

Nanci da Silva Teixeira Junqueira

EDUCAÇÃO PERMANENTE:

*ferramenta estratégica na
obtenção de certificação
internacional em saúde*



EDUCAÇÃO PERMANENTE:

*ferramenta estratégica na
obtenção de certificação
internacional em saúde*

Fundação Universidade de Caxias do Sul

Presidente:
Dom José Gislon

Universidade de Caxias do Sul

Reitor:
Gelson Leonardo Rech

Vice-Reitor:
Asdrubal Falavigna

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:
Everaldo Cescon

Pró-Reitora de Graduação:
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitora de Inovação e
Desenvolvimento Tecnológico:*
Neide Pessin

Chefe de Gabinete:
Givanildo Garlet

Coordenadora da EDUCS:
Simone Côrte Real Barbieri

Conselho Editorial da EDUCS

André Felipe Streck
Alexandre Cortez Fernandes
Cleide Calgaro – Presidente do Conselho
Everaldo Cescon
Flávia Brocchetto Ramos
Francisco Catelli
Guilherme Brambatti Guzzo
Jaqueline Stefani
Karen Mello de Mattos Margutti
Márcio Miranda Alves
Simone Côrte Real Barbieri – Secretária
Suzana Maria de Conto
Terciane Ângela Luchese

Comitê Editorial

Alberto Barausse
Università degli Studi del Molise/Itália

Alejandro González-Varas Ibáñez
Universidad de Zaragoza/Espanha

Alexandra Aragão
Universidade de Coimbra/Portugal

Joaquim Pintassilgo
Universidade de Lisboa/Portugal

Jorge Isaac Torres Manrique
*Escuela Interdisciplinaria de Derechos
Fundamentales Praeeminentia Iustitia/
Peru*

Juan Emmerich
*Universidad Nacional de La Plata/
Argentina*

Ludmilson Abritta Mendes
Universidade Federal de Sergipe/Brasil

Margarita Sgró
*Universidad Nacional del Centro/
Argentina*

Nathália Cristine Viecelli
Chalmers University of Technology/Suécia

Tristan McCowan
University of London/Inglaterra



Nanci da Silva Teixeira Junqueira

EDUCAÇÃO PERMANENTE:

*ferramenta estratégica na
obtenção de certificação
internacional em saúde*



© dos organizadores
1ª edição: 2024
Preparação de Texto: Giovana Letícia Reolon
Revisão: Luiza Moura Linzmaier
Editoração e Capa: EDUCS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS – BICE – Processamento Técnico

J95e Junqueira, Nanci da Silva Teixeira
Educação permanente [recurso eletrônico] : ferramenta estratégica na obtenção de certificação internacional em saúde / Nanci da Silva Teixeira Junqueira. – Caxias do Sul, RS : Educs, 2024.
Dados eletrônicos (1 arquivo).
Apresenta bibliografia.
Modo de acesso: World Wide Web.
DOI 10.18226/9786558073383
ISBN 978-65-5807-338-3
1. Educação permanente - Saúde. 2. Saúde - Qualidade. 3. Hospitais - credenciamento. I. Título.
CDU 2. ed.: 37:6

Índice para o catálogo sistemático:

1. Educação permanente - Saúde	37:61
2. Saúde - Qualidade	614:006.015.5
3. Hospitais - Credenciamento	614.21

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Márcia Servi Gonçalves – CRB 10/1500

Direitos reservados a:



EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 –
Caxias do Sul – RS – Brasil
Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil
Telefone/Telefax: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR (54) 3218 2197
Home Page: www.ucs.br – E-mail: educs@ucs.br

Agradecimentos

A Deus e a Jesus, pela infinita bondade de me presentear com vida, saúde e sabedoria e me proporcionarem bênçãos imensamente grandiosas, como minha família, amigos e trabalho.

Em especial, agradeço à minha filha Milena, que respeitou e entendeu a minha ausência por muitos momentos e me fortaleceu com cada sorriso, conselho e muitos abraços apertados ao longo de todo o processo desta Tese. Aos meus enteados Lucas e Eduardo, pelas demonstrações de amor, preocupação e carinho. Amo cada um infinitamente e dedico esta obra a vocês três!

Ao meu marido, Sandro Junqueira, por ter demonstrado em toda a nossa vida, e principalmente nesse período de doutoramento, que o amor é fundamental. Amar é vibrar com os sonhos do outro, é desejar as mesmas conquistas, é a compreensão, o afeto na hora da angústia e a força no momento de fraqueza! O teu amor me ajudou em todo momento, tenha certeza de que tu foste fundamental para a concretização desta conquista. Obrigada por tudo... sempre!

À minha grande família, Silva e Junqueira, agradeço por cuidarem de mim quando precisei, pelas oportunidades e por acreditarem no meu potencial! Minha vitória também é de vocês!

A todos os amigos que, de alguma forma, direta ou indiretamente, estiveram me apoiando nesta conquista.

Ao Hospital Geral de Caxias do Sul, ao Setor de Qualidade - à coordenadora Scheila Hoffman - e a todos os colaboradores que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho. Em especial ao gerente assistencial e enfermeiro Alejandro Borges, um grande amigo que acolheu com toda a atenção este trabalho, auxiliando em todo o momento. À coordenadora de RH, Aline Souza, aos coordenadores médicos e de Enfermagem da

unidade de urgência e emergência, em especial à coordenadora e enfermeira Claudete Pereira, que dedicou muitos momentos à realização da pesquisa. Ao enfermeiro Marcelo Bett, um amigo que também se fez presente no desenvolvimento deste trabalho e continuou acompanhando o seu desenvolvimento. E o meu agradecimento especial ao grupo de “Multiplicadores”, que participaram e contribuíram de forma especial para a pesquisa. Tenham certeza de que foram momentos de muita aprendizagem e inesquecíveis para mim.

Eu gostaria de externar minha gratidão aos professores orientadores. Dr. Geraldo Antônio da Rosa, que desde o início apoiou a ideia do trabalho e em toda as fases dele mostrou confiança no meu potencial, obrigada pelos ensinamentos, pela paciência e pela atenção. E Dra. Nilva Lúcia Stedile, por quem tenho grande admiração e é fonte de inspiração para muitos profissionais da área da saúde, obrigada pela dedicação, pelo carinho e pela paciência nesse longo processo.

Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.

Paulo Freire

Lista de Siglas

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía</i>
BDTD	Banco de Dados de Teses e Dissertações
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CB	Comitês de bioética
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
DGS	Direção Geral de Saúde
DNV	Det Norske Veritas
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde

FCAV	Fundação Carlos Alberto Vanzolini
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
HG	Hospital Geral de Caxias do Sul
IAC	Instituição Acreditadora Credenciada
IAHCS	Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IBES	Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
IPASS	Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde
IBES	Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	<i>Internacional Organisation of Standardization</i>
ISQua	<i>International Society for Quality in Healthcare</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MPF	Ministério Público Federal
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNCQ	Programa Nacional de Controle de Qualidade de Laboratórios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PS	Pronto-Socorro
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
RMSG	Região Metropolitana da Serra Gaúcha

SMS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UUEM	Unidade de urgência e emergência médicas

Sumário

Prefácio/ 15

Nilva Lúcia Rech Stedile

Apresentação/ 19

1 Introdução/ 23

2 Caminhos da pesquisa: percurso metodológico/ 32

2.1 Caracterização do estudo/ 32

2.1.1 Delineamento de pesquisa/ 32

2.2 Natureza dos dados da pesquisa/ 36

2.3 Locus da pesquisa: Hospital Geral de Caxias do Sul (RS) e Hospital Regional do Sertão Central de Quixeramobim (CE)/ 38

2.3.1 Caracterização do Hospital Geral - localizado em Caxias do Sul (RS), na Serra Gaúcha/ 39

2.3.2 Caracterização do Hospital Regional do Sertão Central de Quixeramobim (CE), uma instituição com certificação internacional ACSA/ 43

2.4 Procedimentos, fontes e instrumentos de coleta de dados/ 44

2.5 Etapas do procedimento de pesquisa/ 44

2.5.1 Etapa 1 - Identificação das habilidades e competências dos profissionais para alcançar a acreditação com base no Manual de Normas da ACSA/ 44

2.5.2 Etapa 2 - Análise das habilidades e competências que ainda precisam ser desenvolvidas no Hospital Geral/ 45

2.5.3 Etapa 3 - Identificação dos elementos fundamentais para o processo de acreditação a partir de uma instituição de referência/ 46

2.5.4 Etapa 4 - Elaboração e implementação de um Programa de Educação Permanente no Hospital Geral de Caxias do Sul com vistas à acreditação ACSA/ 48

2.5.5. Etapa 5 - Construção e avaliação dos ambientes de aprendizagens para desenvolvimento de habilidades e competências para acreditação/ 40

2.6 Sistematização dos dados/ 50

2.7 Princípios éticos/ 53

3 Educação permanente em saúde: espaço de participação e de criatividade dos profissionais envolvidos/ 56

3.1 Importância da Educação Permanente: horizontes para possíveis avanços na saúde/ 58

3.1.1 Interdisciplinaridade: perspectiva de superação da fragmentação dos processos formativos/ 62

3.1.2 Multidisciplinaridade: contribuição de várias disciplinas preservando independência/ 63

3.1.3 Interprofissionalidade: horizonte para atuação conjunta e interativa na saúde/ 64

3.2 Educação Permanente e acreditação hospitalar/ 67

4 Qualidade em saúde: desafios para acreditação internacional/ 70

4.1 Qualidade em serviços: uma realidade em termos de humanização em saúde e uma necessidade competitiva/ 70

4.2 Busca pela qualidade socialmente referenciada e gestão em saúde/ 73

4.2.1 Qualidade e gestão em saúde: a sua importância e os desafios frente à complexidade do mundo contemporâneo/ 74

4.2.2 Importância da acreditação hospitalar: compromisso na busca de avanços na prestação dos serviços hospitalares/ 76

4.2.3 Conhecendo a ONA e sua importância do processo de acreditação/ 79

4.2.4 Níveis da acreditação hospitalar - ONA/ 81

4.3 Nova certificação internacional - ACSA: novos horizontes para o aperfeiçoamento hospitalar/ 84

5 Conhecendo a ACSA: um voo panorâmico rumo à certificação internacional na qualidade em saúde/ 87

5.1 Conhecendo o *Manual de Normas: centros hospitalares*/ 87

5.1.1 O que diz o Manual de Normas da ACSA sobre pessoa como centro do sistema e sujeito ativo/ 91

5.1.1.1 Primeiro critério/ 92

5.1.1.2 Segundo critério/ 93

5.1.1.3 Terceiro critério/ 95

5.1.1.4 Quarto critério/ 96

5.1.1.5 Quinto critério/ 98

5.1.1.6 Sexto critério/ 99

5.1.1.7 Sétimo critério/ 103

5.1.1.8 Oitavo critério/ 104

5.1.1.9 Nono critério/ 105

5.1.1.10 Décimo critério/ 108

5.1.1.11 Décimo primeiro critério/ 109

- 5.1.1.12 Décimo segundo critério/ 110
- 5.1.1.13 Décimo terceiro critério/ 112
- 5.1.1.14 Décimo quarto critério/ 113
- 5.1.1.15 Décimo quinto critério/ 115
- 5.1.1.16 Décimo sexto critério/ 117
- 5.1.1.17 Décimo sétimo critério/ 118

5.1.2 Acessibilidade e continuidade de cuidados/ 121

5.1.3 Documentação clínica/ 123

6 Apresentação, análise e discussão de resultados: a experiência de de Quixeramobim na obtenção da certificação ACSA/ 126

- 6.1 Razões que levaram o hospital a optar pela certificação ACSA/ 129
- 6.2 Metodologia utilizada para sensibilização dos profissionais do HRSC/ 132
- 6.3 Aspectos facilitadores e dificultadores do processo de acreditação/ 138
- 6.4 Metodologia utilizada para manutenção e capacitação dos colaboradores/ 146
- 6.5 Metodologias para incentivo do cuidado centrado no paciente e sua inserção no plano terapêutico/ 151
- 6.6 Percepções da equipe quanto aos impactos da certificação e aos ganhos para a instituição/ 159

7 Apresentação, análise e discussão de resultados: o processo de construção de competências no HG/ 166

- 7.1 Habilidades e competências necessárias para o alcance da acreditação ACSA e aspectos a serem observados no Programa de Educação Permanente/ 166
- 7.2 Aspectos identificados junto às equipes para subsidiar o Programa de Educação Permanente/ 175
- 7.3 Aspectos facilitadores identificados com as equipes que subsidiaram o Programa de Educação Permanente/ 183
- 7.4 Organização das atividades de diagnóstico para obtenção do certificado ACSA: compreendendo a proposta com os gestores/ 186
- 7.5 Processo de Educação Permanente com os profissionais de urgência e emergência na perspectiva do cuidado centrado no paciente/ 205

8. Considerações finais/ 217

Referências/ 224

Apêndice A - Carta ao Hospital Geral/ 238

Apêndice B - Carta ao Hospital Regional do Sertão Central/ 240

Apêndice C - Perguntas de pesquisa / 245

Parte I - Caracterização do entrevistado/ 243

Parte II - Perguntas norteadoras para os profissionais/ 243

Apêndice D/ 245

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Hospital Regional do Sertão Central/ 249

Anexo A - Plano de ação 5W2H/ 253

Anexo B - Carta de direitos e deveres do Hospital Geral/ 260

Anexo C - Protocolo transsexual - política sobre diversidade e inclusão/ 261

Anexo D - Folder “Entendendo a ACSA” para os setores de urgência e emergência/ 271

Anexo E - Programação e divulgação do I Simpósio ACSA/ 273

Prefácio

Não é comum iniciar um prefácio usando uma metáfora. Autorizo-me a usá-la com o objetivo único de criar uma representação mental sobre o tema central desta obra. Assim, arrisco-me a utilizar e a chamar à consciência a imagem do que acontece em um circuito de Fórmula 1. Quando assistimos a uma corrida desta natureza, tendemos a imaginar que *carro* e *piloto* se destacam, segundo critério de importância, para que a conquista aconteça.

No entanto, esses são apenas alguns dos atores responsáveis pelo que ocorrerá **ao longo de todo o percurso**. O termo “apenas” não tem como finalidade reduzir a importância desses atores, percebidos pela maioria como protagonistas principais, mas de valorizar toda uma equipe que trabalha árdua e antecipadamente para que todos, indiscriminadamente, atinjam o objetivo.

Tomo emprestada essa representação como ponto de partida para a compreensão desta importante e complexa obra e para o entendimento da essência do significado da Educação Permanente em Saúde. Assim como na corrida, nessa forma de educação, que ocorre enquanto a prática em saúde se desenvolve, muitos precisam estar envolvidos e comprometidos com o processo para que aconteçam o resultado – a aprendizagem – e, com ele, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Também não é uma educação em que apenas o professor/educador é o protagonista, mas todo e qualquer profissional preocupado com o desenvolvimento de competências em uma equipe que, ao trabalhar coletiva e colaborativamente, potencializa resultados em uma área em que falhas podem implicar riscos à vida e danos permanentes.

No campo da saúde, a educação ainda se caracteriza como uma prática tradicional, mesmo que muitas boas práticas edu-

cativas sejam exemplos atuais de rompimento dessa tendência. O surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), inclusive, é uma dessas tentativas de produzir rupturas nesse modelo tradicional que não mais responde às necessidades emergentes de aprendizagem em saúde.

Se adotar os preceitos dessa política é importante, conforme já demonstrado em diversas pesquisas e experiências desenvolvidas em todo o país, muito mais o é quando o foco é a busca por uma certificação internacional que exige um trabalho interdisciplinar e interprofissional e que se caracteriza por uma atenção em saúde que coloca o usuário como foco central e participante ativo do processo, traços que representam uma mudança de paradigma no ensino e no cuidado em saúde. Cabe ressaltar que o processo aqui apresentado foi desenvolvido em uma instituição hospitalar, na unidade de urgência e emergência, que já possui uma certificação nacional (ONA), mas que busca alcançar também uma certificação internacional (ACSA) como forma que elevar o hospital a uma condição de trabalho reconhecida também internacionalmente.

A complexidade do ambiente em que o processo foi desenvolvido e o nível de exigência para a obtenção da pretendida certificação remetem à necessidade de construir um ambiente de aprendizagem favorecedor do desenvolvimento de novas habilidades e competências. Assim, a Educação Permanente em Saúde, cuja opção teórica é a aprendizagem significativa, constitui-se, conforme os resultados demonstrados, na opção metodológica mais adequada ao tamanho do desafio enfrentado: identificar os elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA, por meio de um Programa de Educação Permanente (EPS) desenvolvido com profissionais do hospital, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. Percebem-se aqui duas mudanças fundamentais na direção da quebra paradigmática: uma relacionada à assistência que coloca o paciente como central no processo de cuidado; outra relacionada à formação dos profissionais, que deixa de

estar alicerçada na transmissão de informações para buscar, na construção coletiva e solidária de aprendizagens, o desenvolvimento de novas e complexas habilidades e competências.

Nesse sentido, o texto disponibilizado nesta obra amplia nossa imaginação sobre como é possível, em um ambiente complexo e estressante como é o hospitalar, encontrar espaço para uma educação comprometida com o crescimento e a valorização dos atores nela envolvida. A autora apresenta não só as possibilidades de educar em serviço, mas também a maneira de estabelecer interações que buscam resolver situações de saúde cada vez mais complexas e diversificadas. Resulta disso a transformação do cenário de prática em um cenário educativo, e deste emergem novas práticas, mais humanas, colaborativas e respeitosas.

É possível, a partir da leitura de cada capítulo, mergulhar em conceitos fundamentais que permitem a contextualização e a compreensão do universo vivenciado no processo educativo desenvolvido (Introdução), bem como os desafios para obtenção de uma acreditação internacional (Capítulo 4) com todas as suas exigências (Capítulo 5). Nessa busca, vislumbram-se novos horizontes para o aperfeiçoamento hospitalar, não apenas pela incorporação de novas tecnologias em saúde, mas pelo levantamento de habilidades e competências que precisam ser desenvolvidas e incorporadas ao cotidiano dos serviços.

Evidentemente, um processo educativo dessa natureza traz inúmeros desafios por tratar-se de nova lógica de trabalho em saúde e de comprometimento dos profissionais para além da responsabilidade técnica de cada um. Ou seja, são novos conceitos que fundamentam novas práticas, compreendidos por meio de um processo educativo que também pode ser considerado uma nova forma de ensinar e aprender em saúde (Capítulo 3).

Essa complexidade exigiu da autora a construção de um percurso metodológico que é, sem dúvida, inspirador (Capítulo 2), tanto aos que pretendem desenvolver pesquisas relacionadas

à pedagogia da saúde como aos que buscam implementar e consolidar novas formas de relacionamento entre os profissionais que compõem uma equipe de saúde e entre estes e os usuários dos serviços.

Muitos dos resultados apresentados nesta obra (Capítulos 6 e 7), fundamentados na participação ativa dos profissionais, podem ser utilizados em diferentes situações e contextos, a exemplo do mapa de competências disponibilizado. Esses resultados são apresentados em duas grandes dimensões: a que diz respeito ao processo educativo capaz de favorecer o desenvolvimento das habilidades necessárias à obtenção da certificação internacional, elaborado com base nas necessidades específicas de aprendizagem; e a que se refere aos produtos resultantes da sistematização de conhecimentos por todos os partícipes ao longo do processo.

Por fim, convido todos que se interessam pela educação, pela saúde e pela educação na saúde a ler esta obra, que certamente estimula a estudar mais, buscar mais, experimentar mais, temer menos.... As reflexões que emanam de cada capítulo mostram que é possível construir novos horizontes pedagógicos no campo da saúde, valorizar todo e cada profissional que participa da construção no cuidado e retirar o paciente da condição de “alguém que tem paciência e recebe cuidados” para alguém que participa da construção do próprio projeto terapêutico singular.

Volto a imagem mental de uma corrida da Fórmula 1 para enfatizar a importância do trabalho em equipe e lembrar que, em trabalhos dessa natureza, todos são igualmente importantes e construtores de novos cenários de ensino e de saúde, com base na interação e no respeito.

Nilva Lúcia Rech Stedile

Apresentação

Início esta obra compartilhando com vocês o motivo da minha escolha profissional. Desde criança eu pensava que trabalharia na área da saúde, e dentre essas profissões a Medicina e a Odontologia faziam ir longe a minha imaginação. Porém, foi na adolescência vivenciei o importante papel de uma profissão especial... o da Enfermagem. Por longos meses acompanhei minha mãe (na época ela tinha 38 anos) em um difícil tratamento oncológico. Nessa experiência dolorosa para todos da família, eu observava atentamente os cuidados dedicados a ela e a nós. Lembro-me bem das equipes médicas discutindo o caso “dela” sem achar muitas respostas de um prognóstico favorável. Mas, mesmo assim, lembro-me perfeitamente da dedicação e do acolhimento das equipes assistenciais com minha mãe e todos os meus familiares!

Os encantamentos foram inúmeros, ressaltando os pontos fortes da assistência, entretanto eu observava também as fragilidades que ocorriam no cotidiano assistencial.

Decidi ser enfermeira, e nestes quase 25 anos de formação, com experiências assistenciais, de gestão e acadêmicas, percebi claramente a necessidade de algumas mudanças. Quando falo de mudança, relaciono ao sentido de estruturar protocolos de assistência, capacitar constantemente colaboradores, incentivar que todos da equipe tenham a mesma atenção e linguagem. Atualmente, no âmbito hospitalar, percebe-se também uma necessidade de medir, qualificar, desenvolver protocolos, fortificar a gestão hospitalar melhorando a segurança na assistência.

Nestes anos percebi que a tecnologia ganhou espaços, seja no trabalho ou na nossa vida pessoal, e percebemos que nossos pacientes estão diferenciados... mais participes da conduta clínica, mais questionadores, mais atentos!

Com isso, as exigências no campo da saúde modificaram-se nas últimas décadas, estando além do acolhimento, do cuidado e da dedicação ao próximo.

É necessário salientar que uma instituição hospitalar caracteriza-se como uma entidade complexa, e, nessa perspectiva, surgiu meu interesse em ampliar as pesquisas aliando importantes temas, como saúde, qualidade e educação.

Diante disso, entendi que a elaboração e o desenvolvimento da minha tese de doutorado, intitulada *Educação Permanente com profissionais assistenciais da unidade de urgência e emergência na perspectiva do cuidado centrado no paciente segundo critérios de acreditação nacional (ONA) e internacional (ACSA)*, poderia ser uma importante ferramenta a fim de multiplicar os resultados da pesquisa em conhecimento aos hospitais e instituições, tanto no âmbito privado quanto no público.

Nesse contexto, a *saúde* no Brasil está organizada respeitando os princípios do SUS, dentre eles a universalidade, que reforça a saúde como direito de todos; a integralidade, que visa a atender às necessidades de cada indivíduo como ser único e complexo; e a equidade, que objetiva trabalhar a redução das desigualdades. A *qualidade em saúde* em relação a apresentar ao leitor a importância de oferecer às pessoas uma assistência adequada, baseada em protocolos de segurança do paciente, a qual se tornou uma grande necessidade e um diferencial nas organizações de saúde, tanto no setor privado quanto no público. E a *educação*, que é a base elementar para o indivíduo ter saúde, deve também ser utilizada como principal ferramenta na busca constante de qualidade na saúde. Por meio da educação é possível criar cenários propícios para incentivar a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, utilizando as Políticas da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de capacitação dos profissionais de forma processual e contínua.

Este trabalho teve como objetivo geral definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacio-

nal ACSA, por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente (EPS) elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. Para isso, foi elaborada uma metodologia utilizando-se da pesquisa-ação para a proposição e o desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente envolvendo as equipes interprofissionais.

O método consiste em uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando como técnicas a observação, o diário de campo e as entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais da saúde do Hospital Geral e do Hospital Regional do Sertão Central. Para analisar os dados qualitativos, foi utilizada análise de conteúdo de Bardin (2016).

Os resultados permitiram identificar 18 habilidades e competências que precisavam ser desenvolvidas, com base no Manual da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). Também foram identificados os possíveis dificultadores e facilitadores na elaboração e implementação do Programa de Educação Permanente, para que o hospital possa se habilitar a esse processo de acreditação internacional (ACSA). Para que o processo de EPS pudesse ter caráter permanente, durante os encontros com os colaboradores foi criado um grupo chamado de “multiplicadores do processo ACSA” para divulgação dessa certificação e sua ampliação para os demais setores do hospital, sem dúvida uma das melhores experiências que vivi tanto no aspecto pessoal e profissional quanto no de pesquisadora. Destaca-se ainda que as equipes de colaboradores do HG no planejamento das ações a serem desenvolvidas utilizaram a ferramenta 5W2H, que auxilia na visualização do processo. Dentre os produtos resultantes dos encontros de estudo, destacam-se o desenvolvimento de um folder, a elaboração de um fluxograma de atendimentos aos pacientes da UUEM, a utilização dos meios digitais para divulgar a certificação ACSA e a realização do I Simpósio ACSA. No desenvolvimento do processo de Educação Permanente, é importante salientar que, das 18 habilidades e

competências a serem desenvolvidas com os colaboradores do HG, 14 foram trabalhadas utilizando estratégias pedagógicas que auxiliaram nesse processo educativo e reflexivo, com vistas ao desenvolvimento de aprendizagem significativa.

Duas importantes constatações foram evidenciadas: a importância de desenvolver efetivamente a “Educação Permanente” nos cenários de trabalho como forma de promover mudanças nos processos de cuidar em saúde; e a dificuldade em efetivamente colocar o “paciente como centro do cuidado”, como protagonista na organização do seu plano terapêutico, considerando que, historicamente, aos profissionais coube decidir pelo e sobre o paciente, o que implica mudança profunda na cultura Institucional.

Os resultados deste estudo estão arquivados no repositório da biblioteca da Universidade de Caxias do Sul e a leitura desta obra poderá servir como subsídios para orientar e incentivar outras instituições hospitalares no interesse em buscar uma certificação a nível internacional, consolidando, assim, a qualidade e o engajamento das equipes bem como o fortalecimento do trabalho assistencial baseado na qualidade e na excelência.

Aproveitem a leitura!

*Com carinho,
Nanci da Silva Teixeira Junqueira
Janeiro de 2024*

I. Introdução

Temáticas como saúde, educação, desemprego, violência, falta de moradia e fome são problemas sociais que nos afetam diretamente e motivos para preocupações sociais e governamentais. Com o aparecimento do vírus SARS-CoV-2, o qual gerou uma pandemia a nível mundial, percebemos esses problemas com maior intensidade, reforçando, diante do mundo, as várias fragilidades com as quais convivemos.

Nesse contexto, ressalta-se o papel das universidades como propulsoras no desenvolvimento de pesquisas, reafirmando sua função social na comunidade em que estão inseridas. Tais pesquisas passam a ser um dos requisitos para qualificar a saúde, desenvolver a Educação Permanente em Saúde (EPS) por meio do trabalho, da aprendizagem no e pelo trabalho bem como promover a qualificação permanente dos profissionais atuantes nessa área.

Aliadas a essa necessidade de ampliar espaços para qualificação profissional em serviço por meio da EPS, as instituições de saúde, em especial os hospitais, dispõem de tecnologia como ferramenta facilitadora de acesso à informação, o que auxilia e potencializa a rapidez com que a informação transita entre profissionais e usuários do sistema de saúde.

Um dos focos principais da EPS é melhorar os processos de trabalho por meio da construção coletiva e interprofissional de soluções aos problemas emergentes do cotidiano dos serviços, especialmente aqueles trazidos pelos usuários que acessam esses serviços. A resolução desses problemas visa a atender e qualificar o atendimento prestado ao usuário, que passa a ser o centro e o foco do trabalho em saúde.

Essa tese tem como foco principal a Educação Permanente em Saúde como estratégia importante a ser utilizada nos ce-

nários assistenciais. Por meio da EPS, foi conduzida a reflexão crítica pelos profissionais em relação às práticas do trabalho, assim como a ressignificação de conceitos e a interação entre equipes interprofissionais, resultando em uma aprendizagem significativa, com maior probabilidade de consolidar a cultura do cuidado centrado ao paciente.

Nesse sentido, a expressão “cuidado centrado no paciente” é empregada na literatura com ênfase na ideia de parceria e colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. O Ministério da Saúde também aborda esse tema por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é definido por um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar.

The Picker Institute, Organização Não Governamental (ONG) que promove pesquisas sobre os interesses dos pacientes nos Estados Unidos e na Europa, define o cuidado centrado no paciente como uma abordagem em que os profissionais desenvolvem parceria com pacientes e familiares para identificar e satisfazer toda a gama de necessidades e preferências do paciente em relação ao seu tratamento: “um modelo que promove parcerias entre pacientes e familiares para identificar e satisfazer a gama completa de necessidades e preferências do paciente”¹ (Gomes *et al.*, 2011, p. 51, tradução minha). Cabe salientar que as instituições hospitalares estão cada vez mais buscando ferramentas de qualidade com o objetivo de proporcionar um cuidado centrado no paciente, utilizando boas práticas de mercado, ou seja, constantes atualizações no cuidado assistencial.

O presente estudo também tem a intenção de abordar duas importantes certificações de qualidade hospitalar. A pri-

¹ Do original: “a model in which providers partner with patients and families to identify and satisfy the full range of patient needs and preferences”.

meira é reconhecida e incentivada pelo Ministério da Saúde do Brasil, e a segunda é uma certificação internacional criada na Espanha: Acreditação Hospitalar/Organização Nacional da Acreditação (ONA) e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), respectivamente.

Segundo a ONA, a acreditação hospitalar é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência na saúde (ONA, [20--]). Cabe salientar que a acreditação constitui um Programa de Educação Permanente para estimular a melhoria contínua, não apenas com caráter fiscalizatório. Para Santos e Barbosa (2019), a ONA é uma ferramenta que atribui inúmeras vantagens à saúde pública brasileira, pois se trata de uma certificação que “proporciona aos usuários do serviço hospitalar público a qualificação da assistência mediante a organização do processo de trabalho e comprometimento de seus profissionais” (Camilo *et al.*, 2016, p. 453).

A nível internacional, destaca-se a certificação denominada ACSA. As bases de referência internacionais mais conhecidas são o modelo da *Joint Commission International* e o modelo canadense *Qmentum*, e os aspetos da qualidade na saúde reconhecidamente importantes encontram-se presentes também no modelo ACSA (Silva, 2014).

Essa certificação foi criada na Espanha, Região Autônoma da Andaluzia, por intermédio da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), com um modelo de certificação de unidades de saúde focado na certificação da prestação de cuidados desenvolvido por profissionais de saúde para profissionais de saúde. Uma vez adotado e adaptado para Portugal, o modelo ACSA constitui-se como o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde e como principal referência para as unidades de saúde do SNS (Silva, 2014).

As equipas interprofissionais, cuja atuação ocorre de forma direta com os pacientes, são fundamentais para um programa de

qualidade. Além disso, por meio de protocolos e rotinas assistenciais, interagem com todas as áreas de apoio, sendo dotadas de autonomia e corresponsabilidade (Rocha; Trevizan, 2009).

Cabe ressaltar que as instituições que já conquistaram certificações de qualidade buscam incansavelmente a sua manutenção, utilizando programas de Educação Permanente como ferramenta de aprimoramento, bem como a busca de novos desafios em certificações internacionais. Assim, destaca-se outro importante tema a ser trabalhado nesta tese, que é a proposição de um Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) nas instituições hospitalares. Segundo o Ministério da Saúde, a EPS é norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho (Brasil, 2018a). É uma educação que emerge, portanto, do cotidiano e de seus problemas complexos, a partir das necessidades evidenciadas pelas equipes de saúde, com o objetivo principal de melhorar os processos e a qualidade do trabalho.

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Caxias do Sul (HG), uma instituição de ensino acreditado Nível III da ONA que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), servindo de referência a 49 municípios que compõem a 5ª Coordenadoria de Saúde. O hospital pretende aprimorar seus processos de trabalho implementando o nível internacional de qualidade, portanto precisa manter o atendimento de qualidade socialmente referenciada. Ela também foi desenvolvida no Hospital Regional do Sertão Central do Ceará, no município de Quixeramobim, que apresenta a certificação de qualidade internacional ACSA e atende a 20 municípios da macrorregião de saúde do Sertão Central. Essa instituição obteve a certificação ACSA em dezembro de 2020.

O resultado deste trabalho será de extrema importância, não apenas para o HG, que poderá obter uma certificação de

qualidade hospitalar internacional com o modelo ACSA, mas principalmente para as equipes profissionais e os usuários, que terão a seu dispor um atendimento cada vez mais qualificado. Importante também ressaltar que o modelo ACSA está sendo implementado no Brasil pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), sendo um modelo de certificação inovador no país. Essa certificação consolidará a cultura de qualidade na organização e a busca da melhoria contínua no atendimento à população, destacando o hospital no cenário do Sistema Único de Saúde.

Devido à importância dessas temáticas que apresentam Educação Permanente como ferramenta para capacitar os profissionais envolvidos na busca de certificação internacional ACSA, foi realizada uma pesquisa nas principais plataformas de busca on-line para verificar a relevância do tema aqui pesquisado, sendo elas: BDTD (Banco de Dados de Teses e Dissertações), Portal da CAPES, PUBMED e Scielo. Para isso, foram utilizados os seguintes descritores: “qualidade em saúde”, “cuidado centrado no paciente”, “educação”, “acreditação”, empregando entre eles operadores booleanos “and” e “e”. Seguiu-se como critério a busca de teses e dissertações de um período de sete anos, de 2013 a 2020, nos idiomas português, espanhol e inglês. De acordo com esses critérios, encontrou-se a situação descrita a seguir.

No BDTD nenhuma tese de doutorado apareceu com essa temática, porém apareceram cinco dissertações utilizando esses marcadores, sendo elas: 1) *A cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico* (2019); 2) *Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil* (2013); 3) *Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família* (2016); 4) *Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto* (2016); 5) *Cirurgias eletivas em hospitais públicos de uma cidade do interior de Minas Gerais: os cidadãos estão satisfeitos?* (2014). Ao ler os resumos desses trabalhos, constatou-se que nenhum segue a temática desta pesquisa.

No Portal da CAPES foram encontradas 442 teses aplicando-se os mesmos filtros, porém nenhuma faz referência ao que se pretendia estudar nesta pesquisa. Na PUBMED e no SCIELO não foram encontrados trabalhos com a temática da pesquisa proposta neste projeto.

É importante ressaltar que este trabalho é inédito e inovador. Os resultados deste estudo também servirão como subsídios para orientar outros hospitais que tiverem o interesse em buscar uma certificação a nível internacional, fortalecendo, assim, os aspectos científicos e sociais da pesquisa.

Diante disso, surgem os questionamentos orientadores desta tese: de que forma um Programa de Educação Permanente (EP) permite o desenvolvimento de habilidades e competências de equipes de urgência e emergência no Hospital Geral de Caxias do Sul (HG) para alcançar a certificação internacional ACSA? Que elementos devem estar presentes em um Programa de Educação Permanente para obtenção da acreditação internacional ACSA, tendo como foco o cuidado centrado no paciente? Como construir ambientes de aprendizagem e desenvolver o processo de forma a atingir os indicadores necessários à acreditação?

Dessa forma, o objetivo geral desta tese é definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Para alcançar o objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- * identificar, com base no Manual de Normas da ACSA, quais são as habilidades e competências necessárias aos profissionais para alcançar o nível de acreditação internacional;

- * avaliar, junto às equipes, quais habilidades e competências já estão desenvolvidas na instituição;
- * identificar elementos que auxiliem no desenvolvimento do processo de Educação Permanente no hospital a partir de uma instituição acreditada pela ACSA de referência no Brasil;
- * elaborar e implementar, junto às equipes interprofissionais, o Programa de Educação Permanente para o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias e não desenvolvidas;
- * construir e avaliar, com as equipes, o processo de desenvolvimento dessas habilidades e os resultados do Programa de EPS.

Esta pesquisa tem uma concepção de pesquisa-ação, pois pesquisador e participantes interagem permanentemente, influenciando-se mutuamente. Essas características estão de acordo com a Educação Permanente, que ocorre com base na horizontalidade e na interação profissional. Teve uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando como técnicas a observação, o diário de campo e as entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde do Hospital Regional do Sertão Central. Esses dados foram sistematizados e analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016).

Além deste primeiro capítulo, que teve como objetivo contextualizar a pesquisa e apresentar os objetivos, esta tese está estruturada em outros sete. O segundo capítulo aborda a metodologia. Nele constam a descrição e os recursos metodológicos que foram adotados para que os objetivos propostos neste trabalho fossem alcançados. Descrevem-se os caminhos da pesquisa, a caracterização do estudo e a sua concepção, a abordagem da pesquisa, o método, o delineamento da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e o modo como aconteceu a análise dos dados.

O terceiro capítulo explora o contexto da educação, o processo de educação na saúde e as suas classificações no contexto da saúde. São abordados os conceitos de Educação Permanente e suas particularidades, tais como interdisciplinaridade, interprofissionalidade e Educação Permanente, bem como enfatizada a importância da educação e da acreditação hospitalar.

O quarto capítulo pontua a importância da qualidade da saúde e da competitividade como mecanismo de melhora dos serviços, a acreditação hospitalar, a busca pela qualidade em gestão, a importância da acreditação hospitalar, o conceito da ONA e os seus níveis de certificação.

No quinto capítulo são abordados os conceitos, objetivos e critérios com os quais a ACSA trabalha. Especificamente, analisa-se o seu manual, enfatizando o primeiro bloco, denominado *A pessoa, centro do sistema de saúde*, em que há aspectos importantes da pessoa como sujeito ativo e artigos que reforçam eixos específicos do tema “cuidado centrado no paciente”.

Os demais capítulos foram construídos a partir do desenvolvimento da pesquisa de campo, diante da proposta de Educação Permanente com os profissionais do Hospital Geral de acordo com pressupostos da certificação ACSA e da sistematização dos dados.

No sexto capítulo foram abordados os resultados da observação *in loco* e a realização da pesquisa com os profissionais do HRSC. Essa observação foi importante para entender as razões, as metodologias utilizadas pelo HRSC para obtenção do certificado assim como as facilidades e dificuldades encontradas no processo de acreditação. Importante destacar que a imersão nos processos assistenciais na referida instituição trouxe conhecimentos técnicos para o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente.

Por fim, no sétimo capítulo descreve-se o processo de desencadeamento do Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) para o desenvolvimento das habilidades e compe-

tências necessárias para a obtenção da certificação internacional ACSA no Hospital Geral.

O último capítulo apresenta as considerações finais e as recomendações construídas a partir dos dados sistematizados, analisados e interpretados.

2. Caminhos da pesquisa: percurso metodológico

Para que se possa entender a proposta de desenvolvimento desta Tese, precisa-se descrever como aconteceu a execução das etapas, para que seja compreendida a concepção da pesquisa, a sua abordagem, o local que foi investigado e o modo como ocorreram a coleta de dados e a análise dos dados. Nesse sentido, corrobora Gil (2019, p. 27): “a pesquisa tem como definição um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”. O autor ainda menciona que a pesquisa é um processo que permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social.

Por sua vez, Minayo (2009, p. 14) contribui dizendo que “entendemos a metodologia por um caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Todos esses cuidados e critérios são essenciais para que, no momento em que o pesquisador estiver envolvido com o processo de coleta de dados, o roteiro desse percurso esteja alinhado para não apresentar riscos de perda metodológica e a pesquisa não sofra prejuízos científicos.

2.1. Caracterização do estudo

2.1.1. Delineamento de pesquisa

Na construção da pesquisa, foi importante pensar a fundamentação e a relevância acadêmica, científica e social. O pesquisador deve desenvolver uma sensibilidade para organizar uma investigação científica, traçando os objetivos para alcançar resultados que possam trazer benefícios para as pessoas de modo

geral. Nesse sentido, Brandão e Streck (2006, p. 18) enfatizam a preocupação de que, por muito tempo, “o destino dos trabalhos de pesquisa é quase sempre colocado nas gavetas e estantes das bibliotecas universitárias”. Desse modo, percebe-se a preocupação do autor quanto à utilização dos resultados das pesquisas e ao direcionamento delas para investigar as realidades sociais, possibilitando resultados capazes de melhorar o contexto social do grupo investigado.

As pesquisas podem apresentar inúmeras finalidades, principalmente na pesquisa social. Estudos destacam que o ato de pesquisar direciona para duas possibilidades: a pesquisa pura e a aplicada. É importante que o pesquisador entenda essa diferenciação para que, no momento de escolha de um estudo, possa refletir sobre possíveis resultados para a sociedade.

Nesse sentido, Gil (2019, p. 26) assim explica:

[...] a finalidade da pesquisa pode ser considerada pesquisa pura e em pesquisa aplicada. A pesquisa pura busca o progresso da ciência, procura desenvolver os conhecimentos científicos sem a preocupação direta com suas aplicações e consequências práticas. A pesquisa aplicada apresenta muitos pontos de contato com a pesquisa pura, porém tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos.

Diante do que o autor menciona, destaca-se que esta tese de doutorado se caracterizou como uma pesquisa aplicada, pois foi elaborado um Programa de EPS com profissionais que atuam no setor de urgência e emergência de um hospital da Serra Gaúcha, o qual manifestou interesse em aprimorar conhecimentos sobre qualidade de saúde seguindo os critérios da ACSA. Cabe salientar que Brandão e Streck (2006, p. 8) destacam que as “pesquisas na América Latina e no Brasil possuem uma bibliografia visível de cunho social [...] sendo utilizados alguns estilos de pesquisas, sendo elas: participantes, pesquisa-ação e de investigação-ação participativa”.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a pesquisa social se preocupa com a aproximação do modo de viver do ser humano e da sua coletividade, tentando captar as suas compreensões e experiências.

O objeto das ciências sociais é, essencialmente, a realidade social e o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. As ciências sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da grandiosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, significados e representações (Minayo, 1998, p. 15).

Torna-se importante entender esses aspectos da pesquisa social e o modo como ela se forma para que o pesquisador possa, ao entrar em contato com o objeto do estudo, conhecer as realidades pesquisadas. Portanto, para que possam contribuir para a sociedade, ao utilizar esses resultados deve-se ter o cuidado de respeitar as dimensões críticas e reflexivas. A dimensão participativa da metodologia deve estar associada a outras dimensões, como a crítica, a reflexividade e a emancipatória (Brandão; Streck, 2006).

Cabe salientar que, em pesquisas cujo foco é respeitar os aspectos sociais, a pesquisa-ação e a pesquisa participativa têm sido muito utilizadas nos últimos anos. É importante destacar que, conceitualmente, as duas são consideradas diferentes, embora os termos sejam epistemologicamente semelhantes ou até mesmo iguais para muitos. Para Thiollent (2008, p. 7), “a pesquisa-ação, além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontra nas propostas da pesquisa participante”. Assim, por ter tido como foco o planejamento interprofissional de um programa de EPS, este trabalho foi delineado como uma pesquisa-ação. Pensar e desenvolver uma pesquisa com concepção de pesquisa-ação é desafiador, pois envolve uma proposta de ação entre os sujeitos da pesquisa diante de uma dificuldade

percebida. Ainda para o mencionado autor, uma pesquisa pode ser definida como pesquisa-ação quando houver realmente uma ação de caráter “não trivial” por parte das pessoas envolvidas no problema observado, ou seja, uma ação profunda e sistemática entre pesquisador e participantes (Thiollent, 2008). A pesquisa-ação tem uma ação deliberada de transformação da realidade e produção de conhecimentos relativos a essas modificações: “não se trabalha sobre os outros, mas sim com os outros” (Barbier, 2007, p. 17). Nesse sentido, considera-se esta tese uma pesquisa-ação, pois os elementos extraídos da coleta de dados serviram para que o objetivo fosse atingido.

Nessa direção, salienta Demo (1984, p. 115 *apud* Gil, 2010, p. 48):

[...] tanto para pesquisa-ação como para participante elas se caracterizam pelo envolvimento dos pesquisadores e dos pesquisados no processo de pesquisa. [...] Assim, o relacionamento entre pesquisador e pesquisado não se dá como mera observação do primeiro pelo segundo, mas ambos acabam se identificando, sobretudo quando os objetos são sujeitos sociais também, o que permite desfazer a ideia de objeto que caberia somente em ciências naturais.

Os autores salientam que a pesquisa-ação tem um importante envolvimento entre os participantes, ou seja, há uma troca de conhecimentos entre pesquisador e pesquisados. Desse modo, os sujeitos, após a finalização deste trabalho, poderão experimentar uma transformação ou até mesmo uma resignificação dos seus conceitos, o que não ocorre nas pesquisas naturais, nas quais o resultado geralmente ocorre de forma unilateral. Esse pressuposto está na base da EPS, que prevê horizontalidade entre os integrantes do processo educativo.

Thiollent (2008) conceitua que a pesquisa-ação é um método ou uma estratégia de pesquisa que agrega várias técnicas da pesquisa social, com as quais é estabelecida uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível da captação da informação. O autor ressalta que a escolha desse método impulsiona os pesquisadores a avaliarem os problemas encontrados, levando ao

desenvolvimento de ações para que o grupo investigado possa usufruir de melhorias a fim de avançar nos devidos processos objetos de investigação.

Ainda para o autor,

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2008, p. 14).

A pesquisa-ação, para Thiollent (2008), é um método com o qual podemos estudar os inúmeros elementos que possam aparecer de forma rápida e proporcionar aos pesquisadores dados necessários que auxiliarão no processo de mudanças do cenário estudado, assim como na autorreflexão profissional. Diante do que foi discutido sobre conceitos e contribuições da concepção da pesquisa, cabe enfatizar que a pesquisa-ação contribuiu para alcançar o objetivo deste estudo, que foi construir um Programa de Educação Permanente aos profissionais em relação ao cuidado centrado no paciente, tendo como horizonte a acreditação nacional (ONA) e internacional (ACSA).

2.2. Natureza dos dados da pesquisa

O presente estudo utilizou dados predominantemente qualitativos, de natureza descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa se ocupa de um conjunto de fenômenos humanos que contemplam o universo dos significados, sendo, portanto, um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois seu objeto é o universo da produção humana (Minayo, 2011).

A pesquisa qualitativa, ainda para Minayo (2009, p. 21), “responde as questões muito particulares e ocupa níveis de realidade que não podem ou não deveriam ser quantificados”. A autora salienta que a pesquisa aborda os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes. Nesse sentido, entende-se que a pesquisa com aspecto qualitativo favo-

rece a reunião de dados a fim de se terem elementos científicos suficientes, contribuindo com a elaboração da formação de qualidade em saúde dentro dos padrões internacionais. Os aspectos subjetivos, como percepções, pensamentos, sugestões e vivências diárias profissionais, que foram encontrados nos referidos locais de estudos possibilitaram embasamento científico para promover um melhor entendimento sobre o cenário de saúde.

Prosseguindo, a autora assim esclarece:

O pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e também analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada. Ou seja, para esses pensadores e pesquisadores, a linguagem, os símbolos, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis. Se partirmos de um desses elementos, temos que chegar aos outros, mas todos passam pela subjetividade humana (Minayo, 2009, p. 24).

Analisando o objeto deste trabalho, percebeu-se que a utilização das estratégias de pesquisa qualitativa proporciona uma visão geral das dimensões técnicas e subjetivas do processo assistencial e educativo observado nos dois campos de coleta de dados. Na área de saúde, os sentidos subjetivos são extremamente importantes para que o pesquisador possa entender a essência do cuidado humanizado, que é uma premissa importante dos processos de qualidade, tanto nos aspectos de relacionamento entre colaboradores quanto na prestação da assistência ao usuário. A mesma coisa ocorre em processos educativos.

Quanto aos aspectos descritivo e exploratório, Gil (2019, p. 56) entende que a “pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias. Exploratória porque proporciona maior familiaridade com o problema”.

O mesmo autor menciona que pesquisa exploratória “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar

conceitos e ideias [...] é utilizad[a] quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formar hipóteses precisas e operacionalizáveis”, e a pesquisa descritiva “tem como objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população. Há pesquisas que são descritivas e acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias” (Gil, 2019, p. 26-27). As pesquisas descritivas e exploratórias são as habitualmente realizadas pelos pesquisadores sociais.

2.3. *Locus* da pesquisa: Hospital Geral de Caxias do Sul (RS) e Hospital Regional do Sertão Central de Quixeramobim (CE)

É relevante mencionar, nesse momento, a escolha das instituições que foram a base da coleta dos dados e da construção de um Programa de EPS com os profissionais do Hospital Geral de Caxias do Sul no estado do Rio Grande do Sul. Para isso, conhecer uma instituição hospitalar brasileira pioneira com a certificação modelo ACSA de qualidade internacional, como o Hospital Regional do Sertão Central, tornou-se relevante, sendo que ela é uma das oito unidades no mundo reconhecidas pela instituição espanhola (Conrado, 2021). Com isso, compreendeu-se melhor a proposta dessa certificadora e pôde-se extrair o máximo de dados e experiências que, de alguma forma, auxiliaram as definições de caminhos e elementos que precisaram estar presentes no Programa de EPS do Hospital Geral.

O Hospital Geral está localizado na Serra Gaúcha e é uma instituição de ensino ligada à Universidade de Caxias do Sul que já obteve o nível III da certificação de qualidade em Saúde da ONA. Esse hospital também manifesta o interesse em entender melhor a proposta da ACSA, trazendo a expertise do cuidado centrado no paciente, que é ponto diferencial dessa certificadora. Portanto, o estudo foi realizado em duas instituições hospitalares, sendo elas:

- a. Hospital Geral de Caxias do Sul, instituição de ensino acreditado nível III - ONA (Excelência em processos de gestão) - critério do nível máximo da acreditação hospitalar - que atende exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo referência a 49 municípios que compõem a 5ª Coordenadoria de Saúde, e local em que foram realizadas as etapas 1, 2, 4 e 5 descritas a seguir;
- b. Hospital Regional do Sertão Central, um hospital com atendimento regional localizado no estado do Ceará, no município de Quixeramobim, que atende a 20 municípios da macrorregião de saúde do Sertão Central e obteve a certificação ACSA em dezembro de 2020 (a escolha dessa instituição ocorreu devido à semelhança entre ambos os locais da pesquisa, que atendem exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde), e local em que foi realizada a etapa 3.

2.3.1. Caracterização do Hospital Geral – localizado em Caxias do Sul (RS), na Serra Gaúcha

O Hospital Geral de Caxias do Sul é um hospital 100% SUS de ensino de média-alta complexidade, ligado à Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS). Segundo o que estabelece o convênio nº 334/1997, celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Universidade de Caxias do Sul, o Estado, por meio da Secretaria Estadual da Saúde, delega à Fundação UCS a gestão do Hospital Geral de Caxias do Sul, construído (1989-1996) e equipado (1997-1998) pelo Estado do Rio Grande do Sul, com recursos próprios do Estado, o que viabilizou o início do seu funcionamento em 19 de março de 1998.

Sua abrangência é atender uma demanda por serviços de saúde para mais de um milhão de habitantes, cobrindo os 49 municípios da 5ª Coordenadoria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, como se pode ver na Figura 1.

Figura 1 - Cidades de abrangência do Hospital Geral.



