudanças que ocorrem no cenário da assistência hospitalar. Além disso, há necessidade constante de se investir na educação permanente, quer seja através da pós-graduação, quer seja por meio de treinamentos em serviço, envolvendo e qualificando o profissional para o cumprimento das atribuições relativas à acreditação hospitalar.

Não se pretende com esta pesquisa findar o assunto e sim suscitar novas pesquisas e publicações sobre o tema, haja vista a amplitude e relevância da atuação dos enfermeiros no programa de acreditação hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2006.

BARREIRA, I. A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 480-487, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a03v14n4.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/11.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BOHMER, R. M. J. **Arquitetura e Planejamento na Gestão da Saúde**: Alinhando o conhecimento médico à administração do sistema de saúde. Porto Alegre: Bookmann, 2012.

BOHOMOL, E; RAMOS, L. H; Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. bras enferm**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 32-36, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a06v60n1.pdf>> . Acesso em 12 ago. 2014.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde**: programas de qualidade em hospitais. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Presidência da República, Casa Civil, 1988.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Sinopse do Censo Demográfico 2010. Minas Gerais. Brasília (DF).

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RE n. 921, de 29 de maio de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 93, de 26 de maio de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 538, de 17 de Abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 396, de 4 de março de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2011a.

CAMPOS, P. F. S; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo A e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev bras enferm.** v. 61, n. 6, p. 892-898, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a17v61n6.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, B. G; PEDUZZI, M; MANDÚ, E. N. T; AYRES, J. R. C. M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem.

Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n. 1, 2012 Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a15.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

CARVALHO, V. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66 (esp), p. 24-32, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea03.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2014.

CASSIANI, S.H.B. **Administração de medicamentos.** São Paulo: EPU; 2000.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011.

CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a03.pdf>> Acesso em: 1 out 2013.

CORREA, A. D.; MARQUES, I. A. B.; MARTINEZ, M. C.; SANTESSO, P. L.; LEÃO, D. M. N.; CHIMENTÃO, D. M. N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2014.

COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. **Técnicas básicas de implantação da Acreditação.** Belo Horizonte: IAGSaúde, 2009.

DAHER, D. V.; SANTO, F. H. E.; ESCUDEIRO, C; L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10507.pdf>> Acesso em: 04 jan. 2014.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: how can it be assessed? **The Journal of the American Medical Association - JAMA**. v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988;

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul**. v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DUTRA, J. S. **Competências Gerenciais: desafio para o enfermeiro**. Prefácio. In: BALSANELLI, A. P., CUNHA, I. C. K. O., FELDMAN L. B., RUTHES, R. M. (Org.). São Paulo: Martinari; 2008.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>> Acesso em: 14 out. 2013.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. de Enferm.** v. 18, n. 1, p. 213-219, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>> Acesso em: 17 out. 2013.

FELDMAN, L. B.; CUNHA I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev Latino-am de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 540-545, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2329/2480>> Acesso em: 17 out. 2013.

FERNANDES, M.S.; SPAGNOL, C.A.; TREVIZAN, M.A.; HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev Latino-Am de Enfermagem**. v. 11, n. 2, p. 161-167, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a04.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2014

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais Acreditados. **Rev Lat-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_15.pdf> Acesso em: 18 ago. 2014.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOMES, J. R. A. A.; CORGOZINHO, M. M.; LOURENCINI, J. C.; HORAN, L. M. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 18, n 1, p. 54-63, 2013. Disponível em:

<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_a_pratica-do-enfermeiro-comoinstrumentador-cirurgico.pdf> Acesso em: 23 ago. 2014.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Esc. Anna Nery**. v.15, n.4, p. 755-761, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4>> Acesso em: 12 ago. 2014.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>> Acesso em: 7 out. 2013.

ITO, E.E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16>> Acesso em: 18 mar. 2014.

KLASSMANN, J. C; MERINO, M. F. G. L; MEIRELES, V. C; MATSUDA, L. M. Teorias Administrativas x administração / gestão em enfermagem. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Enfermagem**. v 1, n 1, p. 153-175, jul. 2009.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. D.; MANTOVANI, M. F.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; ANDERS, J. C. O processo de enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2014.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59 (esp), p. 403-410, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea04.pdf>> Acesso em: 06 dez. 2013.