Fonte: Hospital Geral de Caxias do Sul (2020).

Segundo o *Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul* (Rio Grande do Sul 2020), a Região Metropolitana da Serra Gaúcha foi criada pela Lei Complementar nº 14.293, de agosto de 2013, sendo constituída pelos municípios de Antônio Prado, Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Garibaldi, Ipê, São Marcos, Nova Pádua, Monte Belo do Sul, Santa Teresa e Pinto Bandeira. Todos os municípios correspondiam à Aglomeração Urbana do Nordeste, criada em 1994 e acrescida dos municípios de Ipê, Pinto Bandeira e Nova Roma do Sul.

A Região Metropolitana da Serra Gaúcha (RMSG) apresenta como polo a cidade de Caxias do Sul, sendo o maior centro urbano da região e a segunda cidade mais populosa do estado (Rio Grande do Sul, 2020). A RMSG forma um eixo de ocupação de direção norte-sul com a Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), com características econômicas muito dinâmicas. Em 2020, segundo as estimativas de população, o conjunto dos 14 municípios contava com mais de um milhão de habitantes.

Nos dias de hoje, essa região possui grande potencial e importância econômica para o estado e o país. Caxias do Sul

é o segundo maior polo metal-mecânico; Bento Gonçalves é referência na produção de móveis; o cultivo de videiras e a fabricação de vinhos são destaques em toda a região, com especial referência a Flores da Cunha, Bento Gonçalves e Caxias do Sul. O Hospital Geral de Caxias do Sul, segundo o *site* da instituição, possui 12.955 m² de área em seis andares, nos quais estão localizados os 237 leitos de internação, distribuídos em leitos de UTIs adulta, neonatal e pediátrica, unidades de cuidados intermediários, clínica, cirurgia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria, oncologia e serviços de diagnóstico, atendimento clínico, cirúrgico e de apoio.

Ainda conta com a UNACON, a unidade de alta complexidade em oncologia com radioterapia, em uma estrutura de 3.314 m² de área distribuída em dois andares, oito consultórios, radioterapia, sala de tratamento, doze consultórios e quimioterapia - 20 cadeiras para adultos e quatro pediátricas. Esse serviço destaca-se por ser o único serviço de oncopediatria da sua área de abrangência.

O HG conta com aproximadamente mil funcionários distribuídos entre as áreas assistencial, operacional, administrativa, médica e docente; destes, 50 médicos estão em regime CLT e 134 como Pessoas Jurídicas (PJ), e 105 enfermeiros graduados.

Suas principais habilitações são: alta complexidade em procedimentos cirúrgicos; alta complexidade cardiovascular, com hemodinâmica (cateterismo, angioplastia, arteriografia e implante de marcapasso); cirurgias vascular e endovascular; cirurgia cardíaca; alta complexidade em oncologia, com quimioterapia e radioterapia; nefrologia - hemodiálise; gestantes de alto risco; cirurgia bariátrica; lipodistrofia; captação e transplante de córneas; Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS); infectologia; e UTIs.

Possui certificações de qualidade, como: é acreditado Nível III pela Organização Nacional de Acreditação (ONA); participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade de Laboratórios

(PNCQ); possui o certificado do COREN/RS como referência no processo de Enfermagem para a Serra Gaúcha; e tem o título de Hospital Amigo da Criança desde o ano de 2003, por incentivar e promover o aleitamento materno como fonte exclusiva de amamentação para o bebê.

É reconhecido pelos Ministérios da Saúde e da Educação como um hospital de ensino, por isso possui 14 programas de residência médica aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, nos quais são ofertadas 43 vagas anuais. O HG também é campo de estudo para aproximadamente 650 acadêmicos por semestre dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Assistência Social, entre outros.

Desde 2019 faz parte da Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis e está comprometido com os dez objetivos da agenda global de Hospitais Verdes e Saudáveis. Possui planejamento estratégico 2020-2025 disseminado em toda a organização, tendo como focos estratégicos:

Negócio: Preservar e melhorar a vida das pessoas por meio da prestação de serviços médico-hospitalares integrados ao ensino e à pesquisa.

Missão: Promover a assistência à saúde de forma integral, qualificada, segura e humanizada, integrada a programas de ensino e pesquisa, atendendo de forma sustentável as necessidades da comunidade local e regional e dos parceiros de negócios.

Visão: Tornar-se um complexo hospitalar de média-alta complexidade até 2025, referência no Sul do Brasil na assistência à saúde em suas especialidades, integrando ensino e pesquisa e sendo reconhecido pela sua excelente resolutividade, qualidade, humanismo, comprometimento e dedicação de sua equipe (HGCS, [20--], n.p.).

2.3.2. Caracterização do Hospital Regional do Sertão Central de Quixeramobim (CE), uma instituição com certificação internacional ACSA

O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), localizado em Quixeramobim (CE), iniciou suas atividades no dia 26 de setembro de 2016, sendo o terceiro hospital terciário construído pelo governo do Ceará com natureza jurídica de administração pública (CNES, 2021).

O hospital beneficia cerca de 631 mil habitantes dos 20 municípios da Macrorregião de Saúde do Sertão Central e do Sertão dos Inhamuns bem como atende pacientes de alta complexidade, sendo referência em casos de acidente vascular cerebral (AVC), cirurgia geral, traumatologia, clínica médica, terapia intensiva adulta e neonatal, obstetria e clínica Covid (ISGH, [20--]). Apresenta, de acordo com o *site* da instituição, como missão, visão e valores as seguintes descrições:

Missão: prover a assistência, ensino e pesquisa através do cuidado excelente, inovador, integrado à Rede de Saúde do Estado do Ceará.

Visão: ser reconhecido nacionalmente em assistência especializada, ensino e pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento regional de forma sustentável, inovadora e transparente.

Valores: resultado centrado no cidadão - humanização do atendimento - valorização das pessoas - transparência - conhecimento e inovação (HRSC, [20--], n.p.).

Suas principais habilitações são: ambulatório; centro cirúrgico geral; clínica cirúrgica; clínica médica; centro de traumatologia; serviço de AVC; serviço de neonatologia; serviço de obstetria; unidade de cuidados especiais; Unidade de Terapia Intensiva adulta; Unidade de Terapia Intensiva Covid; clínica Covid.

2.4. Procedimentos, fontes e instrumentos de coleta de dados

De acordo com a dimensão deste trabalho, a descrição cuidada dos procedimentos tornou-se extremamente necessária. Foi importante organizar e sistematizar todas as etapas com o máximo de critérios para que, no decorrer e no final da pesquisa, não se perdesse o foco nos objetivos.

2.4.1. Etapas do procedimento de pesquisa

No início da construção desta tese, entrou-se em contato com a direção do Hospital Geral de Caxias do Sul para verificar a possibilidade de efetuar esta pesquisa, conforme Apêndice A, a fim de entender a intenção da instituição hospitalar em buscar a certificação ACSA e o interesse dela na pesquisa.

Cabe destacar que é necessário também uma combinação de técnicas para um melhor entendimento da construção dos dados da pesquisa, conforme descrito nas etapas a seguir. Para coleta de dados, o pesquisador, segundo Thiollent (2011, p. 73), “recorre a diversas técnicas antropológicas, como observação participante, diários de campo, [...] tentativas em busca de informações que se julgam necessárias para o andamento da pesquisa”. A seguir, descrevem-se as etapas que foram desenvolvidas para construir um *corpus* adequado de pesquisa.

2.5. Etapa 1 – Identificação das habilidades e competências dos profissionais para alcançar a acreditação com base no Manual de Normas da ACSA

Nessa primeira etapa foi realizada leitura criteriosa e exaustiva do Manual de Normas da ACSA (ACSA, 2018) para levantar as habilidades e competências que os profissionais necessitavam desenvolver para que o hospital conseguisse alcançar a certificação ACSA. No decorrer dessas leituras foram construídos quadros, salientando os requisitos para obtenção da certificação

e as respectivas habilidades e competências profissionais necessárias para atingir os patamares de qualidade exigidos. Com base nos dados retirados do Manual de Normas da ACSA, foi elaborado um mapa de competências profissionais necessárias que garantirão o nível exigido para a acreditação internacional. Portanto, a fonte principal de coleta de dados dessa etapa foi o Manual de Normas da ACSA.

2.6. Etapa 2 – Análise das habilidades e competências que ainda precisam ser desenvolvidas no Hospital Geral

De posse do mapa de habilidades e competências necessárias descritos na primeira etapa, foram realizadas reuniões com os coordenadores da área de urgência e emergência para avaliar, conjuntamente, quais dessas habilidades e competências já eram desenvolvidas e quais deveriam ser foco do Programa de EPS.

Também foi realizada observação no setor específico para compreensão e descrição do processo de trabalho dos colaboradores no eixo principal da ACSA, que é o cuidado centrado no paciente. Para Gil (2019, p. 113), a observação constitui “um elemento fundamental para pesquisa. É na fase de coleta de dados que seu papel se torna mais evidente [quando] [...] a observação chega ser considerada como método de investigação”. O instrumento utilizado para execução dessa etapa foram reuniões com as equipes profissionais.

O referido hospital pesquisado já mantém em seus processos diários protocolos de acreditação hospitalar de ONA com certificação de Nível III. Portanto, a observação direta permitiu perceber o que realmente necessitou ser aprimorado acerca da temática do cuidado centrado no paciente. Nessa etapa, as fontes de coleta de dados foram os coordenadores do serviço e a observação direta, sendo as informações registradas em diário de campo.

2.7. Etapa 3 – Identificação dos elementos fundamentais para o processo de acreditação a partir de uma instituição de referência

Na instituição visitada, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a aplicação de entrevista e a observação. A escolha dessas duas técnicas ocorreu a fim de aproveitar o momento *in loco* para conhecer a realidade da instituição e a percepção das equipes de saúde responsáveis pela qualidade e pelo processo da implantação da ACSA. Assim, também foi realizada a observação de práticas assistenciais do referido hospital. Para a realização dessa etapa, foi encaminhada solicitação oficial para realização da coleta de dados e das observações, conforme Apêndice B.

Na primeira fase foi realizada uma entrevista semiestruturada de forma individual com um profissional de cada área, ou seja, um coordenador médico e um de Enfermagem, dois enfermeiros responsáveis por diferentes áreas do Hospital Regional do Sertão Central (bloco cirúrgico, obstetria, Unidade de Terapia Intensiva adulta e neonatal, setores de internação e clínica Covid), um profissional responsável pela Educação Permanente e outro profissional responsável pela qualidade assistencial (ver Apêndice C). O enfermeiro ficou mais evidente devido a esse profissional ser âncora na assistência hospitalar, permanecendo por 24 horas ao lado dos pacientes e familiares, além de envolver-se direta e constantemente no processo de acreditação. As perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada têm como finalidade entender: o motivo pelo qual a instituição procedeu a escolha da acreditadora ACSA; os processos metodológicos utilizados com seus colaboradores para alcançar esse objetivo; a maneira como desenvolveram a sensibilização dos colaboradores e o trabalho visando ao cuidado centrado no paciente; as formas de capacitação desenvolvidas; entre outros aspectos. A entrevista é uma forma de interação social, ou seja, um diálogo

assimétrico em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil, 2019).

A entrevista semiestruturada, a qual possui, em sua maioria, perguntas abertas, permitiu aos participantes dissertar sobre aspectos importantes que as perguntas de forma fechada poderiam não ter alcançado. A entrevista semiestruturada é considerada uma técnica que proporciona ao entrevistado um entendimento com características detalhadas (Roesch, 1999). Ela é considerada uma combinação de perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem liberdade para se posicionar favoravelmente ou não sobre o tema sem se prender à pergunta formulada (Minayo, 2010). Para garantir a fidelidade dos dados, as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados. Caso alguém não permitisse a gravação, as informações seriam registradas pelo pesquisador. As gravações foram feitas mediante o uso de celular e as falas transcritas posteriormente, sempre observando-se o anonimato do informante.

Na segunda fase, ainda no Hospital Regional do Sertão Central, foi feita uma observação *in loco* das práticas assistenciais realizadas durante o trabalho das equipes com o foco no cuidado centrado no paciente. Para o desenvolvimento desta pesquisa, pensou-se em 40 horas *in loco* nos setores de internações e no setor que trabalha a qualidade dos serviços. Durante a observação, foi utilizado um diário de campo para registrar acontecimentos que contribuíram para a elaboração de uma proposta de Educação Permanente. O diário de campo foi um instrumento de coleta de dados auxiliar usado a fim de não se perderem importantes informações e de sintetizar os conteúdos dos comentários informais em protocolos de memória, como comentários informais e impressões. Essa ferramenta pode ser usada logo após a entrevista ou nas observações (Bauer; Gaskell, 2002), e auxiliou a registrar acontecimentos que contribuíram para a elaboração da formação continuada dos profissionais do Hospital Geral.

A utilização da técnica de observação contribuiu para este trabalho, pois presenciaram-se os acontecimentos nas práticas diárias e a maneira como as equipes trabalham para resolver problemas cotidianos numa instituição hospitalar que possui o certificado ACSA. Cabe salientar que a utilização dessas duas técnicas descritas serviu como subsídio para a construção do *corpus* de dados, a fim de auxiliar no alcance do objetivo geral desta pesquisa. Foram utilizadas como instrumento dessa etapa as entrevistas semiestruturadas e a observação *in loco* dos trabalhadores.

O desafio foi extrair as experiências no Hospital Regional do Sertão Central em relação à certificação ACSA e alinhar as possíveis propostas, adequando-as no sentido de respeitar a cultura do perfil entre os dois estados brasileiros, assim como as dificuldades econômicas no contexto da saúde vivenciadas no nosso país. Entende-se que as culturas são manifestadas diferentemente. Entretanto, pode-se adaptar algumas práticas para implantar melhorias nos serviços hospitalares. Nesse sentido, reitera-se o pensamento de Luchese (2007, p. 26), ao lembrar que, “quando se fala de cultura, cabe trazer que os seres humanos podem ser compreendidos como interpretativos e instituidores de sentido e, desta maneira, a ação social é instituidora de significados e através desses podemos chamar de cultura”.

Devido à quantidade de dados necessários e ao fato de que houve o desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente, o qual é processual, obteve-se uma quantidade grande de fontes de coletas de dados, os quais foram coletados em etapas para facilitar o entendimento quanto ao percurso metodológico percorrido.

2.8. Etapa 4 – Elaboração e implementação de um Programa de Educação Permanente no Hospital Geral de Caxias do Sul com vistas à acreditação ACSA

De posse do mapa de competências que foi elaborado e analisado com os profissionais do Hospital Geral e os elementos levantados no Hospital Regional do Sertão Central, foi discutida, junto às equipes assistenciais da urgência e emergência do Hospital Geral, a elaboração do Programa de Educação Permanente, com vistas ao desenvolvimento de habilidades e competências importantes para a preparação do processo de acreditação e a tomada de decisões coletivas nos processos de trabalho que garantiriam a obtenção dos indicadores para acreditação.

Esse programa de EPS contém pontos importantes para a busca da certificação ACSA, como sensibilização, aspectos metodológicos, principais protocolos, processo de incentivo ao cuidado centrado no paciente, cuidados e desafios, entre outros. Para o desenvolvimento do trabalho, utilizaram-se várias técnicas educativas, como projeções, vídeos, imagens fotográficas, técnicas de sensibilização da temática e protocolos, sem esquecer os princípios da EPS: interdisciplinaridade e interprofissionalidade; horizontalidade; ascendência e foco nos processos de trabalho e problemas emergentes do cotidiano do serviço. Consideraram-se como instrumentos para essa etapa os encontros sistemáticos com as equipes de profissionais dos serviços de urgência e emergência para a implementação das ações educativas.

2.9. Etapa 5 – Construção e avaliação dos ambientes de aprendizagens para desenvolvimento de habilidades e competências para acreditação

Nessa etapa foram desenvolvidas as capacitações descritas e elaboradas de acordo com a etapa quatro. Para não prejudicar a

qualidade assistencial, atividades de capacitações ocorreram nos próprios espaços do Hospital Geral, no horário de trabalho das equipes, realizadas de forma sistemática com os profissionais, que foram os multiplicadores para os demais setores do hospital.

Destaca-se que foram organizados pequenos grupos de colaboradores do setor da urgência e emergência para não se alterar o funcionamento do setor, sendo previstos encontros de aproximadamente uma hora. A intenção foi envolver nos encontros aproximadamente 60 colaboradores do referido setor. Foi também utilizado o diário de campo para registrar as percepções e os acontecimentos de todos os encontros realizados pela pesquisadora.

Cabe ressaltar que a avaliação ocorreu de forma processual, com a finalidade de perceber adequações e necessidades de mudanças assistenciais. Deve-se destacar que essa fase se tornou importante como meio de avaliação da formação da EP quanto aos aspectos positivos e às fragilidades que ainda se destacam no Hospital Geral, as quais precisarão ser aprimoradas no momento de implantar a certificação de padrão internacional ACSA. Como é um processo de Educação Permanente, os instrumentos de avaliação foram construídos concomitantemente com as definições do conjunto de profissionais e validados por eles.

2.10. Sistematização dos dados

Ao longo do processo de coleta de dados, eles foram sistematizados, analisados e tratados. Após a cuidadosa coleta dos dados, utilizando as entrevistas semiestruturadas, e a observação realizada nos dois locais descritos anteriormente para a coleta, todas as informações foram tratadas, categorizadas e interpretadas. Para que essa etapa transcorresse adequadamente, utilizaram-se os procedimentos descritos pela análise de conteúdo segundo Bardin (2016). Destaca-se que a análise de conteúdo é uma técnica de análise e tratamento de dados qualitativos, mas

da coleta emergiram também dados quantitativos, que foram tratados por estatística descritiva.

Ao estudar a análise de conteúdo, é necessário salientar algumas características importantes, e uma delas é que se trabalha com mensagens. A análise categórica temática é uma das técnicas a ser utilizada, sendo “a manipulação das mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não da mensagem” (Bardin, 2016, p. 52).

Salienta-se que o tratamento e a interpretação dos dados foram parte de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter dados dos quais emergiram as categorias que compuseram o *corpus* para análise da pesquisa, por procedimentos sistemáticos e objetivos de ação descritiva do conteúdo da comunicação.

Bardin salienta (2016, p. 48) que a análise de conteúdo pode ser considerada

Um conjunto de técnicas de análises dos dados das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Seguindo nessa perspectiva, o desafio do pesquisador foi analisar com cuidado todas as informações obtidas durante as técnicas, explorar todas as estruturas e interpretar essas mensagens. A intenção da análise de conteúdo é o resultado de conhecimentos relativos às condições de produção, podendo ser de forma qualitativa e/ou quantitativa. A inferência está associada a indicadores quantitativos ou não; por isso, deve-se ter um olhar atencioso para os conteúdos extraídos.

Bardin (2016, p. 45) ensina que

Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a

interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra.

É lícito lembrar que todos os registros realizados durante o período da construção do *corpus* – as entrevistas e as anotações realizadas no diário de campo – foram cuidadosamente organizados para que, sequencialmente, pudessem ser aplicadas as três fases da análise do conteúdo que preconiza Bardin (2016).

A autora menciona que a utilização da análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos, ou seja, fases fundamentais: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados – utilizando-se a inferência e a interpretação nessa última fase.

Consta na fase da pré-análise a importância da organização propriamente dita, com possui três aspectos relevantes a serem realizados: a) a escolha dos documentos; b) a formulação das hipóteses e dos objetivos; e c) a elaboração de indicadores que fundamentarão a interpretação final. Ainda nessa fase, realizam-se:

- a. Leitura flutuante, que consiste em estabelecer o contato com os documentos e analisar e conhecer o texto deixando-se invadir de impressões e orientações. Por meio dessa prática é que se constrói o *corpus*, que, para Bardin (2016, p. 126), “é o conjunto dos documentos tidos em conta da coleta de dados para serem os procedimentos analíticos”.
- b. Escolha dos documentos, em que temos a Regra da Exaustividade, ou seja, estar atento a todos os elementos desse *corpus* e explorar ao máximo as informações lidas; a Regra da Representatividade, pela qual se pode efetuar uma só amostra desde que o material contenha informações relevantes; a Regra da Homogeneidade, a qual lembra que esses documentos devem ser semelhantes; e, por fim, a

Regra da Pertinência, segundo a qual o documento deve ser adequado, assim como a fonte da informação.

- c. Formulação das hipóteses e dos objetivos, que se trata de uma afirmação provisória, ou seja, uma suposição.

A exploração do material consiste em conferir se as diferentes operações da pré-análise foram realizadas e concluídas adequadamente, restando, então, a sistemática das decisões a serem tomadas. Essa fase, longa e fadigosa, dá lugar a operações de codificação, decomposição ou enumeração.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos, falantes e válidos. Permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que trazem as informações levantadas na análise para a superfície. O analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetos previstos ou sobre outras descobertas inesperadas.

A realização de todas essas fases manteve o pesquisador fiel às informações e percepções dos participantes em relação aos dados da pesquisa, como preconiza a autora, para poder, após todos esses critérios, construir um *corpus* adequado aos objetivos apresentados na pesquisa.

Cabe salientar que a construção das categorias ocorreu por meio de uma leitura atenciosa da pesquisadora, pois se entendeu que ferramentas que elaborem as possíveis categorias emergentes não substituem a observação e a percepção do olhar humano.

2.11. Princípios éticos

Os princípios éticos estiveram presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional da Saúde, do Ministério da Saúde, sobre a Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CHS), a qual determina procedimentos éticos específicos para investiga-

ções com seres humanos que utilizam abordagens das ciências humanas e sociais.

Importante destacar que a Resolução nº 510/2016, em seu artigo 2, inciso XVI, define que são consideradas pesquisas em CHS

[...] aquelas que se voltam para o conhecimento, compreensão das condições, existência, vivência e saberes das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, institucionais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta, incluindo as modalidades de pesquisa que envolvam intervenção (Brasil, 2016, p. 15).

Ainda o mesmo artigo define, no inciso XX, que o processo de consentimento e de assentimento é “pautado na construção de relação de confiança entre pesquisador e participante da pesquisa, em conformidade com sua cultura e continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, não sendo o registro de sua obtenção necessariamente escrito” (Brasil, 2021, p. 21).

Diante disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegurou a confidencialidade bem como apresentou os riscos e os benefícios do estudo, respeitando os princípios éticos que respalda a Resolução nº 510/2016. Foram utilizados dois TCLE, sendo um direcionado ao Hospital Geral (Apêndice D) e outro ao Hospital Regional do Sertão Central (Apêndice E).

Essa resolução veio contribuir para um melhor entendimento sobre os objetivos e as metodologias, relacionando aspectos de pesquisa das ciências humanas e sociais, pois a Resolução nº 466/2012 relaciona-se mais diretamente com pesquisas biomédicas. Mesmo que o trabalho tenha sido realizado em ambiente hospitalar, seu foco era os processos educativos, portanto a Resolução nº 510 atende aos objetivos propostos. As CHS, conforme Guerriero e Minayo (2019, p. 302), caracterizam-se pela diversidade de correntes de pensamento, em contraposição a outras áreas, como a Biomedicina, cujos parâmetros são bastante rígidos, regulados e estabelecidos. Cabe destacar que o Capítulo

VIII nas Disposições Finais, artigo 32, da Resolução nº 510/2016 menciona que, em situações que não sejam contempladas por essa resolução, prevalecerão os princípios éticos da Resolução CNS nº 466 de 2012.

Após a obtenção da aprovação do projeto nos hospitais em questão, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, e a coleta de dados apenas teve início após a aprovação no CEP conforme parecer nº 4.833140 de, 7 de julho de 2021.

3. Educação permanente em saúde: espaço de participação e de criatividade dos profissionais envolvidos

Para apoiar a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão (Brasil, 2014c, p. 7). Portanto, envolver todos os profissionais, independentemente da formação deles, é uma das premissas da EPS, pois se entende que cada profissional traz experiências e sugestões importantes para que o trabalho se faça presente no cotidiano assistencial.

A EPS é a aprendizagem *no e para o* trabalho. Assim, incentivar as práticas da Política da Educação Permanente dentro de um cenário hospitalar torna-se importante para que os profissionais possam, por meio destas, ampliar a criticidade e a participação durante o desenvolvimento das propostas. Acredita-se que, envolvendo sistematicamente os partícipes em todo o processo da EP, entendendo a realidade em que eles estão inseridos, respeitando as angústias e dúvidas e construindo as propostas conjuntamente, puderam-se alcançar os objetivos propostos nesta tese.

O Ministério da Saúde preconiza que as instituições de saúde devem adotar medidas para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a elaboração de estratégias para sua atualização, as quais se fazem necessárias diante das novas e complexas exigências da área da saúde (Brasil, 2018a). Para que a EPS se efetive nas instituições de saúde, essas precisam compreender que isto exige mudanças estruturais que favoreçam a participação horizontal dos profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1996/2007. Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Brasil, 2018a, p. 9).

Por meio da efetivação das políticas de gestão que contemplem o conteúdo dessas portarias, a implementação da qualidade em saúde e da formação dos profissionais é fortalecida.

Diante da importância de refletir sobre como estão ocorrendo as aprendizagens e a multiplicação dos conhecimentos é que se evidencia que a EPS vem para

[...] romper essa prática cartesiana, ao propor produzir conhecimento a partir da democratização do saber; por isso também é considerada uma ferramenta importante para a gestão de coletivos, pois apresenta um conceito e um fazer que se diferenciam dos processos de Educação Continuada [...] (Vasconcelos *et al.*, 2009, p. 22 *apud* Brasil 2014, p. 10).

De acordo com Vasconcelos (2009 *apud* Brasil 2014, p. 10), é em função dos princípios das Políticas da Educação Permanente propostas pelo Ministério da Saúde que se justifica a escolha de não utilizar a educação continuada nesta tese. É preciso incentivar a construção coletiva e não continuar utilizando metodologias convencionais nas quais a “transmissão” de conhecimentos se torne comum. Diante do exposto e da importância do assunto, cabe ressaltar como se organiza a Educação Permanente seguindo as orientações do Ministério da Saúde.

3.1. Importância da Educação Permanente: horizontes para possíveis avanços na saúde

A Educação Permanente (EP), como mencionado, consiste em envolver os profissionais em ações voltadas à saúde e à qualificação dos processos de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) objetiva a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (Brasil, 2014a).

Para isso, precisa-se considerar o cenário em que esses profissionais estão inseridos e verificar do que a comunidade está precisando em questão de ações em saúde. A EP é considerada com a política de formação que norteia as ações e pretende promover os processos formativos definidos a partir da problematização do seu processo de trabalho, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A problematização, no decorrer do processo de trabalho, é o que define a Educação Permanente em saúde (EPS) como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local que precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde (Brasil, 2018a, p. 11).

Considerando o caráter interdisciplinar e interprofissional da EPS (um de seus pilares), destaca-se que todos os profissionais devem participar dela. A EPS não é direcionada a uma categoria profissional em serviço.

Conforme Ribeiro, Souza e Silva (2019, p. 168),

Através de uma Portaria sob nº 198/GM foi instituída a política nacional de educação permanente em saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, um Decreto sob nº 94.406/87 foi regulamentada a Lei nº 7.498/86, onde se dispõe sobre o exercício da enfermagem, no artigo 8º, incube-se ao enfermeiro participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal. Consta outra Portaria MS/GM nº 1.996, onde também dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde assume, como base teórica, a aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa ancora-se em Ausubel (1968, p. 37), para quem a aprendizagem significativa é considerada uma “experiência consciente, claramente articulada e precisamente diferenciada, que emerge quando sinais, símbolos, conceitos e proposições potencialmente significativos são relacionados à estrutura cognitiva e nela incorporados”.

Falkenberg *et al.* (2014) afirmam que a aprendizagem significativa tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar. Essa seria uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural.

Diante disso, enfatiza-se que a aprendizagem significativa é a propriedade de determinado conceito, na qual o aprendiz desenvolve conexões e sentido de aprendizagem. O aluno não apenas memoriza conceitos, ele os incorpora à sua memória, pois consegue realizar conexões acerca do tema. Carril, Natário e Zoccal (2017, p. 71), ao refletirem sobre Ausubel e Freire, apontam que “a aprendizagem se dá quando o aluno (re)constrói o conhecimento e forma conceitos significativos sobre o mundo, o que vai possibilitá-lo agir e reagir diante da realidade”.

Cabe destacar que esses processos contínuos e permanentes têm o objetivo de qualificar sistematicamente os profissionais nas possíveis fragilidades acadêmicas (ainda de formação) e nas prováveis atualizações de processos de trabalho, visto que a área da saúde está em constante busca de melhores práticas assistenciais com interface educacional.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018a), a Educação Permanente se configura como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Essas práticas de envolvimento dos profissionais são importantes para que possamos melhorar o entendimento real das orientações assistenciais, proporcionan-

do, dessa forma, uma aprendizagem significativa, o que levará a melhores práticas em saúde.

No que diz respeito aos conceitos sobre Educação Permanente, Falkenberg *et al.* (2014, p. 850) mencionam que são “ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde [tendo] como objetivo a transformação das práticas profissionais, organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas”.

Segundo Ceccim e Ferla (2008), para a Educação Permanente em Saúde, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe. O que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio que causem estranhamento e reflexões.

Nesse sentido, os profissionais da saúde, quando elaborarem atividades educativas com a população e com os próprios colegas de profissão, deverão estar atentos e sensibilizados para acolher as experiências prévias dos sujeitos. O aprimoramento de determinado assunto deve ter sentido e, por meio disso, ser incorporado às futuras práticas do cotidiano da comunidade e da práxis de trabalho em saúde: “A Educação Permanente ganha então visibilidade pela defesa da integração da gestão, serviços, ensino e comunidade, chamado quadrilátero da saúde e se propõe a atuar em áreas estratégicas: [...] a educação em serviço, como forma de assegurar qualificação técnica” (Camara, 2015, p. 21).

Deve-se lembrar que a Educação Permanente em Saúde se apoia nos conceitos de ensino problematizador e aprendizagem significativa, e, com a política de educação na saúde, a EPS envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018a). Para desenvolver o processo da Educação Permanente, o estado ativo de perguntação do sujeito provocará reflexões com o que já se sabe e com o que poderá ser aprendido (Ceccim; Ferla, 2008). Com isso, traz-se à tona a importância da criticidade do educando, como os autores defendem.

Ao estudar as políticas da Educação Permanente, percebe-se entre academias e instituições formadoras de profissionais a utilização de vários conceitos, tais como a interdisciplinaridade, a multidisciplinariedade, a interprofissionalidade e até mesmo a entredisciplinaridade. Essa última, conforme Ceccim (2018), é vista como ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar fronteiras usuais do conhecimento e das profissões. Segundo o manual do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2014c), as atividades educativas integrantes devem ocorrer, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos de trabalho no âmbito das equipes multiprofissionais.

As palavras “profissão” e “disciplina” indicam grande diferença e os prefixos “inter” e “multi” indicam distinção nas probabilidades de ação integrada, diversificada ou fragmentada. Se disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica, profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação. Disciplina é domínio de conhecimento, profissão é habilitação de exercício ocupacional, ainda que a disciplinarização do conhecimento, da ciência e do trabalho tenha resultado na emergência de profissões em recortes de poder e subordinação, onde se faz tão necessária a reversão em potências de integração, interseção e desfragmentação, uma vez que se almeja trabalhar em equipe, ainda que por uma obrigatoriedade (Ceccim, 2018, p. 1.741).

A compreensão desses conceitos torna-se importante, principalmente, para os profissionais da área da saúde, pois carregam na síntese das palavras a compreensão de como estão organizadas as disciplinas nas matrizes curriculares, se há a proximidade ou se estão distantes na interligação dos saberes. Essas trocas de experiências e habilidades inerentes em cada profissão se tornam imprescindíveis para uma prática assistencial de qualidade, a qual se enfatiza como ideal e que deveria ser observada nos currículos de formação de profissionais e no compartilhamento das disciplinas, evitando a fragmentação das especialidades: “A superação da disciplinaridade requer a construção de interação ou integração dos campos disciplinares” (Almeida Filho, 2000

apud Silva, 2014, p. 63). Diante disso, é relevante debruçar-se sobre os conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e interprofissionalidade e seus desdobramentos dentro da Educação Permanente.

3.1.1. Interdisciplinaridade: perspectiva de superação da fragmentação dos processos formativos

Torna-se importante destacar que a interação entre as equipes assistenciais, de uma mesma categoria ou não, deve rumar para um mesmo ideal. Durante os encontros realizados nos setores que trabalham com educação institucional, percebemos as possíveis interações entre as várias equipes profissionais que estão envolvidas no cuidado com os pacientes. Esses espaços de interação se tornam fundamentais para que o trabalho seja adequadamente desenvolvido. A prática interdisciplinar ainda é um desafio frente ao modelo médico-centrado caracterizado por divisão do trabalho, especialização e fragmentação do conhecimento. “Assim, um agir interdisciplinar exige que se tragam os saberes e as ações de todas as áreas dos conhecimentos” (Stedile; Teixeira, 2016, p. 60).

Os pressupostos da interdisciplinaridade não se resumem ao estágio em que várias especialidades se aproximam, transferem ou adotam os métodos e conceitos uma das outras, sem que haja no mínimo um profundo processo de reflexão que ultrapasse uma perspectiva subjetiva em torno daquilo que se investiga (Santos, 2017, p. 71).

Rios, Sousa e Caputo (2019, p. 3) corroboram afirmando que

[...] a compreensão da interdisciplinaridade, no entanto, não possui uma única concepção. Ela incorpora uma grande diversidade de configurações quando se consideram suas distintas finalidades: como troca de saberes entre campos disciplinares distintos, como campo teórico para questionar a fragmentação disciplinar do saber nas instituições, como forma alternativa ao desenvolvimento de pesquisa e tecnologia, ou como ferramenta à formação de profissionais com visão ampla a fim de desenvolver atuação em equipe.

Para Sardinha Peixoto *et al.* (2013, p. 331), “estabelecer um programa de educação continuada tendo como base a interdisciplinaridade propicia maior interação na equipe de saúde, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos”. A interdisciplinaridade se manifesta como interação e troca do conhecimento com o intuito de buscar um resultado diante de um problema com o envolvimento dos profissionais para promover a prevenção e a assistência dos pacientes. Nesse sentido, podemos exemplificar os *rounds interdisciplinares* no ambiente hospitalar, cujo objetivo é discutir a patologia e a evolução clínica do paciente e encontrar, juntos, um tratamento que contemple o indivíduo com um todo, resultando num prognóstico favorável.

3.1.2. Multidisciplinaridade: contribuição de várias disciplinas preservando independência

Outro conceito que utilizamos na área da saúde é a multidisciplinaridade. Ela encontra-se voltada ao envolvimento das várias disciplinas para resolver uma determinada situação, porém preserva cada uma delas na sua área de concentração do conhecimento, sem a obrigatoriedade de haver solidariedade na troca das expertises. Nesse sentido, a multidisciplinaridade é entendida por muitos autores, entre eles Irribarry (2003 *apud* Silva, 2014, p. 65), como sendo “a presença de vários profissionais reunidos trabalhando isoladamente, ou diferentes cursos de graduação de uma mesma universidade, sem interação”, pois “evoca a justaposição dos recursos de várias disciplinas, porém sem exigir um trabalho de equipe coordenado” (Gois Bastos, 2017, p. 49). A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entidade criada pelo Ministério da Educação, menciona que a multidisciplinaridade pode ser entendida como “o estudo que agrega diferentes áreas do conhecimento em torno de um ou mais temas, no qual cada área ainda preserva sua metodologia ou independência” (CAPES, 2013, p. 12 *apud* Santos, 2017, p. 68).

Para muitos autores, a multidisciplinaridade é vista como uma simultaneidade de disciplinas com a mesma linha de conhecimentos, uma adição ou acúmulo de conteúdos sem que haja interação entre os atores durante esse processo. Nos cenários acadêmicos, percebemos uma utilização do conceito de forma sistemática que proporciona aos futuros profissionais o conhecimento de diferentes abordagens que estão inseridas nas matrizes curriculares do curso de formação. Entretanto, nos cenários assistenciais, percebemos que esse conceito, de certa forma, torna-se frágil, pois não há uma interação entre os profissionais.

Não basta ter conhecimentos científicos e amplos se esses acadêmicos, na ida para o mercado de trabalho, não conseguirem interagir e integrar os conhecimentos em prol de uma avaliação completa dos pacientes. Portanto, percebe-se, de certo modo, uma fragilidade no contexto da multidisciplinaridade na prática profissional e, nesse sentido, há um conceito discutido e incentivado pelo Ministério da Saúde, que é o de interprofissionalidade.

3.1.3. Interprofissionalidade: horizonte para atuação conjunta e interativa na saúde

Uma das temáticas presentes no momento atual refere-se à interprofissionalidade em saúde. Segundo Ceccim (2018, p. 1740), no conceito de interprofissionalidade “o prefixo ‘inter’ indica ‘no interior de dois’, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões”. Dessa forma, a equipe interdisciplinar relaciona as suas áreas do conhecimento em busca de um resultado favorável diante de um problema em comum. O Ministério da Saúde defende que essa busca de soluções de um problema apresenta a aprendizagem de forma conjunta e interativa. Essa prática envolve duas ou mais profissões em busca de uma melhora na qualidade assistencial. Isso se chama de Educação Interprofissional em Saúde (EIP).

A educação interprofissional (EIP) visa a reunir diferentes profissionais para aprenderem *com, de e sobre* os outros, a fim de colaborar de forma mais eficaz na prestação de cuidados seguros e de alta qualidade para pacientes/clientes.

A interprofissionalidade eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, erros e danos; contribui à satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão e no tempo justo as ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute nos termos do acolhimento prestado, da integralidade da atenção e na adesão ao tratamento ou plano de cuidados prescrito/orientado⁶. Por isso, deve-se fortemente defender e interrogar o trabalho em equipe; buscar a educação permanente em saúde; e esforçar-se pela integração ensino-serviço-gestão-participação (Ceccim, 2018, p. 174l).

Portanto, a proposição de um programa de EPS para alinhar os processos de trabalho entre as equipes assistenciais e entre os diversos conhecimentos em prol de um cuidado adequado se torna uma prática emergente e necessária. Ressalta-se que a interprofissionalidade tem como princípios desempenhar e incentivar, nas diversas instituições de saúde, a prática assistencial ativa e de forma colaborativa. Devido à importância dessa temática, percebe-se que ela deveria aparecer nas matrizes curriculares nas instituições acadêmicas formadoras. É importante que a temática da interprofissionalidade apareça nos processos de formação entre gestores das instituições privadas e públicas, enfatizando que essa será uma das práticas que agregará conhecimento aos diferentes profissionais e fortalecerá o sistema de saúde: “recentemente, a EIP tem abordagem prioritária a qual formalmente está sendo incorporada nas políticas de educação na saúde, tendo em vista que é considerada como estratégia potencial para fortalecimento do SUS” (Brasil, 2018a, p. 41).

Fortalecendo conceitos de Interprofissionalidade é que o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) menciona que a EIP consiste em “ocasiões onde membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros,

entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (Barr; Low, 2013, p. 3). Como visto, a interprofissionalidade é considerada uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade da atenção à saúde. E, ainda, é “denominada como um modelo de formação estabelecido com ações articuladas entre dois ou mais cursos da saúde e que pode contribuir para mudanças em prol da colaboração e da qualidade da atenção dos usuários” (Brasil, 2018a, p. 41). Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados: “Paciente atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados” (Malone *et al.*, 2007 *apud* Freire Filho, 2018, p. 28).

Para Peduzzi *et al.* (2016), o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa centrada no paciente/usuário devem permitir ainda a identificação da política assistencial e encorajar a necessidade da Educação Permanente como parte do trabalho em saúde.

Diante do exposto, fica evidente que uma Educação Permanente se torna imprescindível em qualquer instituição, principalmente no âmbito hospitalar, onde existem várias especificidades e complexidades. Deve-se manter um elo de comunicação e interação entre equipes de forma interdisciplinar, qualificando o atendimento aos pacientes e seus familiares bem como conservando a qualidade dos processos já instalados nas instituições.

A partir do que foi exposto aqui acerca dos conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e interprofissionalidade, salienta-se a relevância desta tese, que teve como objetivo desenvolver os aspectos da política de Educação Permanente com os profissionais assistenciais do Hospital Geral de Caxias do

Sul, com a finalidade de aprimorar seus protocolos assistenciais com políticas de qualidade internacional e, conseqüentemente, ampliar essa formação aos demais profissionais de diferentes atuações, fortalecendo o eixo interprofissional incentivado pelo Ministério da Saúde.

3.2. Educação Permanente e acreditação hospitalar

De certa forma, a preocupação fundamental dos profissionais da área da saúde é buscar uma excelência no atendimento aos pacientes com respeito e atenção, independentemente se estão utilizando instituições privadas ou públicas. Diariamente os meios de comunicação expõem problemas no sistema hospitalar em relação a número de leitos, falta de profissionais e fragilidade assistencial, o que se intensificou na época da pandemia de Covid-19. Camara (2015, p. 25) ensina que os “desafios para a saúde aumentam: novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, em um tempo de transição demográfica e epidemiológica, ameaçam a segurança da saúde de todos”.

Diante disso, vivencia-se um avanço tecnológico que auxilia os profissionais e cidadãos em muitos aspectos; porém, ainda percebe-se a existência de fragilidades e desigualdades na assistência à saúde. Entretanto, prestar assistência à saúde para todos com igualdade, equidade e respeito, como preconiza o SUS, torna-se difícil em muitas regiões brasileiras, pois presencia-se a fragilidade no sistema de saúde.

É importante definir o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto nacional. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018a, n.p.), o SUS é “um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país e proporciona o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação”.

O SUS tem como princípios:

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2018a, n.p.).

Diante da complexidade que está imposta na proposta do Sistema Único de Saúde de oferecer saúde para todos de forma igualitária, é importante que esses aspectos sejam amplamente trabalhados no campo acadêmico e evidenciados sistematicamente nas atualizações profissionais. A integração da ciência moderna nos currículos universitários possibilitou uma produção de conhecimento que contribuiu para um avanço tecnológico na área da saúde, o que resultou no aumento da expectativa de vida da população (Camara, 2015). Salienta-se a importância de rever as práticas de educação interprofissional ainda nos cenários acadêmicos para que se possam reavaliar os currículos a fim de não fortalecer o estudante universitário apenas com teorias científicas e práticas assistenciais conservadoras, mas também com desenvoltura para interagir entre as áreas do conhecimento, dialogando nas possíveis práticas seguras para os pacientes.

Rios, Sousa e Caputo (2019, p. 4) salientam que

[...] o desafio é esse: romper com o processo de troca de competências, no qual cada saber atua sobre uma face de determinado problema, pela troca de experiências, promovida pela multiplicidade de questionamentos e olhares dos distintos

saberes, capaz de ampliar a compreensão desse problema e propor soluções conjuntas, levando em conta a complexidade de sua completude.

Considera-se que a interdisciplinaridade, quando incentivada nos cenários acadêmicos, tornará as ações interprofissionais visíveis na práxis do profissional da saúde. Está evidente o quanto essas práticas são necessárias para aprimorar o trabalho do profissional, o qual proporcionará uma assistência de qualidade à população. Nesse mesmo sentido, cabe enfatizar que as políticas de Educação Permanente terão um papel fundamental no contexto de ampliação dessa qualidade, desenvolvendo habilidades nos profissionais, tanto no trabalho da assistência quanto em papéis gerenciais.

Diante desse cenário, percebe-se o quão importante é a Educação Permanente com iniciativas institucionais, participativas e colaborativas, envolvendo todos os profissionais, auxiliando os profissionais da saúde a organizarem os processos administrativos e assistenciais bem como proporcionando um atendimento seguro e de qualidade.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi elaborado um Programa de Educação Permanente com os profissionais assistenciais da unidade de urgência e emergência de um hospital que atende exclusivamente o SUS, proporcionando ferramentas necessárias para desenvolver estratégias objetivando a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, além de uma certificação de nível internacional.

4. Qualidade em saúde: desafios para acreditação internacional

Este capítulo tem como objetivo abordar questões sobre qualidade em serviços em saúde e seu histórico, propósitos e vantagens para as instituições de saúde em buscar qualificar os seus serviços por meio da utilização de protocolos assistenciais e administrativos bem como processos de acreditação internacional. São discutidas as recomendações e a necessidade atual das instituições de qualificar as práticas hospitalares a fim de diminuir riscos ao paciente, à família e aos colaboradores. Também expõe-se o incentivo do Ministério da Saúde aos hospitais para que as instituições procurem qualificar a assistência, utilizando, nos seus processos, os protocolos instituídos pela Organização Nacional da Acreditação (ONA), visando à segurança prestada no atendimento ao paciente. Por fim, apresenta-se a criação da Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia (ACSA) e seus objetivos como acreditadora internacional.

4.1. Qualidade em serviços: uma realidade em termos de humanização em saúde e uma necessidade competitiva

Entre as características dos seres humanos, a necessidade de humanização e a competitividade nos cenários de trabalho aparecem constantemente. As pessoas são incentivadas, desde crianças, a serem melhores que as outras, mesmo que nas pequenas coisas, em uma brincadeira inocente em âmbito familiar, nos jogos escolares, nas competições para atingir as melhores notas ou conceitos escolares, os melhores empregos e os melhores salários. A competição é intrínseca ao ser humano e notoriamente presente no cotidiano; porém, não se pode esquecer a humanização. Seguindo essas premissas, e considerando que se levam para

os locais de trabalho tais características de seres competitivos e humanizados, as perguntas a serem feitas são: como melhorar e qualificar a instituição com a perspectiva de diferenciação no mercado e em termos de humanização? Como medir esses processos? Como mensurar a qualidade dos serviços e produtos?

Nas empresas, presenciam-se a organização de processos, a gestão de pessoas e a qualificação de produtos com a finalidade de oferecer atividades profissionais de qualidade e fidelizar os clientes, consolidando-se no mercado.

Nesse sentido, cabe mencionar que as grandes indústrias e empresas, por volta da década de 1980, começaram a utilizar um sistema de gestão da qualidade conhecido como ISO (*International Organization of Standardization*) 9001, reconhecida internacionalmente. As premissas dessa certificação são economia e aumento do desempenho, da satisfação do cliente e do lucro. Ainda existem ISO 45001, de saúde e segurança ocupacional, ISO 14001, de meio ambiente (Maekawa; Carvalho; Oliveira, 2013), entre outras.

Porém, essa busca de melhoria no trabalho aparece em outros cenários diferentes dos empresariais. Atualmente, no âmbito hospitalar, presencia-se também uma necessidade de medir e qualificar a assistência de prestadoras de serviços, tornando-se imperativo ver essa instituição de saúde também como um negócio. A preocupação em oferecer uma qualidade assistencial à população tornou-se uma grande necessidade, com um significativo impacto para as organizações de saúde, tanto no âmbito privado quanto no público. Cabe ressaltar que a saúde foi um dos últimos setores a adotar o modelo de qualidade, e o aumento da competitividade de mercado revelou-se como o principal propulsor para a discussão do tema nas instituições hospitalares (Feldman; Gato; Cunha, 2005).

É necessário salientar que uma instituição hospitalar, devido à complexidade do atendimento da saúde da população e da diversidade de profissionais que compõem o quadro laboral, caracteriza-se como uma entidade complexa, visto que o

gestor busca ofertar as melhores condições técnicas e humanas solicitadas pelos profissionais da saúde.

Ressalta-se que uma empresa, quando opta por um certificado de qualidade, visa a um diferencial competitivo e a um valor agregado ao seu produto. Os hospitais com atendimento ao sistema público, por seu turno, buscam um processo de qualidade para aumentar a segurança no atendimento de pacientes, familiares e colaboradores. Sendo assim, os hospitais públicos e privados usam a qualidade como diferencial competitivo. Salienta-se que no Brasil existe, por parte do Ministério da Saúde, um incentivo na busca por políticas de qualidade; porém, ainda não há destinação de recursos financeiros que incentivem os hospitais a desenvolverem esses processos.

Mesmo assim, os gestores de instituições de saúde perceberam que medir os indicadores assistenciais, qualificar seus colaboradores e organizar processos assistenciais e administrativos aumentam a segurança de pacientes e equipes. Essas práticas destacam a instituição e, com isso, habilitam-nas na busca por incentivos públicos, que, por vezes, auxiliam na manutenção financeira. Nesse sentido, lembram Emídio *et al.* (2013 *apud* Santos; Fiates; Rocha, 2020, p. 84) que “a acreditação representa uma distinção que a organização de saúde recebe pela qualificação evidenciada, ao mesmo tempo em que sinaliza para os clientes internos e externos, bem como para a comunidade em geral”.

As instituições hospitalares dedicaram tempo e investimentos para o aprimoramento da qualidade de seus serviços. Percebe-se claramente que essa preocupação e essa mudança cultural tem ocorrido nos últimos anos. Esses acontecimentos foram desencadeados em função do aumento do nível de exigências dos consumidores, implicações de processos legais e reivindicação da sociedade, que a cada dia aumenta seu grau de exigência (Santos; Fiates; Rocha, 2020).

Um exemplo a ser mencionado é a mudança de comportamento dos usuários no papel de paciente quando adoecidos

e quando internados dentro das instituições de saúde. O uso das tecnologias digitais como ferramenta de pesquisa em relação às dúvidas acerca das possíveis patologias que afetam a si ou a seus familiares é observado atualmente. Pode-se ver, durante as consultas, que muitas pessoas já apresentam um possível diagnóstico, realizado por meio de pesquisa no banco de dados da *internet* em *sites*, muitas vezes pouco confiáveis, como os de *fake news*. Salienta-se que a busca por informações e autonomia do sujeito é um aspecto importante a ser destacado, e a participação deste no planejamento do cuidado torna-se fundamental.

Frente a esse contexto, boa parte da população que possui rede de internet tornou-se cada vez mais questionadora e consciente de seus direitos. Viana *et al.* (2011, p. 36) corroboram esse pensamento quando escrevem que “os pacientes estão cada vez mais conscientes em relação aos seus direitos e atentos às constantes mudanças e avanços do mercado da saúde”. Diante disso, cabe às instituições utilizarem políticas e ações para melhorarem a qualidade de saúde, pois, além de tornarem-se competitivas no mercado, também garantirão a segurança assistencial e a satisfação do paciente como usuário do serviço ofertado.

4.2. Busca pela qualidade socialmente referenciada e gestão em saúde

Ao pensar numa instituição hospitalar, logo se imagina que esse local possa ser o mais seguro, principalmente quando se está com a própria saúde ou a de algum familiar fragilizada. Muitos locais apresentam ambiente calmo, seguro, com inúmeros profissionais de saúde, várias opções medicamentosas, instrumentos e equipamentos de última geração para procedimentos e eventual recuperação da saúde nas urgências e emergências.

Entretanto, sabe-se que, mesmo nesses cenários, pode haver atendimentos imprecisos, como: falha nos processos de cuidados; erros de medicações; profissionais com falta de capacitação; e elevado número de internações de pacientes. Todas essas causas

podem gerar eventos adversos, terminologia que designa os erros praticados nos pacientes internados. Enfatiza-se que ainda há instituições que estão desalinhadas ou não praticam políticas de qualidade e segurança, por vezes causando danos irreparáveis aos pacientes e colaboradores.

Diante disso, os gestores devem procurar meios que fortaleçam a imagem da instituição hospitalar como sendo um ambiente seguro e qualificado, e que os eventos adversos que por ventura possam acontecer não causem danos aos pacientes. Bonato (2011, p. 320) menciona que, entre as diferentes instituições, os “hospitais são entidades prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e peculiaridade, portanto, a prática da ‘Qualidade’ adquire enfoque e diferencial específicos”. Para manter a imagem de instituição consolidada e segura, a instituição precisa entender melhor esse processo de qualidade em saúde.

4.2.1. Qualidade e gestão em saúde: a sua importância e os desafios frente à complexidade do mundo contemporâneo

Estudos demonstram que os ambientes hospitalares que não estão organizados com seus processos de atendimentos tornam-se verdadeiros riscos para a saúde da população, independentemente se forem instituições públicas ou privadas. Existe uma comparação desses riscos à segurança do indivíduo com outras atividades que geram ansiedade e insegurança. Nas companhias aéreas comerciais, o índice de óbito é de um passageiro para cada dez milhões de decolagens; ao realizar alpinismo, o risco é de uma morte para mil pessoas que praticam esse esporte; já nos hospitais, o risco de morte por erro ocorrido durante a internação é de um para trezentos, e o risco de eventos adversos, de qualquer tipo, atinge cerca de dez a cada cem (Sousa, 2019).

Esses dados são alarmantes e fazem refletir sobre a importância de oferecer à população qualidade em saúde, envolvendo a organização de processos e de gestão hospitalar, dentro dos cri-

térios das organizações que são referências em padrão em saúde. Ajustar esses processos na área da saúde tornou-se imprescindível para evitar essa triste realidade, e os ajustes desses processos são chamados de qualidade assistencial: “O cenário hospitalar atual caracteriza-se por conter um sistema mais humano do que mecânico; paradoxalmente, é muito burocrático, com regras e regulamentos para controlar o comportamento e o trabalho de seus membros” (Bonato, 2011, p. 320). Bonato (2011, p. 320) reforça que “parte das organizações empresariais e de saúde possuem uma tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes incentivadores e participativos do replanejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente”.

A preocupação em diminuir os riscos assistenciais durante a procura de atendimentos em saúde, seja em hospitais, clínicas ou ambulatórios, surgiu há algumas décadas, portanto, consideram-se ainda novos os processos de qualidade em saúde. Com isso, surgem as certificações de qualidade hospitalar, que oferecem inúmeros critérios e protocolos administrativos e assistenciais que visam à melhora e à maior segurança durante a internação hospitalar. Mas como proceder? De que forma implantar esses novos modelos de atendimentos? Como implantar essa ressignificação de processos como mudança de cultura dos colaboradores?

Antes de implantar qualquer forma de política de qualidade em saúde, é importante envolver todos os colaboradores, mostrando os benefícios que essa atitude trará no transcórre da execução das atividades. Deve-se inserir essa prática no planejamento estratégico da instituição para garantir que esses novos processos de qualidade ocorram constantemente e se perpetuem na cultura da organização. Haverá uma necessidade de coordenar todas essas ações, alinhando os processos, avaliando resultados e apontando melhorias, ou seja, gerindo todos esses processos. Para Costa *et al.* (2020a, p. 6), “gestão da qualidade em saúde pode ser definida como qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização, no sentido de pos-

sibilita a melhoria de produtos e/ou serviços”. Nesse cenário em que se busca reduzir danos, a acreditação hospitalar surge como uma alternativa para melhorar a qualidade dos serviços prestados, aumentando a confiança do paciente na instituição.

4.2.2. Importância da acreditação hospitalar: compromisso na busca de avanços na prestação dos serviços hospitalares

Torna-se imperativo, nesse momento, entender o que significa o termo acreditação hospitalar. Uma definição simples diz que são padrões e normas preestabelecidas que organizam e aliam os processos assistenciais, administrativos e gerenciais para que todos os colaboradores possam ter o mesmo conhecimento e acesso aos protocolos.

Define-se acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado. O processo de acreditação é pautado por três princípios fundamentais:
é voluntário, feito por escolha da organização de saúde;
é periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado;
é reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas (ONA, 2020, n.p).

Deve-se lembrar que esses sistemas (de acordo com a definição acima) de avaliação estabelecidos pela ONA se tornam diferenciados, pois incentivam os gestores hospitalares e as equipes assistenciais a melhorarem continuamente seus processos, focando na humanização do cuidado. Destaca-se que, na ocorrência das auditorias, o processo se dá de maneira educativa, voluntária e periódica, fazendo com que as equipes tenham a preocupação com a melhoria constante do cuidado.

Cabe salientar também que a acreditação representa uma mudança de paradigma institucional e cultural, por isso é uma

metodologia motivada por iniciativa da própria organização. Para Costa (2019, p. 5), “a acreditação procura a melhoria contínua da qualidade do atendimento hospitalar prestado a seus pacientes”.

Ainda para Caram, Pinto e Peter (2018 *apud* Santos; Fiates; Rocha, 2020, p. 85), “a acreditação hospitalar pode ser definida como uma metodologia de certificação das instituições hospitalares” que se destaca pela qualidade e pela segurança de processos e protocolos implementados por meio de um planejamento estratégico. Vários critérios poderão ser utilizados para alcançar as certificações, como revisão de documentos, padronização de processos, implementação de manuais, protocolos e desenvolvimento de rotinas de melhorias contínuas. Reforça-se a importância de conduzir um Programa de Educação Permanente para manter a qualidade do trabalho por meio de capacitações e atualizações com os colaboradores da instituição certificada. A Educação Permanente também auxiliará como instrumento para as entidades que ainda buscam essa certificação. Santos, Fiates e Rocha (2020, p. 84) evidenciam que “os processos de acreditação propõem uma revisão geral das instituições, através da análise das rotinas assistenciais voltadas à padronização e garantia do rigor necessário para um padrão aceitável de qualidade e segurança na prestação de todos os serviços hospitalares”.

Portanto, é importante destacar que a instituição que quer alcançar esse certificado deve ter, em primeiro lugar, uma liderança com gestão forte e inovadora, a qual consiga explicar a importância dessa certificação no exercício das atividades assistenciais e administrativas e engajar todos os colaboradores nesse processo. Em segundo lugar, deverá ter dedicação extrema de todos os colaboradores, pois são mudanças de hábitos e posturas para uma nova prática de trabalho. Colaboradores que não se alinharem a esse contexto não conseguirão contribuir e tampouco se inserir nesse novo cenário; conseqüentemente, destoam dos demais do grupo. Por último, cabe salientar que a instituição que entrar nos processos de busca de qualidade pre-

cisará entender que será um processo contínuo e constante, com frequentes avaliações e adequações conforme as necessidades.

Para muitos autores, a busca da acreditação deverá ser geralmente de forma voluntária. Experiências contrárias a essa premissa não obtiveram êxito na conquista da certificação e na manutenção de alguns colaboradores, pois é preciso envolvimento e autonomia dos sujeitos para organizar e alinhar inúmeros processos de trabalhos. Bonato (2011, p. 319) menciona que

[...] os profissionais vêm sofrendo influências diversas. Entre elas, o trabalho que contribuiu para mudanças no plano profissional e pessoal, exigindo do trabalhador postura ativa, participativa e transformadora, afetando diretamente as relações com as organizações e o modo de fazer.

Diante dessa consideração, cabe ressaltar que a melhoria da prestação de serviços, sejam eles quais forem, é de suma importância para destaque do profissional como sujeito e das instituições como locais reconhecidos pela manutenção e obtenção de serviços de qualidade. Atualmente, com as exigências do mercado de trabalho, a qualidade de serviços em saúde é uma distinção em meio a tantas organizações que prestam atividades com o mesmo fim e servirá como base para um crescimento institucional e uma consolidação da imagem junto à comunidade. A acreditação evidencia um compromisso da organização em melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente e garantir um ambiente assistencial respaldado em cuidados seguros, pois se busca continuamente trabalhar a fim de reduzir os riscos para os pacientes e funcionários: “A acreditação é considerada uma ferramenta para a avaliação da qualidade e para a gestão e, em especial, melhoria da segurança do paciente” (Sousa, 2019, p. 64).

A obtenção da qualidade deve focar primeiramente nos recursos humanos disponíveis. Nesse contexto, é imprescindível o envolvimento e o comprometimento das equipes de todos os setores (Gentil; Sanna, 2009). Destaca-se, diante desse argumento, que não basta um setor estar seguindo rigorosamente os pro-

cessos se outro não estiver bem-organizado, pois, mesmo com todos os processos alinhados, ainda pode-se constatar falhas na assistência que poderão atingir o paciente. É importante lembrar que se trabalha com recursos humanos e, diante disso, pode-se ter a presença de falha humana.

Por mais que a implantação dessa qualidade a nível assistencial e gerencial nas instituições hospitalares seja seguida e periodicamente aperfeiçoada, podem aparecer adversidades na assistência. O fato de uma instituição ser certificada não significa que não haverá erros de processos, mas com toda certeza eles irão diminuir significativamente. A certificação hospitalar pelo processo de acreditação não acarreta a perfeição no atendimento, mas estabelece níveis de qualidade que podem ser obtidos de forma crescente, oportunizando a melhoria da assistência à saúde (Feldman; Gatto; Cunha, 2005).

4.2.3. Conhecendo a ONA e sua importância do processo de acreditação

O Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, entendendo as fragilidades existentes no campo assistencial, vem incentivando as instituições hospitalares a buscarem padronizações necessárias para a oferta de serviços de saúde com qualidade. Em 1997, percebeu-se que as instituições hospitalares iniciaram procedimentos de avaliação reservada, de forma voluntária e periódica, com o objetivo de qualificar a assistência prestada observando padrões, o que pode ser equiparado ao sistema de *International Organization Standardization* (ISO), aplicado nas organizações empresariais.

Portarias foram necessárias para que fosse oficializada a implantação de uma qualidade em saúde, respeitando as realidades e a cultura do país.

No ano de 1999, após uma série de iniciativas de sensibilização sobre a importância da padronização dos serviços de saúde, promovidas pelo Ministério da Saúde, foi criada a ONA - Organização Nacional de Acreditação, entidade responsável

por estruturar e fomentar a acreditação de serviços de saúde, uma instituição privada e adaptada à cultura e realidade brasileira acreditadora (Santos; Fiates; Rocha, 2020, p. 86).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) consiste em uma organização privada, sem fins lucrativos, reconhecida por contribuir para o aprimoramento da qualidade no que se refere à assistência à saúde nos hospitais brasileiros por meio do processo de acreditação. Desse modo, objetiva a implantação de um processo que visa à melhoria da qualidade de forma permanente (ONA, [20--b]).

Segundo Mendes e Mirandola (2015, p. 637), “a ONA tem o objetivo de promover a implantação da certificação da qualidade dos serviços de saúde em diferentes categorias de organizações de saúde, que voluntariamente optam por aderir à acreditação”.

Em termos de acreditação hospitalar por meio da ONA, pode-se destacar que,

[...] no Brasil, cabe à ONA a definição de padrões de acreditação, supervisão das entidades acreditadoras. O processo de acreditação inicia-se com uma fase de diagnóstico seguida do processo de sensibilização com foco no engajamento geral de toda a equipe multidisciplinar e posteriormente a análise e adequações aos itens apontados após visita da entidade acreditadora (Santos; Fiates; Rocha, 2020, p. 86).

O *Manual brasileiro de acreditação hospitalar* (2015 [2002]) destaca as portarias que sistematizam as ações da saúde, são importantes até o momento e respaldam as instituições acreditadoras credenciadas ONA a atuarem com ferramentas na acreditação hospitalar:

- a. Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001, a qual reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar;
- b. Portaria nº 1970/GM, de 25 de outubro de 2001, que aprovou o *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*, pois defendia a ideia da necessidade de melhoria contínua da qualidade da

assistência prestada pelos hospitais, seja qual fosse o porte, a complexidade ou a vinculação institucional.

Essas portarias salientam que, além da importância de estabelecer as metodologias de qualidade em saúde nas instituições hospitalares brasileiras, a ONA e as demais instituições por ela credenciadas utilizam os padrões e níveis definidos pelo manual mencionado na Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001.

As certificações estabelecidas pela ONA são concedidas após as instituições acreditadoras credenciadas realizarem rigorosa avaliação junto às organizações de saúde, serviços e programas da saúde, tomando como base as normas do *Manual brasileiro de acreditação*. A busca da ONA pelos melhores padrões na saúde começa pela seleção de organizações que se habilitem a avaliar as instituições de saúde seguindo os procedimentos e as metodologias definidas. Cada uma dessas organizações selecionadas passa a ser considerada Instituição Acreditadora Credenciada (IAC), sendo atualmente as seguintes: *Business Assurance Avaliações e Certificações Brasil Ltda.* (DNV GL), Fundação Vanzolini/Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS), Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS) e Instituto Qualisa de Gestão (IQG) (ONA, [20--]).

4.2.4. Níveis da acreditação hospitalar – ONA

O sistema brasileiro de acreditação da ONA possui, diante da sua organização de requisitos de qualidade, três níveis que podem ser alcançados de forma gradual e sequencial, conforme o desejo e a evolução dos processos internos de qualidade. É importante ressaltar que um nível é pré-requisito do outro, ou seja, a instituição não consegue atingir nível 3 sem que as exigências dos níveis anteriores estejam cumpridas. Durante um processo de certificação ou recertificação, qualquer inconformi-

dade aos critérios do manual poderá acarretar a perda ou a não certificação.

A acreditação hospitalar se divide em três níveis, como mencionado, o que pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 - Níveis da acreditação hospitalar ONA.

a) Nível 1 - Segurança do paciente	Este nível busca atender requisitos formais e de estrutura e executa atividades proporcionando a segurança do paciente, conforme o perfil e o porte da organização?
b) Nível 2 - Gestão integrada	Gerencia as interações entre os fornecedores e clientes, estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; e promove ações de melhoria e aprendizado?
c) Nível 3 - Excelência em gestão	Enfatiza o desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização, avalia se os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável e analisa as evidências de melhoria e inovações decorrentes de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência?

Fonte: elaborado pela autora com base em ONA ([20--]).

O Ministério da Saúde preconiza a ONA como certificadora hospitalar brasileira, porém cabe ressaltar que existem outras certificadoras a nível internacional que os hospitais poderão contratar, tais como *Joint Commission International* e *Accreditation Canada International*. A diversidade e a quantidade de instituições acreditadas listadas no site da ISQua (*International Society for Quality in Healthcare*) denotam a crescente expansão da metodologia de acreditação em todo o mundo. No Brasil, na atualidade, podem ser identificadas diferentes metodologias, as quais são apresentadas no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Diferentes metodologias de creditações de qualidade.

Instituição	Abrangência	Níveis de acreditação	Prazo de validade dos selos de acreditação	Aplicação
Organização Nacional de Acreditação	Nacional	1 - Segurança 2 - Gestão Integrada 3 - Excelência em Gestão	Níveis 1 e 2 - dois anos Nível 3 - três anos	Por meio de instituições credenciadas como acreditadoras
<i>Joint Commission International (JCI)</i>	Internacional	Acreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio de acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)
<i>Accreditation Canada</i>	Internacional	Acreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio de sociedade com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG)
<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)</i>	Internacional	Acreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio da empresa Det Norske Veritas (DNV)

Fonte: elaborado pela autora com base em Sousa (2019, p. 73).

Diante desse quadro, pode-se observar a existência de acreditadoras hospitalares nacionais, como a ONA, e acreditadoras internacionais, como o caso da *Joint Commission Interacional (JCI)*, da *Accreditation Canada* e da *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)*. Essas políticas de qualidade possibilitam aos hospitais enfrentar de forma antecipada e mais eficaz as mudanças no cenário de saúde, como, por exemplo,

as ações realizadas ao atendimento da pandemia de Covid-19. Ao mesmo tempo, percebe-se a importância das plataformas digitais, as quais são incentivadas a estarem atualizadas como ferramentas de consultas e diagnósticos, por fortalecerem o vínculo entre equipes de saúde e pacientes.

Percebe-se a utilização da *internet* como ferramenta de aproximação dos indivíduos/pacientes aos profissionais da saúde por meio da telemedicina e da tele-enfermagem, as quais os conselhos profissionais lutavam para serem reconhecidas na tentativa de abranger o maior número possível de usuários nas consultas. A utilização da *internet* como ferramenta de aproximação de reuniões, consultas, revisão de exames, palestras, entre outros, está sendo incorporada no contexto diário da população.

4.3. Nova certificação internacional – ACSA: novos horizontes para o aperfeiçoamento hospitalar

Em 2018, surgiu no Brasil mais uma opção de aperfeiçoamento a nível internacional: a Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia (ACSA), uma instituição espanhola que traz entre seus objetivos melhorar a qualidade dos serviços de saúde, buscando também a excelência em saúde, a melhoria contínua e a valorização do sujeito como partícipe do processo de assistência hospitalar como suas premissas de parâmetros de qualidade.

A ACSA é uma organização pública vinculada ao Ministério da Saúde da Junta de Andalucía que recebe apoio administrativo da *Fundación Progreso y Salud*. O modelo de acreditação europeu da *ACSA International* tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade do serviço de saúde, dos serviços prestados por organizações e profissionais de saúde e dos serviços sociais.

Um desafio que a ACSA enfrenta é promover o modelo andaluz de qualidade, o qual sempre busca a excelência em saúde e bem-estar social e favorece uma cultura de melhoria contínua dos processos de trabalho em saúde. Tem por finalidade a

certificação da qualidade das organizações de saúde e serviços sociais, bem como dos seus profissionais (ACSA, 2020).

A ACSA incentiva algo importante - o paciente como sujeito ativo do processo do restabelecimento da sua saúde, além da gestão dos processos, da clínica e da avaliação das competências por meio dos indicadores. Segundo Novo (2013, p. 45), a ACSA trabalha em três eixos: gestão de processos, gestão clínica e gestão por competências, que exigem a “integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, assim como dos resultados e da efetividade das medidas tomadas através de um conjunto de indicadores”.

Esses eixos reforçam os direitos do cidadão, nomeadamente os estabelecidos pela Instituição Mundial de Saúde, e valorizam a segurança, a competência profissional, a transparência de atuação, os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde e a percepção que o paciente tem dos cuidados que lhe são prestados.

A ACSA dispõe de uma poderosa ferramenta que é a informática com programa específico, servindo de suporte a todos os processos de avaliação e permitindo que parte da avaliação seja efetuada e consultada de forma on-line, o que reduz o tempo e os respetivos custos inerentes aos processos (Novo, 2013). Cabe aqui ressaltar que, mesmo que sejam utilizadas ferramentas virtuais para atingir o certificado internacional, o que agiliza o processo, sugere-se que as instituições interessadas em utilizar a ACSA instituem a cultura de qualidade nos processos de qualidade. Dessa forma, facilitam-se a compreensão e a aplicabilidade das exigências para atingir esse certificado.

Conforme o *site* do IBES ([20--]), a ACSA articula-se em cinco dimensões em torno das quais são agrupados os conteúdos dos diferentes programas:

- I. Cidadão;
- II. Cuidados integrados de saúde;

III. Profissionais;

IV. Áreas de apoio; e

V. Eficiência e resultados.

Para a implantação e manutenção dessa certificação, faz-se necessário que as equipes multiprofissionais sejam altamente envolvidas e formadas em relação às normas e aos protocolos exigidos pela certificadora. Diante disso, há uma necessidade de estabelecer uma Educação Permanente atualizada e atuante dentro das instituições que buscam políticas de qualidade, por isso, no próximo capítulo, abordar-se-á, com maiores detalhes, o processo que a ACSA exige para a certificação internacional, assim como buscar-se-á entender os demais critérios em que as instituições hospitalares interessadas nessa conquista deverão se deter.

5. Conhecendo a ACSA: um voo panorâmico rumo à certificação internacional na qualidade em saúde

Este capítulo tem como objetivo abordar com maior atenção as questões relacionadas à ACSA internacional, ponto importante da presente pesquisa. Para isso, será importante entender como essa certificadora se organiza e conhecer a sua missão, visão e objetivos. O manual de padrões para os centros hospitalares, o qual está estruturado em cinco blocos, será analisado. O primeiro bloco, designado *A pessoa, centro do sistema de saúde*, divide-se em três eixos: 1) pessoa como sujeito ativo; 2) acessibilidade e continuidade dos cuidados; e 3) documentação clínica. Entretanto, as demais temáticas serão abordadas de forma mais sutil para uma compreensão do manual como um todo, tendo em vista a possibilidade de as demais instituições desejarem obter informações relevantes em relação ao processo de aprimoramento dos protocolos.

5.1. Conhecendo o *Manual de Normas: centros hospitalares*

O *Manual de Normas: centros hospitalares* será aqui esmiuçado, pois foi utilizado como base de desenvolvimento da pesquisa. Porém, salienta-se que a ACSA possui outros manuais que são aplicados em outras atividades da área da saúde, como ambulatorios, centros de saúde, laboratórios, centros de imagens, entre outros.

Deve-se lembrar que a ACSA, por ser uma acreditadora europeia, descreve em seu manual seus objetivos, missão e visão, que deixam claro para o leitor a finalidade da instituição, assim como todos os critérios de melhoramento estabelecidos para que

as instituições interessadas na certificação internacional possam alinhar seus processos. Missão e visão são assim descritas:

A missão da ACSA é contribuir para a excelência nos serviços de saúde e no bem-estar social, através da promoção da qualidade, através da certificação, segurança, desenvolvimento profissional e avaliação de resultados.

A sua visão é ser reconhecida como uma organização de referência a nível regional, nacional e internacional, no campo da qualidade social e da saúde (ACSA, 2018, p. 9).

Com relação à metodologia, o Manual de Normas da ACSA (2018, p. 14) afirma que:

Em todos os programas de certificação da ACSA é dado um papel importante para a **autoavaliação**, permitindo aos envolvidos identificar a sua posição atual, determinar onde eles querem alcançar e planejar ações para alcançar, criando um espaço de consenso e **melhoria compartilhada** (grifos do autor)

Ainda sobre a metodologia que consta no Manual de Normas da ACSA:

No caso dos processos de certificação de centros e unidades de saúde, serviços sociais, educação continuada e páginas *web*, a autoavaliação analisa os padrões e a finalidade, refletindo sobre o que está sendo feito e como pode ser demonstrado, levando à **evidência positiva** e que resultados foram obtidos e como eles podem ser melhorados, resultando na identificação de **áreas de melhoria** [...] No caso de processos de certificação de competências profissionais, na autoavaliação se analisam as competências e boas práticas presentes no desempenho profissional, fornecendo **evidências** e **provas** que demonstrem o nível de competência que o profissional tinha anteriormente ou que tenha alcançado durante o processo (ACSA, 2018, p. 14, grifos do original).

No decorrer da autoavaliação, a instituição poderá detectar ações de melhoria para aprimorar seus processos assistenciais dentro dos critérios estabelecidos pela ACSA. Seguindo essa premissa de autoavaliação, a qual incentiva a autonomia e a responsabilidade dos colaboradores com todo o processo, haverá

correções necessárias para alcançar essa certificação antes mesmo da auditoria da certificadora.

Após uma autoavaliação realizada pelas equipes internas da instituição hospitalar interessada, e respeitando as exigências e normas previstas pela ACSA, a referida instituição identificará todos os processos que estão alinhados com o manual e planejará os ajustes das demais atividades que necessitam de aprimoramento. Posteriormente, conforme o documento menciona, será realizada uma avaliação externa com equipes de avaliadores. O Manual de Normas da ACSA (2018, p. 14, grifos do autor) menciona que “**avaliação externa** é realizada por equipes de avaliadores capacitados pela ACSA, que valorizam as evidências apresentadas durante o processo de certificação”. Dependendo do seu cumprimento, o grau de certificação obtida, os pontos fortes e as áreas de melhoria são determinados.

As instituições deverão trabalhar na qualificação de melhoria dos seus processos seguindo três grandes grupos: Grupo I, que contempla os direitos consolidados das pessoas, a qualidade de vida, os princípios éticos e a segurança dos usuários e dos trabalhadores, entre outros aspectos; Grupo II, em que constam os princípios associados a um maior desenvolvimento da organização (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de espaços organizacionais); e, por último, os critérios do Grupo III, os quais abrangem aqueles padrões que demonstram que o centro hospitalar gera inovação e desenvolvimento para a sociedade em geral. Os avaliadores irão seguir os critérios de avaliação estabelecidos já descritos nos grupos (ACSA, 2018).

Importante destacar que o manual da certificadora ACSA está organizado em cinco blocos e segue onze critérios para que sejam organizados os serviços. Destaca-se, no primeiro bloco, a pessoa como centro do sistema de saúde; no segundo, a organização da atividade centrada na pessoa; no terceiro serão abordados o envolvimento e a qualificação dos profissionais (pois esses colaboradores são os que realizam os protocolos,

executam o planejamento e avaliam a prática assistencial); no quarto constam os processos de suporte, nos quais serão revisadas as estruturas administrativa e assistencial da instituição; e, no quinto, as melhorias contínuas, seção em que serão avaliadas todas as ferramentas de qualidade e segurança constantes na organização, bem como resultados obtidos. Após a análise e o trabalho realizado nesses cinco blocos, a instituição poderá estar apta a conquistar ou permanecer com o certificado. O Quadro 3 traz especificações sobre a estrutura do Manual de Normas da ACSA.

Quadro 3 – Estrutura do Manual de Normas da ACSA

I - A pessoa, centro do sistema de saúde	1 - A pessoa como sujeito ativo
	2 - Acessibilidade e continuidade dos cuidados
	3 - Documentação clínica
II - Organização da atividade centrada na pessoa	4 - Gestão por processos de atendimento
	5 - Promoção da saúde e qualidade de vida
	6 - Gestão e planejamento estratégico
III - Profissionais	7 - Profissionais
IV - Processos de suporte	8 - Estrutura, equipamentos e fornecedores
	9 - Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
V - Melhoria contínua	10 - Ferramentas de qualidade e segurança
	11 - Resultados do Centro Hospitalar

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 17).

Cabe ressaltar que nos critérios elencados e trabalhados no grupo I constam padrões que são considerados obrigatórios

e, portanto, deverão estar presentes e implantados para atingir qualquer grau de certificação. Salienta-se que, no bloco I, *A pessoa, centro do sistema de saúde*, será trabalhado especificamente o critério *a pessoa como sujeito ativo*, pois está alinhado com o objetivo desta pesquisa. Desenvolvendo esse critério, o processo de assistência trará autonomia ao sujeito enquanto participe do seu processo assistencial.

5.1.1. O que diz o Manual de Normas da ACSA sobre *pessoa como centro do sistema e sujeito ativo*

Importante mencionar que o interesse desta pesquisa reside no critério que a ACSA ressalta como essencial para uma certificação internacional, qual seja o respeito com a pessoa/sujeito, dando a possibilidade de participar do planejamento do seu cuidado, considerando suas angústias e expectativas como algo importante, as quais, se não sanadas, poderão interferir no processo de restabelecimento da saúde. Para Martins (2004, p. 24), o médico que sentir e praticar Medicina apenas no aspecto técnico certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença e, provavelmente, “poderá provocar inadvertidamente problemas de ordem psicológica na relação com o paciente, o que tenderá a agravar as condições de saúde deste”. O que o autor menciona, e é de extrema importância, é que se devem escutar as angústias, os medos e as incertezas do paciente decorrentes do seu tratamento ou da sua internação hospitalar. A ausência dessa prática poderá afetar a saúde do sujeito e de seus familiares.

Para abordar esse critério, deve-se entender qual a perspectiva ou interesse da pessoa para, com isso, oferecer um serviço de acordo com suas necessidades, demandas e expectativas. Implantar estratégias que permitam a tomada de decisões compartilhadas entre profissionais e clientes, respeitando os direitos fundamentais da pessoa e sua dignidade, preconiza esse critério (ACSA, 2018). Diante disso, instaurar no trabalho assistencial critérios em que os pacientes possam opinar sobre o seu tra-

tamento e seu prognóstico é inovador no ambiente hospitalar brasileiro.

O aspecto de tomada de decisão compartilhada entre profissionais e clientes é o mais desafiador nas práticas assistenciais, pois no Brasil a maior parte dos serviços hospitalares ainda não oferece essa autonomia para o sujeito. Presencia-se um acolhimento efetivo, uma prática de humanização entre pacientes e familiares, entretanto ainda se percebe que as equipes de saúde determinam as metas do cuidado a ser prestado. Para Martins (2004, p. 24), “a Medicina pode ser científica, mas precisa ser terapêutica também, ou seja, sempre que a Medicina for somente científica e tratar um ser humano dessa forma, trará uma enorme desvantagem ao paciente”. As políticas públicas de humanização da assistência trazem em seus princípios a preocupação em ampliar e implementar o cuidado ao ser humano de forma ampla e não restrita.

Para que essa prática se torne possível, a instituição deverá seguir as normas que constam no Manual de Normas da ACSA, como foi descrito anteriormente nesse critério da pessoa como centro do sistema de saúde, que é um dos eixos mais importantes para essa certificação. Nesse sentido, estão contemplados os aspectos relacionados à informação, à privacidade, à intimidade e à confidencialidade durante a prestação de cuidados de saúde.

A seguir, serão relatados os critérios que constam no manual.

5.1.1.1. Primeiro critério

Hospital deverá divulgar e deixar claro os *direitos e deveres dos cidadãos*. Nesse critério, um cuidado para ser observado é a escolha da ferramenta de comunicação para que esse esclarecimento se torne compreensível. Para isso, devem-se utilizar “os canais de comunicação mais apropriados e adequados às características da população atendida e aos profissionais (cartas de direitos e

deveres, folhetos, cartazes, treinamentos, etc.), salvaguardando barreiras de qualquer tipo (deficiência, língua)” (ACSA, 2018, p. 29).

O Quadro 4 expõe a organização da ACSA em relação aos procedimentos necessários para que a instituição interessada ajuste seus processos internos, os quais os avaliadores irão auditar.

Quadro 4 - Elementos avaliáveis.

1. O hospital expõe a carta de direitos e deveres nas áreas assistenciais e não assistenciais e, além disso, utiliza outro canal de comunicação acessível aos cidadãos (<i>web</i> , foros, publicações, etc.)?
2. A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população que atende?
3. O hospital divulga aos profissionais as suas responsabilidades na garantia do cumprimento dos direitos e deveres determinados?

Fonte: elaborado pela autora com base no Manual de Normas da ACSA (2018, p. 29).

Diante disso, fica claro que a informação e a comunicação dessa organização demonstram que sua direção e gestão se regem por princípios de ética e transparência, de partilha de conhecimentos, de envolvimento dos profissionais, de trabalho em equipe efetivo. Esse primeiro critério é extremamente importante, pois esclarece os direitos e deveres do paciente, envolvendo-o na prestação de cuidados de saúde. Dessa forma, o exercício dos direitos reconhecidos e a corresponsabilidade no correto uso dos processos de trabalho serão facilitados, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde.

5.1.1.2. Segundo critério

No critério *As pessoas são informadas sobre todos os aspectos relacionados com o seu problema de saúde*, cabe aos profissionais que estão envolvidos nesse processo fornecer a informação adequada e necessária em moldes compreensíveis para as pessoas ou seus

acompanhantes. Por meio de informações claras e objetivas, o sujeito poderá ter o entendimento do problema e, dessa forma, participar da tomada de decisão sobre o seu agravo de saúde como diagnóstico inicial, plano terapêutico previsto, cirurgia, internação, entre outras possibilidades. Um dos cuidados que as equipes devem manter é o registro no prontuário de todas as conversas, decisões do planejamento do cuidado realizado com os pacientes e familiares (ACSA, 2018).

O Quadro 5 mostra as exigências da ACSA em relação aos procedimentos necessários para que a instituição interessada ajuste seus processos internos. Os avaliadores irão auditar se a instituição apresenta formulários que direcionem os usuários nas informações sobre aspectos de saúde e tratamento, bem como o *feedback* das percepções dos usuários quanto à prestação de cuidados.

Quadro 5 - Percepção dos pacientes quanto à informação na prestação de cuidados.

1. O hospital identifica aqueles processos de prestação de cuidados de saúde que, pela sua complexidade, duração ou impacto na vida da pessoa, necessitam de fornecimento de uma informação sistematizada e normalizada?
2. As pessoas são informadas, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspectos (clínico, administrativo, transferência, etc.) relacionados com o seu problema de saúde?
3. O hospital dispõe de ferramentas que lhes permitem conhecer a percepção e o grau de satisfação das pessoas com a informação sobre o seu problema de saúde que lhes é fornecida?
4. Existem e estão disponíveis mecanismos que permitem a pessoas de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais receber essa informação?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 30).

Maziero *et al.* (2013, p. 167) mencionam que:

Os registros são fontes de documentação das ações e atividades exercidas pela equipe de enfermagem, tornando-se uma forma de garantir e comprovar a prestação do cuidado e a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Eles ainda fornecem informações específicas para a continuidade do cuidado, além de subsidiar a elaboração de um plano assistencial efetivo e individualizado. Legalmente, são considerados como documentos para embasar questões jurídicas, educacionais e de pesquisa, além de servirem como uma forma de comunicação entre a equipe, fornecendo subsídios para as condutas médicas. O ato de registrar ações realizadas pela equipe indica a qualidade da assistência que está sendo prestada e comprova a boa prática profissional, além do cumprimento ético-legal exigido pela profissão de enfermagem.

Na assistência em saúde, os registros hospitalares são de suma importância, uma vez que a utilização desses formulários menciona a necessidade de realizá-los por diferentes motivos, como comprovação legal das condutas e orientações ao paciente ou proteção legal em possíveis aspectos jurídicos e nas questões de auditorias em saúde. É prática inerente aos profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos registrar em prontuário a assistência ou as consultorias realizadas ao paciente no momento da internação. Reforçam Borges *et al.* (2017, p. 2) que os “registros da assistência favorecem a auditoria de prontuário, bem como a proteção dos direitos dos profissionais em situações judiciais ou administrativas”. Essas anotações dos profissionais da saúde comprovam a assistência, preveem lucros hospitalares e têm a importância de diminuir glosas e caracterizar as falhas. Dessa maneira, poderão formar esses profissionais para uma oferta de atividades de forma segura e eficaz.

5.1.1.3. Terceiro critério

No Manual de Normas da ACSA (2018, p. 30) consta que a identificação permite às pessoas que serão atendidas o “direito de conhecer o nome e a categoria profissional da equipe de prestação de cuidados de saúde, com a finalidade de promover a confiança na relação durante a prestação de cuidados assis-

tenciais”. Daí a importância do critério de que os *profissionais do hospital estejam adequadamente identificados perante o usuário*. O Quadro 6 mostra a organização da ACSA em relação aos procedimentos necessários para que a instituição interessada ajuste seus processos internos. Os avaliadores irão auditar se a instituição apresenta ferramentas para identificação dos profissionais que realizam o atendimento aos usuários e aos familiares.

Quadro 6 - Identificação dos profissionais.

1. O hospital informa sistematicamente as pessoas sobre os profissionais responsáveis por lhes prestarem os cuidados de saúde?
--

2. Os profissionais estão devidamente identificados de acordo com a política da organização, de modo que a pessoa identifique, em qualquer momento, o profissional que a está a atender?
--

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 30).

Em qualquer estabelecimento onde se presta algum tipo de serviço, a identificação do profissional torna-se imprescindível. Essa ação gera uma aproximação entre as pessoas. Quando se trata de ambiente hospitalar, essa prática se torna ainda mais necessária, pois é por meio da identificação dos colaboradores que se irá refinar e afinar relações bem como identificar os profissionais que prestaram algum procedimento ou informação. Esse item aparece nos manuais de acreditação da ONA Nível I segurança do paciente, que exige a identificação dos colaboradores assim como dos pacientes internados. Dessa forma, muitos eventos adversos (erros durante a assistência e a estadia do paciente) tornam-se evitáveis.

5.1.1.4. Quarto critério

A respeito da intimidade e da privacidade da pessoa durante o processo de prestação dos cuidados de saúde, o manual de acreditação aponta:

Durante o atendimento, deve-se garantir o direito à intimidade física e privacidade das pessoas durante o atendimento, proporcionando os recursos possíveis para o efeito no contexto da atuação dos profissionais, limitando a exposição das pessoas atendidas e procurando um ambiente mais reservado possível (ACSA, 2018, p. 31).

O Quadro 7 aponta os critérios que os avaliadores irão observar no momento da avaliação: se a instituição preconiza o cuidado com a intimidade e a privacidade dos pacientes.

Quadro 7 - Elementos avaliativos de intimidade e privacidade dos pacientes.

1. O hospital tem identificado os serviços e intervenções assistenciais que podem levar a uma maior exposição da pessoa e, portanto, a uma maior ameaça à sua intimidade e privacidade?
2. Existem, no hospital, normas e procedimentos destinados a garantir a preservação da privacidade e intimidade da pessoa, em função dos níveis da sua ameaça, durante o atendimento e a prestação de cuidados de saúde?
3. O hospital dispõe de ferramentas que lhe possibilitam monitorizar a correta aplicação das medidas contempladas, destinadas a preservar a intimidade e a privacidade das pessoas atendidas, e intervir em caso de serem identificados desvios?
4. São adotadas medidas corretivas perante baixo nível de satisfação, queixas ou reclamações quanto à falta de intimidade e privacidade das pessoas?

Fonte: Elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 31).

Esse item reforça o que qualquer instituição de cunho assistencial deveria ter como prática diária: o respeito pelo sujeito e seu familiar que o acompanha em um atendimento são questões extremamente humanitárias e inerentes ao cotidiano assistencial. Porém, sabe-se que, em alguns locais, essa prática torna-se fragilizada e, por isso, presencia-se a necessidade da implantação desse critério nas avaliações de qualidade em saúde. Cabe ressaltar que, por mais que se esteja trabalhando

em instituições assistenciais de cunho de ensino, onde se encontram professores/preceptores com alunos da área da saúde, incentiva-se que todos tenham o entendimento do respeito à outra pessoa, ainda mais em vulnerabilidade, como é o caso de uma doença. Na linha desse cuidado para proteção do paciente, a Resolução nº 554 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina a proibição aos profissionais enfermeiros da exposição da imagem do paciente para publicação e divulgação; além disso, proíbe comentar sobre a assistência em qualquer meio de comunicação ou mídias sociais. Isso só poderá acontecer mediante um termo que permita com expressa autorização do paciente e que não traga consequências negativas. Ficam vedadas a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes. Essa necessidade surgiu para uniformizar práticas de comportamento ético nas ações de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

5.1.1.5. Quinto critério

O hospital estabelece um processo de *informação contínua com o paciente ou o seu representante legal*, incluindo, nesse processo, o termo de consentimento informado, antes de intervenções com critérios de risco associados.

A entidade deverá garantir o fornecimento e preenchimento do documento de consentimento informado escrito, o qual o paciente assinará a concordância em relação ao planejamento do cuidado, como também o consentimento expresso em intervenções com critérios de risco associados, tal como preconizado em protocolos, orientações clínicas e/ou diretrizes legais (ACSA, 2018, p. 31).

O Quadro 8 apresenta os critérios que os avaliadores irão observar no momento da avaliação a fim de perceber se a instituição preconiza o cuidado com consentimento informado escrito de acordo com diretrizes em vigor.

Quadro 8 – Elementos avaliáveis sobre consentimento informado.

1. Existe uma relação com os procedimentos da carteira de serviços do hospital autorizada que necessitam de consentimento informado escrito?
2. O consentimento informado escrito é recolhido de acordo com as diretrizes em vigor?
3. O hospital realiza auditorias periódicas ao grau de cumprimento pelos profissionais do consentimento informado escrito, assim como a sua adequação às diretrizes em vigor? Para o efeito, utiliza uma metodologia validada que garante a representatividade da amostra auditada e a validade dos dados obtidos?
4. Em caso de desvios detectados, determinam-se as medidas corretivas que precisam ser implementadas?

Fonte: Elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 31).

Ao cumprir esse critério, será garantida a efetivação de um processo de informação contínua ao paciente em que ele terá o conhecimento de todos e quaisquer procedimentos a que irá se submeter, tendo a liberdade de realizá-los ou não. A Enfermagem tem como rotina a execução das práticas assistenciais em torno do cuidado ao paciente e o gerenciamento administrativo do setor e da equipe que lidera.

5.1.1.6. Sexto critério

Hospital garante o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em termos de testamento vital. Cabe à instituição

[...] assegurar o direito dos cidadãos de tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial, relacionadas com a continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida e assistência no final da sua vida (testamento vital), ou sobre o destino do seu corpo ou dos seus órgãos depois da morte. Implementar procedimentos que permitam aos profissionais conhecer, saber como agir e como administrar cuidados e tratamentos de acordo com o conteúdo das instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde. Se for o caso, assegurar que os profissionais saibam como identificar o representante legal da

pessoa, que servirá de interlocutor do paciente com o médico e/ou com a equipe de saúde para garantir o cumprimento das mesmas (ACSA, 2018, p. 32).

O Quadro 9 apresenta os critérios que os avaliadores irão observar a fim de perceber se a instituição preconiza informações aos pacientes quanto ao testamento vital.

Quadro 9 – Elementos avaliáveis quanto ao testamento vital.

1. É feita a difusão da informação aos cidadãos sobre a possibilidade que têm de poder realizar o seu testamento vital e como o podem fazer?

2. Existe um procedimento estabelecido que permite aos profissionais do hospital conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.) bem como quem é o seu representante legal em caso de a pessoa não poder decidir?

Fonte: Elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 32).

Esse critério que consta no Manual de Normas da ACSA talvez seja o ponto mais delicado da aplicação nas instituições de saúde aqui no Brasil, pois não há lei para que os profissionais de saúde possam aliviar o sofrimento, mesmo que o paciente se encontre em estado terminal, por meio da suspensão de tratamentos que prolonguem a vida, mas que não curem a doença. Essas práticas são consideradas como ortotanásia – também conhecida como eutanásia passiva (Pereira; Gonçalves; Figueredo, 2019). Ainda no Brasil, as práticas de alívio de sofrimento como eutanásia, distanásia e ortotanásia são tidas como criminais. Diante de um tema polêmico, é necessário que os profissionais saibam do que se trata o testamento vital que o Manual de Normas da ACSA estabelece. Testamento vital, para Lippeman (2015 *apud* Pereira; Lopes; Figueredo, 2019, p. 17), tem como conceito “declaração escrita da vontade de um paciente quanto aos tratamentos aos quais ele não deseja ser submetido caso esteja impossibilitado de se manifestar”.

Para Dadalto (2015, p. 97), testamento vital é

Um documento de manifestação de vontades pelo qual uma pessoa capaz manifesta seus desejos sobre suspensão de tratamentos a serem utilizados quando o outorgante estiver em estado terminal, em estado vegetativo permanente ou com uma doença crônica incurável, impossibilitado de manifestar livre e conscientemente a sua vontade.

Até o momento, não há legislação específica sobre o testamento vital. Diante disso, foram criadas as resoluções nº 1.805/2006 e nº 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina (2006, 2012) que, mesmo não tendo força de lei, funcionam como base a ser seguida pelas equipes médicas. Condutas que não sigam esses cuidados podem acarretar a cassação da permissão para exercício da Medicina (Pereira; Lopes; Figueredo, 2019). Essas resoluções não tornam a prática do testamento vital válida, mas auxiliam nas tomadas de decisões pelas equipes médicas em aceitar o testamento vital.

Cabe aqui esclarecer critérios mencionados pela Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006:

Em 28 de novembro de 2006, o CFM editou a Resolução nº 1.805 que, segundo consta no preâmbulo, permite ao médico limitar ou suspender, na fase terminal de enfermidades graves, tratamentos que prolonguem a vida do doente. Contudo devem ser mantidos “os cuidados necessários para aliviar sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (Dadalto, 2015, p. 155).

A Resolução nº 1.805/2006 possui apenas três artigos, sendo uma norma vinculada apenas à comunidade médica.

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário (Conselho Federal de Medicina, 2006, p. 2)

Ainda é mencionado que o Ministério Público Federal do Distrito Federal ajuizou em ação civil pública, em 09 de maio de 2008, contra o CFM, questionando a Resolução nº 1.805/2006 e afirmando que o CFM não tem poder regimental para estabelecer como comportamento ético uma conduta que é considerada crime. Pode-se observar que o MPF, em sua ação civil pública, confunde claramente a prática da eutanásia, que realmente é uma conduta tipificada como crime, com a ortotanásia de que trata da Resolução nº 1.805/2006 (Dadalto, 2015).

Para José (2019, p. 148), “os Cuidados Paliativos são uma importante questão a ser observada, em paralelo às Diretivas Antecipadas de Vontade - DAV (‘Testamento Vital’), pois da mesma forma visam à dignidade do paciente e à qualidade de vida deste para o fim da sua vida”, e “as DAV orientarão para os tratamentos que visem ao fim da vida enquanto doença, os Cuidados Paliativos visam aos cuidados enquanto paciente/pessoa”. Entretanto, no Brasil, não há previsão legal da DAV expressa, diferentemente de outros países, como Itália, Colômbia, Alemanha, Espanha, Portugal, França, Holanda e Estados Unidos.

Salienta-se que a implantação da certificação ACSA aqui no Brasil, naturalmente, trará essas temáticas para o campo das discussões, porque, como descrito anteriormente, não há legislações brasileiras sobre as condutas assistenciais do testamento vital. Essas conversas e possíveis ajustes nessa temática ajudarão as práticas do cuidado, porque isso reflete, muitas vezes, nas

decisões das equipes assistenciais nos momentos de urgência e emergência, nos quais muitas vezes o paciente está incapaz e a família desconhece seus desejos, situações que causam desconforto e insegurança para tomada de decisões de forma rápida. Cabe salientar que na Europa esse tema já está definido por resoluções, por isso aparece como critério no Manual de Normas da ACSA.

5.1.1.7. Sétimo critério

Em relação à tomada de decisão do paciente durante o processo de prestação dos cuidados de saúde, o manual de acreditação da ACSA menciona *garantir que o procedimento satisfaça os critérios definidos*, o que permite oferecer as informações necessárias para a tomada de decisão por parte do familiar, tutor ou representante legal, ficando todo esse processo registrado no prontuário do paciente. Esse procedimento de substituição na tomada de decisão se dá em situações de incapacidade de um cidadão ou quando o menor de idade não for intelectual ou emocionalmente capaz de compreender o alcance da intervenção (ACSA, 2018).

O Quadro 10 mostra os critérios que os avaliadores irão observar no momento da avaliação com a intenção de perceber se a instituição preconiza o formulário de substituição da tomada de decisão previsto em lei, em relação ao tratamento dos pacientes para tutores ou representantes legais.

Quadro 10 - Elementos avaliáveis sobre a tomada de decisão.

1. Está implementado um procedimento para a substituição na tomada de decisão, nos casos previstos na lei em vigor?
2. Os profissionais do hospital aplicam esse procedimento?
3. O tutor ou representante legal designado bem como a sua decisão encontram-se registrados no processo clínico?

Fonte: Elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 32).

Em muitos procedimentos complexos, as equipes assistenciais formalizam as orientações com as devidas autorizações legais, mostrando o risco e as consequências da realização de procedimentos necessários para salvaguardar a integridade da saúde do paciente, assim como o respaldo jurídico para os profissionais envolvidos e a instituição.

5.1.1.8. Oitavo critério

Com relação à resolução de eventuais conflitos dos pacientes durante o processo de prestação dos cuidados de saúde, o manual de acreditação da ACSA aponta que *o hospital garante a resolução de eventuais conflitos éticos surgidos durante a prestação da assistência*, oferecendo o procedimento destinado a resolver os problemas éticos surgidos durante a prestação de cuidados de saúde de urgência ao paciente (ACSA, 2018).

O Quadro 11 mostra os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza a utilização e a efetivação dos comitês de ética para assegurar as possíveis situações de clínicas dos pacientes e as dúvidas profissionais.

Quadro 11 - Elementos avaliáveis sobre comissão de ética institucional.

- | |
|---|
| 1. O hospital dispõe de um procedimento formal para formular questões e dúvidas à comissão de ética de referência? |
| 2. Os profissionais conhecem a existência do procedimento de consulta à comissão de ética de referência e as situações que são abrangidas nesse tipo de consulta? |
| 3. O hospital dispõe dos procedimentos necessários para assegurar a difusão das recomendações da comissão de ética de referência a todos os seus profissionais? |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 33).

No decorrer da assistência, alguns problemas poderão aparecer, dificultando as decisões das equipes. Por um lado, há, nas práticas, equipes multiprofissionais com diferentes opiniões; por outro lado, trabalha-se com expectativas dos pacientes e familiares. Nesse sentido, todas as instituições hospitalares devem possuir comissões de ética para averiguar fatos e auxiliar os profissionais a melhorar suas condutas, evitando, dessa maneira, problemas éticos futuros. Importante salientar que o objetivo principal dos comitês de ética é oportunizar espaços para as discussões sobre diferentes opiniões que apareçam na prática clínica, que envolvem os conflitos éticos que ocorrem na instituição de saúde. Essas trocas tornam-se importantes, pois a análise dessas situações pode ultrapassar os códigos deontológicos das profissões (Kawamura, 2012 *apud* Oliveira *et al.*, 2017).

Nesse sentido, cabe salientar que é de suma importância que os gestores hospitalares ou de instituições de saúde possam incentivar a criação de comitês de bioética, como mencionado, para uma avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado pelos profissionais. Os comitês de bioética (CB) são espaços independentes sediados em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios, nos quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento se reúnem para discutir e trabalhar diversos aspectos dos setores de atividades relacionados à vida e à saúde das pessoas (Loch, 2012 *apud* Oliveira *et al.*, 2017). Portanto, é de suma importância a construção dos comitês de bioética para que o paciente tenha um atendimento de responsabilidade e digno, no sentido de que as equipes busquem novas práticas e pesquisem novas tecnologias para que, dessa forma, possam oferecer aos pacientes um atendimento de qualidade sem riscos para sua saúde.

5.1.1.9. Nono critério

Com a finalidade de promover a tomada de decisão ativa do paciente durante o processo de prestação dos cuidados de saúde, o manual de acreditação da ACSA estabelece que o *hos-*

pital promove a tomada de decisão ativa do paciente durante seu processo assistencial. A instituição deverá disponibilizar ao paciente procedimentos e ferramentas de ajuda que lhe permitam e auxiliem na escolha entre duas ou mais opções diferentes para um problema de saúde, para que possa: “1) compreender os resultados que podem ocorrer aplicando diferentes opções; 2) ter em conta os valores pessoais que atribui aos possíveis riscos e benefícios; 3) participar com os seus médicos e/ou outros profissionais de saúde nas decisões” (ACSA, 2018, p. 33).

O Quadro 12 mostra os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza a utilização de ferramenta para ajudar os pacientes nas tomadas de decisões.