KONDER, L. **O que é dialética**. 28 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LABBADIA, L.L; PIVETA, V,M; CRUZ, F.S.L; MATSUSHITA, M.S; VIANA, T.A. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 12, p. 83-87, abr. 2004.

LIMA, S. B. S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem**: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LIMA S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.271-278, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3.pdf>> Acesso em: 06 set. 2013.

- LUCENA, I. C. D. **Fundamentos de enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery (1962-1978): rupturas e continuidades.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- MANDÚ, E. N. T; PEDUZZI, M; CARVALHO, B. G; SILVA, A. M. N. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 766-773, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a21v64n4.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.
- MANZO, B. F; RIBEIRO, H. C. T. C; BRITO, M. J. M; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 20, n 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_20.pdf > Acesso em: 14 ago. 2014.
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. D. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 438-494, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2014.
- MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2009.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 1.
- MASSOCO, E. C. P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente.** 2012. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012.
- MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17>> Acesso em: 16 mai. 2014.
- MATOS, S. M.; MORAIS, R. M.; NEUMANN, V. N.; SILVA, V. C.; SILVA, C. T.; 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, 2006. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/440> > Acesso em: 16 jul. 2013.
- MAZIERO, V. G; SPIRI, W. C. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 121-129, 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a14.pdf> Acesso em: 16 nov. 2013.
- MENEZES, P. I. F. B; D'INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.4, p. 571-577, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a16.pdf>> Acesso em: 16 jan. 2014.

- MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. Barueri: Manole, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OGUISSO, T; CAMPOS, P. F. S; FREITAS, G. F. **Pesquisa em história da enfermagem**. 2 ed. Barueri: Manole, 2011.
- OLIVEIRA, M. S.; **A acreditação hospitalar e a eficácia gerencial: um estudo de caso na Santa Casa de Misericórdia de Passos - MG**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2010.
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. [página da Internet]. Brasília (DF). Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Coleção Manual Brasileiro de Acreditação. Brasília. 2014b.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, Ginebra. Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra: OMS, 1985.
- PEREIRA, M. J. B; FORTUNA, C. M; MISHIMA, S. M; ALMEIDA, M. C. P; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>> Acesso em: 16 ago. 2014.
- PERTENCE, P. P.; MALLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1024-1031. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>> Acesso em: 18 out. 2013.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil, 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2014.
- POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 548-551, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4>> Acesso em: 30 out. 2013.
- QUINTO NETO, A. **Hospitais: Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004.
- RAMOS, F. R. S.; BERTONCINI, J. H.; MACHADO, R. R.; FLOR, R. C.; PIRES, D. E. P.; GELBCKER, F. L. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 361-368, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/21.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2014.

ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev Latino-am de Enfermagem**. São Paulo, v. 17, n. 2, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_16.pdf> Acesso em: 30 mar. 2013.

ROLTHBATH, S; WOLFF, L. D. G; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de administração aplicada à enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v 18, n 2, p. 321-329, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/16.pdf> > Acesso em: 30 jun. 2014.

SANNA, M. C.; Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 60, n 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf> > Acesso em: 12 set. 2013.

SOUZA, N.V.D.O; MAURÍCIO, V.C.; DAVID, C.C.P.C. Acumulação flexível do capital e o trabalho em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Enfermagem Profissional**. v. 1, n. 1, p. 236-251, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3173>> Acesso em: 12 jun. 2014.

SIMAN, A. G. S, BRITO, M. J. M, CARRASCO, M. E. L, Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00093.pdf> Acesso em: 21 jul. 2014.

STRACCIARINI, J. M. R; TRÓCCOLI, B. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n. 9, p. 17-25, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf> > Acesso em: 26 out. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

TURKIEWICZ, M. **História da Enfermagem**. Paraná. ETECLA, 1995.

VIANA, M. F. **Processo de Acreditação**: Uma análise das organizações hospitalares. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração e Economia). Universidade Federal de Lavras, Lavras (MG), 2011.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L. M.; Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Escola Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>> Acesso em: 12 set. 2013.