Quadro 12 - Elementos avaliáveis de disponibilidade de ferramentas de decisão ativa dos pacientes

1. O hospital identifica os problemas de saúde que, pelo seu impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, são suscetíveis a uma maior implicação na tomada de decisão ativa do utente (usuário) no processo de prestação de cuidados de saúde?
2. O hospital faculta ao utente ferramentas de ajuda à tomada de decisão ativa para orientar na escolha entre duas ou mais opções diferentes no contexto do seu problema de saúde?
3. O processo pelo qual o utente toma a decisão ativa, baseado numa ferramenta de ajuda à tomada de decisão, fica registrado no processo clínico, constituindo parte das informações originadas durante a prestação de cuidados de saúde?
4. Os canais formais para dar conhecimento aos utentes sobre a existência de ferramentas de ajuda à tomada de decisão estão disponíveis?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 33).

Diante da exposição desses elementos, acredita-se que seja um dos mais impactantes que a acreditação hospitalar de caráter internacional ACSA proporciona. Essa prerrogativa de dar

voz ao sujeito proporciona uma ruptura de paradigmas, visto que os pacientes se tornam, muitas vezes, passivos em relação às equipes assistenciais em um momento de internação, o que reforça a cultura em que o profissional da saúde tem o poder e o controle das ações. Presencia-se, em muitos momentos, a falta de comunicação entre as equipes de saúde e os pacientes e seus familiares como prática comum. Diante disso, Martins (2004, p. 25) menciona a sua percepção quanto a esse aspecto:

A crença na Ciência: como toda crença, nada científica – tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Aquele que passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for “seu paciente” de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo.

O que o autor menciona é o que percebemos nas práticas assistenciais que a figura do médico mantém ainda um poder decisório e centralizador. Sabe-se que científica e tecnicamente a figura do médico é preparada para organizar os planos assistenciais do paciente; porém, cabe salientar que o sujeito, mesmo não apresentando conhecimentos científicos e técnicos, pode e deve expressar as suas opiniões quanto ao tratamento proposto. O sujeito tem que ter direito de decidir sobre o que deseja que façam com seu corpo. Ele é, portanto, inserido em determinado contexto social que determina o que pode ser dito, em qual momento, de qual modo e por quem (Aquino, 2019).

Nesse sentido, fica evidente o quanto se torna necessário inserir os pacientes no seu próprio processo de cuidado. Estudos demonstram que, à medida que se tornam partícipes do planejamento, os pacientes se sentem respeitados e o sucesso do tratamento fica evidente. No contexto diário, a comunicação é necessária para que se compreendam os pensamentos dos pacientes, pois torna possível capacitá-los quanto à sua doença e às

possíveis recomendações de tratamento, adequando as decisões a eles (Sousa, 2019).

Martins (2004, p. 25) segue nessa linha quando menciona que o “poder médico de forma impositiva e autoritária contribui para o insucesso de um tratamento, ao menos psiquicamente, e o psiquismo não ajudando, surgem somatizações as quais podem alterar no processo de cura desses”. Ouvir o paciente e envolvê-lo nas tomadas de decisão são atitudes que vêm sendo também associadas a níveis mais elevados de adesão ao tratamento e à satisfação com os cuidados (Weingart *et al.*, 2011 *apud* Sousa, 2019). Diante disso, a inserção dos sujeitos e familiares nesse processo de tratamento e o critério da ACSA, que determina o sujeito como membro ativo do cuidado, trazem essa preocupação da escuta ao pensamento e à concepção do paciente para que este tenha uma assistência digna em termos de respeito à opinião do próximo.

Conforme o Manual de Normas da ACSA (2018), os critérios dez, onze e doze do eixo *A pessoa como centro do sistema de saúde* têm aspectos relacionados à organização do trabalho ofertado ao paciente e à percepção dos pacientes quanto à assistência recebida. Uma vez que se trabalha com qualidade assistencial, esses critérios vêm a contribuir para o refinamento da qualidade assistencial ofertada aos pacientes e à comunidade. São eles:

- * satisfação dos pacientes;
- * gestão das reclamações em formas de registros de opiniões e sugestões; e
- * captação ativa das sugestões, queixas e reclamações realizadas por qualquer meio não formal.

5.1.1.10. Décimo critério

Em relação à coleta sistemática da satisfação percebida pelo paciente durante o processo de prestação dos cuidados de

saúde, o manual de acreditação da ACSA aponta que o *hospital faz a coleta sistemática do grau de satisfação percebido pela pessoa atendida*.

Faz necessário recolher e avaliar o grau de satisfação/experiência dos pacientes sobre a prestação de cuidados que lhe foi oferecida, a qualidade de cuidados percebida e o grau de concretização das suas necessidades e expectativas. Para o efeito devem ser utilizadas diversas ferramentas que permitam tirar conclusões relevantes e adequadas para a melhoria contínua do grau de satisfação/experiência dos pacientes com os cuidados de saúde prestados pelo Hospital (ACSA, 2018, p. 34).

O Quadro 13 aponta os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza a avaliação da satisfação dos pacientes e a utilização de formulários em relação ao grau de satisfação.

Quadro 13 - Elementos avaliáveis do grau de satisfação.

1. O hospital dispõe de um questionário de avaliação para o grau de satisfação dos utentes e de uma metodologia validada para a sua utilização (representatividade, validade do questionário, mecanismo de entrega e recolha)?
2. O questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes está a ser utilizado de acordo com a metodologia prevista?
3. O hospital promove o preenchimento do questionário de avaliação, por parte das pessoas atendidas, sobre o grau de satisfação, para poder ter a maior taxa de respostas possível?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 34).

5.1.1.11. Décimo primeiro critério

O procedimento estabelecido para a *gestão de reclamações* é cumprido (circuitos, prazos, relatórios e responsáveis pelos mesmos) e tem como objetivo “gerir as reclamações de acordo com o procedimento definido, utilizando a informação obtida para identificar e incorporar áreas de melhoria no funciona-

mento do Hospital e resolver as ações que possam trazer desvios” (ACSA, 2018, p. 34).

O Quadro 14 mostra os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza a avaliação da satisfação dos pacientes e utiliza a ferramenta para trabalhar nas questões das reclamações dos pacientes.

Quadro 14 - Elementos avaliáveis na gestão de reclamações dos pacientes.

- | |
|---|
| 1. Está definido um procedimento para a gestão das reclamações? |
| 2. As responsabilidades para a análise e a resposta das reclamações estão atribuídas? |

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 34).

Esse critério já está sendo executado na grande maioria dos hospitais e instituições de saúde que possuem uma ouvidoria que tem como objetivo receber reclamação por parte do usuário ou do familiar e, após, direcioná-la aos setores envolvidos para resolução do problema e justificativa do problema. Percebendo os eventos adversos, as equipes assistenciais farão um plano de ação para ajustes nos processos, proporcionando uma melhoria contínua.

5.1.1.12. Décimo segundo critério

O hospital adota um papel de captação ativa das sugestões, queixas e reclamações realizadas por qualquer meio não formal, incorporando melhorias a partir da sua análise. Tem como objetivo “identificar as oportunidades de melhoria expressas pelas pessoas por qualquer meio (verbais, escritas, *email*, etc.), gerindo-as adequadamente e incorporando melhorias” (ACSA, 2018, p. 34). Pode-se ver que o Quadro 15 menciona os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza, publicita e divulga os canais de comunicação existentes para as pessoas poderem reportar as queixas, se monitora, ao longo do tempo,

as sugestões, queixas e reclamações e se apresenta medidas corretivas.

Quadro 15 - Elementos avaliáveis nos canais de comunicação e medidas corretivas.

1. O hospital dispõe de mecanismos acessíveis para que as pessoas possam colocar as suas sugestões, queixas ou reclamações à parte do circuito oficial?
2. O hospital publicita e divulga os canais de comunicação existentes para as pessoas poderem reportar as queixas, sugestões e reclamações?
3. As sugestões, queixas, comentários e reclamações recolhidas são analisadas e, quando necessário, as medidas corretivas introduzidas?
4. O hospital monitoriza, ao longo do tempo, as sugestões, queixas e reclamações para detectar eventuais repetições e avaliar o impacto que as medidas de melhoria implementadas tiveram?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 34).

Ao trabalhar com a cultura de qualidade assistencial, os *feedbacks* dos atendimentos, assim como a opinião dos pacientes, tornam-se imensamente importantes para avaliar como estão estabelecidos e desenvolvidos os protocolos assistenciais e o que ainda poderia ser melhorado.

Souza *et al.* (2007 *apud* Sousa, 2019, p. 113) mencionam que

[...] é importante identificar os indicadores de resultado pois eles podem interferir em múltiplos fatores no estado de saúde dos pacientes, as diferenças nas características demográficas e condições clínicas dos pacientes, além do cuidado recebido, aumentam a possibilidade de resultados diferenciados.

Podem existir diferenças e estas serem, muitas vezes, decisivas quanto aos resultados do trabalho ofertado aos pacientes. Mesmo assim, é importante a análise desses retornos para que as instituições possam, de alguma maneira, melhorar suas práticas assistenciais.

5.1.1.13. Décimo terceiro critério

O Hospital garante uma adequada utilização de medidas restritivas de contenção para situações clínicas definidas.

Esse critério tem como propósito de identificar as situações clínicas (agitação, auto e heteroagressividade, etc.) em que um paciente necessita, para sua segurança e do profissional que o atende, da adoção de medidas de contenção, como a imobilização mecânica. A decisão deve estar justificada pela avaliação realizada ao paciente e registrada adequadamente no prontuário do paciente. As medidas a serem aplicadas cumprem um protocolo definido, que garante a segurança e a dignidade da pessoa (ACSA, 2018, p. 35).

O Quadro 16 menciona os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição preconiza a contenção mecânica com a máxima segurança e conforto aos pacientes e se está registrado no processo clínico todo o acompanhamento e os cuidados de saúde prestados à pessoa sujeita à contenção.

Quadro 16 - Elementos avaliáveis no cuidado acerca da utilização de contenção mecânica aos pacientes.

1. As situações clínicas em que um utente possa estar sujeito à contenção mecânica para a sua segurança ou a do profissional que o atende estão identificadas e definidas?
2. As ações a realizar para proceder à contenção mecânica com a máxima segurança e conforto estão protocoladas e são registadas no processo clínico?
3. O material de contenção mecânica que é utilizado está homologado para que não traga risco para a integridade física e a dignidade da pessoa?
4. No processo clínico são registados o motivo para a contenção, o profissional que determinou a medida, o material utilizado e a hora que se inicia a contenção, assim como a estimativa da sua duração? É também registrado no processo clínico todo o acompanhamento e os cuidados de saúde prestados à pessoa sujeita à contenção?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 35).

Cabe ressaltar a importância de ter esse critério estabelecido, pois, quando o paciente apresenta alguma alteração de comportamento de origem psicológica ou psiquiátrica e a agitação se faz presente, muitas dessas alterações podem ocasionar riscos de lesões. Devido a isso, é preciso ter protocolos que possam promover a proteção física, tanto para o paciente quanto para os profissionais que trabalham com condutas previamente estabelecidas e claras para que não ocorra o risco de entendimento de atendimento desumanizado.

No Brasil emprega-se a terminologia de contenção mecânica como uma prática utilizada nas doenças psiquiátricas quando o paciente estiver em surto e apresentar riscos de suicídio, de se autolesionar ou, em casos agudos, de abstinência por drogas (lícitas ou ilícitas). A contenção deve ser realizada estritamente quando necessário e os profissionais devem ter capacitações de como realizá-la para não lesionar os pacientes, visto que a força que eles apresentam é extrema. Diante disso, Rodrigues *et al.* (2020, p. 32) comentam que “muitos estudos apontam que a contenção mecânica é para a segurança do paciente e do ambiente, previne quedas, a retirada de dispositivos assistenciais como cateteres e sondas e permite um tratamento médico emergente”.

A utilização da contenção mecânica realmente é algo difícil para se presenciar, mesmo sabendo das indicações em relação a essa conduta. Cabe ressaltar que, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2011 *apud* Rodrigues *et al.*, 2020), atualmente existem medidas alternativas realizadas por profissionais de saúde para proporcionar ao doente a libertação de tensões, sendo elas: comunicação sincera e firme, ambiente calmo e seguro, inclusão ou exclusão da pessoa significativa, atividades compatíveis com a condição do doente e tratamento farmacológico.

5.1.1.14. Décimo quarto critério

O hospital garante um tratamento correto às pessoas utilizadoras dos serviços e seus familiares. Tem como objetivo “implementar as medidas necessárias destinadas a melhorar a relação entre os

profissionais e as pessoas utilizadoras dos serviços e seus familiares” (ACSA, 2018, p. 35).

O Quadro 17 menciona os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se na instituição existem medidas para melhorar a relação entre profissionais e pacientes, assim como seus familiares.

Quadro 17 - Elementos avaliáveis na existência de medidas que favoreçam a relação com pacientes e familiares

1. O hospital define as normas adequadas para os profissionais utilizarem no tratamento das pessoas atendidas?
2. Existem canais de difusão das normas de tratamento que os profissionais devem aplicar no seu local de trabalho?
3. O hospital avalia sistematicamente o grau de cumprimento que os seus profissionais têm em relação às normas de tratamento determinadas (ex: análise de reclamações por tratamento, inquéritos de satisfação, etc.) e implementa medidas corretivas em caso de desvios detectados?
4. Está definido um mecanismo para que as pessoas atendidas possam apresentar situações em que considerem ter havido um tratamento inadequado pelos profissionais do hospital? Essas situações são analisadas e medidas corretivas implementadas quando necessário?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 35).

Um dos principais transtornos quando uma pessoa leva um familiar para realizar um tratamento de saúde é em relação aos canais de informação. Quem já teve essa experiência sabe o quanto é angustiante a falta de informações sobre o familiar internado. Algumas vezes essa falha acontece também com os pacientes na demora de um diagnóstico ou até mesmo do plano de cuidado a ser compartilhado com o paciente, gerando dúvidas, medos, inseguranças e incertezas. Atualmente, presencia-se, ainda, a ação do controle dos profissionais de saúde em relação

a seus pacientes. O poder envolve as relações entre dois ou mais atores sociais, nas quais o comportamento de um é afetado pelo comportamento do outro; o poder expressa a capacidade que um indivíduo tem de levar o outro a fazer algo que de outra maneira não faria, por imposição (Foucault, 1986 *apud* Villa *et al.*, 2015).

Os pacientes ainda se tornam submissos às condutas, que muitas vezes são explicadas de forma tênue, gerando muitas inseguranças. Segundo Costa e Martins (2011 *apud* Villa, 2015 *et al.*, p. 1.047), “essa hierarquia se estende, também, à relação profissional/usuário, comprometendo a autonomia dos envolvidos no processo assistencial”. Nesse sentido, por vezes, o usuário chega ao serviço em estado de dependência e alienação, esperando respostas e soluções, principalmente do profissional médico. Para uma instituição ser qualificada em seus processos assistenciais, é necessário que seja aprimorada a comunicação, a fim de evitar esses possíveis acontecimentos, e que os pacientes sintam-se parte da construção do seu planejamento do cuidado, conforme preconiza o Manual de Normas da ACSA.

5.1.1.15. Décimo quinto critério

O Hospital proporciona um ambiente adequado para os pacientes pediátricos. O propósito desse critério é “assegurar a implementação de medidas destinadas a proporcionar um ambiente favorável para crianças caso o Hospital atenda pacientes pediátricos” (ACSA, 2018, p. 36). O Quadro 18 apresenta as medidas que impactam na assistência pediátrica e seus familiares durante a internação hospitalar.

Quadro 18 - Elementos avaliáveis na adequação de espaço para atendimento pediátrico.

1. O hospital dispõe de um programa de promoção e proteção ao aleitamento materno, que é difundido aos profissionais?
2. Existe a possibilidade de pelo menos um dos progenitores ou familiares da criança permanecer com ela durante o internamento?
3. As zonas e espaços assistenciais destinados a crianças apresentam decoração e mobiliário agradável e seguro?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 36).

O ambiente hospitalar, para muitas pessoas, é considerado um local hostil, imparcial, diferente da segurança e do aconchego do lar. Em uma internação percebem-se muitas inseguranças em torno do processo de restabelecimento da saúde do paciente. Em algumas instituições há uma preocupação em deixar esse ambiente mais acolhedor, tanto para pacientes adultos quanto para pediátricos. E essa preocupação é maior nas questões de paciente pediátrico, pois esse carrega consigo uma família extremamente preocupada. Autores da área da psicologia confirmam esse dado trazendo, em seus escritos, a percepção dessa insegurança quando há uma criança internada: “O ambiente hospitalar é percebido de maneira hostil, e a família vivencia períodos de insegurança em relação ao quadro clínico da criança, devido à possibilidade de agravamentos da condição clínica com risco de morte” (Azevedo; Lanconi Júnior; Crepaldi, 2017, p. 3.654).

É importante salientar que todos esses cuidados com o ambiente acolhedor, a presença da família durante a internação e o incentivo ao aleitamento materno são extremamente necessários para o restabelecimento mais rápido da criança; porém, atrelado a todos esses critérios, são importantes também as interações com a equipe assistencial. A informação do diagnóstico, o plano de cuidado e prognóstico também são questões importantes para a criança e seus familiares ficarem mais tranquilos.

Destaca-se que as interações entre equipes assistenciais e família da criança hospitalizada servem para criar uma relação de confiança e de transparência das informações e, conseqüentemente, criam harmonia entre familiares, profissionais e criança internada (Azevedo; Lanconi Júnior; Crepaldi, 2017).

5.1.1.16. Décimo sexto critério

O hospital disponibiliza apoio psicológico e emocional aos utilizadores e acompanhantes em situações de especial vulnerabilidade. O objetivo desse critério é dispor de uma resposta especializada e organizada no hospital, além da resposta incluída nos planos de cuidados de saúde programados e prestados a cada paciente, para as situações em que tanto a pessoa hospitalizada como os seus acompanhantes possam necessitar de apoio psicológico e emocional, apresentando patologias com elevado componente de sofrimento, internações prolongadas, entre outros (ACSA, 2018). O Quadro 19 menciona os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar se a instituição apresenta a preocupação com a situação de vulnerabilidade emocional dos pacientes e dos seus familiares, quando necessário.

Quadro 19 - Elementos avaliáveis do apoio psicológico durante a internação.

1. As situações com especial vulnerabilidade para a pessoa e seus acompanhantes estão identificadas?
2. Existem protocolos de apoio psicológico e emocional para as situações de maior vulnerabilidade?
3. O hospital monitora o grau de cumprimento pelos profissionais dos protocolos de apoio psicológico e emocional?
4. As intervenções destinadas a prestar especial apoio psicológico e emocional são registradas no processo clínico?
5. O hospital avalia formalmente o grau de satisfação da pessoa hospitalizada e seus acompanhantes sobre o apoio psicológico e emocional recebido?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 36).

Quando existe o curso da doença instalado, é comum que o ser humano desenvolva um processo de fragilidade psicológica. É de suma importância que as instituições possibilitem o acesso aos profissionais da psicologia para que estes auxiliem tanto pacientes como familiares a restaurarem a integridade psicológica no decorrer da internação. Para Mutarelli (2015, p. 187), “a equipe de psicologia no ambiente hospitalar busca dar condições para que o paciente passe pelo período de internação, de modo que ele possa, posteriormente, integrar esta experiência de adoecimento à sua história de vida”.

Diante disso, cabe à instituição que busca o melhoramento e a qualidade internacional nos seus processos de trabalho prover o acompanhamento dos pacientes e familiares vulneráveis, dando suporte para as demais necessidades e queixas deles. As instituições hospitalares, segundo Mutarelli (2015, p. 176), preveem que “todos os pacientes sejam atendidos de acordo com os protocolos utilizados na instituição e com os procedimentos previstos nestes protocolos”. O fundamento para essa intervenção é esperar que o paciente tenha uma reação afetiva correspondente ao que está previsto para a evolução daquela doença. Sendo assim, o psicólogo tem como objetivo ver a singularidade do sujeito. Diante desses aspectos, esse critério colaborou com pontos da pesquisa, a qual também menciona o incentivo de dar voz ao sujeito e colocá-lo na posição de escolha, respeitando a sua singularidade.

5.1.1.17. Décimo sétimo critério

O hospital define e implementa as ações a serem realizadas em caso de situação terminal ou falecimento da pessoa atendida. Esse critério tem o objetivo de abordar de forma sistemática “o processo de morte da pessoa atendida no Hospital tendo em conta as suas necessidades e as dos seus familiares. Garantir o adequado tratamento de todos os aspectos administrativos e legais relacionados com a morte da pessoa” (ACSA, 2018, p. 37). O Quadro 20 menciona os critérios que os avaliadores irão observar no momento de avaliar

se a instituição define e implementa o atendimento a ser efetuado nas situações clínicas terminais e de morte, assim como se dispõe de espaços adequados (conforto, intimidade) para prestar atendimento nessas situações.

Quadro 20 - Elementos avaliáveis dos protocolos quanto a situações clínicas terminais.

1. O hospital dispõe de um procedimento que define e implementa o atendimento a ser efetuado nas situações clínicas terminais e de morte? No documento estão definidas as responsabilidades, os recursos e as atuações a serem realizadas?
2. O hospital dispõe de protocolos de atuação com aspectos básicos definidos para a autonomia e a dignidade da pessoa, a informação a ser prestada, a intimidade e/ou o conforto?
3. As responsabilidades e atuações a serem efetuadas nas situações terminais e de morte são divulgadas e implementadas pelos profissionais do hospital?
4. O hospital dispõe de espaços adequados (conforto, intimidade) para prestar atendimento nessas situações?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 37).

O ser humano tem dificuldade com o processo de morte. Ninguém está preparado para perder um familiar ou saber que a sua própria doença poderá ter o desfecho da separação dos seus entes queridos, e, quando ocorre uma internação com desfecho do luto, muitas vezes esses familiares não estão amparados adequadamente. Esse critério torna-se imperativo, pois não se pode falar de qualidade assistencial se não se pratica a política da humanização, de se colocar no lugar do outro, da empatia com a dor do próximo. Quem trabalha com vidas deveria desenvolver em suas práticas diárias essas ações de amparo, porém em alguns momentos não se observa essa conduta. Assim, é necessário não interpretar como patológicas as reações do luto, pois elas são naturais. Para que os equívocos sejam evitados, é necessário con-

siderar as culturas, as crenças, os contextos e as dinâmicas dos relacionamentos familiares. Além disso, é importante identificar fatores que possam prejudicar o enfrentamento do luto, como a não manifestação dos sentimentos, o adiamento do processo ou a negação da perda (Acirole; Bergamo, 2019).

Diante dessas questões, enfatiza-se que respeitar as crenças culturais e o desejo do paciente e dos familiares frente à morte é extremamente importante para que essa prática seja desempenhada adequadamente, e protocolos que direcionem as condutas dos profissionais são essenciais. A elaboração do luto pode ser compreendida como a fase em que há diminuição do sofrimento frente às lembranças do falecido, havendo a retomada do interesse pela vida por parte dos familiares (Acirole; Bergamo, 2019). Torna-se necessário um diálogo sincero e acolhedor com todos os sujeitos envolvidos, buscando apoio nos serviços da psicologia hospitalar, sempre que se fizer necessário, para o atendimento dessas pessoas, para que elas possam seguir suas vidas da melhor forma possível.

O critério 17 finaliza uma gama de exigências que as instituições deverão apresentar frente à proposta de uma avaliação de padrão internacional da ACSA no que diz respeito ao cuidado centrado na pessoa. O quesito *A pessoa como sujeito ativo* traz o eixo desta tese, como anteriormente mencionado, e, diante disso, justifica alguns detalhamentos frente a esse critério. Neste capítulo foram demonstrados todos os critérios e padrões, assim como todas as possíveis organizações de protocolos que precisam estar inseridos no contexto do trabalho diário nos hospitais. Do mesmo modo, foram abordados os elementos que os avaliadores irão seguir, observar e exigir para garantir uma certificação de cunho internacional.

Cabe salientar que o capítulo do Manual de Normas da ACSA *A pessoa, centro do sistema de saúde* aborda, além das questões de *pessoa como sujeito ativo*, a *acessibilidade* e a *continuidade de cuidados*, fechando esse eixo, as ações de *documentação clínica*. Esses dois

últimos critérios não serão trabalhados detalhadamente, pois não dão conta de questões do cuidado com paciente de uma forma geral, acompanhamento da continuidade de tratamento pós-alta e questões em relação a cuidados, confidencialidade e preenchimento de registros do prontuário. Entretanto, cabe mencionar as questões que são abordadas quanto à acessibilidade e à continuidade de cuidados.

5.1.2. Acessibilidade e continuidade de cuidados

O objetivo desse critério é “abranger, para além da coordenação de serviços, uma visão global dos processos assistenciais implementados no Hospital, de modo que, partindo das atuações e características de cada uma das suas partes, atinja a definição e implementação de uma continuidade assistencial” (ACSA, 2018, p. 38). Salienta-se, assim, que o paciente procura os serviços de saúde hospitalar por algum agravo na sua saúde, dando início a esse critério, e finaliza-o quando o tratamento for realizado e os problemas de saúde forem solucionados: “O respeito pelo tempo das pessoas deve ser considerado como um dos elementos-chaves na prestação de cuidados de saúde com qualidade” (ACSA, 2018, p. 38). Há 13 padrões que constituem esse critério, como se pode ver no Quadro 21, assim como para cada um também são elencados elementos a serem avaliados.

Quadro 21 - Títulos que constituem acessibilidade e continuidade de cuidados.

1. O hospital tem a sua carteira de serviços definida, atualizada e acessível?
2. São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para promover a acessibilidade do paciente ao hospital?
3. O hospital disponibiliza um guia de informação sobre os serviços que oferece e o seu funcionamento?
4. O hospital dispõe de um plano assistencial para cada pessoa hospitalizada, mantendo-o, em todo momento, adequado às suas necessidades?

5. O hospital aplica de forma sistemática critérios objetivos para concretizar a transferência de pacientes?
6. O hospital monitora a procura por assistência com o objetivo de melhorar a sua capacidade de resposta assistencial?
7. O hospital implementa um sistema de organização no planejamento das suas atividades, que lhe permitem dar uma resposta adequada à sua carteira de serviços?
8. Estão implementados os procedimentos que garantem a comunicação efetiva entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, de tal modo que se garanta a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais?
9. O hospital emite um informe de alta com toda a informação necessária?
10. O hospital identificou os serviços de suporte à área assistencial que são fundamentais para a continuidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde à pessoa hospitalizada?
11. O hospital faz uma avaliação do paciente e do seu ambiente com o objetivo de identificar as suas necessidades e facilitar o seu acesso a outros recursos de apoio?
12. O hospital dispõe de informação sobre as desprogramações e implementa medidas para reduzi-las?
13. O hospital controla a demora na prestação assistencial dos seus serviços?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 38-44).

O manual ainda salienta que o acesso aos serviços deverá ser equitativo, fácil e adequado às necessidades e expectativas da pessoa que deles necessitam. O desafio estabelecido nesse eixo é respeitar a pessoa, e não apenas realizar o processo curativo. Preocupa-se, numa rede de acompanhamento, com esse indivíduo, evitando, dessa forma, internações repetidas pelos mesmos motivos.

5.1.3. Documentação clínica

Finalizando o capítulo *A pessoa, centro do sistema de saúde*, evidencia-se a importância da documentação clínica. O objetivo desse critério é avaliar a forma como o hospital dá resposta às necessidades de informação clínica para o desenvolvimento do processo assistencial, garantindo a qualidade técnico-científica, a segurança, a confidencialidade dos dados e a satisfação dos pacientes e dos profissionais (ACSA, 2018). Como forma de avaliar esse critério, estão elencados oito padrões que garantem a informação clínica. Cabe ressaltar que esses critérios possuem seus elementos avaliáveis, descritos no Quadro 22.

Quadro 22 - Títulos dos critérios que constituem documentação clínica.

1. O hospital garante a disponibilidade do prontuário durante a prestação de cuidados de saúde?
2. O hospital garante a existência de um prontuário único por pessoa?
3. O hospital garante a confidencialidade e posse da informação clínica e pessoal?
4. O hospital avalia periodicamente o nível de qualidade e preenchimento dos registros clínicos na prestação de cuidados de saúde?
5. O prontuário contém toda a informação necessária para apoiar e justificar todas as ações realizadas ao paciente, facilitando a continuidade assistencial?
6. O hospital garante o direito do paciente de obter informação sobre o seu prontuário?
7. Existe um sistema de registro da movimentação dos prontuários que garanta a sua localização e disponibilidade?
8. O hospital dispõe de um prontuário digitalizado na sua totalidade?

Fonte: elaborado pela autora com base em Manual de Normas da ACSA (2018, p. 45-47).

Todos esses critérios e padrões trabalhados são as exigências que a certificadora faz para fornecer o certificado de qualidade internacional. São inúmeros pontos que servem para direcionar as instituições sobre os itens a serem melhorados, os quais estão minuciosamente descritos e, dessa forma, servirão de base para que os avaliadores façam uma análise crítica dos processos assistenciais oferecidos na instituição que almeja o título de certificado internacional de qualidade ACSA. É um processo de amadurecimento, dedicação e empenho institucional que precisará de um profundo envolvimento dos gestores, administrativos e colaboradores do hospital. É uma importante mudança de paradigma entre os colaboradores como um todo, mesmo que muitos desses processos já tenham sido alcançados - no caso de essas instituições já possuírem outro título de qualidade assistencial, como, por exemplo, o da ONA, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os demais itens não serão trabalhados nesta tese, mas se encontram no Anexo F a fim de esclarecer do que se trata o processo total de acreditação internacional.

Diante disso, a busca de selos de qualidade impulsiona a instituição para muitas outras melhorias, como boa visibilidade na comunidade, credibilidade para busca de recursos financeiros e incentivo na busca de melhoria contínua, que é o último critério que a ACSA estabelece em seu manual: “Seja por fomento da própria melhoria da qualidade e segurança, seja pela perspectiva de marketing empresarial ou, ainda, de ganhos financeiros, a acreditação se coloca como importante ferramenta para construir o caminho da melhoria contínua” (Sousa, 2019, p. 75).

As exigências descritas nos manuais de qualidade assistenciais deixam claras a importância e a responsabilidade das certificadoras de cunho nacional ou internacional em avaliar as instituições solicitantes desse processo. Como descrito, cada critério possui inúmeros padrões de exigências, os quais direcionam as instituições, juntamente com seus colaboradores, a

trabalhar seus processos existentes e articular os novos padrões de cuidado assistenciais, de organizações administrativas e de apoio.

Dar voz para os sujeitos é de suma importância, pois não se trata apenas de alcançar a qualidade nas práticas assistenciais, mas de buscar a melhor execução, os melhores equipamentos, a melhor tecnologia, o respeito pela pessoa, a escuta dos familiares, ações também essenciais atualmente, o que pode ser desafiador para a gestão dos serviços hospitalares. A busca por estratégias que impulsionem a participação do paciente para o cuidado seguro convoca os profissionais de saúde a construir, colaborativamente, um novo contexto de parceria com os pacientes (Costa *et al.*, 2020c). Esse aspecto é tão complexo que dificilmente se observam essas práticas no cotidiano assistencial, por isso é tão desafiador incentivar os profissionais da saúde para a escuta do outro, respeitando sua vontade e dando voz para o sujeito, o que é o tema desta pesquisa.

Os capítulos a seguir apresentam a análise dos dados coletados nas duas instituições referidas nesta tese. Assim, o capítulo 6 ocupará-se do Hospital Regional do Sertão Central - e de sua experiência quanto à obtenção da certificação internacional -, enquanto o sétimo capítulo irá apresentar os dados referentes ao Hospital Geral de Caxias do Sul.

6. Apresentação, análise e discussão de resultados: a experiência de de Quixeramobim na obtenção da certificação ACSA

Neste capítulo são apresentados os dados referentes à visita técnica realizada como parte da obtenção dos dados gerados a partir desta pesquisa, a fim de compreender as razões da busca da certificação ACSA, as metodologias utilizadas, os facilitadores e os dificultadores do processo. O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), em Quixeramobim (CE), conseguiu a certificação da ACSA em um momento difícil para a humanidade, em pleno período da pandemia de Covid-19, marcado por uma necessidade de reorganização do setor “saúde” em relação a colaboradores, compreensão da doença, entendimento e capacitações sobre processos assistenciais.

A Tabela 1 apresenta o perfil do grupo de colaboradores do HRSC que aceitaram apresentar suas experiências com o processo de acreditação.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do HRSC.

Variáveis analisadas	Categorias de análise	Número	Percentual (%)
Formação profissional	Enfermagem	14	87,5
	Medicina	2	12,5
Gênero	Masculino	4	25
	Feminino	12	75

Idade em anos	26 a 30 anos	3	18,7
	31 a 35 anos	10	62,5
	36 a 40 anos	2	12,5
	41 a 45 anos	1	6,3
Titulação	Mestrado	2	12,5
	Mestrado em andamento	2	12,5
	Especialização	10	62,5
	Especialização em andamento	2	12,5
Tempo de trabalho	0 a 2 anos	6	37,5
	3 a 5 anos	10	62,5
Tempo de formação	0 a 2 anos	1	6,3
	3 a 5 anos	3	18,7
	6 a 8 anos	2	12,5
	9 a 11 anos	5	31,2
	13 a 15 anos	5	31,2

Fonte: elaborado pela autora.

Diante da Tabela 1, percebe-se que, dos 16 envolvidos nesta pesquisa, 14 profissionais (87,5%) possuem a Enfermagem como formação profissional e 2 (12,5%) possuem graduação em Medicina. O gênero feminino prevalece com 12 participantes (75%) e o masculino com 4 (25%). Esses dados da amostra mostram que a população feminina ainda está em maior número nos cenários assistenciais. Outro fator importante a destacar-se é que, em relação à faixa etária dos colaboradores, 10 participantes (62,5%) têm entre 31 e 35 anos; 3 participantes (18,7%) têm entre 26 a 30 anos; 2 participantes têm entre 36 e 40 anos (12,5%) e 1 participante tem entre 41 e 45 anos (6,3%). Predominam, portanto, profissionais adultos jovens. Dos entrevistados, 10 participantes (62,5%) possuem Especialização, 2 participantes (12,5%) estavam com um curso de Especialização em andamento, 2 participantes (12,5%) possuem Mestrado e 2 participantes (12,5%) estavam com

um Mestrado em andamento. Outra variável importante é o tempo de trabalho: com 3 a 5 anos de experiência constataram-se 10 participantes (62,5%), e 6 (37,5%) possuem até 2 anos de trabalho. Observa-se que 5 participantes (31, 25%) possuem de 13 a 15 anos de tempo de formação; 5 participantes (31,5%) entre 9 e 11 anos; 3 participantes (18,5%) entre 3 e 5 anos; 2 participantes (12,5%) entre e 8 anos e 1 participante (6,3%) entre 0 e 2 anos de atuação profissional no HRSC. Importante destacar que a Enfermagem representa 87,5% dos participantes, tornando-se a categoria predominante na pesquisa. Esse dado demonstra que a Enfermagem é a categoria profissional que ainda concentra o maior número de profissionais dentro das instituições de saúde, o que possivelmente explica o fato de esse profissional assumir posições de gestão dentro das instituições de saúde.

Segundo Silva e Machado (2020, p. 8), a Enfermagem é:

[...] constituída por um contingente de mais de 2 milhões de profissionais, presente nos 5.570 municípios, nas 27 unidades da Federação. Presente, também, em todas as estruturas organizacionais do sistema de saúde brasileiro: hospitais, ambulatórios, centros de saúde, UBS, UPAS, SAMUs, ESF, etc.

Ainda para os mesmos autores, essa é uma profissão que atua nas várias dimensões da saúde: na assistência (muito forte), na prevenção e na promoção da saúde, o que confere a ela a noção sociológica de essencialidade no âmbito das profissões (Silva; Machado, 2020). Para Araújo (2022, p. 4), “o papel do enfermeiro é de extrema importância para o funcionamento do setor de saúde em nível global [...] [ele] está apto a atender pacientes com alto grau de complexidade, podendo atuar também na gestão hospitalar, ensino e pesquisa”. Aliado a essa constatação, ressalta-se que o gênero feminino ainda representa a maioria de profissionais no cuidado assistencial: dos 16 participantes, 75% eram mulheres. A Enfermagem, por ser uma profissão do cuidado, segundo Lopes e Leal (2005 *apud* Silva; Rios, 2018), ainda é hegemonicamente exercida por mulheres e, com isso, carrega situações desconfortáveis para a imagem social masculina.

Destaca-se que a maior parte dos colaboradores possui de 31 a 35 anos, representando 62,5% da amostra. Essa variável é um fator relevante, pois se considera uma população jovem, a qual é mais receptiva a aperfeiçoamentos necessários, bem como a possíveis mudanças culturais para a melhoria dos processos de trabalho. Isso não significa que, em faixas etárias mais avançadas, não haja aprendizado, pois, como lembra Sant'Ana (2014), a aprendizagem sempre acontece, já que os estímulos externos, decorrentes do contato com diferentes ambientes, permite que o cérebro seja estimulado, visto que os neurônios estão sendo ativados.

Importante destacar que 62,5% dos colaboradores da pesquisa possuem entre 3 e 5 anos de trabalho na instituição, o que contribui para a consolidação da cultura organizacional, visto que o HRSC foi inaugurado em setembro de 2017.

Além de os participantes terem um tempo considerável de trabalho na instituição, 62,5% possuem Especialização *Lato Sensu* nas áreas de atuação, colaborando para o aperfeiçoamento profissional. Esses dois aspectos auxiliam no melhor desenvolvimento dos processos de qualidade assistencial. Diante da caracterização dos participantes, cabe entender as razões, as facilidades e os dificultadores do processo de acreditação, bem como conhecer as metodologias utilizadas para a obtenção da certificação e a inserção do paciente no plano terapêutico.

6.1. Razões que levaram o hospital a optar pela certificação ACSA

Observou-se, durante as entrevistas, que a decisão da busca pela Certificação ACSA foi um consenso entre a instituição que faz a gestão do hospital – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) – e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, uma vez que ambas definiram que a certificação internacional, pelas suas características, seria a melhor escolha para o hospital e o município. Assim, os processos de qualidade foram implementados

desde a inauguração do hospital, visto que outros hospitais administrados pela ISGH já possuíam a certificação ONA. A escolha pela ACSA fica evidente, pois 40% dos participantes destacaram que essa certificação está inserida no planejamento estratégico da instituição, conforme as falas mencionadas a seguir.

Nasceu no nosso Planejamento Estratégico de uma forma mais consolidada [...] A gente sempre se preocupou muito com a questão da organização dos processos, a questão do paciente, da satisfação, e aí a gente via muito isso no manual da ONA e da ACSA (P1).

A gente já estava aí num período de maturidade da instituição mesmo, e aí a gente começou a perceber, né, no nosso planejamento estratégico mais especificamente, que a gente vinha produzindo muita coisa, muitos projetos interessantes, coisas que de fato eram uma marca em diferencial pra nós enquanto instituição (P2).

Foi uma decisão de nível de gestão, então a própria sede de ISGH com a Secretaria de Saúde do Estado optaram pela ACSA [...]. Eles queriam uma certificação diferente para o hospital que tivesse mais o nosso perfil (P3).

É um hospital que foi criado já em um modelo pronto como outros, né, da rede [...]. Ele já foi construído nessa intenção e já com alguns protocolos. Já com uma base muito boa, uma implementação muito boa, uma sensibilidade da rede inteira em relação a isso. Ele já foi criado desde a sua origem com protocolos rígidos, né, já em formatos padrão, e aí eles iniciaram a ideia da acreditação e... foi muito ousado, né, principalmente porque se trata de um hospital 100% SUS, dentro do interior do estado do Ceará (P16).

A rede hospitalar ISGH, por administrar outros hospitais do Ceará, tem como estratégia prezar pela organização de processos gerenciais e assistenciais que visam à qualidade no atendimento dos pacientes. O HRSC, antes mesmo da sua inauguração, estabeleceu a ONA como norteadora dos protocolos de qualidade, e isso consta no planejamento estratégico institucional. Considera-se o planejamento estratégico como um processo que permite delinear o melhor caminho a ser seguido por uma instituição. Ele reúne as metas e estratégias necessárias para alcançar os objetivos institucionais. Ressaltam Sena, Pedrosa e Mota (2022, p. 338) que “o planejamento estratégico é um

processo através do qual uma organização define sua estratégia, ou direção, e traça decisões sobre seus recursos para executar a estratégia”. Os participantes salientam que a escolha de um processo de qualidade internacional ACSA consta no planejamento estratégico da instituição, portanto, pode-se entender que os colaboradores conhecem e seguem as metas a serem alcançadas no HRSC.

Quando os colaboradores fazem parte da construção do planejamento estratégico, há melhores chances de envolvimento na proposição, implementação, avaliação, manutenção ou exclusão de ações e mudanças dos processos definidos coletivamente. Ainda, o planejamento estratégico é considerado

[...] uma importante ferramenta de gestão porém, somente alcançará seu objetivo com o apoio e comprometimento de todo o corpo funcional, tanto na implementação como na operacionalização das ações estratégicas decorrentes, proporcionando assim aumento na eficiência e eficácia da assistência hospitalar ofertada (Cavalcante *et al.*, 2014 *apud* Sena; Pedrosa; Mota, 2022, p. 345).

O planejamento estratégico perpassa uma rede complexa, que envolve desde a gestão até os colaboradores, para planejar e executar ações necessárias ao desenvolvimento de uma organização (Figueredo *et al.*, 2022). Ao incentivar os colaboradores das instituições a participarem do planejamento estratégico, evidencia-se a maturidade dos líderes das instituições, porque as pessoas passam a se envolver, assim como entender e elaborar os objetivos e as metas estratégicas, visando a consolidar os processos gerenciais. Nesse sentido, cabe a compreensão de qual é a estratégia utilizada para a sensibilização aos diferentes colaboradores, entendendo que a gestão de pessoas no âmbito hospitalar é um processo contínuo.

6.2. Metodologia utilizada para sensibilização dos profissionais do HRSC

Em relação às principais estratégias utilizadas pelo HRSC é importante entender como ocorreu a sensibilização e o envolvimento dos colaboradores nos processos de certificação da ACSA. Essas ações tornam-se importantes, pois os profissionais conseguem compreender a necessidade e incorporar esses processos na rotina diária de trabalho, consolidando os objetivos estratégicos. As estratégias são meios, modos, jeitos e formas de evidenciar o pensamento, portanto respeitam as condições favoráveis para se executar ou fazer algo.

Para Silva *et al.* (2022, p. 6), “as práticas educativas desenvolvidas no próprio setor do trabalho aprimoraram no grupo a habilidade do reconhecimento crítico da realidade, indo além da replicação de métodos, técnicas e conhecimentos”. Utilizar estratégias como ferramentas para aproximação dos colaboradores, esclarecimento dos objetivos propostos, refinamento das técnicas utilizadas, entre outras, é importante para a consolidação de novos desafios. No Quadro 23 descrevem-se as estratégias utilizadas para a sensibilização dos profissionais do HRSC acerca da importância da certificação internacional ACSA.

Quadro 23 - Estratégias utilizadas para sensibilização dos profissionais sobre a certificação ACSA.

Estratégia usada	Extratos do texto
Reuniões	Reuniões com todas as coordenações (P3, P7) Reunião com gestores (P1, P7) Reuniões com colaboradores (P2, P12) Reuniões (P9, P10)
Treinamentos	Treinamentos <i>in loco</i> /práticos (P2, P7) Treinamentos <i>online</i> /virtuais (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P13, P15) Treinamentos estratégicos (P16) Treinamentos (P8, P9, P14)

Capacitação	Capacitações (P11)
Outras estratégias	Evento sobre a ACSA (P10) Auditoria <i>in loco</i> (P5, P13) Construção de guia/protocolos (P4, P5, P11) Gincana (P5) Seminário ACSA (P1)

Fonte: elaborado pela autora.

Diante do Quadro 23, percebe-se que 8 dos 16 participantes (50%) trouxeram como estratégia utilizada a realização de reuniões. Essas reuniões envolveram, conforme informação dos participantes, os gestores, os coordenadores e os demais colaboradores da instituição.

A estratégia de treinamentos foi lembrada por 14 profissionais (87,5%), e foram citados os treinamentos *online*/virtuais, os treinamentos *in loco*/práticos e os treinamentos estratégicos. As capacitações foram citadas por apenas um participante. O item *outras estratégias* foi citado por 8 (50%) dos 16 profissionais, os quais mencionaram: o evento sobre a ACSA; a auditoria *in loco* realizada por especialista; a construção de guia/protocolos; a gincana e o seminário ACSA. Evidencia-se, por intermédio das entrevistas, que as reuniões e os treinamentos são as estratégias mais lembradas pelos participantes, conforme destacado nas falas a seguir.

Utilizamos a Plataforma Virtual de Treinamentos, fizemos muitos treinamentos nessa plataforma. E fizemos um seminário sobre a ACSA (P1). Penso que os treinamentos in loco, as conversas com a equipe, o treinamentos práticos também [...]. Uma das estratégias que a gente encontrou foi a Plataforma Virtual (P2).

Houve uma reunião com todas as coordenações do hospital para que fosse passado, então houve algumas oficinas [...] para trabalhar sobre o manual da ACSA [...] (P3).

Levamos essa metodologia através de apresentação de slides e essas pessoas que são gestores foram multiplicadores em cada setor, então eles

levaram essa apresentação inicial do que era a ACSA pronta para os colaboradores (P7).

A sensibilização no meu entendimento foi através de muitas reuniões e muitos, muitos treinamentos (P9).

Treinamento, conscientização todos os dias, né, a gente conta com a parceria de todos os colaboradores [...]. A gente tem treinamento em escala todos os meses (P14).

A gente fez capacitação com esses profissionais [...] capacitações frequentes (P11).

Os dados mostram que 50% dos participantes relatam que as reuniões são estratégias utilizadas pelos gestores para sensibilizar e envolver a equipe no processo de certificação. Pode-se considerar que essas técnicas são de fácil realização e escolhidas pelas lideranças como procedimentos que envolvem resolutividade e poucos recursos. Para Fortuna *et al.* (2005 *apud* Gomes *et al.*, 2011, p. 9), as reuniões são momentos importantes de interações e planejamento.

As reuniões podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, definindo claramente as ações e os seus responsáveis. A prática de reuniões pode proporcionar oportunidades ímpares para *brainstorming*, socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis até o momento.

Destaca-se que as reuniões são momentos importantes de interação e socialização entre as pessoas, proporcionando e incentivando a colaboração de um sujeito com o outro. Além disso, é considerada um momento relevante para a escuta ativa de ideias e desenvolvimento dos processos de trabalho. Quando se trabalha em instituições de saúde, as reuniões de equipes são estratégias decisivas para aprimoramento de ideias das equipes interprofissionais. A reunião “proporciona um espaço de maior clareza sobre o papel de cada um no processo de trabalho, fator que possibilita (re)delinear o trabalho por meio de discussões interdisciplinares dos casos em saúde” (Tasca; Mahf; Biesdorf, 2020,

p. 100). Assim, as reuniões realizadas entre colaboradores são importantes na tomada de decisões e planejamento de trabalho, possibilitando também mapear a execução das ações realizadas por cada equipe e pactuar novas estratégias para superar os problemas ocasionados nos processos diários.

Cabe destacar que, para a obtenção dos resultados citados acima, por meio de reuniões, é fundamental e indispensável que elas não sejam apenas informativas, mas também construídas em um espaço acolhedor de ideias e posicionamentos, sem autoritarismo por parte de quem as conduz. Nesse sentido, ressaltam Stedile e Teixeira (2016, p. 64) “se a reunião dá espaços para que os profissionais apontem assuntos emergentes do contexto de trabalho, tais como uma revisão do processo de trabalho, tem mais probabilidade de esse espaço ser produtor de aprendizagem significativa”. A EPS considera as reuniões (formais ou informais) como uma possibilidade real de formação em serviço, desde que aberta à participação livre de todos.

Outro ponto importante a ser destacado são os treinamentos como estratégia metodológica utilizada para a sensibilização dos colaboradores. Diante da amostra, 87,5% dos participantes afirmam que os treinamentos, independentemente de serem realizados de forma virtual ou *in loco* (dentro dos cenários de trabalho), ou até mesmo os treinamentos estratégicos, podem ser considerados estratégias para envolver os colaboradores.

Para Chiavenato (2016), treinamento é uma metodologia com objetivo no curto prazo para que os indivíduos aprendam conhecimentos, habilidades e competências com a finalidade de atender objetivos organizacionais previamente definidos. Ainda para o mesmo autor, o treinamento envolve

[...] a transmissão de conhecimentos específicos relativos a trabalho, atitudes frente a situações, conhecimento da tarefa e do ambiente e pode envolver desenvolvimento de habilidades e competências. Dentro de uma concepção mais limitada, o treinamento é o ato de aumentar o conhecimento e a perícia da pessoa para a execução de determinado trabalho ou tarefa.

Na verdade, o treinamento é uma educação especializada que inclui desde a aquisição da habilidade motora até conhecimentos técnicos, desenvolvimento de aptidões administrativas e de atitudes referentes a situações (Chiavenato, 2020, p. 343).

Conforme o autor, o treinamento é utilizado para a transmissão de conhecimentos específicos e técnicos de modo constante, pois remete a uma metodologia de rápida efetivação. Entretanto, é importante destacar que o treinamento pode ser considerado uma metodologia tradicional e, portanto, facilmente esquecida. Contribuem Anastasiou e Alves (2004, p. 72) ao afirmarem que:

A forma de assimilação que obedece à lógica interna do conteúdo, utilizamos os processos mentais ou as operações do pensamento. Por exemplo, na metodologia tradicional, a principal operação exercitada era a memorização. Hoje, essa se revela insuficiente para dar conta do profissional que a realidade necessita.

Dessa forma, pode-se evidenciar uma “educação impositiva” e de rápido resultado nas mudanças gerenciais e assistenciais. Entretanto, precisa-se considerar que, se realizada de forma unilateral, a adesão às modificações dos processos pode apresentar fragmentação ou interrupção. Para Anastasiou e Alves (2004, p. 72), “a aprendizagem é um ato social, necessitando da mediação do outro como facilitador do processo, do aluno com o objeto de estudo”.

Os treinamentos são utilizados com frequência no campo da saúde, como ocorreu no caso recente da pandemia, quando foi necessário incorporar técnicas de cuidado em saúde com rapidez e urgência. Assim, torna-se útil quando se buscam resultados imediatos, de curto prazo e que requerem habilidades técnicas, como a montagem e a desmontagem de respiradores, ou execução de manobras, como a manutenção do paciente em posição prona. No entanto, considerando os princípios e a lógica da Educação Permanente, um treinamento pode ser considera-

do EPS se emergir da necessidade sentida pelos profissionais no cotidiano do trabalho em saúde.

As capacitações, mesmo que pouco citadas, são consideradas estratégias mais adequadas para o desenvolvimento de competências complexas, como as exigidas para atuação em saúde. Capacitações auxiliam a habilitar o sujeito para desenvolver um conhecimento com maior independência; ao passo que treinamentos permitem aprimorar conhecimentos que já existem. A escolha da técnica educativa, no entanto, deve ocorrer de acordo com as aprendizagens a serem desenvolvidas. Assim, primeiramente, precisa-se entender o objetivo das propostas para escolher as melhores possibilidades de intervenções educativas. Para Stedile, Claus e Brustulin (2019, p. 16),

[...] o primeiro passo é explicitar a opção pedagógica que deverá direcionar a intervenção educativa, justificando-a e descrevendo a forma como será desenvolvida. Para defini-la é importante lembrar as teorias pedagógicas e seus pressupostos epistemológicos e tomar a decisão sobre o tipo de ambiente de aprendizagem a construir: se diretivo, não diretivo ou relacional, interativo e colaborativo. De acordo com esta escolha é definido o “caminho” a ser percorrido nas ações educativas e a forma como serão implementadas. Portanto, é nesse momento que são definidas as técnicas pedagógicas e ludo-pedagógicas empregadas na intervenção, o que deve estar em consonância com os objetivos do programa e os da aprendizagem.

Outras estratégias para a sensibilização foram mencionadas na entrevista com menor representatividade, porém são consideradas importantes recursos pedagógicos, especialmente as relacionadas a metodologias ativas, como a gincana. Em relação às metodologias ativas, corrobora Tilton (2020 *apud* Batista; Cunha, 2021, p. 62) que elas “surgiram para se opor à lógica formal das práticas de ensino [...] em que o professor é o agente principal nesse processo, tendo como princípio proporcionar aos alunos diferentes ferramentas para colaborar com sua formação Integral”. Nos processos de trabalho em saúde, algumas práticas pedagógicas se destacam, permitindo “a experiencição de um fazer coletivo através de oficinas de trabalho, rodas de conversas,

discussões de filmes [...], cenas vicenciadas no serviço, músicas, poesias [...] e outros artefatos culturais” (Schweickardt, 2015, p. 50). Entende-se que a utilização das metodologias ativas ajudará na busca de conhecimento e atualizações de “formas não tradicionais”, proporcionando uma melhor autonomia do sujeito e tornando-o mais responsável, crítico e independente. Cabe entender, diante dessa etapa, as facilidades e dificuldades encontradas no processo de acreditação vivenciado pela instituição.

6.3. Aspectos facilitadores e dificultadores do processo de acreditação

O Quadro 24 traz quais foram os aspectos facilitadores no processo de acreditação hospitalar ACSA, organizados em quatro categorias: os relacionados ao processo de trabalho; os relacionados ao ambiente de trabalho; os relacionados ao clima organizacional; e outros.

Quadro 24 – Aspectos facilitadores no processo de acreditação.

Categoria de análise	Extratos dos textos
Relacionados aos processos de trabalho	Organização dos processos (P1) Organização dos processos já implantados no hospital (P8, P15, P16) Satisfação dos nossos pacientes (P1)
Relacionados aos ambiente de trabalho	Orientação e participação dos coordenadores (P12) Hospital novo (P10)
Relacionados aos clima organizacional	Comprometimento de cada gestor (P2) Engajamento de todos (P3, P6) União de todos os setores (P4) Comprometimento (P9, P13) Trabalho em equipe (P11) Conscientização de cada colaborador (P14)
Outros	Visita da educadora da ACSA (P5, P7)

Fonte: elaborado pela autora.

Na categoria relacionada aos processos de trabalho, um dos aspectos que favoreceu a acreditação, de acordo com os entrevistados, foi que alguns desses processos já estavam implantados no hospital, facilitando a adequação nesse quesito, como destaca um dos entrevistados.

O hospital desde o início sempre trabalhou com processos, né, os processos aqui são muito bem alinhados, a gente sempre trabalhou com foco nessa questão [...]. Então, eu acho que isso facilitou, né, porque, digamos assim, a gente já tava pra... Acostumado a trabalhar com os processos bem implantados (P8).

Isso vai ao encontro do que dizem Oliveira e Matsuda (2017, p. 65) em seu estudo, quando afirmam que a acreditação demanda “processos gerenciais bem desenhados, que, aliados à prática do planejamento estratégico, podem contribuir sobremaneira para o sucesso da sua implantação e manutenção no cotidiano organizacional”.

Vale também destacar nessa categoria a satisfação dos pacientes e a organização dos processos, pois o HRSC sempre esteve preocupado com essa questão, ainda antes da busca pela certificação, conforme destaca P1:

Eu acho que a questão da satisfação dos nossos pacientes, assim, a gente sempre teve um histórico [...] a gente sempre teve essa preocupação com satisfação, a gente sempre teve preocupação com organização, acho que organização também, não só organização de uma forma geral, organização física, logística mesmo, de ambiente, de tudo, como organização também dos nossos processos (P1).

Na categoria *ambiente de trabalho*, o que facilitou a conquista da certificação, segundo um dos participantes, foi o fato de o HRSC ser um hospital novo, fundado em 2016, o que favorece a implantação de alguns processos.

Eu acredito que o que tenha facilitado, por ser um hospital relativamente novo, né, muita coisa ainda a gente ia e implantava e aí, assim, a gente procurou implantar da forma correta, da forma cobrada pela certificação (P10).

Outro item destacado nessa categoria foi a orientação que os colaboradores do hospital tiveram dos seus coordenadores. Segundo um dos entrevistados, isso ajudou muito, pois eles estavam sempre presentes nos setores, explicando e mostrando como implantar ou melhorar um determinado processo.

A orientação dos coordenadores, principalmente [...] Sempre são muito presentes no dia a dia. Não era o que tava errado, mas era o que tava incompleto, né, o que que a gente poderia melhorar, né (P12).

Na categoria *clima organizacional*, os entrevistados destacaram o engajamento de todos como forma de alcançar a acreditação, pois, segundo eles, todos os colaboradores se dedicaram para organizar os processos, desde a alta gestão até os profissionais assistenciais e operacionais.

Engajamento, né, então o hospital entrou, né, de cabeça, então a ACSA foi um assunto pra nós aqui no hospital (P3).

Outro fator destacado foi o comprometimento dos colaboradores e gestores. Segundo os participantes, todos se comprometeram a cumprir com as exigências da ACSA, desde quando houve a decisão por buscar essa certificação.

Eu acho que os profissionais são bem comprometidos de ponta a ponta, tanto a gestão quanto os colaboradores [...] trabalhamos muito juntos dos coordenadores pra tentar levar pra equipe tudo de exigência da ACSA e de exigência de particularidade do setor que a ACSA iria chegar (P13).

A união dos setores também foi um aspecto destacado por um dos participantes. Segundo ele, os setores se uniram para obter todos os quesitos exigidos na certificação.

O processo que facilitou foi a união [...] Todos os setores se uniram realmente em prol desse... da certificação (P4).

Outro ponto destacado foi que os colaboradores trabalharam em equipe para obter a certificação.

O trabalho em equipe, [...] todo mundo estava preparado (P11).

Na última categoria, os entrevistados destacaram a visita da educadora da ACSA como um aspecto facilitador para a obtenção da certificação. Essa profissional ajudou o hospital durante um ano, fazendo acompanhamento, dando orientações, mostrando como inserir as evidências de melhoria na plataforma da ACSA.

Ela fez vários acompanhamentos [...] foi ouvindo dicas, procurando fechar acordos que estavam frágeis (P5).

Então o que eu posso te dizer que facilitou muito a obtenção do certificado foi a contribuição da educadora durante um ano (P7).

É importante conhecer os processos facilitadores para que a elaboração do planejamento para obtenção da certificação ACSA contenha estratégias que auxiliarão no desenvolvimento das ações necessárias para que outras instituições possam utilizar como instrumento orientador.

O Quadro 25 mostra quais foram os aspectos dificultadores no processo de acreditação hospitalar ACSA relatados pelos profissionais entrevistados, os quais foram organizados em quatro categorias distintas: pandemia; nova base conceitual; burocracia/aumento de trabalho; falta de adesão de alguns profissionais.

Quadro 25 - Aspectos dificultadores no processo de acreditação.

Categoria de análise	Extratos dos textos
Pandemia	Reorganização gerada pelo evento da pandemia (P1)
Nova base conceitual	Ideia de mudança (P2) Falta de conhecimento (P3) Manutenção da padronização (P6) Processos que não faziam parte da rotina (P7) Angústia relacionada ao novo processo (P9) Muita coisa acontecendo ao mesmo tempo (P10) Dificuldade de estabelecer uma rotina (P13)

Burocracia/aumento do trabalho	Grande demanda de documentos (P4) Acréscimo com relação a protocolos, treinamentos (P16) Tempo curto para entregar os protocolos (P11) Sobrecarga em relação aos novos protocolos (P12)
Falta de adesão de alguns profissionais	Resistências pontuais, vícios (P8) Equipe médica com dificuldade em aderir ao novo processo (P14) Falta de adesão de alguns profissionais (P15) Falta do senso de pertencimento (P5)

Fonte: elaborado pela autora.

Um dos entrevistados relatou que a pandemia de Covid-19 foi um aspecto que dificultou o processo de acreditação, pois vários colaboradores foram contratados, outros foram afastados por questões de saúde, novos setores foram criados e os treinamentos tiveram que ser realizados de forma virtual, tendo resistência de alguns profissionais. Nesses períodos de crises, existe uma necessidade em criar estratégias pedagógicas que envolvam os profissionais para ampliar, da melhor forma, os conhecimentos acerca de algum tema, rompendo, assim, a utilização de métodos tradicionais aos quais as pessoas estão mais acostumadas. Teixeira *et al.* (2020, p. 3.472) afirmam que, no período de pandemia,

[...] enfatizou-se o uso de tecnologias digitais como vídeos [...] importante destacar a criação de redes colaborativas voltadas à disponibilização de suporte técnico à capacitação de pessoal por meio de material instrucional (folhetos e brochuras), workshops, disseminação de diretrizes, compartilhamento regular de atualizações técnicas, desenvolvimento de estudos de caso como estratégia pedagógica para capacitar os profissionais.

O desafio é entender que nos momentos de crises há uma necessidade de avaliar o cenário que se apresenta para escolher a melhor estratégia de aprendizagem no desenvolvimento dos

profissionais. Sabe-se que, no período de pandemia, o fator tempo foi decisivo para algumas escolhas, como percebido na fala a seguir, que enfatiza a barreira dos encontros não presenciais e a necessidade de treinamentos.

Eu acho que pra gente o maior obstáculo foi a pandemia [...]. Que a gente ficou muito angustiada se ia acontecer ou não, foi a pandemia, porque com ela vieram as questões dos treinamentos [...] das coisas que a gente não podia fazer pessoalmente, né (P1).

Na categoria nova base conceitual, a falta de conhecimento foi relatada por um dos entrevistados. Segundo ele, os profissionais, na sua grande maioria, não conheciam o processo da ACSA. Alguns deles tinham conhecimento da metodologia ONA, mas existem diferenças entre elas.

[...] a falta de conhecimento do processo da ACSA; não era muito igual ao que a gente já tava planejando que seria a ONA (P3).

A ideia de mudança, os processos que não faziam parte da rotina e a angústia relacionada ao novo processo também foram destacados. Segundo os entrevistados, muitos processos novos foram sendo implantados ao mesmo tempo, e a rotina mudou completamente. Isso fez com que os colaboradores ficassem angustiados, não sabendo se o que estava sendo feito era correto.

Em um estudo realizado por Oliveira e Matsuda (2017), a mudança da cultura organizacional foi um aspecto dificultador na implantação de uma certificação. Quebrar paradigmas e introduzir novos conceitos para que o processo funcione é uma dificuldade que precisa ser cuidadosamente trabalhada, pois hábitos e rotinas consolidadas somente podem ser transformados com a incorporação de novos valores e atitudes.

Eu acho que o novo, né, essa ideia de novo em si, a gente precisa reaprender, a gente descobrir que muitos dos quesitos que eles nos pediram nós não tínhamos (P2).

[...] algumas coisas que a gente não tinha na nossa rotina, algo que a gente tinha que implantar e aí bateu o medo, de repente, poxa vida, a gente nunca fez isso (P7).

[...] um dia você estudava uma coisa, no outro dia aparecia uma coisa e você já tinha que começar a esquecer aquilo que você já tinha porque era uma coisa nova (P9).

A grande quantidade de processos acontecendo ao mesmo tempo também foi um dificultador, segundo um dos participantes. De acordo com ele, muitos treinamentos, muitas reuniões, processos novos, tudo isso junto com a pandemia fazia com que os dias fossem muito agitados. Além disso, os prazos eram curtos para a entrega das evidências.

A maior dificuldade que eu achei foi porque foi muita coisa acontecendo ao mesmo tempo, e o ano também, a época, o momento que a gente tava vivenciando (P10).

Na categoria burocracia/aumento de trabalho, o grande número de protocolos e o tempo curto para elaboração deles foram relatados por alguns dos entrevistados, embora saibamos que a burocracia sustenta a formalização de procedimentos nas instituições. De acordo com eles, diversos protocolos novos foram exigidos pela ACSA, e o tempo para a construção e socialização deles dificultou o processo. Além disso, destacam que a burocracia acaba afastando o profissional da assistência ao paciente.

[...] o tempo pra realmente se preparar [...] todos aqueles protocolos (P11).

A burocracia! A burocracia afasta o profissional de saúde do beira-leito, da beira-leito [...]. Então, essa é uma grande dificuldade. [...] Check-lists, enfim, eles são importantíssimos, eu acho que precisaria ser mais digitalizado (P16).

Nessa mesma categoria, um dos entrevistados destacou a grande quantidade de documentos que eram exigidos para a conquista da certificação. Segundo ele, tudo precisa estar documentado para que o processo seja mais seguro, e isso demanda muito tempo.

A maior dificuldade foi principalmente a gente ter muita documentação que a gente tinha que juntar, muita... Tudo tem que ser bem documen-

tado, então nada era solto, nada era... Como é que você comprova que houve essa ação? (P4).

Com relação à categoria *falta de adesão de alguns profissionais*, as resistências pontuais e os vícios foram relatados por um dos entrevistados. De acordo com ele, todo processo novo gera resistências, pois as pessoas já estão acostumadas a fazer da mesma maneira há vários anos.

[...] algumas resistências pontuais, né, alguns vícios (P8).

A falta de adesão de alguns profissionais também foi evidenciada. De acordo com os entrevistados, alguns profissionais têm dificuldade de mudar a rotina. Além disso, os profissionais médicos, historicamente, são mais resistentes a mudanças.

É realmente a classe médica (P14).

[...] tem pessoas e pessoas, umas que aderiram e outras que não, e isso é a maior dificuldade, que é sensibilizar algumas pessoas e não todas (P15).

Outro dificultador foi a falta do senso de pertencimento. Muitos dos profissionais assistenciais não moram na região; fazem o plantão e voltam às suas cidades sem se envolver muito com o hospital.

A gente é um hospital que é distante da capital. [...] A gente ainda não tem muitos profissionais que são da região, e, de uma certa forma, às vezes, esse senso de pertencimento não tá tão fortalecido. [...] Essa sensibilidade, então, talvez um obstáculo seja ter uma grande leva de profissionais que não reside aqui, que de repente vem, dá seu plantão, não se envolve tanto, volta pra sua capital, porque "ali só me interessa na terça-feira à noite, no plantão de 24h", talvez esse tenha sido um obstáculo (P5).

Diante dos relatos dos entrevistados, notam-se alguns dificultadores no processo. Conhecê-los permitirá que sejam formuladas estratégias com intuito de superar dificuldades, a fim de alcançar os objetivos da proposta de certificação. Por exemplo, se o fator *tempo* é fundamental para a proposição de protocolos, isso precisa ser disponibilizado pela instituição que buscará a certificação. Da mesma forma, se a categoria médica

apresenta dificuldade de aderir à nova lógica, estratégias específicas precisam ser pensadas para favorecer o envolvimento desses profissionais.

6.4. Metodologia utilizada para manutenção e capacitação dos colaboradores

A metodologia é a ciência que estuda os métodos. Para Nascimento, dos Santos e Neves (2016, p. 2016), a palavra “método” significa um conjunto de procedimentos técnicos e científicos; assim, abordar métodos de ensino e de aprendizagem trata-se de um caminho para se chegar ao objetivo proposto que, nesse caso, é uma aprendizagem. Para a pedagogia, quando se trata de processos de ensino-aprendizagem, a metodologia consiste em ferramentas que os educadores utilizam para trabalhar um determinado conteúdo. Corrobora Masetto (2018, p. 662):

Para que um processo de aprendizagem possa efetivamente levar um sujeito a alcançar seus objetivos, ele precisa de um outro sistema, um outro processo que se integre a ele e o acompanhe em todos os momentos de formação do aprendiz, oferecendo informações (feedbacks) de acordo com as necessidades: correção quando houver um erro, orientação quando há dificuldade de avançar, incentivo nos momentos de desânimo do aluno, apresentação de atividades diferenciadas para impulsionar a aprendizagem.

Com base nesse conceito, observou-se a necessidade de compreender os métodos utilizados pelo HRSC para manter as equipes envolvidas e capacitadas, bem como para a capacitação dos novos colaboradores. O Quadro 26 mostra qual foi a metodologia utilizada pela instituição para a manutenção dos padrões de exigência da ACSA e de que maneira isso é trabalhado junto aos novos colaboradores do Hospital.

Quadro 26 – Metodologia utilizada para manutenção dos padrões de exigência para a acreditação e a capacitação de novos colaboradores.

Estratégia usada	Manutenção dos padrões de exigência	Capacitação dos novos colaboradores
Auditorias internas	Auditorias (P1, P15, P16)	-
Reuniões	Reuniões mensais (P2)	-
Treinamentos	Treinamentos a partir de notificações (P5) Treinamentos <i>online</i> (P7, P8, P9, P14, P15)	Treinamentos (P4, P8, P14, P15, P16)
Capacitações	Capacitações (P3, P11)	Capacitações (P11, P12)
Outros	Análise de indicadores (P4) Melhoria contínua dos processos (P6) Comissão de revisão de prontuários (P10) Educação em saúde (P12) Promoção da segurança do paciente (P13) Centro de estudos (P3, P5, P8, P12)	Programa de integração (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P13)

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação à metodologia utilizada para manutenção dos padrões de exigências da ACSA, observa-se que os treinamentos foram a escolha de maior representatividade, sendo lembrados por 5 dos 16 participantes. Cabe ressaltar que há uma confusão de entendimento entre o que é um método e o que é uma estratégia de aprendizagem. Considerando-se esses conceitos, destaca-se a Comissão de Revisão de Prontuários e a existência do Centro de Estudos, que, por serem permanentes e de cons-

tante trabalho com a equipe, estão em consonância com os princípios da aprendizagem significativa.

No caso do “centros de estudos”, de acordo com os participantes, são espaços que realizam o planejamento das ações educativas em saúde. Nas instituições de saúde existem esses espaços com nomenclaturas diversas, como “Setor de Educação Permanente”, “Setor de Educação Continuada” até mesmo “Centro de Estudos”. Independentemente da denominação, se esses setores são conduzidos tendo presentes conceitos como aprendizagem significativa, metodologias ativas, interação, colaboração, entre outros, tornam-se importantes para que os processos educativos possam ser construídos no cotidiano dos serviços de saúde. Figueiredo *et al.* (2017) lembram que a EP também assume um papel de promover e inspirar experiências para que o profissional reconheça sua singularidade e se fortaleça, superando limites e dificuldades, e desenvolva também o seu potencial. As falas a seguir ilustram o reconhecimento dos profissionais quanto à existência de um setor como referência de formação profissional.

O Centro de Estudos atualiza os treinamentos [...], que faça os treinamentos estratégicos no hospital, então, sempre que um profissional faz a integração [...] utilizamos a plataforma no Centro de Estudos, que é atualizada a cada novo treinamento que é inserido lá, além de treinamentos presenciais (P3).

A gente tem um Centro de Estudos que é muito forte, assim, muito participativo [...] quando a gente precisa afinar o processo, acionamos o Centro de Estudos [...] que fez um meet com eles, que registra e evidencia, porque é o que é importante na ACSA (P5).

O nosso Centro de Estudos é um grande parceiro, né, das coordenações, então a gente implementou a metodologia de treinamento online (P8).

[...] um setor que trabalha só com a parte de educação em saúde, então as meninas trabalham muito essa questão das orientações, né. [...] Não é muito fiscalizar, mas pra fazer... é... observação pra ver se tem alguma coisa que não tá condizendo com... com os padrões (P12).

Treinamento ou formação *online* é uma estratégia que foi amplamente utilizada como ferramenta de aprendizagem no período da pandemia de Covid-19. Para Ferreira *et al.* (2020), o momento pandêmico precisou da atualização e do aperfeiçoamento constante dos profissionais em um curto espaço de tempo; as instituições foram desafiadas a criar estratégias para a realização de novos treinamentos, objetivando maior segurança nas práticas. Nesse cenário, as tecnologias de informação mostraram-se eficazes para a atualização dos colaboradores, promovendo trocas de experiências e conhecimentos, com uma resposta imediata e de baixo custo. Por ele ser apresentado de forma *online*, alcança um maior número de pessoas, aproximando instituições de diversos locais. Percebe-se que o investimento que envolve as estratégias de ensino inovadoras é pouco reconhecido nos processos diários de aprendizagem. Em seu estudo, Duarte *et al.* (2022, p. 10) relatam que as instituições de saúde

[...] não investem adequadamente em uma educação permanente de qualidade, que realize treinamentos constantes e que adote estratégias de ensino inovadoras, uma vez que insistem em utilizar metodologias tradicionais de ensino que não envolvem os trabalhadores em seu processo de ensino-aprendizado e os tornam meros espectadores e/ou ouvintes de apresentações e palestras.

Quando da promulgação da Política Nacional de Educação Permanente, o ensino *online* não estava previsto como ferramenta de formação. Os processos educativos eram desenvolvidos em serviço, no cotidiano. No contexto atual, essa estratégia pode fazer parte do processo, desde que pactuada pelo conjunto de profissionais que participarão do processo.

Outro aspecto abordado pelos participantes é a Educação em Saúde. Nesse sentido, cabe mencionar as diferenças sobre os conceitos que envolvem essas práticas. Segundo Schweickardt *et al.* (2015, p. 73),

[...] a expressão Educação na Saúde foi formulada para abarcar os processos formativos de profissionais de saúde. Difere da “Educação em Saúde”, que se realiza como prática cuidadora na atenção integral realizada pelos serviços perante seus usuários; da “Educação Popular em Saúde”, que se realiza como prática de consciência e participação social; e da “Educação da Saúde”, que se refere aos objetos, termos e objetivos das práticas educativas no interesse da saúde. A Educação na Saúde pode abranger todas estas posições, mas necessariamente inclui a Educação Profissional em Saúde, a Formação de Profissionais de Saúde e a Educação Permanente em Saúde dirigida aos segmentos do SUS.

Ainda para Schweickardt *et al.* (2015, p. 82), “o processo acaba por gerar, em todas as instâncias do SUS, a necessidade de uma prontidão ao aprender. Essa prontidão extrapola a condição de um treinamento após o outro”. Nesse sentido, entende-se que Educação em Saúde é a forma mais adequada para trabalhar com os processos assistenciais diários, pois ela incentiva o trabalho da Educação Permanente em Saúde (EPS) a fim de aprimorar e desenvolver os conhecimentos dos profissionais. Por outro lado, é visto que as instâncias governamentais apresentam algumas limitações no investimento de recursos que facilitariam os treinamentos das equipes para que ocorressem de forma ativa e inovadora, sendo, na maioria das vezes, do modo tradicional (França *et al.*, 2017).

Outro aspecto a ser destacado são as estratégias em relação à capacitação dos novos colaboradores. Entre elas, apresentam-se os treinamentos, citados por 5 dos 16 participantes; as capacitações, citadas por 2 dos 16 participantes; e o Programa de Integração, citado por 8 dos 16 participantes, conforme apresentado a seguir.

Aqui tem o treinamento de imersão, tem toda a integração, que são aquelas três meses que o colaborador chega e a gente criou um instrumento que ele tem alguns treinamentos introdutórios que são obrigatórios (P1).

A gente precisou construir um Programa de Integração, e esse programa é direcionado pra três meses, continuamente, mas sobretudo para os três meses (P2).

Na admissão existe uma capacitação que se chama Integração, e nela há a participação de vários setores. [...] E é mostrado que o hospital realmente tem muitos protocolos (P6).

Os programas de integração ajudam no processo de socialização dos novos colaboradores nos ambientes que envolvem as rotinas de trabalho da instituição. Além de acolher os novos profissionais, esses programas irão qualificá-los, evitando rupturas nos processos de trabalho estruturados e consolidados. Nessa perspectiva, a EPS irá contribuir para que o novo colaborador possa devolver um conhecimento acerca da cultura institucional das pessoas que o cercam.

A prontidão ao aprender coloca a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS, pondo em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer trabalhadores que aprendam a aprender, práticas cuidadoras, intensa permeabilidade ao controle social, compromissos de gestão com a integralidade, desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (Schweickardt *et al.*, 2015, p. 82).

O desenvolvimento de competências, quer nos ingressantes na instituição, quer nos profissionais em serviço, não depende especificamente de uma estratégia pedagógica, mas da forma como o processo é desenvolvido junto às equipes e no cotidiano do trabalho em saúde.

6.5. Metodologias para incentivo do cuidado centrado no paciente e sua inserção no plano terapêutico

A certificação ACSA tem como princípios fundamentais o cuidado centrado no paciente e o incentivo para que ele participe, elabore e acompanhe o seu plano terapêutico. O cuidado centrado no paciente é considerado uma cultura assistencial que valoriza o sujeito como um todo, abrangendo, além dos aspectos clínicos, os psicológicos, sociais e financeiros. Tal cuidado é definido como “a prestação de cuidado de forma respeitosa,

respondendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores norteiem todas as decisões clínicas” (Institute of Medicine, 2001 *apud* Rodrigues; Portela; Malik, 2019, p. 13). Nesse contexto, o cuidado centrado no paciente tem como objetivo central envolver a “pessoa” em todas as decisões sobre a sua saúde, incluindo a elaboração do seu plano terapêutico. Sabe-se que o processo de colocar o sujeito no centro das decisões torna-se um desafio constante no cotidiano dos serviços de saúde. Vecina Neto e Malik (2007, p. 831) corroboram:

[...] o Plano Terapêutico consiste no conjunto de especialidades terapêuticas, definidas a partir da avaliação individual, utilizando a discussão de caso clínico com um olhar prospectivo, onde os profissionais de saúde exercem a função de gestor e operador da clínica em um mesmo momento, contemplando quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de referência e a reavaliação. O quinto momento consiste na negociação pactual do Plano Terapêutico proposto pelo profissional médico para com o paciente.

Diante da importante modificação de cultura nos processos assistenciais, cabe destacar e entender quais metodologias utilizadas pelo HRSC contribuíram para o envolvimento e a implementação das ações necessárias para a certificação. O Quadro 27 mostra como a instituição trabalhou o cuidado centrado no paciente e de que maneira este foi incluído no seu plano de cuidado.

Quadro 27 – Metodologia de trabalho para o cuidado centrado no paciente e a inserção deste no seu plano terapêutico.

Estratégia usada	Cuidado centrado no paciente	Inserção do paciente no plano terapêutico
Comunicação adequada com o paciente e familiar	<p>Conversa com pacientes e familiares (P1, P4, P9, P13, P15)</p> <p>Orientações aos pacientes e familiares (P3)</p> <p>Dar voz ao paciente (P4, P15)</p> <p>Utilização de linguagem simples (P5, P7)</p> <p>Elaboração do plano terapêutico (P1, P9)</p>	<p>Quadro de informação assistencial para o paciente (P1)</p> <p>Decisão compartilhada com paciente e familiares (P3)</p> <p>Elaboração e acompanhamento do plano de cuidados/terapêutico (P2, P6, P7, P8, P10)</p> <p>Conversa ativa com o paciente (P12, P14)</p> <p>Direito de escolha do tratamento (P11)</p>
Treinamentos	Treinamentos (P2)	-
Elaboração de documentos	<p>Elaboração da carta de direitos e deveres (P1)</p> <p>Descrição de protocolos (P2)</p>	-
Participação da equipe multiprofissional	Participação/atuação da equipe multiprofissional (P6, P10)	Participação/atuação da equipe multiprofissional (P4, P8, P10, P16)
Outros	<p>Avaliação de experiência do paciente (P2)</p> <p>Humanização (P8)</p> <p>Paciente como foco do cuidado (P11)</p> <p>Ensaio fotográfico com gestantes que ficam um longo período internadas (P12)</p>	-

Fonte: elaborado pela autora.

No Quadro 27 foi apresentada a comunicação com o paciente e familiar como a mais destacada estratégia utilizada na perspectiva do cuidado centrado no paciente. Percebe-se que 5 dos 16 participantes responderam que conversam com pacientes e familiares; o item de *dar voz ao paciente* foi lembrado por 2 dos 16 participantes; *desenvolver e utilizar uma linguagem simples* foi mencionado por 2 dos 16 participantes; *elaborar o plano terapêutico* por 2 dos 16 participantes, totalizando 12 referências à importância da comunicação no processo. O treinamento como estratégia foi mencionado por 1 dos 16 participantes. Outra estratégia apresentada por 2 dos 16 participantes foi a elaboração de documentos, como a carta de direitos e deveres e a descrição de protocolos. A estratégia que envolve a participação da equipe multiprofissional foi comentada por 2 dos 16 participantes. Observa-se que os participantes entendem que a comunicação é um elemento essencial no cuidado centrado no paciente, o que é representado nos relatos a seguir.

A informação é essencial para o plano terapêutico, que é algo que eu acho que tem tudo a ver com o cuidado centrado ao paciente [...], é um momento que se deveria discutir com o paciente, né? (P1).

Na maioria das vezes os pacientes são orientados... Existe uma forma que, na carta de direitos e deveres [...] os pacientes têm essa oportunidade durante a internação e sempre na alta também, de serem ouvidos (P3).

A gente trabalha muita coisa relacionada ao paciente em si, principalmente dar voz ao paciente, então nossa ouvidoria é muito ativa... alguma reunião familiar, combina a reunião, traz a família aqui, deixa o registro (P4).

A gente conversa com o paciente, explica o plano terapêutico, explica a importância da realização de alguns exames de alguns procedimentos (P9).

O paciente é constantemente comunicado de tudo que é feito com ele, seja uma medicação, geralmente o exame está marcado e a gente procura comunicar porque é de direito dele, né, ele saber o que vai acontecer nos dias [...], além de explicar os procedimentos (P13).

No sentido do cuidado centrado no paciente, a conversa com pacientes e familiares foi a estratégia mais lembrada no momento da entrevista. As informações e a forma como são socializadas com os pacientes e familiares são importantes durante o período de internação para proporcionar um atendimento mais qualificado e humanizado. Reforçam Rodrigues *et al.* (2019, p. 4.264) que

[...] a comunicação é um elemento estratégico para o cuidado de saúde de qualidade [que] perpassou vários pontos de discussão do painel, ficando assinalado que a sua efetividade favorece o compartilhamento de decisões, a coprodução dos serviços de saúde, aumenta a segurança do paciente, influenciando positivamente os resultados clínicos.

Ao colocar o paciente como centro do cuidado, é importante ressaltar os princípios que fundamentam essa prática, os quais, segundo Rodrigues *et al.* (2019, p. 4.265), são:

[...] dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado.

Nesse sentido, a comunicação inadequada com os pacientes e familiares é um fator contribuinte para a ocorrência do erro ou evento adverso². Diante disso, destaca-se o quanto é importante desenvolver protocolos de comunicação clara, simples e objetiva, os quais poderão evitar eventos adversos. As estratégias mencionadas de dar voz ao paciente e utilizar uma linguagem simples são consideradas facilitadoras no processo de inserção dos pacientes no cuidado. Ainda no Quadro 27, observa-se que, quando proporciona uma comunicação efetiva com pacientes e familiares, a instituição promove um incentivo na inserção do sujeito no seu plano terapêutico.

² Evento adverso é considerado uma lesão acidental causada/agravada pelo mau gerenciamento assistencial durante o diagnóstico, o tratamento ou a internação hospitalar (IBES, 2022).

A utilização de um quadro com informação assistencial para o paciente favorece a decisão compartilhada com paciente e familiares, a elaboração e acompanhamento do plano de cuidados/terapêutico (destacado por 5 dos 16 participantes) permite o empoderamento do paciente, a conversa ativa com o paciente (comentada por 2 dos 16 participantes) sugere a importância da interação, que, por sua vez, influencia no direito do paciente de comunicar a escolha do tratamento (1 participante).

Também como estratégia utilizada, emergiu a participação da equipe multiprofissional na elaboração e no desenvolvimento do plano terapêutico (5 participantes). Nesse sentido, salientamos as seguintes manifestações dos profissionais.

Envolvemos a família no plano terapêutico [...] através da escuta à beira do leito (P10).

Compartilhamos com o paciente e com o familiar as possíveis decisões com relação à elaboração e ao desenvolvimento do plano terapêutico [...], explicamos os benefícios do tratamento em si... É discutido com eles (P3).

Contamos com as visitas multidisciplinares [...], como as políticas de esclarecimento e consentimento do plano terapêutico (P4).

Para implantação do plano terapêutico, temos as visitas multiprofissionais e se discute o plano terapêutico daquele paciente. Quando o paciente tem nível de consciência para entender o que tá acontecendo, ele é comunicado (P8).

A equipe multiprofissional se envolve e acaba colocando suas metas, às vezes algumas metas do plano terapêutico são conjugadas e acompanhadas pelos profissionais (P10).

Envolver o paciente no plano terapêutico traz o entendimento adequado sobre a sua saúde, aumenta a probabilidade de adesão ao tratamento e desenvolve a promoção da autonomia, proporcionando a participação dele na escolha dos cuidados assistenciais. Pazinatto (2019) lembra que o empoderamento do paciente em relação à doença, as alternativas de tratamento e o prognóstico permitem que ele tome decisões de forma mais segura, confiante e autônoma.

O plano terapêutico está incluso na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. A elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família que empodera e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles (Silva *et al.*, 2016). Diante disso, destaca-se a importância do envolvimento da pessoa para um melhor planejamento e execução do plano terapêutico, respeitando suas singularidades.

Os resultados apresentados até o momento enfatizam o trabalho multidisciplinar, mas atualmente há um incentivo para o desenvolvimento das atividades assistenciais de forma interdisciplinar e interprofissional. A articulação entre os saberes é o que caracteriza um trabalho interdisciplinar; sem essa ação, o trabalho se apresenta somente como uma realidade multidisciplinar (Pasche, 2011 *apud* Lopes *et al.*, 2022 p. 8). Puppini e Sabóia (2017 *apud* Lopes *et al.*, 2022) afirmam que a reflexão crítica por meio de ambientes de aprofundamento e discussão da interdisciplinaridade tem como objetivo a promoção das competências nas práticas profissionais em saúde. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é adotado como um dispositivo de cuidado que se insere no contexto interdisciplinar para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social (Ceccin, 2010; Martins *et al.*, 2010 *apud* Rocha; Lucena, 2018). Esse trabalho em equipe valoriza as expertises de cada profissional, podendo beneficiar e qualificar o desenvolvimento dos protocolos assistenciais, e essas trocas de experiências facilitam o desenvolvimento do plano terapêutico bem como a inserção do paciente no centro do cuidado.

Quando as equipes atuam de forma interdisciplinar, há maior probabilidade de superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico que influencia a organização e os sistemas de saúde em todo o mundo. Esse modelo configura assistência centralizada no médico e poderá dificultar a obtenção de resultados em diversas situações, por comprometer o processo de inter-re-

lação profissional e, conseqüentemente, o desenvolvimento da Educação Permanente na Saúde.

Diante disso, a participação efetiva do sujeito no seu plano terapêutico requer uma mudança cultural importante e necessária, que precisa superar aspectos historicamente impostos de que ao profissional, e só a ele, compete decidir o que e quando fazer algo pelo paciente. Acerca disso, Stedile e Teixeira (2016, p. 60) lembram que Educação Permanente em saúde é

[...] antes de tudo um espaço onde a interdisciplinaridade (e quem sabe a transdisciplinaridade) impõe-se, uma vez que os saberes são reconhecidamente complementares e, nenhum dos complexos problemas de saúde com os quais os profissionais lidam com o cotidiano, podem ser resolvidos com conhecimentos provindos de uma única área ou campo da ciência.

Importante destacar a necessidade de os serviços e as instituições de saúde observarem a diretriz proposta pela Organização Mundial da Saúde sobre o trabalho interprofissional. Esse trabalho é incentivado pelo Ministério da Saúde, o qual defende que os profissionais de diversas áreas possam interagir de forma conjunta na busca por prestação de cuidados seguros e com qualidade. Para que isso ocorra, é importante criar espaços com o objetivo de promover discussões e entendimento da importância do conhecimento de cada profissão, para que, dessa forma, seja possível construir um atendimento de forma integral. A Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta adequada por permitir que os profissionais participem ativamente no processo educativo e valorizar o conhecimento construído a partir da experiência. Essas premissas corroboram a importância da efetivação do cuidado centrado no paciente e da elaboração do plano terapêutico envolvendo as equipes interprofissionais para uma assistência qualificada ao sujeito, respeitando a sua singularidade. Para que isso ocorra, deve-se promover essas discussões nos espaços formadores de profissionais, ou seja, ainda nas universidades.

6.6. Percepções da equipe quanto aos impactos da certificação e aos ganhos para a instituição

O Quadro 28 demonstra quais foram os impactos gerados pela conquista da Certificação Internacional ACSA para a equipe do HRSC, segundo a percepção dos profissionais. Tais percepções estão organizadas em quatro categorias: reconhecimento, melhoria da assistência, satisfação/orgulho e outros.

Quadro 28 - Percepções da equipe quanto aos impactos da certificação.

Impactos gerados para a equipe	Extratos do texto
Reconhecimento	Satisfação em fazer parte do processo (P2) Sensação de dever cumprido (P9, P14) Reconhecimento (P14)
Melhoria da assistência	Mudança nos processos (P3) Melhora da assistência (P3) Trabalhar de uma forma mais alinhada (P10) Importância de se trabalhar em equipe (P13)
Satisfação/orgulho	Satisfação (P1) Felicidade/alegria (P4, P6, P11, P15) Orgulho (P1, P12, P16)
Outros	Equipe motivada (P7) Engajamento de todos (P5, P8)

Fonte: elaborado pela autora.

Na categoria *reconhecimento*, um dos entrevistados destacou a satisfação em fazer parte do processo, já que, depois de um ano envolvido diretamente com a ACSA, desenvolvendo novas rotinas e descrevendo protocolos, todos estavam felizes por terem participado dessa conquista.

[...] todo mundo, por ter se envolvido tanto, por ter passado um ano escutando falar de ACSA, de uma acreditação internacional e tal, considerou como uma conquista mesmo de cada um (P2).

Outro ponto destacado por dois entrevistados foi a sensação de dever cumprido. Segundo eles, todo mundo se dedicou ao máximo para a conquista dessa certificação.

[...] a sensação de dever cumprido, assim, de que os esforços que a gente fez não foram em vão (P14).

O reconhecimento também foi um item relatado por um dos entrevistados. De acordo com o relato, são poucas as instituições que possuem essa certificação, fato que destaca ainda mais essa conquista.

[...] é um reconhecimento muito grande das poucas instituições que têm o título (P14).

Na categoria *melhoria da assistência*, a mudança dos processos foi destacada por um dos participantes, segundo o qual a certificação não é somente um título, visto que envolve uma mudança muito grande em todos os processos hospitalares. Ele também destacou a melhora da assistência como um impacto da certificação, pois, além de toda a mudança de processos, a assistência é prestada aos usuários com mais qualidade, com mais segurança, sendo mais objetiva e mais resolutiva.

[...] mudança muito grande nos processos [...]. O objetivo maior da certificação é melhorar, né, então, assim, melhorar a assistência, no final, é melhorar a assistência pra ela se sentir um pouco mais segura, [...] mais resolutiva [...]. (P3).

Trabalhar de uma forma mais alinhada foi destacado por um dos entrevistados. Conforme o relato, com os processos, os protocolos e os fluxogramas organizados e bem descritos, existe uma padronização em tudo o que é feito.

[...] a gente passou também a trabalhar de uma forma mais alinhada (P10).

Trabalhar em equipe foi destacado por um dos profissionais, o qual afirmou que essa certificação só foi possível porque todos os setores se empenharam para deixar e manter tudo alinhado.

[...] todo mundo entendeu a importância de se trabalhar em equipe (P13).

Cabe destacar que, pela importância, a melhoria na assistência e o trabalho em equipe deveriam ter sido mais lembrados pelos participantes. Mudar uma cultura institucional só se justifica pela melhoria dos resultados obtidos para as pessoas que recebem cuidados em saúde, os quais somente serão eficazes se realizados de forma colaborativa pelos profissionais que compõem as equipes de saúde.

Na categoria *satisfação/orgulho*, um dos entrevistados destacou a satisfação como um impacto pela conquista. Ele relatou que toda a equipe do HRSC ficou satisfeita com a certificação.

[...] a equipe ficou muito satisfeita [...] (P1).

Felicidade foi relatada por dois participantes. De acordo com eles, todo o processo de certificação foi de muito trabalho e a notícia da conquista deixou todos muito felizes.

Eu acho que todo mundo ficou muito feliz, né, porque foi tanta luta, tanto esforço [...] (P15).

Três dos entrevistados destacaram o orgulho como um impacto pela conquista.

[...] eles têm muito orgulho, sabe, assim, de trabalhar aqui, né, de aqui ter certificado internacional (P1).

[...] a gente sente um orgulho muito grande... de trabalhar aqui (P12).

Na categoria *outros*, um dos entrevistados destacou a motivação da equipe como um impacto gerado pela certificação. Conforme o relato, uma conquista tão importante motivou ainda mais os colaboradores.

A equipe ficou em êxtase, né, todo mundo querendo comemorar [...] a equipe ficou muito motivada (P7).

O engajamento dos colaboradores foi relatado nessa categoria por dois entrevistados.

[...] todo mundo se engajava (P5).

Foi um presente, né, porque realmente todo mundo se engajou, todo mundo se empenhou e aqui a gente respirava a ACSA (P8).

Observa-se que a certificação ACSA trouxe para os funcionários satisfação pessoal, maior união entre as equipes, mais reconhecimento da comunidade perante os processos de trabalho e sentimento de pertencimento.

O Quadro 29 mostra as percepções da equipe do HRSC quanto aos impactos gerados na instituição em função da conquista da certificação internacional ACSA, separados em três categorias para uma melhor análise: qualidade assistencial, reconhecimento/valorização e melhoria de processos.

Quadro 29 – Percepções da equipe quanto aos ganhos para a instituição.

Impactos gerados para a instituição	Extratos do texto
Qualidade assistencial	Qualidade na assistência (P1, P6, P10, P11, P14, P15, P16) Segurança do paciente (P1, P4, P6, P7) Experiência do paciente (P1) Testamento vital (P1)
Reconhecimento/ valorização	Visibilidade para o hospital (P4, P5, P8, P12, P13, P16) Valorização profissional (P8, P9, P10, P12, P15)
Melhoria de processos	Amadurecimento da equipe (P2) Amadurecimento dos setores (P2, P3) Amadurecimento dos processos (P3) Mudança de cultura (P4)

Fonte: elaborado pela autora.

Na categoria *qualidade assistencial*, sete entrevistados destacaram a qualidade na assistência como um impacto gerado pela certificação para o HRSC, apontando que a mudança e o alinhamento de processos melhoraram a assistência prestada à comunidade.

A gente prima também pela qualidade próxima ao paciente [...] (P6).

[...] em primeiro lugar é a qualidade, né, a qualidade do serviço prestado à comunidade [...] (P10).

A segurança do paciente foi relatada por quatro participantes, que destacaram que, com protocolos bem descritos e fluxos alinhados, o processo de cuidar se torna mais seguro.

[...] a segurança em si melhorou porque a gente trabalha com muito protocolo [...] (P4).

A segurança do paciente [...] facilita com que diminuam as chances de erro (P6).

Ainda nessa categoria, um dos entrevistados destacou a experiência do paciente. De acordo com ele, um dos requisitos da ACSA é a implantação da experiência do paciente, e isso fez com que o hospital dedicasse atenção especial a esse aspecto. A experiência do paciente inclui vários aspectos da prestação de cuidados de saúde que os pacientes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados. Pode ser definida como a “soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o processo de atendimento” (Bernardo, 2021, p. 23).

O mesmo entrevistado relatou também o testamento vital (TV), destacando que este também é um requisito para a obtenção da certificação.

[...] a gente começou a se preocupar mais [...], ter um olhar diferente sobre isso, questão de terminalidade, de testamento vital, a experiência do paciente, ela foi e deu um up (P1).

Conforme Moreira *et al.* (2017, p. 169),

[...] o objetivo principal do TV é garantir o controle do indivíduo sobre decisões de saúde no período final da vida. Por esse instrumento podem-se expressar desejos que, teoricamente, permitem aplicação, estabelecimento de certos limites ou recusa total de qualquer intervenção possível diante de patologia terminal.

Na categoria *reconhecimento/valorização*, seis entrevistados relataram que a certificação trouxe mais visibilidade para o hospital, destacando que com a conquista ele se tornou mais reconhecido na região.

O Nordeste ele é, sem dúvida, uma região... carente, né, e carente de muita coisa, e... nós sofremos um... um processo de preconceito secular [...] E justamente esse selo inverteu os papéis e nós conseguimos inverter também a ideia inicial do hospital, porque a ideia inicial do hospital era tirar os pacientes do interior do estado de dentro da capital, e nós fizemos mais do que o nosso papel, nós tiramos, né, esses pacientes (P16).

Nessa mesma categoria, cinco entrevistados destacaram a valorização profissional como um ganho para a instituição, pois, com a certificação, profissionais mais qualificados querem trabalhar no HRSC, sendo um campo de atuação bem atrativo. Isso contribui na seleção de profissionais mais preparados e com perfil mais adequado para a implementação do cuidado centrado no paciente.

A questão das residências, né, que tão começando a vir pra cá, né, tá abrindo um campo bem vasto pra gente aqui, né, e a questão do conhecimento dos profissionais também tem melhorado bastante (P12).

Na categoria *melhoria dos processos*, o amadurecimento da equipe foi relatado por um dos participantes. Segundo ele, como tudo ficou mais ajustado, mais concreto, mais seguro, os colaboradores tiveram um crescimento profissional considerável, dominando as rotinas e os processos, tanto de assistência como de gestão.

O mesmo entrevistado destacou também o amadurecimento dos setores, pois se tornaram mais seguros e capazes dos seus respectivos processos.

[...] o amadurecimento de toda a equipe, o amadurecimento de todos os setores, mas de uma forma geral [...] (P2).

O amadurecimento dos processos foi relatado por um dos participantes, o qual comentou que os processos se tornaram mais seguros, mais dinâmicos:

[...] a equipe amadurece muito, né, os processos melhoram, os fluxos ficam mais, tanto seguros quanto mais dinâmicos. [...] Então, assim, de modo geral, o hospital amadurece muito (P3).

Um dos entrevistados destacou a mudança de cultura que foi implantada com a conquista da certificação: novos conceitos, novos processos e novos protocolos.

[...] a nossa cultura mudou muito, né, assim, a forma de a gente ver as coisas [...]. Muito conceito novo que talvez há dois anos atrás a gente não tivesse [...]. Isso começou a se enraizar no hospital (P4).

Cabe ressaltar que, durante a observação *in loco*, os colaboradores estavam comprometidos com os processos assistenciais, assim como com a busca de novos tratamentos e tecnologias, demonstrando a responsabilidade e o envolvimento nas políticas de qualidade. Quanto à percepção sobre as mudanças devido à certificação da ACSA, podem-se destacar os ganhos na qualidade assistencial, a visibilidade do hospital junto à comunidade, a valorização profissional e, com isso, uma consolidação da cultura de qualidade assistencial, tornando esse hospital referência no estado do Ceará.

7. Apresentação, análise e discussão de resultados: o processo de construção de competências no HG

Conforme descrito na metodologia, seguindo as etapas propostas, este capítulo de resultados está organizado em subtítulos: 1) identificação das habilidades e competências necessárias para o alcance da acreditação segundo o Manual de Normas da ACSA e análise dos profissionais da urgência e emergência, bem como levantamento dos aspectos a serem observados para o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente (etapas 1 e 2 do método); 2) elementos fundamentais para obter acreditação (etapa 3); e 3) Educação Permanente em Saúde como estratégia de desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado centrado na pessoa.

7.1. Habilidades e competências necessárias para o alcance da acreditação ACSA e aspectos a serem observados no Programa de Educação Permanente

O primeiro capítulo do manual, *A pessoa, centro do sistema de saúde*, está subdividido em três perspectivas. O primeiro, *Pessoa como sujeito ativo*, é direcionado para que as instituições consigam implantar estratégias que permitam a tomada de decisões compartilhadas entre profissionais e pacientes, respeitando os direitos fundamentais da pessoa e sua dignidade, e está organizado em 17 padrões. O subtítulo 2, *Acessibilidade e continuidade de cuidados*, incentiva a compreensão em profundidade dos processos assistenciais, garantindo acessibilidade, respeito e continuidade do cuidado, e está organizado com treze padrões. O item 3, *Informação clínica*, envolve a avaliação e o fortalecimento

das informações clínicas do processo assistencial de forma clara e segura, e está organizado a partir de oito padrões.

Esses são elementos essenciais para a análise das habilidades e competências necessárias aos profissionais para alcançar a acreditação, as quais, derivadas do manual e complementadas pelos atores envolvidos no processo de EPS, são apresentadas no Quadro 30.

Quadro 30 – Competências e habilidades necessárias para alcançar-se o nível de acreditação internacional segundo o Manual de Normas da ACSA e os profissionais.

Competências	Habilidades necessárias segundo a ACSA	Competências e habilidades a serem desenvolvidas conforme os profissionais
<p>Implantar estratégias que permitam a tomada de decisões compartilhada entre profissionais e clientes, respeitando os direitos fundamentais da pessoa e sua dignidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicar-se com equipe e clientes, clara e objetivamente, sobre os problemas de saúde e os direitos e deveres do paciente (PO). · Receber informações sobre os aspectos relacionados com o problema de saúde (PO). · Garantir a identificação dos profissionais (identificar-se aos pacientes e familiares) (PO). · Garantir a privacidade dos usuários (PO). <p>Estabelecer processo de informação contínua ao paciente ou representante legal (PO).</p> <ul style="list-style-type: none"> · Fornecer e preencher o documento de consentimento informado escrito (PO). · Fornecer orientações em relação ao testamento vital (PO). · Assegurar o direito dos cidadãos de tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial (PO). · Assegurar a resolução de eventuais conflitos éticos durante a assistência (PO). · Promover a tomada de decisão ativa do paciente durante o processo assistencial e disponibilizar escolha de tratamento (padrão nível III). · Avaliar o grau de satisfação dos clientes (PO). · Fornecer acesso aos canais de denúncia, acolher as demandas e identificar oportunidades de melhoria partir das reivindicações (PO). · Captar de forma ativa as sugestões, queixas e reclamações por <i>e-mail</i>, escritas e verbais (padrão nível II). · Utilizar medidas restritivas de contenção em situações clínicas (PO). · Garantir um tratamento correto às pessoas e aos seus familiares (PO). · Fornecer apoio emocional aos clientes e familiares (padrão nível I). · Apoiar psicológica e emocionalmente os usuários e acompanhantes em situações de vulnerabilidade (padrão nível III). · Garantir o adequado tratamento de todos os aspectos administrativos e legais relacionados à morte da pessoa. 	<p>Comunicar-se de forma eficaz com a equipe assistencial e o paciente/familiar.</p> <p>Divulgar amplamente os direitos e deveres dos usuários.</p> <p>Respeitar necessidades e individualidade de cada pessoa.</p> <p>Envolver o paciente no seu processo assistencial durante a internação.</p> <p>Fornecer orientações e informações claras referentes ao testamento vital.</p> <p>Proporcionar a busca por resolução sobre possíveis conflitos éticos durante internações.</p> <p>Monitorar satisfação e sugestões dos pacientes/familiares no período de internação.</p> <p>Avaliar o plano assistencial desenvolvido inicialmente e monitorar a necessidade de alterações, incluindo pacientes e/ou familiares no processo.</p> <p>Atentar para a necessidade em ofertar apoio psicológico a pacientes e familiares em momentos de crises.</p>

<p>Compreender profundamente os processos assistenciais, garantindo acessibilidade, respeito e continuidade do cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Divulgar a carteira de serviços e a atualização dela (PO). · Garantir mecanismos que favoreçam a acessibilidade da pessoa aos processos assistenciais (PO). · Disponibilizar guia de informações dos serviços e funcionamento (padrão nível I). · Desenvolver planos assistenciais individualizados conforme necessidades específicas (padrão nível II). · Sistematizar critérios para a transferência de pacientes (padrão nível I). · Implementar um sistema de organização no planejamento das suas atividades em turnos de trabalho (PO). · Efetivar comunicação entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais (padrão nível II). · Emitir orientações sobre alta com todas as informações necessárias de forma multiprofissional (PO). · Implementar e garantir a continuidade do processo assistencial (padrão nível III). · Auxiliar os pacientes internados a acessar recursos de suporte (padrão nível II). · Respeitar o tempo das pessoas em relação a desprogramações e suspensões de serviços (padrão nível I). · Otimizar o tempo entre o diagnóstico e a conduta (Padrão nível I). 	<p>Monitorar o diagnóstico do paciente e iniciar o tratamento o mais breve possível.</p> <p>Disponibilizar os guias de informações sobre os serviços.</p> <p>Otimizar o processo de internação e/ou alta dos clientes.</p> <p>Estabelecer o plano assistencial a cada paciente, respeitando a individualidade.</p> <p>Incentivar a assistência interprofissional ao paciente.</p> <p>Fornecer orientações de alta multiprofissional com registros necessários aos pacientes e familiares.</p> <p>Respeitar as expectativas dos pacientes quanto à internação, evitando desprogramações e suspensões de serviços.</p>
<p>Avaliar e fortalecer as informações clínicas do processo assistencial de forma clara e segura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Garantir a disponibilidade do prontuário durante a prestação de cuidados (PO). · Disponibilizar prontuário único por pessoa (PO). · Garantir a confidencialidade e a posse de informações clínica e pessoal (PO). · Avaliar o nível de qualidade de preenchimento dos registros clínicos (PO). · Atentar para que o prontuário tenha a informação necessária para apoiar e justificar as ações realizadas no paciente (padrão nível I). · Estabelecer o direito do paciente de obter informações sobre seu prontuário (PO). · Garantir um sistema de registro da movimentação dos prontuários e o controle da localização (padrão nível I). · Disponibilizar prontuário digitalizado na sua totalidade em arquivo único (padrão nível III). 	<p>Monitorar o prontuário do paciente quanto à qualidade e à atualizações dos registros assistenciais.</p> <p>Assegurar o sigilo das informações disponibilizadas no prontuário físico ou eletrônico.</p>

Fonte: elaborado pela autora com base em leituras do Manual de Normas da ACSA (2018).

Legenda: PO = padrão obrigatório.

Conforme o quadro acima, é possível perceber as três competências gerais e as respectivas habilidades que as equipes que desenvolvem o cuidado direto ao paciente precisam desenvolver ou aprimorar para garantir uma avaliação positiva na busca pelo certificado de qualidade internacional. O quadro mostra que o primeiro conjunto é o que concentra o maior número de habilidades, as quais se referem à pessoa (paciente) como sujeito ativo e protagonista do seu processo de cuidado. Isso sugere em que dimensão (pessoa como centro e protagonista do processo de cuidado) concentram-se as maiores dificuldades dos profissionais, acostumados, historicamente, a decidir e implementar o plano terapêutico a cada paciente.

Dentre os padrões descritos no **primeiro critério**, é importante destacar a necessidade da *comunicação* das equipes com os pacientes e familiares, informando sobre o processo assistencial durante a internação. Deve-se incentivar o conhecimento e a divulgação da carta de direitos e deveres dos usuários, a qual representa a preocupação das instituições em envolver pacientes e familiares nas decisões relacionadas às causas da internação em todo o período. Outro ponto importante a ser ressaltado é o envolvimento do paciente e familiares no processo de internação. Destacam-se: o conhecimento e a informação, quando necessário, sobre o testamento vital; a resolução de possíveis conflitos éticos durante as internações; o monitoramento do nível de satisfação e das sugestões dos pacientes no período de internação; a necessidade do apoio psicológico a pacientes e familiares quando percebidos os momentos de crises.

Todos esses padrões demonstram habilidades e competências das quais diariamente os profissionais deverão dispor para uma assistência de qualidade, e, do mesmo modo, alertam quanto à inexistência delas na condução dos processos. Sabe-se que a comunicação efetiva com escuta ativa diminuiria efetivamente possíveis crises entre colaboradores e pacientes/familiares durante o período de internação. Para Santos *et al.* (2014 *apud* Santos *et al.*, 2021), as falhas na comunicação entre os

profissionais de saúde, bem como entre estes e os pacientes ou acompanhantes, têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. A informação quanto ao processo de saúde e à evolução do quadro clínico, tanto para o paciente como para os familiares, é um direito do paciente e um dever do profissional que conduz a assistência.

Ainda analisando o primeiro critério, outro ponto importante é o *envolvimento dos pacientes* no processo de internação. Significa que os profissionais devem incentivar que a própria pessoa opine sobre o seu planejamento assistencial, mesmo entendendo que os pacientes possuem fragilidade de conhecimentos técnicos. Para Ferraz *et al.* (2016 *apud* Sahlstrom *et al.*, 2016), o envolvimento no cuidado relaciona-se à participação ativa na tomada de decisão sobre questões de saúde, no planejamento, no monitoramento e na avaliação da assistência. Ainda para o mesmo autor, frequentemente o envolvimento de pacientes e familiares na segurança da assistência depende da proatividade de pacientes e familiares, não sendo estimulado pelos profissionais de saúde (Ferraz *et al.*, 2021). Isso pode ser traduzido pelo “respeito às necessidades e individualidades de cada pessoa”.

Aliado a todo esse cuidado assistencial acerca de informação, comunicação e envolvimento do paciente, também se salienta o **segundo critério** mencionado no manual, que direciona a atenção das equipes para *cuidados e manutenção dos processos assistenciais*, garantindo a continuidade qualificada e segura do trabalho. Esses aparecem no Quadro 1, das habilidades e competências a serem analisadas pela instituição com o objetivo de alinhar seus processos de acordo com as exigências do manual para a certificação final. É relevante mencionar a necessidade de construir um planejamento assistencial, envolvendo o paciente em todo esse processo, para que ele possa avaliar e monitorar sua execução, entendendo as mudanças de evolução do seu estado clínico e o seu próprio papel no processo.

Outro ponto relevante é controlar de forma respeitosa o tempo dos pacientes, evitando ao máximo a desprogramação de procedimentos, exames e cirurgias, uma vez que o paciente, por estar em uma situação de vulnerabilidade acerca da sua saúde, pode sofrer com desmarcações que geram frustrações e expectativas, o que pode prejudicar o estado psicológico de quem está internado.

Precisa-se considerar que a experiência de adoecimento e hospitalização representa, para a maioria das pessoas enfermas, um momento muito difícil pelas ameaças de perdas e por procedimentos médicos necessários à sobrevivência (Brasil, 2019). Diante disso, além dos cuidados que as equipes precisam realizar, há a necessidade de cuidar dos aspectos psicológicos do paciente e de seus familiares. Para Ferraz *et al.* (2021), é importante estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares a fim de favorecer o intercâmbio de informações sobre o processo terapêutico, fazendo com que todos se sintam pertencentes e atuantes para a efetivação do cuidado seguro, antes da realização dos procedimentos.

Destaca-se também, diante das leituras do Manual de Normas da ACSA, a importância de cuidar do processo de alta dos pacientes e realizá-la independentemente do turno de trabalho, principalmente quando se tratam de questões de orientações de cuidados a serem realizados em casa.

Reforça-se, ainda, a necessidade de incentivar os profissionais a formalizar as orientações de alta de diversas maneiras (respeitando o nível de escolaridade de cada um) para que os pacientes e familiares sigam os cuidados realizados pelas equipes multiprofissionais, evitando, assim, retorno ao hospital pelo mesmo motivo. Para que isso seja realizado, pode ser implementado um “dispositivo de alerta”, fazendo com que todos das equipes multiprofissionais saibam, ao mesmo tempo, que o paciente entrará em processo de alta, independentemente do turno de trabalho. Ainda no segundo critério, destaca-se a

importância de desenvolver as competências e habilidades do *trabalho multiprofissional* nas práticas assistenciais. Observam-se fragilidades no trabalho multiprofissional quando, por exemplo, as atividades envolvendo múltiplas equipes ainda são incipientes em relação à importância do processo. Em alguns locais, praticam-se os *rounds* multidisciplinares em setores de áreas críticas como UTIs adulta, neonatal e pediátrica, pronto-socorro e setores de internação clínica e cirúrgica, porém há uma necessidade de ampliar essas práticas aos demais setores hospitalares, incorporando-a ao processo assistencial da instituição. Barbosa *et al.* (2020) dizem que o fortalecimento da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional é fator essencial para qualificação e segurança do cuidado prestado aos pacientes.

O mesmo autor esclarece que o *round* multidisciplinar tem a participação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, membros da comissão do controle da infecção hospitalar e outros profissionais. Conforme a necessidade, eles alinham condutas e metas por meio da comunicação direta e da elaboração de um plano terapêutico. Para Ceccim (2018), quanto mais se trabalha em equipe, mais pode-se compartilhar dos saberes uns dos outros, quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber os saberes individuais dos outros.

Aqui cabe destacar que, a despeito do que consta no manual, é importante avançar na direção da interprofissionalidade. No trabalho interprofissional, busca-se envolvimento de diferentes profissionais - não apenas da saúde - que, juntos, compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham de maneira integrada, colaborativa e interdependente para atender às necessidades de saúde (Institute of Medicine, 2015 *apud* Peduzzi; Agreli, 2018).

Segundo o *Institute of Medicine*,

[...] constituir-se como uma equipe requer trabalho - é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais

se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil da população adscrita, ou seja, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar – também de forma compartilhada – o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade (Intitute of Medicine, 2015 *apud* Peduzzi; Agreli, 2018, p. 1.526).

Outro ponto a ser trabalhado é a sensibilização e flexibilização de troca do acompanhante independentemente do turno de trabalho. É consenso da equipe assistencial a importância da presença de um familiar ou responsável durante o processo de recuperação do paciente. Porém, na prática assistencial, a permanência de familiares/responsáveis dentro das instituições de saúde pode ser considerada inadequada ou de difícil execução (em decorrência das rotinas institucionais). No entanto, em um serviço que opta por manter a centralidade nas necessidades das pessoas e na sua valorização, precisa-se propor mecanismos que garantam a presença do familiar se isso for expresso como algo importante pela pessoa em processo de cuidado na instituição de saúde.

O **terceiro critério** a ser trabalhado é o *fortalecimento das informações clínicas do processo assistencial* de forma clara e segura. O manual reforça a importância de monitorar o prontuário do paciente quanto à qualidade e às atualizações dos registros, além de assegurar o sigilo das informações disponibilizadas no prontuário físico ou eletrônico, trazendo, tanto para os pacientes e os familiares como para os profissionais da saúde e a instituição, a segurança das informações e evitando ruptura de confiança entre as partes.

O Ministério da Defesa trabalha com leis que protegem a privacidade do usuário. Portanto, os pacientes internados em instituições hospitalares também deverão estar respaldados com essa proteção em relação aos prontuários utilizados no momen-

to da assistência. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, dispõe

[...] sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (Brasil, 2018b, p. 21).

Com o reconhecimento das fragilidades quanto à privacidade de dados presentes nos prontuários e das exigências apresentadas do Manual de Normas da ACSA, os colaboradores precisarão conhecer os direitos e deveres que, além de cercar pacientes e familiares, estarão alinhados com as novas diretrizes de proteção de informações do paciente e as normas que regem a instituição no parâmetro legal. Realizar um diagnóstico de aspectos a serem contemplados torna-se necessário, visto que a instituição possui certificado de qualidade em nível nacional ONA III, o que exige o aperfeiçoamento das ações diárias realizadas junto aos pacientes.

7.2. Aspectos identificados junto às equipes para subsidiar o Programa de Educação Permanente

No Quadro 31 são destacados os aspectos importantes apontados durante as reuniões realizadas com os colaboradores da instituição do setor de Urgência e Emergência e que são tidos como dificuldades ou obstáculos à implantação do Programa de Educação Permanente. Participaram, de forma voluntária, representantes das áreas assistenciais, enfermeiros, médicos, técnicos de Enfermagem, coordenadores de Enfermagem e da área médica, fisioterapeutas, farmacêuticos, responsáveis pela farmácia da UUEM, assistentes sociais, secretárias e higienizadoras. Esse grupo de colaboradores foi denominado “multiplicadores do processo ACSA”. Por meio das reuniões de estudos dos critérios do Manual de Normas da ACSA surgiam aspectos importantes a serem analisados que envolvem processos diários de trabalho,

os quais poderão necessitar de realinhamento e reorganização dos processos assistenciais para obtenção da ACSA. Foram realizadas anotações em atas, e a sistematização delas consta no Quadro 31 a seguir, organizado em três categorias de aspectos, relacionados aos processos de trabalho, à infraestrutura e ao cuidado em saúde.

Quadro 31 – Aspectos dificultadores identificadas pelas equipes para subsidiar a elaboração do Programa de Educação Permanente.

Categorias	Aspectos identificados pelos participantes
<p>Em relação aos processos de trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Alguns profissionais e colaboradores desconhecem os direitos e deveres dos pacientes. · Dificuldade de programação de altas. Alguns usuários recebem alta sem orientações/encaminhamentos da equipe multiprofissional, principalmente quando ocorrem à noite. · O processo de alta dos pacientes ainda é demorado. Percebe-se esse fato quando o usuário depende de transporte da prefeitura para retornar à cidade de origem. · Alguns colaboradores desconhecem juridicamente quem poderá ter acesso ao prontuário do paciente (familiares - grau de parentesco ou amigos e demais profissionais não ligados à instituição). · Os residentes precisam ser capacitados em relação ao cuidado centrado no paciente, no sentido de envolvê-lo no processo de assistência. · Existem muitos profissionais novos ou recém-formados sem experiências práticas, os quais precisam de tempo para adaptação às rotinas e às práticas assistenciais, o que compromete a resolutividade das ações. · O paciente é abordado, muitas vezes, por diferentes pessoas que realizam as mesmas perguntas, evidenciando a necessidade de trabalho integrado e colaborativo. · Quando a alta é realizada por profissionais que não possuem vínculo com o paciente, gera-se, muitas vezes, um transtorno, pois os pacientes ficam confusos com as orientações de alta. · Aumento no custo do atendimento aos pacientes quando realizados por residentes (solicitados muitos exames laboratoriais, alguns repetidos, e de imagem). · Há dificuldade dos profissionais que trabalham durante o turno da noite em acessar o setor de RH. · Os colaboradores que trabalham à noite encontram dificuldades para interagir com as equipes multiprofissionais do dia. · Fragilidade nos registros em prontuário, necessidade de revisar o processo evolutivo clínico do paciente. · Fragilidade dos colaboradores da cozinha para ofertar lanches aos acompanhantes após o horário estipulado pela instituição. Ocorre basicamente quando a internação é realizada no período da noite.

<p>Em relação à infraestrutura</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Não há espaço físico adequado para conversar com a família sobre cuidados paliativos/testamento vital e óbito. · Existe um grande fluxo de pessoas circulando dentro da unidade de urgência e emergência (UUEM) após as oito horas da noite por ser a única recepção. · Falta de espaço para os acompanhantes ficarem na UUEM, pois não há local para poltronas.
<p>Em relação ao cuidado do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Necessidade de reduzir barreiras linguísticas, incluindo pessoas com necessidades especiais. · Usuários não têm acesso à rede Wi-Fi na UUEM, dificultando a comunicação com os familiares. · Testamento vital é desconhecido por muitos colaboradores, resultando em dificuldades na abordagem. · O paciente nem sempre é incluído no seu próprio processo assistencial. · Demora em repassar resultados de exames aos pacientes/familiares, ocasionando reclamações e ansiedade. · Resolutividade diminuída pela demora na definição do plano terapêutico, analisado entre residentes, preceptores e plantonistas contratados. · Na UUEM pediátrica, os horários de trocas de acompanhante são muito rigorosos, sobrecarregando somente um familiar. · Fragilidade de revisão e manutenção do plano terapêutico.

Fonte: elaborado por meio de reuniões com o grupo de multiplicadores.

O Quadro 31 foi organizado a partir das manifestações que surgiam durante os encontros realizados nas dependências do hospital. Observa-se que a categoria que mais reúne dificuldades é a relacionada aos processos de trabalho, seguida do cuidado ao paciente. As dificuldades apontadas podem ser resolvidas com a Educação Permanente, uma vez que os processos de Educação em Saúde constituem-se como um dos fundamentos das práticas profissionais e de um conjunto de competências que eles utilizam para responder aos problemas de saúde da população: “Busca-se, assim, gerar mudanças nos processos de trabalho, através da PNEPS, em resposta às necessidades existentes” (Brasil, 2018a, p. 35).

A primeira categoria, em relação aos processos de trabalho, traz necessidades de *informação clara e objetiva*, envolvendo todos os profissionais para de evitar transtornos nos processos diários da assistência. A *informação inadequada* acerca de condutas e orientações descritas na carta de direitos e deveres dos usuários, a qual orienta todas as questões pertinentes de relacionamento entre usuários e instituição, pode desencadear um evento adverso durante a assistência a esse paciente ou seu familiar.

Nesse mesmo sentido, nota-se que o registro inadequado no prontuário dos pacientes ainda é uma questão a ser trabalhada, pois ele deve refletir exatamente todo o atendimento realizado pela equipe multiprofissional (ou, preferencialmente, interprofissional) durante o período de internação. Observa-se que a equipe possui dúvida quanto à liberação do prontuário, visto que é um documento que contém informações sigilosas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) define

[...] que ao profissional que presta a assistência e ao estabelecimento de saúde cabe a elaboração e a guarda, sendo que existe uma série de normas legais que regula o acesso aos prontuários. Isso significa que o acesso ou a liberação do prontuário ou parte dele, fora destas regras, é ilegal e pode trazer consequências tanto para o profissional quanto para a instituição (Brasil, 2022, p. 32)

O processo de alta descrita como demorada e muitas vezes realizada por outro membro da equipe médica que não participou do cuidado gera inadequações no processo diário de assistência, pois pode ocasionar perda de informações clínicas e de evolução terapêutica do paciente. Além disso, a falta de vínculo afeta a interação e o processo de comunicação como um todo.

Ainda no Quadro 31, é importante destacar que, entre os pontos mencionados pelos participantes, existem temáticas que poderiam ser trabalhadas com *capacitações e treinamentos* dentro de um *Programa de Educação Permanente em saúde (EPS)*. Mesmo que capacitação e treinamento sejam atividades educativas diferen-

tes da EPS, quando demandadas pelos profissionais, a partir das necessidades identificadas de mudanças nos processos de trabalho, podem fazer parte do programa. A EPS poderá contribuir para o aperfeiçoamento profissional, assim como a melhoria da qualidade de assistência à saúde, por meio da relação entre o ensino e o serviço, desenvolvendo a mudança das práticas profissionais (França *et al.*, 2017 *apud* Duarte *et al.*, 2022, p. 3).

Durante as reuniões, surgiu ainda a necessidade de atualização das equipes de forma contínua, o que pôde ser desenvolvido pela Educação Permanente ao sanar questões como a dificuldade dos recém-formados de entender a rotina hospitalar e cumpri-la; o aumento de consumo de materiais e equipamentos; e a solicitação de exames laboratoriais e de imagens repetidamente. Segundo Lovato *et al.* (2018 *apud* Duarte *et al.*, 2022, p. 4), “a aprendizagem ocorre através da interação entre o aluno e o assunto, seja ela por meio de questionamentos, discussões, reflexão das ações de ouvir, praticar e ensinar, tornando o educando apto a entender e resolver as situações problema que se apresentam”.

Há necessidade de elaborar um Programa de Educação Permanente para desenvolver habilidades e competências relevantes em relação à temática do cuidado centrado no paciente, que é uma mudança de paradigma de atenção dos profissionais. Desenvolver uma aproximação entre colaboradores, pacientes e familiares no momento da internação é o ponto básico para gerar confiança mútua. O importante

[...] é estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, a fim de favorecer o intercâmbio de informações sobre o processo terapêutico, fazendo com que todos se sintam pertencentes e atuantes para a efetivação do cuidado seguro, antes da realização dos procedimentos (Ferraz *et al.*, 2021, p. 810).

Frente aos processos que ainda deverão ser aperfeiçoados, um programa educativo com essas características permite pensar e desenvolver estratégias específicas e voltadas às necessidades emergentes das equipes. Assim, todos os que estarão

diretamente ligados à assistência ao paciente têm oportunidade para desenvolver as competências e habilidades necessárias ao cuidado centrado no paciente, essenciais para as boas práticas mencionadas no Manual de Normas da ACSA.

No Quadro 31 aparecem, na **segunda categoria**, *em relação à infraestrutura*, aspectos que dificultam os processos de trabalho diário. Destaca-se a ausência de espaço físico para acolhimento das famílias em situações de óbito, abordagem sobre cuidados paliativos e análise de conceitos relacionados ao testamento vital. Também é percebido o aumento de fluxo de pessoas dentro da Unidade de Urgência Emergência Médica (UUEM) no período da noite devido à necessidade de remanejamento interno de funcionários, ocasionado pela diminuição de portas de entrada ao hospital, o que gera transtornos nos processos de trabalho desse setor. Sabe-se que na unidade de urgência e emergência a infraestrutura é insuficiente para a alta demanda existente, o que prejudica o bem-estar dos familiares, pois, diferentemente das unidades de internações hospitalares, lá não há poltronas confortáveis para as acomodações dos acompanhantes.

Na **Terceira categoria**, classificada *em relação ao cuidado do paciente*, mencionou-se a necessidade de reduzir barreiras linguísticas, incluindo pessoas com necessidades especiais. Essa consideração é mencionada no Manual de Normas da ACSA no Padrão 02.02.02: “garantir mecanismos que favoreçam a comunicação diminuindo ou eliminando barreiras linguísticas, respeitando o nível de escolaridade do público de usuários” (ACSA, 2018, p. 39).

Ainda nesse sentido, sobre a quebra de barreiras linguísticas a fim de promover a acessibilidade ao paciente e oferecer informações básicas de funcionamento do hospital, percebe-se que o acesso rápido à rede de Wi-Fi no referido setor auxiliaria a comunicação entre pacientes, acompanhantes e familiares, além de atualizar informações sobre normas e regras gerais de funcionamento da instituição.

É também percebida a necessidade de entender e discutir sobre o cumprimento do testamento vital para todos os colaboradores que participam do cuidado assistencial ao paciente, mas principalmente as equipes médicas, as quais apresentam limitações em relação à adesão devido a questões de natureza legal. É necessário lembrar que o testamento vital, para José (2019, p. 142),

É um instrumento que visa reconhecer e reafirmar a autonomia do paciente, com relação ao direito a recusar procedimentos ou tratamentos médicos, nos casos em que as tecnologias modernas da medicina comprovadamente não possam oferecer possibilidades de cura terapêutica para determinada doença ou estado vegetativo ou terminal, afastando assim, a obstinação terapêutica.

Outro aspecto importante é a necessidade de *incluir* o paciente no seu próprio processo assistencial, assim como apresentar a ele o testamento vital. Essas dimensões estão entre as mais desafiadoras, pois dar voz ao sujeito, deixando-o opinar sobre o seu planejamento assistencial, não parte das rotinas internas hospitalares. Nas suas discussões de resultados de pesquisa, Ferraz *et al.* (2021, p. 810) reforçam que “empoderar o paciente e ativá-lo para participar do seu cuidado é um processo necessário o qual confere às pessoas maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde”.

É importante sublinhar que essa falta de envolvimento do paciente traz barreiras para o entendimento e a percepção de seu processo de saúde-doença. Se fosse oportunizado ao paciente participar do planejamento do cuidado, haveria, provavelmente, maior envolvimento e adesão aos cuidados propostos e pactuados. Ainda para Ferraz *et al.* (2021, p. 810), quanto à “participação do paciente no que se refere à capacidade que ele tem em se envolver no planejamento do cuidado, [é] importante considerar os aspectos cognitivos, sociais, emocionais ou psicológicos do mesmo”. Cabe aos profissionais ter a sensibilidade de perceber as características do paciente e identificar a rede de relações em

que ele se encontra para que seja possível, dessa forma, envolver esse paciente e familiares no planejamento de ações de cuidado assistencial.

Em relação ao cuidado do paciente, ainda na terceira categoria do Quadro 31, percebe-se uma demora em repassar resultados de exames aos pacientes/familiares, ocasionando reclamações e ansiedade. Aparece, também, uma demora em relação à definição do possível desfecho clínico do paciente, podendo ocasionar uma resolutividade diminuída pela demora na definição do plano terapêutico analisado entre residentes, preceptores e plantonistas contratados.

7.3. Aspectos facilitadores identificados com as equipes que subsidiaram o Programa de Educação Permanente

No Quadro 32 são apontados aspectos importantes identificados durante as reuniões realizadas com os multiplicadores do setor de Urgência e Emergência. Durante as reuniões de estudos dos critérios do Manual de Normas da ACSA surgiram aspectos importantes, classificados como facilitadores, que poderão auxiliar na obtenção da certificação da ACSA e foram feitas anotações em atas destacadas no quadro a seguir.

Quadro 32 – Aspectos facilitadores identificados com as equipes para subsidiarem o Programa de Educação Permanente.

Categorias	Aspectos identificados pelos participantes
Em relação aos processos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> · Diretores e gerentes incentivam a autonomia profissional para o desenvolvimento do trabalho. · Colaboradores podem evoluir nos cargos de gestão, pois possuem Programa de Lideranças (PDL), que são cursos internos de desenvolvimento de lideranças. · Oportunidades a profissionais recém-formados. · Comprometimento dos gestores e das equipes no acompanhamento dos indicadores de gestão. · Reuniões sistemáticas entre gerências e coordenadores para análise contínua dos processos de trabalho. · Reuniões bimensais entre alta gestão e colaboradores para análise de indicadores assistenciais e econômico-financeiros.
Em relação à infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> · Constantes reformas do espaço físico. · Atualização do parque tecnológico. · Execução de manutenções preventivas nos equipamentos. · Construção e ampliação do novo anexo hospitalar.
Em relação ao cuidado do paciente	<ul style="list-style-type: none"> · Capacitações sobre temáticas e inovações acerca do cuidado assistencial. · <i>Rounds</i> multiprofissionais. · Projetos de humanizações alinhados com as diretrizes da política nacional de humanização. · Escritório de experiências do paciente.

Fonte: elaborado pela autora a partir de reuniões com o grupo de multiplicadores.

O Quadro 32 foi organizado também em três categorias, propostas seguindo os mesmos critérios utilizados no quadro anterior, sendo estas: *em relação aos processos de trabalho*; *em relação à infraestrutura*; e *em relação ao cuidado do paciente*.

Na categoria *em relação aos processos de trabalho*, os participantes apresentaram elementos como o incentivo à autonomia

profissional no desenvolvimento do trabalho diário, ou seja, os profissionais têm autonomia para a resolução de pendências e problemas acerca da gestão e da assistências ao cuidado.

Contribuem Ferraz *et al.* (2021, p. 19) dizendo que

[...] o perfil profissional de formação diversificadas, favorece a troca de experiências, saberes e oportunidade de aprendizagem organizacional e consolidar uma assistência segura, depende de processos formativos que direcionam a equipe de saúde para a prática baseada em evidência, considerando talentos e especificidades de cada cenário.

Ou seja, é necessário que o profissional seja capaz de aprimorar suas competências e habilidades acerca da gestão e da assistência aos pacientes.

Percebe-se que há um estímulo para os colaboradores participarem de programas de formação de lideranças para que, no futuro, possam estar preparados para assumir algum cargo de gestão. Os multiplicadores consideram que a instituição valoriza os profissionais recém-formados, oportunizando a aplicabilidade das experiências profissionais. Relatam também que percebem o incentivo para que as equipes elaborem, acompanhem e entendam os indicadores assistenciais, um dos pontos importantes para se avaliar a qualidade dos serviços desenvolvidos. Referem que as reuniões entre gerências e coordenadores são sistemáticas, assim como as com a alta gestão, com o objetivo de analisar indicadores assistenciais e econômico-financeiros.

Na segunda categoria, classificada *em relação à infraestrutura*, relatam: reformas na estrutura hospitalar (a qual data de 1998); constante atualização do parque tecnológico; execução de manutenções preventivas nos equipamentos; e construção e ampliação do novo anexo hospitalar. O complexo hospitalar aumentará 70% da área física e 60% da capacidade assistencial da instituição, proporcionando, ao final, 355 leitos, sendo 275 de internações e 80 de UTIs adulta, pediátrica e neonatal. A expansão de 118 leitos possibilitará a criação de 87 novas vagas de internação e 31 de UTIs.

Ainda na perspectiva dos aspectos que subsidiaram o Programa de Educação Permanente descrito na terceira categoria, denominada *em relação ao cuidado do paciente*, menciona-se o incentivo para as capacitações sobre temáticas de inovações acerca do cuidado assistencial. Há estímulo da ampliação dos *rounds* multiprofissionais, aumentando as demais áreas da assistência e da manutenção e inovação de novos projetos de humanização alinhados com as diretrizes da política nacional de humanização. Os multiplicadores salientam o desenvolvimento da pesquisa sobre “o escritório de experiências dos pacientes”, que trabalha com os seguimentos da qualidade assistencial desenvolvidas na instituição, alinhadas a exigências dos novos títulos de qualidade. Cabe destacar a importância de entender a experiência do paciente que, conforme o IBES ([20--]), abrange a gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, assim como médicos, enfermeiros e demais profissionais dos hospitais. Essas constatações são importantes e necessárias para estabelecer uma cultura do cuidado centrado no paciente.

Realizada a primeira etapa sobre o estudo das habilidades e competências necessárias para a certificação da ACSA, foram apontadas, pelos participantes, as possíveis dificuldades para a realização desse processo. A etapa a seguir teve como objetivo a realização de encontros para organizar e planejar a implantação da Educação Permanente no intuito de desenvolver as habilidades e competências necessárias aos profissionais para uma atuação centrada no paciente.

7.4. Organização das atividades de diagnóstico para obtenção do certificado ACSA: compreendendo a proposta com os gestores

Nessa segunda etapa da pesquisa foi fundamental envolver os colaboradores do Hospital Geral na proposta da acreditação de qualidade internacional ACSA para esclarecer o objetivo principal do trabalho e a razão da escolha dessa metodologia.

Cabe destacar que o processo de implantação do certificado de qualidade internacional consta como um dos objetivos a serem trabalhados no Planejamento Estratégico de 2022 a 2026 da referida instituição. O Hospital Geral possui o certificado Nível III da ONA - Excelência em Gestão, pois apresenta: visão sistêmica, com os processos organizacionais interligados; liderança ativa, que auxilia e monitora a gestão com o objetivo de compreender os fatores que interferem na organização; desenvolvimento de pessoas por meio de treinamentos, *rounds*, grupos de estudos e Programas de Desenvolvimentos de Líderes (PDL), que são realizados de forma sistemática; e cultura de inovação, que motiva os colaboradores na busca de novas tecnologias, tanto no processo assistencial quanto na gestão. Esses são alguns fundamentos que se destacam na instituição e constam no Manual da ONA (2022, 2025), demonstrando uma cultura de melhoria contínua e maturidade organizacional.

Em consonância com esses princípios, os gestores passaram a participar do processo de construção das condições para a obtenção da certificação internacional. O quadro a seguir descreve o planejamento e os resultados das reuniões realizadas com os gestores.

Quadro 33 - Descrição das reuniões realizadas com os gestores do hospital e da UEMM para a pactuação quanto às ações/atividades a serem desenvolvidas.

Data	Participantes	Objetivo da reunião	Resultados	Observações/ impressões (diário)
Primeira reunião 16/09/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Diretores do hospital (diretor geral, diretor de ensino, diretor técnico); · Gerente assistencial; · Gerente operacional/apoio. · Coordenadora da Enfermagem da UUEM; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadores médicos da UUEM; · Responsável pelo marketing do HG. 	<ul style="list-style-type: none"> · Apresentar o processo de acreditação ACSA e a possibilidade de a UUEM ser setor-piloto. · Informar o planejamento do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> · Processo de acreditação ACSA apresentado aos diretores, gerentes e gestores. · Projeto-piloto na UUEM aprovado. <p>Próximas ações planejadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Envolvimento e entusiasmo com a proposta. · Comprometimento da alta gestão. · Questionamento sobre aspectos de organização e objetivos da ACSA. · Necessidade de imersão nas normas contidas no Manual de Normas da ACSA.
30/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Gerente assistencial; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadora da Enfermagem da UUEM. 	<ul style="list-style-type: none"> · Discutir sobre os objetivos do Manual de Normas da ACSA. · Planejar as ações de implantação do processo de acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> · Padrões do capítulo I do Manual de Normas da ACSA revisados. · Padrões contemplados na ONA e exigidos pela ACSA avaliados, compreendidos e comparados. 	<ul style="list-style-type: none"> · Entusiasmo desse grupo para envolver a equipe médica nesse planejamento. · Preocupações sobre alguns aspectos diretamente ligados a mudanças de cultura assistencial. · Discussões de estratégias para envolver todos os profissionais de forma interdisciplinar.

13/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Gerente assistencial; · Coordenadora da Enfermagem da UUEM; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadores médicos da UUEM. 	<ul style="list-style-type: none"> · Discutir os objetivos da ACSA e as alterações necessárias no processo assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ferramenta 5W2H com processos ajustados. 	<ul style="list-style-type: none"> · Envolvimento do grupo na atividade.
15/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Gerente assistencial; · Coordenadora da Enfermagem da UUEM; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadores médicos da UUEM. 	<ul style="list-style-type: none"> · Revisar o planejamento das ações a serem implantadas. · Estabelecer a data de implantação do processo de acreditação ACSA. 	<ul style="list-style-type: none"> · Aprofundamento do estudo sobre as exigências da ACSA presentes no capítulo I. · Data do diagnóstico e da implantação da ACSA definida. 	<ul style="list-style-type: none"> · Preocupação referente à data de início da implantação devido à proximidade do final ano. · Exaustão da equipe devido à assistência durante a pandemia de Covid-19.
16/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Gerente assistencial; · Coordenadora da Enfermagem da UUEM; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadores médicos da UUEM. 	<ul style="list-style-type: none"> · Estudar as exigências do Manual de Normas da ACSA e do Processo de Educação Permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> · Planejamento da Educação Permanente de acordo com as exigências da ACSA - capítulo I. 	<ul style="list-style-type: none"> · Maior segurança por parte da equipe.

20/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> · Gerente assistencial; · Coordenadora da Enfermagem da UUEM; · Coordenadora do escritório de qualidade; · Coordenadores médicos da UUEM. 	<ul style="list-style-type: none"> · Validar com coordenadores médicos da UUEM o planejamento das ações e do Processo de Educação Permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ações a serem implantadas a partir de janeiro de 2022 definidas e pactuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Envolvimento dos líderes do processo.
------------	--	--	--	---

Fonte: elaborado pela autora com base nas atas de reuniões e diário de campo.

As reuniões descritas no Quadro 33 eram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos gestores e duravam de uma a duas horas, nas dependências do hospital, respeitando o turno de trabalho destes. Destaca-se que em todos os encontros o planejamento das ações era registrado em atas, por meio de formulário oficial da instituição denominado “desdobramento de pautas”.

Foi necessário realizar reuniões para que os gestores da instituição pudessem entender os objetivos, os conceitos básicos e a metodologia que envolvem o processo da ACSA, bem como os princípios da Educação Permanente. A participação nas reuniões e o envolvimento deles no estudo do material, no planejamento das ações, na implantação do Processo de Educação Permanente, bem como no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, permitem perceber que há um interesse na melhoria contínua e, conseqüentemente, na obtenção de uma certificação internacional.

A compreensão desse processo pelos gestores torna-se relevante como passo intermediário no envolvimento dos demais colaboradores da instituição. Utilizou-se a ferramenta 5W2H (Anexo A) como metodologia de planejamento para que todos os gestores tivessem o entendimento do processo, seguindo as ações, as metas e os prazos estipulados. Observou-se a facilidade

na utilização da ferramenta 5W2H, pois ela já está consolidada nos processos diários de trabalho.

A preocupação em apresentar a proposta da metodologia da ACSA após o período de férias dos colaboradores é relevante e compreensível, pois foi um longo período em que os profissionais trabalharam exaustivamente na assistência aos pacientes com Covid-19. Diante disso, iniciar um processo de aprimoramento, mudança de conduta e comportamento no processo assistencial poderia estar fragilizando a implantação do processo de acreditação ACSA. Por essa razão, foi acordado o início do processo no final de janeiro de 2022.

Cabe salientar que, de forma simultânea às reuniões realizadas com os gestores, aconteceram também as observações *in loco* do processo de trabalho, o que serviu para identificar e acompanhar o processo assistencial do setor e, dessa forma, perceber como os atendimentos estavam sendo realizados. Essa observação incluiu também a equipe interdisciplinar, como a recepção, os enfermeiros que realizam o processo de acolhimento, triagem e classificação de risco e as equipes médicas que realizam o diagnóstico e o tratamento clínico do paciente.

O serviço de urgência e emergência da instituição utiliza o Protocolo de Manchester para Classificação de Risco, o qual é recomendado pela Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde como estratégia de qualificação de atendimento implantada no Brasil. Para Sacoman *et al.* (2019, p. 356), “o processo de acolhimento com classificação de risco configurou-se como uma das principais estratégias de qualificação dos processos de entrada dos Serviços Urgência e Emergência”. Guedes *et al.* (2015) ressaltam que o sistema de classificação de risco utilizado, como o Manchester, auxilia na priorização ao acesso e aos cuidados necessários em tempo oportuno para os casos mais graves, contrariando a lógica de atendimento de sequência por ordem de chegada.

A triagem utilizando a classificação de risco é uma ferramenta para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, por proporcionar um atendimento direcionado e seguir os princípios do SUS (universalização, equidade, integralidade). Cabe ressaltar que existem, no mundo, quatro sistemas para classificar os pacientes nas urgências e emergências, sendo eles: *Emergency Severity Index* (ESI); *Australasian Triage Scale* (ATS); *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS); e Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Emergency Severity Index-ESI empregado nos Estados Unidos desde 1999; *Australasian Triage Scale (ATS)* utilizado na Austrália desde o início da década de 70, esse utiliza uma escala de cinco prioridades baseada em tempo-alvo e cor; a *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* escolhido para usar no Canadá desde 1998, essa está baseada no estabelecimento de uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, que são definidos pelos diagnósticos da *International Classification of Diseases, 9th revision - CID-10 CM* as quais são as condições mais frequentes apresentadas pelos doentes e o Sistema de Triagem de Manchester (STM) inicialmente criado na cidade de Manchester na Inglaterra, desenvolvido pelo *Manchester Triage Group* e começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil em 2008 (Coutinho *et al.*, 2012, p. 190).

O STM é organizado e utilizado em instituições de saúde brasileiras e de outros países, como Holanda, Alemanha e Suécia. Apresenta benefícios que justificam a sua utilização, tais como: é internacionalmente reconhecido, confiável; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; avalia as triagens realizadas pelos profissionais; pode ser utilizado nas demais esferas assistenciais ligadas à urgência e emergência; proporciona um protocolo sistêmico e lógico para a tomada de decisão; e ainda disponibiliza um pacote de treinamento em triagem (Cronin, 2003).

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015, p. 5), “o Sistema Manchester de Classificação de Risco foi criado para permitir ao profissional médico e ao enfermeiro, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do

doente em situação aguda”. Conforme Sacoman *et al.* (2019 *apud* Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015, p. 5), o referido sistema é

Originalmente composto por 52 condições clínicas pré-definidas ligadas às suas respectivas orientações ou linhas de fluxo, a partir de cada um dos níveis de classificação de risco ou triagem obtidos. As classificações são divididas em cores organizadas por nível de gravidade e risco da apresentação clínica (Sacoman *et al.*, 2019 *apud* Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015, p. 5).

Como mencionado, as classificações são realizadas seguindo cinco prioridades, identificadas por número, nome, cor e tempo de resposta da equipe médica, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Classificações de prioridades.

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	VERMELHO	0 minutos
2	Muito urgente	LARANJA	10 minutos
3	Urgente	AMARELO	60 minutos
4	Pouco urgente	VERDE	120 minutos
5	Não urgente	AZUL	240 minutos

Fonte: elaborado pela autora conforme Protocolo de Manchester (Brasil, 2022).

É importante salientar que esse processo de atendimento não substitui o diagnóstico médico, mas assegura que o atendimento ocorra conforme o estado de gravidade clínico do paciente (Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação

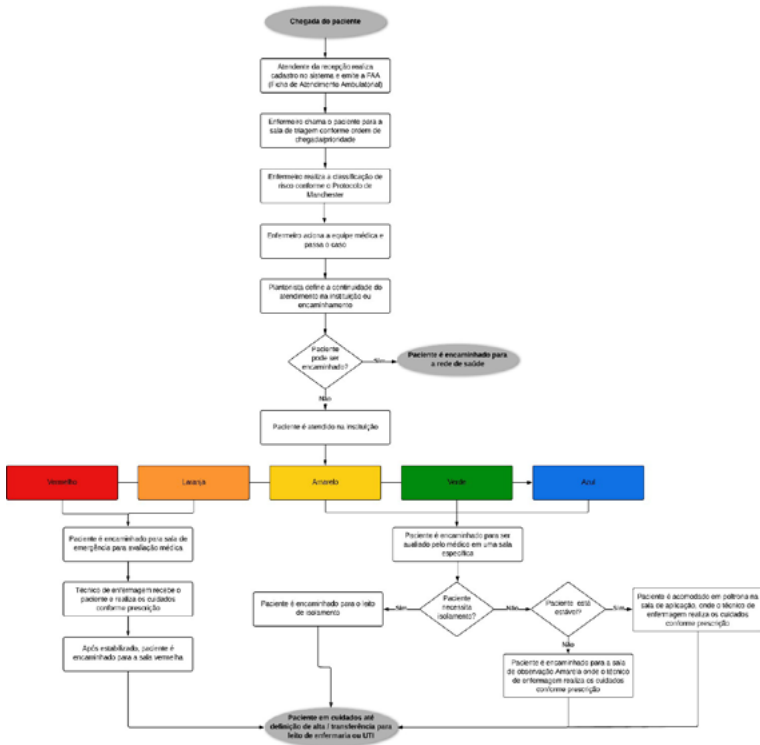
de Risco³, 2015). O manual de acolhimento destaca que, em Portugal, a cor branca é utilizada para categorizar os pacientes que não necessitam de atendimentos de urgência, mas que buscam o serviço de emergência para atendimentos eletivos, tais como retorno, realização de exames e cirurgias. Essa situação é também presenciada nas rotinas das instituições brasileiras, inclusive no Hospital Geral de Caxias do Sul.

A utilização dessas classificações auxilia na organização dos serviços de urgências, permitindo ao profissional enfermeiro uma maior segurança e autonomia no gerenciamento dos processos assistenciais e auxiliando de forma efetiva os profissionais médicos. Essas atividades, além de serem consideradas importantes para oferecer um atendimento rápido e digno à população, também motivam as equipes de saúde a interagirem entre si e incentivam o trabalho interdisciplinar.

O processo de trabalho dos profissionais está representado na Figura 2.

³ O Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do protocolo no Brasil, autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG), pelo *British Medical Journal*, detentores dos direitos autorais do protocolo, e pelo Grupo Português de Triage (GPT), licenciado pelo MTG para a tradução em língua portuguesa.

Figura 2 – Representação do processo de trabalho da unidade de emergência do Hospital Geral de Caxias do Sul.



Fonte: elaborada pela autora.

O fluxograma acima demonstra o processo de atendimento do paciente, desde a sua chegada à recepção do Hospital Geral, a realização da triagem e a sua classificação conforme queixas, sinais e sintomas de acordo com Sistema de Triagem de Manchester até o seu atendimento integral. Logo após a classificação do paciente, os fluxos e os protocolos estabelecidos em cada nível de urgência de atendimento são seguidos.

Na estrutura física do pronto-socorro, observa-se a existência de duas salas nas quais os pacientes são acomodados conforme critérios clínicos, denominadas como sala vermelha

e sala amarela: a primeira é o local destinado ao atendimento imediato de pacientes graves; a segunda, aos pacientes internados que necessitam de cuidados semi-intensivos.

Na sala vermelha, durante o período de observação, viu-se envolvimento e agilidade da equipe multiprofissional diante de uma intercorrência clínica, trazendo resolutividade no atendimento. O familiar do paciente, diante da intercorrência, permaneceu calmo, percebendo que a equipe estava envolvida e capacitada no atendimento. Na sala amarela, os profissionais apresentavam-se atenciosos e solícitos aos questionamentos dos pacientes e familiares.

A sala de aplicação de medicamentos estava ocupada por pacientes realizando medicações ou aguardando resultados de exames e/ou efetivação de diagnóstico clínico. Nesse sentido, o profissional enfermeiro apresentou competências importantes no setor de urgência e emergência. Conforme Azevedo *et al.* (2014 *apud* Ponte *et al.*, 2019, p. 22), o enfermeiro é “responsável pelo processo de administração de medicamentos, líder da equipe de enfermagem e assume um papel fundamental tanto no cuidado ao paciente que se encontra em terapia medicamentosa quanto na disseminação do conhecimento acerca das necessidades”.

Observa-se que o enfermeiro desenvolve habilidades e competências que transcendem a assistência ao paciente, já que realiza gestão da unidade e de processos, monitorando fluxos internos.

Nesse período de três dias de observação, percebeu-se a utilização do Sistema de Triage de Manchester em uma média de 75 atendimentos de pacientes por dia, sendo que no primeiro dia foram realizadas 95 consultas, no segundo 67 e no terceiro 63. Salienta-se que no período das observações estavam estabelecidas restrições e cuidados em relação à pandemia de Covid-19. Diante disso, na recepção central somente o paciente poderia aguardar pelo atendimento no local, com exceção dos pacientes pediátricos, idosos ou portadores de cuidados especiais, para os

quais o acompanhante se faz necessário. Na Tabela 3 seguem informações sobre os atendimentos realizados nesses dias.

Tabela 3 - Informações sobre os atendimentos realizados nos dias 13, 14 e 16/12

ATENDIMENTOS NO DIA 13/12							
Número de atendimentos	Branco	Verde	Não classifica- dos	Amarelo	Laranja	Azul	Vermelho
95 pacientes	32 ¹	22	18 ²	11	7	3	2
Especialidades							
Obstetria				40			
Adultos				43			
Pediátrico				12			
<p>1 - Encaminhamento para referncia, realizao de medicao e avaliao ps-cirrgica. 2 - Pacientes com suspeita de Covid-19 encaminhados separadamente.</p>							
ATENDIMENTOS NO DIA 14/12							
Número de atendimentos	Branco	Verde	Não classifica- dos	Amarelo	Laranja	Azul	Vermelho
63 pacientes	11	20	15	12	4	0	1
Especialidades							
Obstetria				30			
Adultos				27			
Pediátrico				6			

ATENDIMENTOS NO DIA 16/12

Número de atendimentos	Branco	Verde	Não classificados	Amarelo	Laranja	Azul
67 pacientes	14	18	14	14	5	2
Especialidades						
Obstetrcia				23		
Adultos				34		
Pediátrico				10		

Fonte: elaborada pela autora baseado nas atas de reuniões e diário de campo.

Diante das observações do processo de trabalho dos profissionais da UUEM, as recepcionistas apresentaram rapidez e gentileza no processo de identificação do paciente. Após o cadastro realizado, esses pacientes eram encaminhados para o enfermeiro a fim de serem acolhidos segundo a classificação de risco.

Observou-se na Tabela 3 que a maioria dos atendimentos realizados não se classificavam como urgência e emergência. O Sistema de Triagem de Manchester utiliza cinco categorias de urgências, do número 1 (mais urgente) ao 5 (menos urgente), como já descrito anteriormente. Entretanto, cabe salientar que a dor é um importante critério para medir a urgência do atendimento, definindo a priorização realizada pelo enfermeiro (Coutinho *et al.*, 2012).

Durante o acolhimento dos pacientes, pode-se perceber o descontentamento em relação à pouca resolutividade da rede básica e ao tempo de espera na procura pelas UPAs. Em algumas consultas, pôde-se constatar o registro dos seguintes comentários realizados pelos pacientes:

Eu fui na UPA, mas tinha muitas e muitas pessoas aguardando lá, ia demorar muito para chegar na minha vez, aí resolvi vir para cá porque se pedirem exames aqui já é feito e fica resolvido (P1).

[...] tentei até procurar atendimento na UBS do meu bairro, porém há demora de pedido de exame para ver o pulmão... queria um RX, tô com medo de estar piorando [...] aqui conseguimos resolver mais rápido (P2).

Na UPA, demora muito tempo para resolver o problema da gente, e muitas vezes mandam para o hospital realizar outros exames, então já vim aqui (P3).

Tô grávida de 6 semanas e com ardência urinária, já vim direto para cá porque sei que aqui sempre tem médico e na minha UBS não tem. [...] estou assustada (P3).

O entendimento da população sobre a procura de um atendimento hospitalar sobrecarrega o sistema de porta de entrada das instituições, gerando um fluxo de atendimento inadequado. Conforme Sacoman *et al.* (2019), a superlotação dos serviços de urgência e emergência, dada pela facilidade de acessar um conjunto de tecnologias, desde a consulta médica até a realização de exames, sobrecarrega tais serviços.

O objetivo das UPAs, conforme a Rede de Atenção à Saúde (RAS), é auxiliar no diagnóstico e no tratamento dos agravos de saúde da população e direciona os pacientes aos demais serviços da rede quando necessário, atendendo à descrição das UPAs:

Unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (Brasil, 2013. p 35).

Porém, de acordo com os registros da Tabela 3, percebe-se que a escolha por atendimento a nível hospitalar ainda acontece, uma vez que a perspectiva de garantia de consulta médica não agendada e a realização rápida de exames diagnósticos desenca-

deiam a procura por resolução rápida para o problema de saúde. A instituição hospitalar ainda é considerada a possibilidade, dentro da rede de atenção, de ter o desfecho clínico de forma rápida e efetiva. A perspectiva de garantia de consulta médica não agendada e a realização rápida de exames diagnósticos estimulam a decisão do usuário de traçar seu próprio itinerário de cuidado, privilegiando a porta de acesso dos serviços (Daí Ponte *et al.*, 2008 *apud* Sacoman *et al.*, 2019).

Dentre algumas perguntas realizadas no momento da consulta pelo enfermeiro, o que chamou atenção foi a descrição e a percepção do paciente sobre a dor, considerada o quinto sinal vital. Ela é subjetiva e de difícil avaliação, por isso utiliza-se uma escala de classificação de 0 a 10. Para obter atendimento, alguns pacientes classificaram sua dor como intensa, justificando, assim, a procura de atendimento na unidade de urgência e emergência hospitalar. A dor é definida pela Sociedade Americana de Dor como o quinto sinal vital, ou seja, deve ser avaliada assim como a temperatura, a frequência respiratória, o pulso e a pressão arterial, sendo que sua avaliação auxilia no diagnóstico do problema apresentado pelo paciente (Butti *et al.* 2017 *apud* Viveiros *et al.*, 2018).

Os profissionais que realizam o cuidado direto ao paciente e a triagem seguindo a categorização de risco usam as escalas como ferramentas auxiliares nessa importante classificação. A dor é analisada como critério primordial, considerada como um fator decisivo para classificar o paciente no momento da triagem, indicar analgésicos e avaliar o acompanhamento em todo o processo assistencial. Para a *World Health Organization* (2013 *apud* Regis *et al.*, 2020), o profissional pode contar com várias escalas de avaliação da dor, como a Escala Numérica Verbal (ENV) e a Escala Analógica Visual (EAV), preconizadas pela *World Health Organization*.

Durante a observação, no momento da triagem, quando questionado sobre essa percepção, um paciente classificou sua

dor entre os escores de 7/10 ou 8/10, sendo que ele conversava com o enfermeiro, sorria e demonstrava tranquilidade. Estas são percepções em algumas consultas descritas nas falas de um dos enfermeiros logo a seguir:

[...] sempre pergunto a percepção que o paciente tem quanto à sua dor e percebo que a maioria responde um valor mais alto para conseguir um atendimento no pronto-socorro, mas notoriamente está calma e sorrindo [...], não corresponde ao valor identificado [...], essa paciente classificou a sua dor como 7/10 pela escala de dor e o restante dos sinais vitais estava dentro dos padrões de normalidade [...], ela sorria e conversava de forma calma e tranquila sem expressão facial de incômodo (E1).

A dor também é um balizador importante no Sistema de Triagem de Manchester. Considera-se que muitos aspectos podem interferir na avaliação da dor, e o enfermeiro deve estar atento a eles: idade, percepção de aumento da dor, experiência prévia de dor, influências culturais, ansiedade, comprometimento das atividades de vida diária e sinais clínicos de dor (Coutinho *et al.*, 2012).

O profissional enfermeiro realiza, entre suas atribuições nos serviços de urgência, a triagem e a classificação de risco, a escuta ativa, a verificação dos sinais vitais e o exame físico no paciente. Esse profissional é responsável pelos encaminhamentos e pelo desfecho de atendimentos nas portas de entradas institucionais. Viveiros *et al.* (2018) reforçam esse aspecto quando referem que o enfermeiro deve ser capacitado para realizar a consulta de Enfermagem e a avaliação da situação do paciente por meio do exame físico com enfoque em queixas, antecedentes pessoais e aferição dos sinais vitais utilizando principalmente os protocolos estabelecidos quando mencionado o estágio da dor.

Diante dos relatos dos enfermeiros, é possível perceber o entendimento do profissional quanto à responsabilidade assumida, ao cumprimento do Sistema de Triagem de Manchester, que avalia a dor, e à preocupação de dedicar um bom atendimento ao paciente.

Percebeu-se também a demanda de pacientes que precisam de atendimento em obstetrícia e consultas para encaminhamentos de exames para cirurgias. Com relação ao atendimento da Enfermagem, notou-se uma assistência acolhedora, com domínio de desenvolvimento dos processos, fluxos, agilidade no atendimento técnico, orientação e esclarecimento das dúvidas dos pacientes. Consta na descrição da Tabela 3 que o fluxo das internações de urgências e as transferências inter-hospitalares são realizadas no pronto-socorro da instituição para os demais setores.

Após essa etapa de triagem e acolhimento, a equipe médica é acionada para efetivar a consulta e a conduta clínica necessária. Em alguns casos de triagem realizada pelo enfermeiro, classificada pelas cores verde e azul, notou-se demora no atendimento da equipe médica, causando desconforto nos pacientes em função da espera, necessitando de maior atenção e envolvimento dos enfermeiros, o que é descrito nas falas a seguir:

Já acionei a equipe médica, agora é aguardar [...] temos que ficar atentos para não demorar [...] depende muito da equipe que está de plantão (E1).

Precisamos da colaboração da equipe médica para agilizar a triagem, o enfermeiro sabe o seu papel, porém precisamos que o médico também seja resolutivo para que os pacientes não fiquem aguardando muito tempo por um desfecho (E2).

Nota-se a necessidade de uma mudança de processos de trabalho que envolvam as diferentes equipes assistenciais, trazendo de forma igualitária o comprometimento e a responsabilidade no atendimento e no desfecho clínico do paciente. O desconforto da espera e a falta de informações sobre o planejamento das ações ainda são percebidas. Sarcoman *et al.* (2019) salientam a necessidade do envolvimento de médicos em todas as etapas, minimizando o tensionamento entre as equipes, uma vez que novos processos e fluxos internos foram revisados e alterados envolvendo toda a equipe. Os protocolos assistenciais escritos por consenso de um grupo multidisciplinar, com médicos, enfer-

meiros e farmacêuticos, oportunizam uma maior autonomia ao enfermeiro para medicar o paciente em momentos de urgência e emergência, porém essa prática não foi observada na referida instituição.

Interações entre equipes permitem e incentivam o trabalho interdisciplinar, trazendo perspectivas de organização conjunta de protocolos e ações assistenciais. Essas constatações atestam a importância da Educação Permanente e da formação profissional em saúde. Os projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde precisam apresentar estratégias alinhadas aos princípios de interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado (Brasil, 2018a).

Ainda no sentido da importância da interdisciplinaridade e da mudança de paradigma dos profissionais, Rios, Sousa e Caputo (2019, p. 4) ressaltam que

O desafio é esse: romper com o processo de troca de competências, no qual cada saber atua sobre uma face de determinado problema, pela troca de experiências, promovida pela multiplicidade de questionamentos e olhares dos distintos saberes, capaz de ampliar a compreensão desse problema e propor soluções conjuntas, levando em conta a complexidade de sua completude.

O modelo médico-centrado, individualizado e caracterizado pela divisão do trabalho e pela fragmentação do conhecimento ainda é percebido no cotidiano das práticas assistenciais. Para que a interdisciplinaridade se faça presente, é necessário rever a formação do profissional nos cenários acadêmicos a fim de que, somente dessa forma, seja possível perceber uma interligação de pensamentos e planejamento das ações.

Para o COFEN (2022, p. 10), “a responsabilidade do enfermeiro tem interface com outras profissões que envolvem as políticas públicas de saúde [...] no contexto da integralidade e da multidisciplinaridade das ações propostas no Sistema Único

de Saúde (SUS)”. Esse profissional está em constante articulação com as equipes para que os resultados do atendimento sejam efetivos e resolutivos. Por vezes, percebe-se a demora em definir o diagnóstico e o plano de cuidado por parte da equipe médica na unidade de emergência, gerando ansiedade nos pacientes e na própria equipe de Enfermagem, como constatado na fala do profissional enfermeiro a seguir:

O maior problema é os pacientes que ficam no PS sem a equipe médica que assuma e realize o acompanhamento do paciente. [...] Temos pacientes há dois dias aguardando uma definição para realizar exames e possivelmente cirurgia (E2).

Quando uma etapa do processo de trabalho não é colocada em prática, as fases seguintes do processo e do planejamento do cuidado poderão ser afetadas e, conseqüentemente, tornar-se estressantes a uma equipe inteira (Martino *et al.*, 2014 *apud* Ponte *et al.*, 2019).

Percebe-se que a interação entre as equipes de saúde torna-se imprescindível, principalmente no setor de urgência e emergência. Segundo o Sistema de Triagem de Manchester, quando as cores verdes e azuis são usadas na classificação do paciente ele pode esperar de 120 a 240 minutos, respectivamente, para um diagnóstico final. É importante destacar que no Manual do Processo de Qualidade ACSA (2018) consta o padrão a ser desenvolvido, o qual estabelece um processo de informação contínua de forma verbal com o paciente ou representante legal. Além disso, consta outro padrão, que menciona a importância de informar sobre as desprogramações, respeitando ao máximo o tempo das pessoas e minimizando as suspensões de serviços.

Compreender as exigências dos padrões descritos no Manual de Normas da ACSA, interagir e trabalhar interdisciplinarmente são processos importantes para que haja novas perspectivas de organização, ações assistenciais realizadas conjuntamente e, conseqüentemente, melhoria de cuidado ao paciente e seus familiares.

Por fim, convém salientar a importância do trabalho interdisciplinar. No entanto, para além desse tipo de trabalho, deve-se buscar como meta o trabalho interprofissional, que se caracteriza pela colaboração, pelo respeito aos saberes de todos os profissionais e pela busca da qualidade no atendimento.

7.5. Processo de Educação Permanente com os profissionais de urgência e emergência na perspectiva do cuidado centrado no paciente

O processo de Educação Permanente estabelece estratégias para o desenvolvimento das ações para a implantação da certificação ACSA, a qual envolve e incentiva o trabalho das equipes de forma interdisciplinar e interprofissional. É importante mencionar que a Educação Permanente é um processo que se utiliza de estratégias pedagógicas para auxiliar na transformação das práticas profissionais, incentiva a organização do trabalho, estimula e envolve os diversos grupos de trabalho, estando estes em constante movimentação contínua. Reforça o IBES ((20--)) que a Educação Permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho e possui como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A interação com os grupos de trabalho irá proporcionar novos desafios de conhecimento a todos os envolvidos, respeitando conhecimentos prévios, conhecimentos advindos da experiência, especificidades profissionais e tempos de aprendizagem. Assim, associam-se ideias, exploram-se informações em múltiplas bases de conhecimento e elaboram-se saberes coletivos (Schweickardt *et al.*, 2015).

Para Schweickardt *et al.* (2015), os envolvidos, incentivados por discussões, desenvolvem e ressignificam informações e trazem experiências prévias, fazendo associações e construindo estratégias de aprendizagem.

O aluno não é aquele que escuta, copia e decora; é aquele que constrói para si um saber disparado pelas informações trazidas ao debate. Esse é o sentido das metodologias ativas: ativar o pensamento, trabalhar com as informações, debatê-las, conversar sobre os informes com parceiros de atuação, confrontando reflexões com as situações reais do cotidiano (Schweickardt *et al.*, 2015, p. 69).

Trazendo esses conceitos de Educação Permanente (EP) para o âmbito da saúde, utiliza-se como proposta pedagógica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual tem como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional, alinhando-a aos princípios do SUS. A EPS é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e possibilitam a transformação das práticas profissionais (Brasil, 2018a). Para Zinn *et al.* (2022, p. 2), na PNEPS os caminhos de transformação do trabalho do SUS se sustentam em três pilares: a micropolítica do trabalho vivo, o método da roda e a aprendizagem significativa.

Há uma aposta na EPS e na Educação Interprofissional para superar o modelo hegemônico e produzir cuidado integral, construído a partir das práticas concretas dos profissionais junto aos sujeitos. O cuidado em saúde é dinâmico e, à medida que os profissionais de saúde constroem dispositivos de reflexões sobre as práticas que envolvem um saber/fazer no cotidiano, há possibilidades de mudanças na construção do cuidado (Sousa *et al.*, 2020, p. 3).

Diante desses conceitos, realizaram-se encontros presenciais em forma de rodas de conversas com o objetivo de desencadear o processo de desenvolvimento das habilidades e competências a serem desenvolvidas para obtenção da certificação internacional.

É importante destacar que competências poderão ser desenvolvidas ou melhoradas por meio de mecanismos de aperfeiçoamento; e as habilidades, por sua vez, podem ser consideradas como o “saber fazer algo” e são naturalmente percebidas diante de algum conceito ou prática. O conceito de *competência*

profissional envolve experiências, atitudes e valores pessoais usados de maneira adequada em resposta às situações da prática profissional (Camelo *et al.*, 2013 *apud* Geraldi *et al.*, 2022, p. 2).

Para proporcionar o desenvolvimento das competências, tendo por base as diretrizes da PNEPS, é necessário o uso de metodologias ativas. As rodas de conversas proporcionam uma democratização de saberes e experiências vivenciadas nos grupos de trabalho. A utilização dessa metodologia, para Pinheiro (2020, p. 4), tem o “propósito de dar voz aos sujeitos, visando possibilitar sua participação efetiva no processo, à medida que lhes são facultadas falas dialógicas pelas quais se espera o aporte de seus saberes”.

O uso das metodologias ativas, para Cohen (2017 *apud* Batista; Cunha, 2021, p. 18), “não é apenas ver e escutar um conteúdo de maneira apática, não sendo suficiente para absorvê-lo. É necessário que seja discutido e experimentado [...] e socializado com seus colegas e até mesmo ensiná-los”. Por meio de rodas de conversas e grupos de trabalhos, é possível perceber aspectos facilitadores do processo de Educação Permanente, bem como os dificultadores que precisam ainda ser trabalhados.

Para a realização desse processo de Educação Permanente, a qual envolve toda uma reestruturação de pensamento e lógica de trabalho, a utilização de metodologias ativas, como a figura do “multiplicador do conhecimento”, fez-se necessária nos cenários de encontros. Diante disso, o multiplicador deverá estar ciente do seu papel de motivador, entretanto é fundamental realizar capacitação adequada para o bom andamento do programa.

No Quadro 34 estão listadas as necessidades de aprendizagens emergentes dos encontros, as estratégias pedagógicas utilizadas no processo e a percepção das habilidades e competências desenvolvidas ou que ainda estão sendo trabalhadas na instituição.

Quadro 34 – Processo de Educação Permanente com os profissionais de urgência e emergência na perspectiva do cuidado centrado no paciente.

Necessidade de aprendizagem emergentes dos encontros	Estratégias pedagógicas utilizadas	Habilidades e competências em desenvolvimento
<ul style="list-style-type: none"> · Entender as exigências e os Padrões do Manual de Normas da ACSA. · Divulgar os princípios da ACSA na instituição. · Aproximar-se do HRSC para socializar as suas experiências. · Envolver equipes médicas e colaboradores (multiplicadores) nos processos assistenciais. · Elaborar estratégias para o desenvolvimento dos padrões, como o envolvimento do paciente no processo de cuidado e o testamento vital. · Revisar a carta de direitos e deveres de acordo com a PNH. · Elaborar o protocolo de atendimento ao transsexual. · Melhorar a comunicação entre as equipes interdisciplinares. · Consolidar o trabalho interprofissional por meio dos <i>rounds</i>. · Revisar o Manual de Internação do Paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> · Rodas de conversas e grupo de estudos (multiplicadores). · Divulgação da ACSA nos meios digitais do HG (<i>site, Instagram, LinkedIn</i>). · Utilização do <i>WhatsApp</i> para comunicação. · Leitura e aprofundamento do Manual de Normas da ACSA. · Elaboração coletiva do folder “Vamos conhecer melhor o que significa a ACSA?” com as principais informações da ACSA. · Reuniões virtuais com o HRSC e os multiplicadores da instituição. · I Simpósio ACSA – Aproximando experiências entre a Serra Gaúcha e o Sertão Central do Ceará. · Uso da ferramenta 5W2H para planejamento. 	<ul style="list-style-type: none"> · Apresentar comunicação eficaz entre a equipe assistencial e o paciente/familiar. · Divulgar amplamente os direitos e os deveres dos usuários. · Respeitar as necessidades e a individualidade de cada pessoa. · Envolver o paciente no seu processo assistencial durante a internação. · Fornecer orientações e informações claras referentes ao testamento vital. · Proporcionar a busca por resolução de possíveis conflitos éticos durante as internações. · Monitorar a satisfação e as sugestões dos pacientes/familiares no período de internação. · Atentar para a necessidade de ofertar apoio psicológico a pacientes e familiares em momentos de crises. · Monitorar o diagnóstico do paciente e iniciar o tratamento o mais breve possível. · Disponibilizar guias de informações sobre os serviços. <p>Estabelecer plano assistencial a cada paciente, respeitando a individualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Incentivar a assistência interprofissional ao paciente. · Monitorar o prontuário do paciente quanto à qualidade e às atualizações dos registros assistenciais. · Assegurar o sigilo das informações disponibilizadas no prontuário físico ou eletrônico.

Fonte: elaborado pela autora baseado nas atas de reuniões e no diário de campo.

Nos encontros com os grupos de multiplicadores, a roda de conversa foi uma das principais estratégias pedagógicas utilizadas para o processo de Educação Permanente. Esses ambientes

favorecem o espaço acolhedor, no qual as pessoas se sentem parte do processo, o que favorece o diálogo e a escuta. As rodas de conversas propiciam as interações com outras pessoas e o respeito pelas diferentes opiniões que possam emergir durante um encontro. Para Moreti e Barcelos (2020, p. 6), as rodas de conversas se configuram em

[...] um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os outros sujeitos e por meio do exercício reflexivo. É um espaço rico de oportunidades nascidas das experiências, das atividades individuais e coletivas, mas que nem sempre elas são significativas do ponto de vista da formação.

Nesse sentido, proporcionar esses espaços de diálogo e escuta vem ao encontro das perspectivas da Educação Permanente em Saúde, que incentiva um trabalho participativo e colaborativo entre os pares. A Educação Permanente em saúde, para Schweickardt *et al.* (2015, p. 71),

[...] irá colaborar com a gestão do processo de trabalho, tornando-o um processo participativo quanto às práticas, consultivo quanto à gestão administrativa, crítico e implicado quanto às aprendizagens e aberto às inovações (criativas, sensíveis e emergentes de contatos vivos de pessoas sempre em crescimento).

Nesses encontros, participantes, com a utilização da metodologia de roda de conversa, puderam expressar livremente suas opiniões, entendimentos e sugestões, o que fez com que sete dos dez multiplicadores expressassem de forma positiva suas percepções sobre o processo.

Achei importante o trabalho da ACSA, fico feliz em fazer parte e ajudar a instituição a melhorar. Sempre iremos escutar que a mudança é "difícil", mas, se formos pensar assim, nunca faremos as melhorias no setor (M1).

Quero dizer que o desconhecido gera transtornos às pessoas. Depois todos entram no processo e ficam felizes com o resultado. Vamos conseguir, teremos que estudar o manual (M2).

Não tenho muitos conhecimentos (estudo), mas o que puder ajudar, eu quero fazer parte do trabalho. Preciso entender melhor isso [...]. Irei tranquilizar minhas colegas para pensar na mudança que isso tem para o hospital (M3).

Já estava encantada com o projeto. Fazer parte será muito importante para mim. O HG é diferenciado e o PS ser o setor-piloto de uma certificação de nível internacional é o prêmio maior (M4).

Desde o início eu disse que o PS seria o melhor setor para fazer o projeto-piloto. Ser piloto é um desafio, pois entendo a importância disso para todos. Todos do setor estão envolvidos e movidos pelos desafios. Tenho certeza de que iremos conseguir, já estamos querendo o "projeto da ACSA" (M5).

Não tenho dúvidas de que o desenvolvimento do projeto será realizado com toda a atenção, porém precisamos estudar o manual, assim como uma aproximação para a troca de experiências com o HRSC para alinharmos nossa direção (M7).

Contem comigo, iremos estudar o manual, os encontros ajudarão nesse processo, mas também acredito que um benchmarking, mesmo que virtual, ajudará muito a entender os caminhos que iremos construir (M10).

Com as falas, entende-se que a oportunidade de criar um espaço de escuta com a valorização das opiniões dos sujeitos é necessária para o desenvolvimento da mudança de rotina institucional. Os sujeitos que fazem parte do processo irão consolidar as possíveis mudanças com seus pares, independentemente de suas formações, o que é percebido nas falas de um dos mediadores (M3), o qual reforça que precisa entender melhor o processo e, diante disso, irá esclarecer com os colegas as informações sobre a ACSA. Também fica clara a necessidade de estudar o manual, assim como de oportunizar momentos de trocas de experiências com outras instituições já certificadas pela ACSA, como demonstrado nas falas de M7 e M10. Moreti e Barcellos (2020, p. 7) afirmam que as rodas “permitem conversação horizontalizada, onde se compartilham dúvidas, se discutem o cotidiano do trabalho e identificam de modo coletivo os ‘núcleos críticos’”. As falas dos participantes permitem perceber que o processo foi desenvolvido no sentido do respeito ao conheci-

mento do outro, com identificação da necessidade de buscar e aprofundar o conhecimento (especialmente com o estudo do manual) e da força do coletivo na obtenção do objetivo comum.

Para Mantovani *et al.* (2011), nessa perspectiva, a roda de conversa concretiza-se como uma estratégia educativa que proporciona um ambiente no qual os sujeitos podem trocar informações, experiências e vivências. Assim, apresenta-se como uma estratégia adequada para conduzir o processo.

Propiciar ambientes de trocas vem ao encontro das propostas da EPS, em relação ao incentivo ao trabalho interdisciplinar e interprofissional com os grupos de multiplicadores. Destaca-se que essa metodologia da “roda” foi utilizada na grande maioria dos encontros – principalmente quando se tratava de estudos dos padrões exigentes do Manual de Normas da ACSA –, no envolvimento das equipes médicas e colaboradores (multiplicadores), na revisão da carta de direitos e deveres de acordo com a PNH e na elaboração do protocolo de atendimento ao transsexual. Nesses encontros também foram trabalhadas melhorias na comunicação entre as equipes interdisciplinares, na consolidação dos *rounds* bem como na revisão do Manual de Internação do Paciente.

Observou-se um crescimento na participação dos colaboradores de forma voluntária a cada novo encontro. As primeiras reuniões iniciaram com cinco participantes, sendo que do décimo segundo encontro participaram 16 colaboradores representantes da Unidade da Urgência e Emergência. Observa-se que a divulgação dos multiplicadores nos cenários de atuação da UUEM, por meio da elaboração do *folder* “Vamos conhecer melhor o que significa a ACSA?”, com as principais informações da ACSA, e da entrega de cópias do Manual de Normas da ACSA, estimulou o envolvimento dos profissionais do setor, ocasionando uma expectativa nos demais serviços da instituição. Algumas falas retratam o referido cenário:

Quero participar, pois no meu setor participei de uma reunião interna no momento do café com um dos multiplicadores. Eu adorei a proposta. Tiraram fotos da nossa reunião, fiquei muito entusiasmado [...] achava que só podia um do setor [...] quero fazer parte também (M2).

Estava de férias, por isso não participei antes. Quando cheguei no setor, só escutava sobre o trabalho da ACSA e, principalmente, os multiplicadores. Eu percebi tanto entusiasmo que hoje estou aqui. Quero fazer parte dessa conquista também (M11).

Eu vi no mural do meu setor o folder sobre a ACSA, perguntei para a minha gestora se eu poderia participar, ela falou que sim e hoje estou aqui (M13).

O meu setor não faz parte do projeto-piloto, mas tenho certeza de que a ACSA se expandirá, então faço questão de participar dos encontros, pois assim já saberei do que se trata e divulgarei para o meu grupo de trabalho (M12).

A instituição, como forma de ampliar o conhecimento sobre essa certificação, tanto entre os colaboradores quanto junto à comunidade, utilizou os meios digitais, como *sites*, *Instagram* e *LinkedIn*, como meio de informar sobre a busca constante por qualidade de serviços prestados aos pacientes do SUS. Atualmente, a *Internet*, por meio de suportes digitais, como *blogs*, *sites*, *Instagram* e *LinkedIn*, tem um amplo espaço de divulgação de informações, pesquisas e produtos, sendo considerada uma potente e veloz ferramenta. Para França *et al.* (2017, p. 111), “entender as plataformas e mídias digitais ajuda a potencializar a EPS [...] nessa perspectiva, dos métodos digitais, significa não apenas monitorar quais plataformas são usadas, formal e informalmente pelos profissionais, mas pensá-las como atores da rede”.

Pode-se considerar que essas plataformas em redes são importantes para um retorno rápido, podendo auxiliar nos ajustes, nas sugestões e na divulgação dos processos de trabalho. Com isso, são importantes aliadas na Educação Permanente em Saúde, pois alcançam áreas e pessoas internacionalmente. Como ferramenta de comunicação interna, foi construído um grupo de *WhatsApp* entre os participantes com o objetivo de divulgar,

discutir e informar sobre assuntos e temas da ACSA. O *WhatsApp* “é utilizado para disseminação de informações de saúde, troca de conhecimentos e de tomada de decisão clínica entre os profissionais da saúde, apoio social a pacientes durante tratamento e orientações de saúde” (Ladaga *et al.*, 2018 *apud* França *et al.*, 2017, p. 111). Nesse mesmo sentido, o *WhatsApp* foi considerado, por Bueno *et al.* (2021, p. 195), “uma estratégia que possibilitou a aproximação dos conteúdos teóricos de livros e artigos científicos para a prática profissional médica, permitindo construir saberes éticos, críticos e cooperativos nesse âmbito”. Essa foi uma estratégia pedagógica que possibilitou aproximar pessoas em áreas geograficamente diferentes, por exemplo, durante as reuniões virtuais realizadas com o HRSC e os multiplicadores do HG de acordo com as necessidades emergentes.

Dada a complexidade dessas duas importantes e desafiadoras temáticas, foi realizado o I Simpósio ACSA - Aproximando experiências entre a Serra Gaúcha e o Sertão Central do Ceará, evento realizado e organizado mediante percepção da pesquisadora sobre a necessidade de esclarecimentos por parte dos colaboradores da instituição e como estratégia pedagógica de compartilhamento de experiências. Teve incentivo e apoio do Hospital Geral e colaboração dos profissionais do HRCS, foi realizado no dia 19 de abril em formato híbrido, no auditório do HG, divulgado nas plataformas digitais - *sites*, redes sociais e *WhatsApp* - e transmitido por meio de um endereço eletrônico do *Google Meet*. O seu objetivo geral foi promover a socialização dos processos de qualidade ONA e ACSA e a integração entre as duas instituições hospitalares.

Houve 176 participantes presentes no evento, envolvendo profissionais do HRSC de Quixeramobim (CE) e do Hospital de Caxias do Sul (RS), e atingiram-se 449 visualizações no *YouTube*. O resultado teve repercussão positiva das pessoas e instituições participantes, pois foram momentos de trocas e reflexões importantes no amadurecimento dos objetivos e das estratégias que o processo da implantação da ACSA exige. Também se

observou que, mesmo com culturas regionais diferentes, as instituições preocupam-se com a melhoria contínua e a humanização relacionadas aos processos de atendimento das referidas comunidades.

Salienta-se que, das 18 habilidades e competências necessárias aos profissionais para a acreditação da ACSA, 14 foram trabalhadas, e, para isso, as estratégias pedagógicas auxiliaram nesse processo educativo e reflexivo. Por meio dos momentos de interação proporcionados nas rodas de conversas, percebeu-se que os colaboradores entenderam as necessidades de aprimorar estratégias para a tomada de decisões entre profissionais e pacientes. Cabe destacar que as habilidades e competências não são desenvolvidas da mesma forma por todos, especialmente quando se trata de competências complexas. O que o processo desenvolvido proporcionou até o momento foi o desencadeamento da construção de conhecimentos necessários para a acreditação e das habilidades necessárias para isso. Por exemplo, a habilidade de comunicar-se de forma adequada e eficaz com a equipe assistencial e o paciente/familiar envolve um conjunto de variáveis, inclusive culturais, que precisam ser constantemente revistas e avaliadas para que a habilidade seja desenvolvida e consolidada ao ponto de existir uma comunicação eficaz e efetiva entre os membros da equipe e desta com os familiares e pacientes.

Nessa mesma linha, habilidades e competências como avaliar o plano assistencial desenvolvido inicialmente, monitorar a necessidade de alterações, incluindo pacientes e/ou familiares no processo, otimizar o processo de internação e/ou de alta dos clientes, fornecer orientações de alta multiprofissional com registros necessários aos pacientes e familiares e respeitar as expectativas dos pacientes quanto à sua internação, evitando a desprogramação e a suspensão de serviços, ainda estão sendo trabalhadas e aprimoradas nos cenários de trabalho.

Estabelecer o plano assistencial a cada paciente, respeitando sua individualidade e sua singularidade, é um dos maiores desafios do processo de acreditação. Para que essa habilidade e competência seja desenvolvida efetivamente, precisa-se de uma mudança cultural importante entre os profissionais, superando-se aspectos historicamente impostos de que o profissional deve tomar as decisões quanto ao que fazer e ao momento em que fazer algo pelo paciente. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde poderá ser uma importante aliada nessa mudança conceitual.

As habilidades que envolvem o paciente no seu processo de cuidado, bem como a forma de aplicabilidade do testamento vital, ainda não foram desenvolvidas, embora sejam consideradas pontos importantes no processo de acreditação ACSA. Para isso, os profissionais precisam colocar o paciente como protagonista do cuidado, e essa é, possivelmente, uma competência com alto grau de dificuldade de ser desenvolvida, considerando que, historicamente, o profissional tem decidido o que fazer e tem implementado o cuidado sem incluir o paciente no processo.

A EPS, nesse sentido, torna-se a opção mais adequada, visto que, para mudar a cultura institucional, é indispensável um monitoramento constante da forma de agir e um aperfeiçoamento das habilidades e competências necessárias para efetivamente colocar o paciente e sua família como protagonistas no processo de cuidado em saúde. Considerando que na EPS as necessidades emergentes nos processos de trabalho constituem a matéria-prima do sistema de Educação em Saúde, sempre que não for incluído nas decisões sobre sua saúde o paciente pode e deve ser transformado em um *case* para a análise da equipe. Da mesma forma, se um profissional age em desacordo com os princípios do cuidado centrado no cliente, a repactuação da forma de agir, a revisão dos protocolos e o fluxo de trabalho devem ser postos à mesa para uma análise coletiva.

Assim, os processos são constantemente revisitados e aprimorados, consolidando habilidades, competências e forma de agir.

Considerações finais

A elaboração desta tese de doutorado foi desafiadora, pois trabalhou com três importantes pilares: saúde, qualidade em saúde e Educação Permanente em Saúde.

A **saúde** no Brasil está organizada respeitando os princípios do SUS, entre eles a universalidade, que reforça a saúde como direito de todos; a integralidade, que visa atender às necessidades de cada indivíduo como ser único e complexo; e a equidade, que objetiva trabalhar a redução das desigualdades. Implementar a **qualidade em saúde** requer preocupação em oferecer às pessoas uma assistência adequada, baseada em protocolos de segurança do paciente, a qual se tornou uma grande necessidade e um diferencial nas organizações de saúde, tanto no setor privado quanto no público. E a **Educação Permanente em Saúde** é a base elementar para o indivíduo ter saúde e deve também ser utilizada como principal ferramenta na busca constante de qualidade na saúde. Por meio da educação, pode-se criar cenários propícios para incentivar a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, utilizando as Políticas da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de capacitação dos profissionais de forma processual e contínua.

É importante destacar que este estudo foi alinhado a um dos objetivos do planejamento estratégico do Hospital Geral. Devido ao fato de a instituição ser certificada de Nível 3 da ONA - Acreditado com Excelência, houve a intenção de buscar uma acreditação de nível internacional. A ACSA foi escolhida por ter foco no cuidado centrado no paciente e ser uma certificação utilizada nos hospitais públicos da Europa, em países como Portugal e Espanha.

Como a ACSA é uma certificação de origem espanhola, pensou-se, em um primeiro momento, em desenvolver parte

da pesquisa em um hospital da Espanha com características semelhantes às do Hospital Geral de Caxias do Sul, o que não foi possível devido à pandemia que atingiu todo o planeta.

A qualificação desta pesquisa ocorreu em dezembro de 2019, entretanto a pandemia de Covid-19 foi anunciada em fevereiro de 2020, modificando a proposta inicial. Como foi lembrado, essa foi uma das maiores crises da saúde a nível mundial, enfrentaram-se muitos problemas e sentimentos como medo e ansiedade, além do expressivo número de mortes. Nesse contexto, as fronteiras dos países foram fechadas na tentativa de controle da doença, o que determinou a necessidade de mudança do local da pesquisa. O desafio, então, foi encontrar hospitais no Brasil que possuíssem a certificação de qualidade ACSA. Identificou-se que o Hospital Regional do Sertão Central, em Quixeramobim, no Ceará, possuía tanto a certificação quanto algumas semelhanças com o HG, e a instituição acolheu a realização da pesquisa.

Nesse cenário, delineou-se o objetivo geral deste trabalho: definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. Para alcançar o objetivo geral, foi necessário aprofundar os conhecimentos sobre o Manual de Normas da ACSA, identificando, por meio dele, as habilidades e competências a serem desenvolvidas com os profissionais da instituição gaúcha. Como resultado, foram elencadas 18 habilidades e competências a serem trabalhadas com os colaboradores. Destas, foi possível, no espaço de tempo usado no percurso desta investigação, iniciar o desenvolvimento ou desenvolver 14 habilidades e competências. Destacam-se algumas habilidades e competências que irão contribuir no desenvolvimento do processo assistencial individualizado e na interprofissionalidade, com vistas à busca da certificação, sendo elas: apresentar comunicação eficaz entre

a equipe assistencial e o paciente/familiar; divulgar amplamente os direitos e deveres dos usuários; incentivar a assistência interprofissional ao paciente; monitorar o diagnóstico do paciente; fornecer orientações e informações claras referente ao testamento vital; iniciar o tratamento o mais breve possível; e assegurar o sigilo das informações disponibilizadas no prontuário físico ou eletrônico.

Ressalta-se que a habilidade de comunicar-se de forma adequada e eficaz com a equipe assistencial e o paciente/familiar, a qual trabalhada no processo educativo desenvolvido, porém precisa ser desenvolvida constantemente, sempre que a linguagem não for clara ou suficiente ou quando houver ruídos de informações entre as equipes e os pacientes ou familiares. Para esse tipo de competência complexa, a EPS torna-se a melhor escolha, considerando que, para além de uma sensibilização para a importância da comunicação, há a necessidade de aprimoramento constante da capacidade comunicativa de toda a equipe.

Outro exemplo que ilustra a pertinência da EPS para o desenvolvimento das habilidades e competências diz respeito a fornecer orientações e informações claras referente ao testamento vital. Embora pareça simples, para fornecer essas orientações é necessário que a equipe compreenda o que significa o testamento vital e o quanto ele impacta no processo de cuidar de pacientes, especialmente os sem perspectiva de cura. O testamento vital não é consenso entre a equipe, e, mesmo que tenha sido amplamente discutido nos encontros, há ainda um longo percurso a ser percorrido até a incorporação dessa ferramenta na linha de cuidado dos pacientes.

Em relação à inclusão do paciente e dos familiares na elaboração do plano terapêutico, com base no que foi desenvolvido até o momento, percebe-se a necessidade de investir na formação em serviço, uma vez que se altera fortemente a cultura do cuidado em saúde, na qual profissionais definem, *a priori* e individualmente, o que, quando e quanto deve ser feito

em cada situação, cabendo ao paciente ser apenas o receptor de tais cuidados.

Quatro habilidades e competências, por serem mais complexas, não foram desenvolvidas durante a pesquisa: avaliar o plano assistencial; otimizar o processo e/ou internação e de alta dos clientes; fornecer orientações de alta multiprofissional com registros necessários aos pacientes e familiares; e respeitar as expectativas dos pacientes quanto à sua internação. Essas habilidades/competências, também essenciais, devem ser trabalhadas na continuidade da formação em serviço por aqueles profissionais que participaram do processo e são considerados multiplicadores. Esse é um dos propósitos da EPS: permitir que os profissionais desenvolvam autonomia e saibam gerir seus próprios processos de formação a partir do cotidiano. Assim, por exemplo, para avaliar o plano assistencial elaborado junto com o paciente, é preciso que essa prática esteja implementada, o que não foi possível no tempo definido para este estudo.

Portanto, as 18 habilidades e competências identificadas, ao estarem inseridas em um processo de Educação Permanente em Saúde, serão gradual e cumulativamente desenvolvidas e consolidadas, até sua incorporação à cultura da organização. Se o processo de EPS for interrompido, ao contrário, há risco de se perder o que foi trabalhado.

A avaliação realizada junto às equipes quanto às competências e habilidades que já estavam sendo desenvolvidas permitiu a revisão da carta de direitos e deveres de acordo com a PNH, a elaboração do protocolo de atendimento ao transsexual, o aprimoramento na comunicação entre as equipes interdisciplinares, a consolidação dos *rounds*, a revisão do Manual de Internação do Paciente, a elaboração do *folder* “Vamos conhecer melhor o que significa a ACSA?” e a organização do I Simpósio ACSA – Aproximando experiências entre a Serra Gaúcha e o Sertão Central do Ceará.

Destaca-se que, em um processo educativo, a realização do *folder* (mesmo que pareça ser uma atividade simples) foi importante, pois resultou na discussão entre os profissionais sobre o conhecimento da ACSA por meio de leituras, na consequente elaboração de sínteses e resumos e no estabelecimento de inter-relações entre conceitos. Essas são habilidades cognitivas importantes na apreensão de novos conceitos.

A constituição de um grupo de multiplicadores tornou os processos educativos mais eficientes, pois as pessoas se sentiram mais capazes, valorizadas e seguras para aprender coletiva e colaborativamente. Essas características permitirão que o processo de Educação Permanente possa prosseguir mesmo sem a presença da pesquisadora. Esse grupo também contribuirá para a expansão da cultura de qualidade nos demais setores da instituição, permitindo a autonomia das equipes na consolidação dos processos de melhorias.

Outro aspecto importante a observar-se é que a ferramenta 5W2H mostrou-se adequada para o levantamento das competências, portanto recomenda-se sua utilização, pois ela permite perceber o que foi desenvolvido, identificar os conhecimentos prévios do sujeito, planejar ações no tempo e no espaço, definir responsáveis pelas ações e aumentar o comprometimento da equipe quanto à análise da situação e do objeto em estudo. Também facilita a colaboração entre as pessoas, o que é característico da interprofissionalidade.

Das metodologias que foram utilizadas, tanto no HRSC como no HG, sugerem-se as estratégias pedagógicas como capacitações, rodas de conversas e centro de estudos, que se mostraram importantes ferramentas no desenvolvimento das competências pretendidas. Além disso, parecem adequadas aos princípios da Educação Permanente.

Por fim, identificar as dificuldades encontradas em outros cenários, como no HRSC, foi útil para entender os processos e planejar ações, pois permitiu prevenir problemas e desenvolver

estratégias para superar as dificuldades. Por exemplo, ao saber de possíveis resistências de categorias profissionais no desenvolvimento do cuidado centrado no paciente, pôde-se planejar estratégias de sensibilização mais eficazes com o objetivo de envolver essas categorias.

Essa tese tem como ponto principal fortalecer e incentivar a Educação Permanente em Saúde como estratégia importante a ser utilizada nos cenários assistenciais. É por meio da EPS que acontece a reflexão crítica entre os profissionais em relação às práticas do trabalho, assim como a ressignificação de conceitos e a interação entre equipes interprofissionais, fundamentais ao desenvolvimento da aprendizagem significativa e, conseqüentemente, do cuidado centrado no paciente. É importante manter ativa a EPS nas instituições de saúde, tanto no aspecto de qualidade assistencial como nos processos de construção ou revisão de protocolos, além de desenvolver estratégias para amparar os colaboradores e encorajá-los a efetivar mudanças nas práticas assistenciais.

Salienta-se que a Educação Permanente é processual, ficando evidenciado, a cada reunião, o aumento gradual de participantes, os quais demonstravam maior interesse e envolvimento. A Educação Permanente também proporciona um melhor acolhimento e empatia por parte dos profissionais, assim como o empoderamento e a valorização das ideias, emergindo um senso de pertencimento ao processo. Diante dessas ponderações, observou-se que a Educação Permanente em Saúde é a melhor estratégia no desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a conquista de uma certificação internacional, assim como para a melhoria contínua nos processos assistenciais.

Ao final da elaboração deste estudo, duas importantes constatações são evidenciadas: a importância de desenvolver efetivamente a Educação Permanente nos cenários de trabalho e o paciente como centro do cuidado, cenário em que ele deve ser protagonista na organização do seu plano terapêutico. Espera-se

que os elementos evidenciados nesta pesquisa auxiliem e incentivem os profissionais a trabalhar efetivamente com a Educação Permanente, e que as instituições interessadas em conquistar essa certificação internacional utilizem os resultados como base de informação acerca das temáticas.

Desenvolver este trabalho em todas as suas fases foi muito desafiador e gratificante ao mesmo tempo. No aspecto pessoal, em muitos momentos passei por processos de modificação interna - reconstruir e evoluir, ter angústias e procurar e encontrar o equilíbrio e a paciência. Conheci lugares novos, pessoas, culturas diferentes. Compreendi a ressignificação de conceitos e de vida.

Entendi o significado da palavra *resiliência*!

No aspecto profissional, como enfermeira, professora e pesquisadora, percebi, durante todo o processo de planejamento, execução e análise dos dados desta pesquisa, uma evolução do meu “próprio processo de aprendizagem”.

Observei o senso de envolvimento e pertencimento dos profissionais nos processos de trabalho para proporcionar estratégias que possam, além de cuidar dos processos de trabalho, também olhar para o cuidador. A Educação Permanente é o meio para desenvolver e manter essas habilidades e competências desenvolvidas. O desafio de trabalhar a Educação Permanente trouxe para a minha vida novas experiências, novos sentidos, novos significados, novas maneiras de “agir”, “ouvir” e praticar a escuta ativa com o “outro”! Respeitar o sujeito, na sua singularidade, proporciona a garantia dos seus direitos como pessoa! Entender que podemos trabalhar com a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, aliadas à Educação Permanente, permite construir um atendimento completo, de qualidade e humano.

Referências

ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 805-818, jul./set. 2019.

AGÊNCIA DE QUALIDADE EM SAÚDE DE ANDALUZIA (ACSA). **Manual de Normas**: Centros Hospitalares. Sevilla, 2018.

AGÊNCIA DE QUALIDADE EM SAÚDE DE ANDALUZIA (ACSA). **Quem somos**: o que é ACSA. ACSA, [20--]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract;jsessionid=F4C6CACA3CFC9C7E7194F6A2>. Acesso em: 12 ago. 2020.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA). **Quienes somos. Qué es ACSA**. Junta de Andalucía, [20--]. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/quienes-somos/que-es-acsa/>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2004. p. 67-100.

AQUINO, M. G. Noções de sujeito e poder em leituras foucaultianas e sua influência nos estudos de organizações e gestão de pessoas. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 456-459, jul./set. 2019.

ARAÚJO, A. dos S. A importância do enfermeiro no enfrentamento da Covid-19 e o legado da campanha Nursing Now neste cenário pandêmico. *Research, Society and Development*, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 1-7, abr. 2022.

AUSUBEL, D. P. **Educational Psychology: a cognitive view**. New York, Holt: Rinehart and Winston, 1968.

AZEVEDO, A. V. dos S.; LANCONI JÚNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de Enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103653&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2020.

AZEVEDO FILHO, F. M. de *et al.* Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermería Global*, Murcia, v. 11, n. 26, p. 70-82, abr. 2012.

- BARBIER, R. A *Pesquisa-ação*. Brasília: Liber, 2007.
- BARBOSA, R. V. *et al.* Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 6, p.17989-18001, nov./dez. 2020.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARR, H.; LOW, H. *Introdução à educação interprofissional*. Londres: CAIPE, 2013.
- BATALDEN, M. *et al.* Coproduction of healthcare service. *Bmj Quality & Safety*, [s.l.], v. 25, n. 7, p. 509-517, 16 set. 2016.
- BATISTA, L. M. B. M.; CUNHA, V. M. P. da. Uso das metodologias ativas para melhoria nas práticas de ensino e aprendizagem. *Docent Discunt*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 60-70, 24 ago. 2021.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BERNARDO, J. M. S. *Impactos da COVID-19 nas práticas de experiência do paciente em hospitais brasileiros: uma pesquisa de levantamento com profissionais de saúde*. 2021. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 319-331, maio 2011.
- BORGES, F. F. D. *et al.* Importância das anotações de Enfermagem segundo a equipe de Enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, [s.l.], v. 7, p. 1-8, 19 abr. 2017.
- BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Orgs.). *Pesquisa participante: a partilha do saber*. Aparecida: Ideias & Letras, 2006.
- BRASIL. Leis regulam acesso ao prontuário e defendem privacidade do paciente. **Ministério da Educação**, 11 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/leis-regulam-acesso-ao-prontuario-e-defendem-privacidade-do-paciente>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- BRASIL. Você sabe o que é classificação de risco?. **Ministério da Educação**, 28 dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília, DF: Conselho

Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13709.htm. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes.** Folder infomativo. Brasília, DF: maio 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos Básicos da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BUENO, M. B. T.; BUENO, M. M.; MOREIRA, M. I. G. O uso de tecnologias digitais e mídias sociais por profissionais da saúde no período da pandemia da COVID-19 **Thema**, on-line, v. 20, p. 181-200, 2021. DOI: 10.15536/thema.V20.Especial.2021.181-200.1866.

BUTTI, L. *et al.* Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal Of Pain Research*, [s.l.], v. 10, p. 2479-2488, out. 2017.

CAMARA, A. C. S. **Educação Interprofissional no PET-Saúde: Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na área da saúde.** 2015. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologia em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CAMILLO, N. R. S.; OLIVEIRA, J. L. C.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; CERVILHERI, A. H.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 69, n. 3, p. 423-30, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>.

CARRIL, M. da G. P.; NATÁRIO, E. G.; ZOCCAL, S. I. Considerações sobre aprendizagem significativa a partir da visão de Freire e Ausubel - uma reflexão teórica. *E-Mosaicos*. [s.l.], v. 6, n. 13, p. 68-78, 12 dez. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/e-mosaicos/article/view/30818/22843>. Acesso em: 22 ago. 2020.

CAVALCANTE, T. R.; ESTENDER, A. C.; VANZO, G. Planejamento Estratégico com foco na Gestão hospitalar. *In: SIMPÓSIO DE EXCELENCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA*, 11, 2014, Rio de Janeiro. **Anais Gestão do Conhecimento para a Sociedade**, 2014, p. 1-11. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/922068.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

CECCIM R. B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface*, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

CECCIN, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS [prefácio]. *In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.) Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

CECCIM R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. L. Dicionário da educação profissional em saúde.* 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações.** 11. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

CHIAVENATO, I. **Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos: como incrementar talentos na empresa.** Barueri: Editora Manole, 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Transmissão Direta ao Banco de Dados Nacional. CNES, [20--].

Disponível em: <http://estabelecimentos.datasus.gov.br/pages/acesso-rapido/transdiretoCnesSimp.jsp>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CONRADO, Thiago. Hospital Regional do Sertão Central é reconhecido internacionalmente por qualidade dos serviços prestados. **Governo do Estado do Ceará**, 05 jan. 2021. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/01/05/hospital-regional-do-sertao-central-e-reconhecido-internacionalmente-por-qualidade-dos-servicos-prestados/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 554/2017, de 17 de julho de 2017**. Estabelece os critérios norteadores das práticas de uso e de comportamento dos profissionais de Enfermagem, em meio de comunicação de massa: na mídia impressa, em peças publicitárias, de mobiliário urbano e nas mídias sociais. Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05542017_53838.html#:~:text=RESOLVE%3A,urbano%20e%20nas%20m%C3%ADdias%20sociais. Acesso em: 06 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 685/2022**. Institui a concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica nos Serviços de Enfermagem prestados de forma autônoma e/ou liberal. Conselho Federal de Enfermagem, 2022. Disponível em:

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-685-2022/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1805/2006**. Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006. Acesso em: 04 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1995/2012**. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 04 maio 2020.

COSTA, D. G. da *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, p. 1-9, 2020a.

COSTA, D. G. da *et al.* Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 41, p. 1-9, 2020b.

COSTA, D. G.; MOURA, G. M. S. S.; MORAES, M. G.; SANTOS, J. L. G.; MAGALHÃES, A. M. M. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. Esp., e20190152, 2020c. DOI: <https://doi.org/10.1590/19831447.2020.20190152>.

- COUTINHO, A. A. P. *et al.* Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*. v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.
- CRONIN, J. G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accident And Emergency Nursing*, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 121-125, abr. 2003.
- DADALTO, L. *Testamento vital*. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2015.
- DAL PONTE, S. T. *et al.* Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul, RS. *Rev. Dor.*, v. 4, n. 9, p. 1.345-1.349, 2008.
- DUARTE, I. M. *et al.* A implementação de metodologias ativas em treinamentos para profissionais enfermeiros do Hospital Federal da Lagoa em tempos de COVID-19: uma estratégia para a educação permanente em saúde. *Research, Society and Development*, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 1-13, 14 abr. 2022.
- FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2020.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, São Paulo, 2005.
- FERRAZ, E. S. D. *et al.* Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde. *Enfermagem em Foco*, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 806-812, 31 dez. 2021.
- FERREIRA, D. S.; TEIXEIRA, E.; BROWN, D. O.; KOCH, R.; MONTEIRO, W. F.; SANTOS, E. R.; OLIVEIRA, M. M. C. Validação de Conteúdo de uma Tecnologia Educacional Sobre Saúde do Homem. *Revista Baiana de Enfermagem*, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 1-11, 6 jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36344>.
- FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. *Trab. educ. saúde*, v. 15, n. 1, p.147-162, 2017.
- FIGUEREDO, R. C. de *et al.* Olhar do enfermeiro sobre o processo de trabalho na atenção primária em saúde: desafios e perspectivas. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, 2022.
- FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 43, n. 1, p. 106-115, ago. 2019.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 1.817-1.828, jun. 2017.

FREIRE FILHO, J. R. **Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos: implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro.** 2018. 201 fl. Tese (Doutorado Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

GENTIL, R. C.; SANNA, M. C. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, 2009.

GERALDI, L.; MIRANDA, F. M.; DA SILVA, J. A. M.; APPENZELLER, S.; MININE, V. A. Competências profissionais para a atenção à saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 2, e071, 2022. DOI: 10.1590/1981-5271v46.2-20210469.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOIS BASTOS, I. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. *Revista Brasileira de Ciências em Saúde - Brazilian Journal of Health Sciences*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 40-44, 20 dez. 2017.

GOMES, P. H. G. **O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2016.

GOMES, K. O. *et al.* Primary health care the “apple of the eye” of SUS: about social representations of the protagonists of the Unified Health System. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, p. 881-92, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>. Acesso em: 05 maio 2022.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: 2015. E-book. Disponível em: <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GUÉDES, H. M. *et al.* Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 587-594, ago. 2015.

GUERRIERO, I. C. Z; MINAYO, M. C. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 28, n. 4, p. 299-310, 2019.

HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL (HGCS). Página Inicial. HGCS, [20--]. Disponível em: <https://www.hgcs.com.br>. Acesso em: 30 ago. 2022.

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL (HRSC). Página Inicial. HRSC, [20--]. Disponível em: <https://www.isgh.org.br/hospital-regional-do-sertao-central>. Acesso em: 15 jan. de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE (IBES). Página Inicial. IBES, [20--]. Disponível em: <https://www.ibes.med.br>. Acesso em: 30 ago. 2022.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO COMPLEMENTAR (ISGH). Hospital Regional do Sertão Central. ISGH, [20--]. Disponível em: <https://isgh.org.br/ensino-e-pesquisa/234-unidades/hrsc>. Acesso em: 15 jan. de 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington: National Academy Press, 2001. E-book. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>. Acesso em: 03 out. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. Washington: National Academies Press, 2015.

JOSÉ, P. C. O Testamento vital: direitos do paciente e os cuidados paliativos. *Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito*, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 138-151, 9 maio 2019.

JUNTA DE ANDALUCÍA. Consejería de salud y familias - Hospital Universitario Reina Sofía. *Junta de Andalucía*, [20--]. Disponível em: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=portada>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LADAGA, F. M. A. *et al.* WhatsApp, uma ferramenta emergente para a promoção da saúde. *Enciclopédia Biosfera*, [s.l.], v. 15, n. 28, p. 1370-1384, 3 dez. 2018.

LOPES, N. S. dos S. *et al.* A equipe interdisciplinar no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, v. 17, n. 38, p. 1-20, 1 jun. 2022.

LUCHESI, T. A. *O processo escolar entre imigrantes da região colonial Italiana do RS - 1875 a 1930: leggere, scrivere e calcolare per essere alcuno nella vita*. 2007. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Novo Hamburgo, 2007.

MAEKAWA, R.; CARVALHO, M. M. de; OLIVEIRA, O. J. de. Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. *Gest. Prod. São Carlos*, v. 20, n. 4, p. 763-779, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2020.

MANTOVANI, M. de F. *et al.* Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. *Ciência, Cuidado e Saúde*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 157-161, 27 out. 2011.

MARTINO, M. M. F. de *et al.* Análise da aplicação do processo de Enfermagem em um Hospital Governamental. *Rev. Enferm. UFPE, Recife*, v. 5, n. 8, p. 1247-1253, maio 2014.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 8, n. 14, p. 21-32, set./fev. 2004.

MARTINS, A. R. *et al.* Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI V. L. (Orgs.). *Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MASETTO, M. T. Metodologias ativas no ensino superior: para além da sua aplicação, quando fazem a diferença na formação de profissionais? *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 650-667, jul./set. 2018.

MAZIERO, V. G. *et al.* Qualidade dos registros dos controles de Enfermagem em um Hospital Universitário. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 165-170, mar. 2013.

MELO, E. dos S. Roda de Conversa como Estratégia para Gestão e Educação Permanente em Saúde. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 1152-1159, 2019.

MENDES, G. H. de S.; MIRANDOLA, T. B. de S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gestão & Produção*, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 636-648, 29 set. 2015.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 09-29.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes: Petrópolis, 1998.

MOREIRA, M. A. D. M. *et al.* Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Revista Bioética*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 168-178, abr. 2017.

MORETI, M. M. S.; BARCELLOS, R. de A. Rodas de conversas como estratégia de educação permanente em saúde na construção de protocolo assistencial. *Research, Society and Development*, [s.l.], v. 9, n. 8, p. 1-11, 25 jun. 2020.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação*, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 95-103, 2014.

MUTARELLI, A. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 173-188, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2020.

NASCIMENTO, A. P. C.; DOS SANTOS, A. P. R.; NEVES, N. A. O. **As práticas pedagógicas e suas implicações ao processo de ensino aprendizagem**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) - Faculdade Doctum de Pedagogia da Serra, Serra, 2016.

NOROUZINIA, R. *et al.* Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, [s.l.], v. 8, n. 6, p. 65, 28 set. 2015.

NOVO, T. C. **Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista**. 2013. Dissertação (Mestrado em Administração) - Instituto Politécnico do Porto, Porto, nov. 2013.

OLIVEIRA, J. L. C. de; MATSUDA, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: the voice of quality managers. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 63-69, 2017.

OLIVEIRA, M. C. G. *et al.* Experiência do comitê de bioética de um hospital público. *Revista Bioética*, [s.l.], v. 25, n. 2, 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Página Inicial. ONA, [20--a]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Página Inicial. ONA, [20--b]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília: ONA, 2015 [2002]. E-book.

- PAZINATTO, M. M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. *Revista Bioética*, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 234-243, jun. 2019.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In*: MARTINS, Milton de Arruda; CARRILHO, Flair José; ALVES, Venâncio Avancini Ferreira; CASTILHO, Euclides Ayres de; CERRI, Giovanni Guido (Orgs.). *Clínica Médica*. 2. ed. Barueri: Manole, 2016, v. 1, p. 171-179. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018.
- PEREIRA, J. B.; GONÇALVES, T. L.; FIGUEREDO, C. X. Testamento vital frente à omissão legislativa. *Jus Navigandi*, on-line, v. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: jus.com.br. Acesso em: 22 out. 2022.
- PINHEIRO, L. R. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições*, [s.l.], v. 31, p. 1-30, 2020.
- PONTE, K. M. de A. *et al.* Pacientes no serviço de emergência: perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de Enfermagem. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 15-25, 27 dez. 2019.
- REGIS, C. C.; SANTOS, C. T.; EINHARDT, R. S.; LUCENA, A. F. Dor crônica avaliada pela Classificação dos Resultados de Enfermagem. *Rev. enferm. UFPE*, on-line, v. 14, e243932, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243932>.
- REVEL, J. Biopolítica. *In*: REVEL, J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005, p. 26-28.
- RIBEIRO, B. C. O.; SOUZA, R. G. de; SILVA, R. M. da. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva - revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, v. 2, n. 3, p. 167-175, 16 ago. 2019.
- RIO GRANDE DO SUL. *Atlas socioeconômico do Rio Grande do Sul*. 5. ed. Governo do Rio grande do Sul, jul. 2020.
- RIOS, D. R. da S.; SOUSA, D. A. B. de; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 23, p. 1-20, 2019.
- ROCHA, E. do N. da; LUCENA, A. de F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s.l.], v. 39, p. 01-11, 2 jul. 2018.

- ROCHA, E. S. B; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de Enfermagem Hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.
- RODRIGUES, A. *et al.* Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, v. 3, n. 1, p. 31-41, 30 jun. 2020.
- RODRIGUES, J. L. dá S. de Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 11, p. 4.263-4.275, nov. 2019.
- ROESCH, S. M. A. *Projetos de estágio e de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1999.
- SACOMAN, T. M. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019.
- SAHLSTRÖM, M. *et al.* Patient participation in patient safety still missing: patient safety experts' views. *International Journal of Nursing Practice*, [s.l.], v. 22, n. 5, p. 461-469, 9 ago. 2016.
- SANT'ANA, D. M. G. Plasticidade neural: as bases neurobiológicas do aprendizado. In: COLÓQUIO NACIONAL CÉREBRO E MENTE, 1, 2014, PUCPR, Maringá. *Anais [...]* Maringá: PUCPR, 2014.
- SANTOS, C. D. *Ciência da Informação e interdisciplinaridade: interconexões com a cultura informacional*. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2017.
- SANTOS, J. S. O.; BARBOSA, M. A. C. Acreditação hospitalar na ótica dos funcionários do hospital universitário Professor Alberto Antunes. *RAHIS*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, abr./jun. 2019.
- SANTOS, T. de O. *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **ID on line**. *Revista de psicologia*, [s.l.], v. 15, n. 55, p. 159-168, maio 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030>. Acesso em: 18 out. 2022.
- SANTOS, W. S.; FIATES, G. G. S.; ROCHA, R. A. da. Qualidade de Serviços Hospitalares sob a Perspectiva dos Processos de Acreditação. *RAHIS*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 82-97, 4 jan. 2020.
- SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Revista Enfermaria Global*, [s.l.], n. 29, 2013.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (Org.). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SENA, D. B. de C.; PEDROSA, K. de A.; MOTA, M. de O. Evidências científicas do planejamento estratégico em hospitais públicos: revisão de escopo. *Conjecturas*, [s.l.], v. 22, n. 12, p. 335-351, 25 ago. 2022.

SILVA, A. I.; LOCCIONI, M. F. L.; ORLANDINI, R. F.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M.; MAFTUM, M. A. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 3, 2016.

SILVA, C. C. S. C.; TEIXEIRA, C. M. de S. O uso das tecnologias na educação: os desafios frente à pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 9, p. 70.070-70.079, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-452>.

SILVA, I. A. S.; FERNANDES, J. D.; PAIVA, M. S.; SILVA, F. R.; SILVA, L. S. O ensino do processo de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*, on-line, v. 12, n. 9, p. 2470-2478, set. 2018.

SILVA, H. de L. dos S. *et al.* A importância da educação permanente hospitalar no período da COVID-19. *Recisatec - revista científica saúde e tecnologia*, v. 2, n. 1, 2022.

SILVA, J. A. M. **Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da atenção primária**. São Paulo, 2014. 281 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, J. D. F. **O enfermeiro no exercício de uma profissão predominantemente feminina: uma revisão integrativa**. 2017. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

SILVA, M. C. N. da; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 7-13, jan. 2020.

SILVA, S. C. D. **Modelo de acreditação integrada para agrupamentos de centros de saúde: estudo de caso do ACES Porto Ocidental**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2014.

SILVA, V. B. da *et al.* Problem-solving approach to continuing health education in nursing training: an experience in hospital care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s.l.], v. 56, p. 1-8, maio 2022.

SOUSA, F. M. S.; SEVERO, A. K. S.; FÉLIX-SILVA, A. V.; AMORIM, A. K. DE M. A. Educação interprofissional e educação permanente em saúde

como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, e300111, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300111.

SOUSA, P. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019.

STEDILE, N. L. R.; TEIXEIRA, N. S. Educação permanente em saúde: do conceito ao cotidiano dos serviços de saúde. *In*: THOFERN, M. B. **Enfermagem**: manual de gerenciamento. Porto Alegre: Moriá, 2016, p. 47-69.

TASCA, P. C.; MAHL, Á. C.; BIESDORF, A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Unoesc & Ciência - ACBS*, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 99-106, 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 825-839, ago. 2007.

VIANA, M. F. *et al.* Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, [s.l.], v. 6, n. 6, p. 35-45, 2011.

VILLA, E. A. *et al.* As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1.044-1.052, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

VIVEIROS, W. L. *et al.* Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 26, p. 1-8, 14 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer**: Palliative care is an essential part of cancer control. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en>. Acesso em 10 dez. 2020.

ZINN, G. R.; LECCA, C. G. G.; MIRA, V. L.; DOS SANTOS, P. T.; SILVA, E. M. Educação permanente em saúde como prática possível: uma experiência na atenção primária. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 21, 9 maio 2022. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v21i0.59584.

Apêndice A – Carta ao Hospital Geral



Caxias do Sul, 04 de agosto de 2020.

Prezado Sr. Sandro Junqueira

Sou aluna regular do programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEduc curso de doutorado da Universidade de Caxias do Sul, estou desenvolvendo um Projeto de Pesquisa intitulado: **PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE SEGUNDO CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO NACIONAL (ONA) E INTERNACIONAL (ACSA)**, com a orientação do professor Dr. Geraldo Antônio da Rosa e co-orientação da professora Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile.

O objetivo geral do projeto será definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA, por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. A metodologia da pesquisa está proposta em dois cenários, ou seja, uma coleta de dados no Hospital Geral de Caxias do Sul e outra no Hospital Regional do Sertão Central, no Estado do Ceará.

Cabe salientar que os resultados poderão auxiliar na melhoria do processo assistencial, possibilitando à instituição buscar uma certificação de cunho internacional.

Diante disso, solicito a sua avaliação de interesse bem como a autorização para o desenvolvimento da pesquisa dentro da referida instituição.

Fico à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nanci da Silva Teixeira Junqueira
nsteixeira@ucs.br

Apêndice B – Carta ao Hospital Regional do Sertão Central



Caxias do Sul, 20 de janeiro de 2021.

Prezado Dr. Rivanio Paulino da Silva Dra. Virginia Silveira

Meu nome é Nanci da Silva Teixeira Junqueira, sou aluna regular do programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEdU curso de doutorado da Universidade de Caxias do Sul, estou desenvolvendo um Projeto de Pesquisa intitulado: **PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE SEGUNDO CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO NACIONAL (ONA) E INTERNACIONAL (ACSA)**, com a orientação do Professor Dr. Geraldo Antônio da Rosa e co-orientação da professora Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile.

O objetivo geral do projeto será definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA, por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. A metodologia da pesquisa está proposta em dois cenários, ou seja, uma coleta de dados no Hospital Geral de Caxias do Sul e outra no Hospital Regional do Sertão Central, no Estado do Ceará.

Como o Hospital Regional do Sertão do Ceará obteve a certificação ACSA em dezembro de 2021, acreditamos que será

de grande valia conhecer a referida instituição. Dessa forma, poderemos auxiliar e contribuir no alinhamento dos processos no Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, possibilitando que essa instituição também busque uma certificação de cunho internacional.

Diante disso, solicito a sua permissão, bem como a autorização, para o desenvolvimento da pesquisa dentro da referida instituição.

Fico à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nanci da Silva Teixeira Junqueira
nsteixeira@ucs.br

Apêndice C – Perguntas de pesquisa



**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
PPGEdu CURSO DE DOUTORADO
PROJETO DE PESQUISA**

**PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS
PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO
CENTRADO NO PACIENTE SEGUNDO CRITÉRIOS DE
ACREDITAÇÃO NACIONAL (ONA) E INTERNACIONAL
(ACSA)**

Prezado (a) Respondente,

Esse questionário faz parte de um estudo inserido em um projeto de doutorado que propõe como objetivo geral construir uma proposta de formação continuada para os profissionais do Hospital Geral de Caxias do Sul em relação ao cuidado centrado no paciente tendo como horizonte a acreditação internacional (ACSA). A sua participação nesta pesquisa é de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo.

Agradecemos a sua atenção e colaboração.

*Nanci da Silva Teixeira Junqueira
Aluna do doutorado do PPGEdu - UCS - Caxias do Sul*

7.6. Parte I – Caracterização do entrevistado

1. Idade

2. Gênero

7.7 () Masculino

7.8 () Feminino

1. Formação Profissional:

2. Setor do Hospital:

3. Há quanto tempo trabalha no hospital?

4. Tempo de experiência profissional:

5. Nível de Escolaridade

7.9 () Superior incompleto. Qual:

7.10 () Superior completo. Qual:

7.11 () Especialização incompleta. Qual:

7.12 () Especialização completa. Qual:

7.13 () Mestrado incompleto. Qual:

7.14 () Mestrado completo. Qual:

7.15 () Doutorado incompleto. Qual:

7.16 () Doutorado completo. Qual:

7.17. Parte II – Perguntas norteadoras para os profissionais:

1. Quais as razões que levaram o hospital a optar pela certificação ACSA?

2. Como foi realizada a sensibilização dos profissionais para a certificação ACSA? Qual a metodologia utilizada?

3. Quais os aspectos facilitadores para a obtenção da certificação?

4. Que dificuldades e obstáculos podem ser destacados no processo de certificação?

5. Como têm sido desenvolvidos os processos educativos para manter a certificação (metodologia)?
6. Como capacitam os novos colaboradores com as políticas da qualidade em saúde ACSA?
7. Como trabalham os “cuidados centrados no paciente” diariamente? Facilidades e dificuldades.
8. Como ocorre a inserção do paciente no seu plano terapêutico?
9. Realizam auditorias de qualidade nos setores assistenciais? Com que periodicidade?
10. Qual a percepção da equipe de saúde após a certificação?
11. Quais os ganhos para a instituição após a certificação ACSA?

Apêndice D



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) HOSPITAL GERAL

Eu, enfermeira doutoranda Nanci da Silva Teixeira Junqueira, responsável pela pesquisa intitulada **PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE SEGUNDO CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO NACIONAL (ONA) E INTERNACIONAL (ACSA)**, desenvolvida de acordo com a Resolução CNS 510/16, convido você a participar voluntariamente dessa pesquisa.

Essa pesquisa se justifica pela importância de obtenção de padrões de qualidade que permitam a acreditação do Hospital Geral ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), de forma a qualificar os serviços prestados aos usuários. O objetivo desse estudo é definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em: a) participar do Processo de Educação Permanente através de encontros programados e desenvolvidos no próprio ambiente da instituição e

em seu horário de trabalho; b) participar da observação direta dos processos de trabalho na instituição, quando coincidirem com os seus horários de trabalho. Destaca-se ainda que o número de encontros dependerá da necessidade do serviço e elaboração conjunta do processo educativo de forma colaborativa entre a equipe de pesquisa e os profissionais do serviço envolvidos na mesma. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou por seus orientadores.

Segundo essa mesma Resolução nº 510/2016, destaca-se que os riscos para os participantes são mínimos e poderão aparecer durante os processos de formação, no momento de expor suas ideias e pensamentos. Os riscos serão amenizados diante da própria escolha metodológica do projeto, por ser uma Educação Permanente, a qual tem como diretriz a horizontalidade, fazendo com que as pessoas sejam respeitadas e os saberes valorizados. Dessa forma, conseqüentemente, o constrangimento durante a participação da pesquisa será diminuído. Os benefícios desta pesquisa não se aplicarão diretamente aos participantes, mas ao conjunto de profissionais do Hospital Geral, considerando que os processos educativos serão replicados segundo a lógica da Educação Permanente, contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho. Além disso, os pacientes também serão beneficiados pela qualidade exigida do serviço para obtenção da certificação internacional.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, uma vez que seu nome será omitido e as participações registradas por meios de números. Os resultados somente serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. O material pedagógico utilizado nos encontros e diário de campo utilizado para registro ficará sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal que manterá guardado por cinco anos e após providenciará sua destruição. Ao finalizar a pesquisa, todos os participantes receberão retorno do resultado, por meio de um

evento organizado para apresentação dos resultados aos participantes, no qual se fará uma síntese expositiva dos mesmos.

Reiteramos que sua participação da pesquisa é voluntária não gerando nenhum tipo de pagamento, bem como nenhum um tipo de despesa para participar dessa. Você terá plena liberdade para se recusar a participar, retirar seu consentimento, interromper sua participação ou solicitar o acesso a esse registro de consentimento a qualquer momento. Sendo sua participação voluntária, a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Ressalta-se que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/UCS), colegiado interdisciplinar e independente criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com seu desenvolvimento.

O contato para qualquer esclarecimento que necessite poderá ser realizado com o pesquisador principal, Nanci da Silva Teixeira Junqueira, pelo telefone (54) 996766078 ou pelo *email* nsteixeira@ucs.br.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar o CEP/UCS pelo telefone (54) 3218 2829, Bloco M sala 306, *email*: cep-ucs@ucs.br.

Assinatura do Pesquisador Principal
**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, _____, declaro que fui suficientemente esclarecido e entendi o objetivo, riscos, benefícios, condições de minha participação da pesquisa e da garantia de confiabilidade e esclarecimentos, sempre que sentir necessidade, bem como recebi uma via do TCLE com a assinatura do pesquisador principal, e concordo em participar.

Assinatura do participante de pesquisa Caxias do Sul,
_____ de _____ de _____.

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Hospital Regional do Sertão Central



Eu, enfermeira doutoranda Nanci da Silva Teixeira Junqueira, responsável pela pesquisa intitulada **PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE SEGUNDO CRITÉRIOS DE ACREDITAÇÃO NACIONAL (ONA) E INTERNACIONAL (ACSA)**, desenvolvida de acordo com a Resolução CNS 510/16, convido você a participar voluntariamente dessa pesquisa.

Essa pesquisa se justifica pela importância de obtenção de padrões de qualidade que permitam a acreditação do Hospital Geral ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), de forma a qualificar os serviços prestados aos usuários. O objetivo desse estudo é definir um conjunto de elementos necessários para obter a acreditação internacional ACSA por meio do desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente elaborado e executado junto aos profissionais do Hospital Geral, no serviço de urgência e emergência, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em: a) responder a uma entrevista sobre a experiência no processo de acreditação da sua instituição no ACSA; b) participar da observação direta dos processos de trabalho na instituição, quando coincidirem

com os seus horários de trabalho. Destaca-se ainda que o número de encontros dependerá da necessidade do serviço e elaboração conjunta do processo educativo de forma colaborativa entre a equipe de pesquisa e os profissionais do serviço envolvidos na mesma. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou por seus orientadores.

Segundo essa mesma Resolução nº 510/2016, destaca-se que os riscos para os participantes são mínimos e poderão aparecer durante os processos de formação, no momento de expor suas ideias e pensamentos. Os riscos serão amenizados diante da própria escolha metodológica do projeto, por ser uma Educação Permanente, a qual tem como diretriz a horizontalidade, fazendo com que as pessoas sejam respeitadas e os saberes valorizados. Dessa forma, conseqüentemente, o constrangimento durante a participação da pesquisa será diminuído. Os benefícios desta pesquisa não se aplicarão diretamente aos participantes, mas ao conjunto de profissionais do Hospital Geral considerando que os processos educativos serão replicados segundo a lógica da Educação Permanente, contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho. Além disso, os pacientes também serão beneficiados pela qualidade exigida do serviço para obtenção da certificação internacional.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação uma vez que seu nome será omitido e as participações registradas por meios de números. Os resultados somente serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. O material resultando da transcrição das entrevistas bem como os registros do diário de campo utilizado para registro ficará sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal que manterá guardado por cinco anos e após providenciará sua destruição. Ao finalizar a pesquisa todos os participantes receberão retorno do resultado final por meio de um evento organizado em plataforma virtual

para apresentação dos resultados aos participantes, no qual se fará uma síntese expositiva dos mesmos.

Reiteramos que sua participação da pesquisa é voluntária, não gerando nenhum tipo de pagamento, bem como nenhum um tipo de despesa para participar dessa. Você terá plena liberdade para se recusar a participar, retirar seu consentimento, interromper sua participação ou solicitar o acesso a esse registro de consentimento a qualquer momento. Sendo sua participação voluntária, a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Ressalta-se que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/UCS), colegiado interdisciplinar e independente criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com seu desenvolvimento.

O contato para qualquer esclarecimento que necessite, poderá ser realizado com o pesquisador principal, Nanci da Silva Teixeira Junqueira pelo telefone (54) 996766078 ou pelo *email* nsteixeira@ucs.br.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar o CEP/UCS pelo telefone (54) 3218 2829, Bloco M sala 306, *email*: cep-ucs@ucs.br.

Assinatura do Pesquisador Principal
**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, _____, declaro que fui suficientemente esclarecido e entendi o objetivo, riscos, benefícios, condições de minha participação da pesquisa e da garantia de confiabilidade e esclarecimentos, sempre que sentir necessidade, bem como recebi uma via do TCLE com a assinatura do pesquisador principal, e concordo em participar.

Assinatura do participante de pesquisa Caxias do Sul,
_____ de _____ de _____.


Anexo A – Plano de ação 5W2H

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 1 de 11

Sector: UUEM Adulto e Pediátrico							Date: Janeiro/2022	
Objetivo: Implementação da Certificação ACSA								
WHAT (O que fazer)	WHO (Quem faz)	WHEN (Quando fazer)	WHERE (Onde fazer)	WHY (Por que fazer)	HOW (COMO fazer)	Resources (Recursos humanos)	Status	Observação
O Hospital divulga os Direitos e Deveres a todos os cidadãos envolvidos na prestação de cuidados de saúde.	Gestão de UUEM Marketing	Janeiro e Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Através da criação de folheto e folders e cartazes informativos. Realizar a tradução dos materiais nos idiomas de espanhol, francês. Realizar reuniões com a Coordenadora do Marketing e Gerência Operacional e após manter os treinamentos incluindo o tema Experiência do paciente.	horas administrativas	Conforme	Folhetos nas recepções, setores de internação e site do hospital.
As pessoas são informadas sobre todos os aspectos relacionados com o seu problema de saúde	Coor. Médica	Janeiro e Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Reunião com a Coordenação Médica para definir como serão passadas as informações e a tomada de decisão com os pacientes e os registros de que foi definido em prontuário.	horas administrativas	Conforme	Evolução no prontuário do paciente.
Os profissionais do Hospital estão adequadamente identificados perante o usuário	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico e Coord RH	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Através de treinamento dos profissionais para aperfeiçoar a apresentação frente aos pacientes e colegas e traçar a obrigatoriedade do uso dos crachás.	sem custo	Conforme	Rebata institucional já praticada.
A intimidade e a privacidade das pessoas são respeitadas ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de saúde	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Estatos de acordo conforme o manual.	sem custo	Conforme	Utilização do consultório para atendimento dos pacientes das poltronas.

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 2 de 11


O Hospital estabelece um processo de informação contínua com o paciente ou o seu representante legal, incluindo nesse processo o termo de consentimento informado, antes de intervenções com critérios de risco associados	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Aprimorar e pensar na tradução dos termos para outros idiomas.	horas administrativas	Conforme	Padronização do Termo de Consentimento e informado para o Procedimento na UUEM Adulto.
O Hospital garante o cumprimento das instruções privas de cada cidadão em termos de testamento vital	Coor. médica	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Deve ser constituído o Testamento Vital em conjunto com a Coor. Cuidados Paliativos, Comissão de Ética e Bioética e em paralelo fazer uma sensibilização das equipes.	R\$ 3.000,00 (tratamento Dra. Luciana Dedeilo, horas administrativas para organizar o processo e parecer jurídico)	em andamento	1) Treinamento sobre Testamento Vital. 2) Realizado o Grupo Multidisciplinar de Cuidados Paliativos. 3) Realização do simpósio de Cuidados Paliativos.
Está disponível um procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão	Equipe multi (serviço social)	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Criar um protocolo para a substituição na tomada de decisão do paciente.	horas administrativas	em andamento	Protocolo em construção juntamente com o processo do Testamento Vital.
O Hospital garante a resolução de eventuais conflitos éticos surgidos durante a prestação de assistência	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custos	Conforme	Colaboração Clínica

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 3 de 11

	Comitê de ética							
O Hospital promove a tomada de decisão ativa do paciente durante o seu processo assistencial	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Implementação de protocolos através do perfil Epidemiológico para definir mais de um tratamento os condutas de forma clara para auxiliar os pacientes na tomada de decisão. Piloto com a equipe da Cardio.	sem custos	Conforme	Definido que será implantado no Protocolo de Dor Torácica
O Hospital faz a coleta sistemática do grau de satisfação percebido pela pessoa atendida	Gestão da UUEM Marketing e SEAP	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Reavaliar a sistemática da pesquisa de satisfação para incluir tópicos da Experiência do Paciente	sem custo	Conforme	Readequação a pesquisa de satisfação.
O procedimento estabelecido para a gestão das reclamações é cumprido (circuitos, prazos, relatórios e responsáveis pelos mesmos)	Gestão da UUEM Marketing e SEAP e ouvidoria	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	Processo da Ouvidoria
O Hospital adota um papel de captação ativa das sugestões, queixas e reclamações realizadas por qualquer meio formal, incorporando melhorias a partir da sua análise.	SEAP e ouvidoria	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Reavaliar o processo de captação de sugestões e queixas e reclamações.	sem custo	Conforme	Fortalecimento nos canais de comunicação institucionais os meios para realizar as sugestões, queixas e reclamações. Incluído no Comitê de Experiência do Paciente o acompanhamento destas manifestações

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 4 de 11

O Hospital garante uma adequada utilização de medidas restritivas de contenção para situações clínicas definidas.	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	Protocolo de Contenção já implantado.
O Hospital garante um tratamento correto às pessoas utilizadoras dos serviços e seus familiares	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	Disponibilizar o equipe multiprofissional at completa para atendimento.
O Hospital proporciona um ambiente adequado para os pacientes pediátricos.	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	Sector Pediátrico dentro do adulto com ambientação adequada para as crianças.
O Hospital disponibiliza apoio psicológico e emocional aos utilizadores e acompanhantes em situações de especial vulnerabilidade	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	Disponibilizar o equipe multiprofissional at completa para atendimento.
O Hospital define e implementa as ações a realizar em caso de situação terminal ou falecimento da pessoa atendida	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Aprimorar as ações de cuidados paliativos	sem custo	Conforme	1) Restritivo o Grupo Multidisciplinar de Cuidados Paliativos. 2) Realização do simpósio de

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 5 de 11

								Cuidados Paliativos. 3) Disponibilizar o um quarto humanizado para os pacientes em fase terminal onde é liberado os acompanhantes e vistas.
O Hospital tem a sua carteira de serviços definidos, atualizados e acessível.	Direção	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custos	Conforme	Disponível no site.
São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para promover a acessibilidade do paciente ao Hospital.	Direção	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custos	Conforme	Acompanhado no P.E.
O Hospital disponibiliza um guia de informação sobre os serviços que oferece e sobre o seu funcionamento.	Direção	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme	sem custos	Conforme	Disponível no site e realizado a atualização do informativo que são entregues no momento da internação.
O Hospital dispõe de um plano assistencial para cada pessoa	Direção Técnica e Gerente	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade	conforme	sem custo	Conforme	Registrado no prontuário

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 6 de 11

hospitalizada, mantendo-o, em todo o momento, adequado às suas necessidades	Assistencial			ACSA				eletrônico o Plano Terapêutico com as metas estabelecidas quais são avaliadas todos os dias e discutido nos rounds multi .
O Hospital aplica de forma sistemática critérios objetivos para conciliar a transferência de pacientes	Direção Técnica e Gerente Assistencial	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	conforme	sem custo	Conforme	Todas as transferências são realizadas com o encaminhamento e nota de transferência e para os pacientes graves a UUEM realiza em checklist de verificação das ambulância garantindo a segurança dos transportes. O Processo está descrito em protocolo institucional.

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5WZH						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 7 de 11

O Hospital monitoriza a procura por assistência e procura por melhorias a sua capacidade de resposta assistencial	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Analisar a aptidão assistencial, com o objetivo de identificar aspectos que aumentem a demanda na procura de cuidados de saúde levando a um real ou potencial risco de sobrecarga assistencial e, portanto, a uma diminuição da capacidade de resposta assistencial do Hospital.	sem custos	Conforme	Realizar o monitoramento da cadência de chegada dos pacientes da UUEM, bem como estipular os indicadores de resultado do tempo de triagem, tempo porta médico e porta decisão.
O Hospital implementa um sistema de organização no planejamento das suas atividades, que lhe permitam dar uma resposta adequada à sua cadeia de serviços	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Conforme	sem custos	Conforme	Realizar o monitoramento da cadência de chegada dos pacientes da UUEM, bem como estipular os indicadores de resultado do tempo de triagem, tempo porta médico e porta decisão.
Estão implementados os procedimentos que garantem a comunicação efetiva entre os	Direção Técnica e Gerente Assistencial	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Aprimorar a ferramenta do round no sistema Tasy para atender ao perfil de pacientes da UUEM.	sem custo	Conforme	Realizar um novo Round no sistema

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5WZH						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 8 de 11

profissionais de diferentes níveis assistenciais, de tal modo que se garanta a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais								com a equipe multi com as particularidades do serviço a fim de melhorar a comunicação e manter registro no prontuário
O Hospital emite um informe de alta com toda a informação necessária.	Direção Técnica e coordenação médica	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Conforme	sem custo	Conforme	É entregue a nota de alta nele consta os encaminhamentos e história clínica da internação, e inserido o NIR para otimizar os retornos para rede de saúde.
O Hospital identificou os serviços de suporte à área assistencial que são fundamentais para a continuidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde à pessoa hospitalizada	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Implantar a ferramenta do round no setor.	sem custo	em andamento	NIR / check-list de alta e round nas unidades de internações
O Hospital faz uma avaliação do paciente e do seu ambiente com o objetivo de identificar as suas necessidades e facilitar o	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro a Junho 2022	UUEMA	Melhoria de Qualidade ACSA	Implantar a ferramenta do round no setor.		em andamento	NIR / check-list de alta e round nas unidades

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 9 de 11

seu acesso a outros recursos de apoio								de intimações.
O Hospital dispõe de informação sobre as desprogramações e implementa medidas para as reduzir	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme		sem custo	Conforme
O Hospital controla a demora na prestação assistencial dos seus serviços	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	conforme		sem custo	Conforme
O Hospital garante a disponibilidade do prontuário durante a prestação de cuidados de saúde.	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	conforme		sem custo	Conforme
O Hospital garante a existência de um prontuário único por pessoa	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	conforme		sem custo	Conforme

	PLANO DE AÇÃO						FR – CQUA – 01.07
	5W2H						Data de emissão: 05/06/2013
							Revisão: 12
							Data da Revisão: 05/04/2021
							Página: 10 de 11

								Prontuário
O Hospital garante a confidencialidade e posse da informação clínica e pessoal	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme		sem custo	Conforme
O Hospital avalia periodicamente o nível de qualidade e preenchimento dos registos clínicos na prestação de cuidados de saúde	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme		sem custo	Conforme
O prontuário contém toda a informação necessária para apoiar e justificar todas as ações realizadas ao paciente, facilitando a continuidade assistencial	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme		sem custo	Conforme
O Hospital garante o direito do paciente poder obter informação sobre o seu prontuário.	Coor. E gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEMA	Melhoria da Qualidade ACSA	Conforme		sem custo	Conforme



PLANO DE AÇÃO
SWZH

FR – CQUA – 01.07

Data de emissão: 05/06/2013

Revisão: 12

Data da Revisão: 05/04/2021

Página: 11 de 11

Existe um sistema de registro da movimentação dos prontuários que garante a sua localização e disponibilidade.	Coord. E. gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEVA	Melhoria de Qualidade ACCA	Reavaliar o processo de passagem de plantão.	sem custo	Conforme	Realizado um plano de passagem de plantão com critérios estabelecidos conforme rotineirizações do paciente e reformulou o SBAR.
O Hospital dispõe de um prontuário digitalizado na sua totalidade.	Coord. E. gerência da unidade de Enfermagem e médico	Janeiro à Junho 2022	UUEVA	Melhoria de Qualidade ACCA	Conforme	sem custo	Conforme	Todo o prontuário do paciente está disponível no sistema Iasy.

Anexo B – Carta de direitos e deveres do Hospital Geral



DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

Conhecê-los é um compromisso de todos nós.

Escaneie o Código QR e saiba quais são os direitos e deveres do paciente:



- Direito à dignidade de sua integridade física, psíquica e moral;
- Direito à preservação de sua imagem, identidade e dados clínicos;
- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou sua própria vontade;
- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.

DEVERES DOS PACIENTES



- Fornecer informações precisas e completas sobre assuntos relacionados à sua saúde;
- Seguir as instruções fornecidas pelos profissionais responsáveis pelo seu tratamento;
- Responsabilizar-se quando da recusa em receber tratamento ou seguir orientações da equipe assistencial;
- Respeitar os direitos dos demais pacientes e dos profissionais da instituição;
- Preservar o meio ambiente colocando o lixo em local adequado;
- Ler o Manual de Informação e tirar as suas dúvidas com um funcionário da instituição;
- Relatar todas as mudanças comportamentais e sobre o estado de saúde para os profissionais responsáveis pelo seu tratamento;
- Expressar a compreensão e o questionar quando há dúvidas sobre as orientações recebidas e consultas realizadas;
- Não fumar nas dependências do Hospital, conforme Lei no 33.541, de 7 de maio de 2009 (Lei Antifumo);
- Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da instituição colocadas à sua disposição durante o período de seu atendimento hospitalar.

 @hospitalgeralcaxiasdosul
  Hospital Geral de Caxias do Sul

Hospital Geral de Caxias do Sul
 Rua Prof. Antônio Vignoli, 255 - Bairro Petrópolis
 Telefone: (54) 3218.7200 | www.hgcs.com.br



FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
CAXIAS DO SUL



HOSPITAL
GERAL

DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

DIREITOS DOS PACIENTES



- Receber informações claras e simples referente ao tratamento e solicitar uma segunda opinião médica, se assim necessário;
- Ser identificado e tratado pelo nome, não deve ser chamado pelo nome da doença, do agravo a saúde ou qualquer forma incômoda e desrespeitosa;
- Ser atendido de forma prioritária de acordo com a gravidade do caso, e manter as informações em sigilo;
- Ser tratado adequadamente, devendo o médico utilizar todos os recursos disponíveis que puder para prestar a correta assistência;
- Acessar o prontuário ou autorizar um representante legal ou familiar a ter acesso as suas informações médicas;
- Direito aos dados e à vida de seus dados clínicos;
- O paciente poderá recusar procedimentos ou tratamentos;
- O paciente tem direito de exigir que o hospital cumpra todas as normas de preservação e controle de seleção hospitalar;

- O paciente tem direito ao atendimento digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, sem preconceito de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de preconceito;

- Receber visitas conforme normativa da instituição;
- Saber o nome e categoria profissional, a função de quem está lhe prestando assistência, e conseguir identificar por meio do uso do crachá visual e legível;
- O todo paciente tem direito de ter assistência, orientação e manejo adequados do dor;
- Receber privacidade e segurança;
- Ter privacidade e não ser submetido a situações de constrangimento;
- Dever ser cuidados e amados, de se sentir respeitado e valorizado;
- Receber apoio moral, religioso, psicológico quando hospitalizado;
- Receber toda informação dos medicamentos que lhe serão administrados;
- Direito a ter uma morte digna, junto à seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis;
- Ter direito a não ter nenhum órgão retirado do seu corpo sem a sua prévia autorização ou do seu responsável legal;
- Tem direito de ter assegurado a preservação de sua imagem, identidade e respeito à seus valores éticos, morais e culturais, independentemente do seu estado de consciência;
- O paciente tem direito de receber as receitas sem cópias e sem abreviaturas. As receitas devem ser datadas ou caligrafadas legíveis, além da assinatura e do carimbo com o número do registro do respectivo conselho profissional.

DIREITOS DOS IDOSOS




DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



- Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade;
- Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento;
- Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia;
- Direito de serem acompanhados em período integral de sua hospitalização, bem como receber visitas;
- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer;
- Direito de receber o tratamento materno;
- Direito de ter o conhecimento sobre sua condição clínica e de conduzir a vida a sua vontade;
- Direito de participar de qualquer forma de recreação durante sua permanência hospitalar;
- Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido;
- Direito de não serem usados como instrumentos clínicos para pesquisas sem o consentimento dos responsáveis legais;
- Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura;
- Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos;

Anexo C – Protocolo transsexual – política sobre diversidade e inclusão

	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021
	Página: 1 de 10	
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

1. OBJETIVO

A Política de Diversidade e Inclusão do Hospital Geral estabelece diretrizes e princípios básicos que visam reforçar os mecanismos de valorização do tema na empresa e inspirar práticas respeitosas e inclusivas para apoiar todos os colaboradores e pacientes na resolução adequada de possíveis incidentes. A política visa também nortear o relacionamento entre os colaboradores, líderes, médicos, clientes, fornecedores, serviços terceirizados e outras partes interessadas.

O Programa visa inspirar, capacitar e apoiar as diferentes áreas e unidades da empresa na assimilação dos princípios que o Hospital Geral adotou para a valorização da diversidade, bem como as práticas que resultam em maior sintonia com sua identidade e com os compromissos assumidos no âmbito da sustentabilidade.

O programa de valorização da Diversidade e Inclusão objetiva que:

- O HG encontre soluções viáveis e inovadoras em práticas de valorização da diversidade que ampliem suas oportunidades de sucesso;
- A empresa reflita a Diversidade e Inclusão existente na sociedade e por meio dela enriqueça suas perspectivas de negócio e melhore sua capacidade de acolher os diversos tipos de clientes, colaboradores e terceiros;
- O Código de Conduta, inspirado nos valores da empresa, seja colocado em prática no que diz respeito às questões de valorização da diversidade, evitando riscos para a organização e para todos os seus públicos de relacionamento;
- O HG cumpra com exigências legais relacionadas a determinados segmentos da população, com normas e diretrizes de sustentabilidade e responsabilidade social empresarial no que diz respeito à valorização da diversidade em seus muitos aspectos e públicos envolvidos.


2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todas as áreas e colaboradores da empresa, médicos, fornecedores e serviços terceirizados que atuam em nome do Hospital Geral.

3. DEFINIÇÕES

Diversidade: não diz respeito apenas a alguns segmentos da sociedade, as chamadas minorias, mas é uma característica de toda a família humana. A diversidade envolve aspectos como gênero, idade, deficiência, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, cultura, nacionalidade, naturalidade, classe social, formação educacional, condição física, desenvolvimento intelectual, religião, estilos de vida, experiência, histórias dos indivíduos, perspectivas, conhecimentos, atitudes, habilidades, entre tantos outros que tornam cada pessoa única. Mais do que apenas garantir a expressão das singularidades das pessoas, a valorização da diversidade envolve a busca permanente pela cooperação e por soluções que interessem a todos, em todos os lugares.

Inclusão: é o conjunto de atitudes e práticas cotidianas que favorecem a interação entre todas as pessoas num clima de respeito, diálogo e cooperação. Diversidade e inclusão têm por base a identidade da organização, sua

	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO	Emissão: 04/05/2021
	HOSPITAL GERAL	Página: 2 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

missão e seus valores, bem como as leis da sociedade, a normativa de direitos humanos e seus princípios universais, norteando e estabelecendo limites para a conduta de todos.

Ações afirmativas: ações tomadas para a promoção de direitos humanos, que beneficiam de forma diferenciada grupos ou segmentos sociais discriminados negativamente, para permitir que, no médio e longo prazo, eles possam alcançar condições iguais de tratamento ou de acesso a oportunidades.

Discriminação: a discriminação que acontece quando há uma atitude adversa perante uma determinada característica. Uma pessoa pode ser discriminada por causa da sua raça, gênero, orientação sexual, nacionalidade, religião, situação social, nível educacional, dentre outras características.

4. APLICAÇÃO

Esta Política estabelece as seguintes diretrizes como forma de sua efetiva implantação sendo norteado pelos seguintes princípios:

- Respeito ao indivíduo
- Valorização dos princípios estabelecidos na declaração Universal dos Direitos Humanos e Princípios Orientadores sobre Empresas e Direitos Humanos da ONU.
- Igualdade, equidade e universalidade das políticas e iniciativas de valorização da Diversidade
- Apreço pela pluralidade cultural
- Apreço por equipes caracterizadas pela diversidade
- Apreço por ambientes inclusivos, respeitosos e acessíveis
- Respeito às leis que requerem atenção especial a determinados segmentos da população ou que impõem cotas para alguns segmentos nas equipes
- Compromisso da liderança e das equipes para com a valorização da diversidade.



4.1 REGRAS DE RESPEITO E CONVIVÊNCIA

É objetivo da Política construir um ambiente baseado no respeito às diferenças e individualidades e, ao mesmo tempo, no "viver junto", um convívio produtivo, visando ao bem-estar de todos(as) aqueles(as) que se relacionam conosco. Assumir uma postura aberta e de aceitação diante do que é diferente é o primeiro passo.

Algumas recomendações importantes:

- É importante não estereotipar, ou seja, não assumir verdades apenas com base no seu ponto de vista;
- Não presumir a orientação sexual ou identidade de gênero das pessoas com base na sua observação. Todos(as) devem ser tratados(as) com igual respeito;
- Não fazer piadas com características (físicas ou de outra natureza) das pessoas;
- Posicionar-se sempre que estiver diante de uma situação discriminatória;
- Ser inclusivo(a)em sua comunicação.

Na prática, o respeito à identidade de gênero engloba algumas das ações abaixo:

 <small>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE LAMEGO DO SUL</small>  <small>HOSPITAL GERAL</small>	POLÍTICA	Emissão: 04/05/2021
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Página: 3 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

- Utilização do nome social e pronomes em documentos, sistemas internos e tratativas verbais;
- Recomendação para que seja utilizado o nome social em todos os documentos de benefícios (ex.: carteira de plano de saúde e plano odontológico);
- Utilização do pronome correto (ele/ela), de acordo com a identidade de gênero;
- Comunicação clara sobre permissão para utilização de banheiros de acordo com o gênero que a pessoa se identifica, acompanhada de ações de sensibilização para os(as)

empregados(as) e outros públicos envolvidos.

5. GOVERNANÇA DE AÇÕES VOLTADAS À VALORIZAÇÃO DA DIVERSIDADE

Acolher no Grupo de Humanização – GTH as demandas dessa temática para desenvolver ações voltas a conscientização e valorização da Diversidade envolvendo ações de endomarketing, palestras e capacitações em torno de temas mais específicos como deficiência, diversidade de culturas e origens, Gerações, *Bullying* no trabalho, orientação sexual e identidade de gênero

Para realizar essas contribuições, o Programa contará com um sistema de governança de ações voltadas à valorização da Diversidade e Inclusão de caráter participativo, baseado em um grupo multidisciplinar.

O Grupo de Valorização da Diversidade é constituído por representantes das áreas nomeadas e tem como propósito discutir e avaliar soluções a partir de conceitos e princípios adotados pelo HG, definir prioridades e validar um plano de ação anual. O Grupo se reúne periodicamente e é coordenado pela área de RH, cabendo a esta levar às instâncias devidas os assuntos que exijam envolvimento e aprovação das diferentes áreas.



Outros grupos podem ser constituídos intemamente em torno de temas mais específicos como deficiência, diversidade e identidade de gênero, diversidade etária, entre outros, para aprofundar estudos direcionados, realizar diagnósticos e multiplicar o conhecimento sobre o tema. Estes grupos, alinhados ao Grupo de Diversidade, podem ter caráter permanente ou pontual na tarefa de propor soluções e realizar ações que favoreçam boas práticas, acelerem resultados e ampliem o engajamento sobre o tema.

Anualmente as diretrizes e prioridades do programa podem ser revistas e validadas junto ao Diretor-Geral e aos Gerentes, podendo ocorrer em periodicidade menor que esta, se necessário.

5.1 PLANEJAMENTO DE AÇÕES

A empresa estabelece no âmbito do programa de Diversidade ações afirmativas que visam:

- Ao combate de qualquer tipo de discriminação, assédio ou outras práticas inadequadas sob todas as formas, envolvendo colaboradores, clientes ou terceiros;
- Ao estabelecimento de práticas inclusivas cotidianas que favoreçam a interação entre todas as pessoas em um clima de respeito, diálogo e cooperação, com foco na qualidade das relações e no apreço às diferenças. Isto inclui evitar quaisquer comentários preconceituosos, discriminatórios, ou constrangedores quanto à qualquer tipo de Diversidade, mesmo não intencional ou na ausência de seus representantes

 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  HOSPITAL GERAL	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO	Emissão: 04/05/2021
	HOSPITAL GERAL	Página: 4 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

- À promoção da Diversidade em todos os processos de Recursos Humanos, incluindo atração, seleção, recrutamento, remuneração, promoções, movimentações e treinamento.
- Ao estímulo ao aumento da representatividade de grupos minoritários e à igualdade de gênero nos cargos de liderança;
- À sensibilização e fomento à atuação de equipes caracterizadas pela diversidade;
- À ampliação da consciência da organização e capacitação continuada com relação à diversidade e inclusão;
- Ao estabelecimento de boas práticas no relacionamento com o público interno e com os demais públicos;
- Ao apoio às unidades de negócio no cumprimento dos princípios e práticas de Diversidade, respeito as normas da empresa;
- À identificação de possíveis barreiras à diversidade nos processos e práticas de gestão;
- À criação de canais de participação de todos em torno dos princípios e práticas de valorização da diversidade na empresa, abrindo espaços de diálogo e de colaboração que devem ser estimulados e mantidos nas áreas, com o apoio dos gestores;
- À avaliação de oportunidades para o estabelecimento de programas e ferramentas que favoreçam a capacitação, o desenvolvimento profissional e a inclusão no mercado de trabalho dos grupos vulneráveis.

5.2 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO INCLUSIVAS



É responsabilidade de todos(as) os(as) envolvidos(as) com as ações de comunicação (interna e externa) zelar pela produção, validação e divulgação de conteúdos livres de discriminação, sem estereótipos e que cumpram os princípios abaixo:

- **Acessibilidade:** é preciso que a comunicação seja acessível a pessoas com deficiência;
- **Representatividade:** é preciso que o layout e as fotos escolhidas representem a pluralidade da sociedade e que não reproduzam estereótipos na representação de pessoas negras, mulheres e outros públicos;
- **Linguagem clara e sem barreiras:** é preciso que a comunicação seja assertiva e compreensível para todos os níveis hierárquicos, além de pessoas com baixo grau de escolaridade.

Perguntas que podem ajudar a desenvolver uma comunicação inclusiva:

- Essa comunicação é acessível para quem?
- Essa comunicação reproduz estereótipos?
- Essa comunicação utiliza expressões ou meios que representam barreiras para alguém?
- Essa comunicação utiliza as terminologias corretamente?
- Essa comunicação respeita e valoriza a pluralidade da população?
- Essa comunicação dá voz à pluralidade da população?

5.3 TRATAMENTO, ABORDAGEM E SEGURANÇA NÃO DISCRIMINATÓRIOS

 <small>HOSPITAL UNIVERSIDADE DE CASPARY DO SUL</small>  <small>HOSPITAL GERAL</small>	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021
		Página: 5 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

Não são toleradas abordagens que façam qualquer juízo de valor em relação à orientação sexual, raça, gênero ou quaisquer outras características.

Quaisquer ações que estejam fora do protocolo das áreas de Segurança Patrimonial e Código de Conduta e que tenham como motivação cunho discriminatório serão tratados pela Ouvidoria e pelo Comitê de Ética e estarão suscetíveis às sanções cabíveis.

5.4 CANAIS DE DENÚNCIAS

Sempre que uma situação em desacordo com as diretrizes desta política for identificada, incluindo quaisquer tipos de discriminação e preconceito envolvendo colaboradores, médicos, terceiros, fornecedores ou clientes, o Canal do Código de Conduta deve ser acionado, para que o registro tenha sua pertinência avaliada, e sejam estabelecidas as ações de melhoria necessárias. Toda atitude em desacordo com esta Política e com seus princípios éticos está sujeita às sanções previstas no mesmo Código.

Caso ocorram relatos de conduta inadequada do paciente em relação aos colaboradores, terceiros ou outras pessoas que estejam no ambiente da empresa, devidamente verificados e legitimados, a empresa dará as orientações e fornecerá o amparo necessário para que as medidas cabíveis sejam tomadas.

AS DENÚNCIAS DEVERÃO SER FORMALIZADAS POR MEIO DOS SEGUINTE CANAIS:

- Denúncias anônimas pelo site <https://hgcs.com.br/contato>
- Por e-mail denuncias-hg@ucs.br
- Ramais: 7206 e 6739
- Formulários e Caixa para coleta de denúncias disponível na sala de convivência

6. RESPONSABILIDADES



6.1. DIREÇÃO GERAL

- Validar o conteúdo dessa Política e monitorar o seu cumprimento.
- Garantir a aplicação desta política e zelar pelo cumprimento de seus princípios em todas as suas decisões, apoiando a implantação das iniciativas relacionadas e incentivando a formação de líderes que valorizem a Diversidade.

6.2 GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO

- Definir e acompanhar a estratégia de implantação do programa de Diversidade e monitorar o andamento do sistema de gestão de Sustentabilidade
- Discutir e promover a evolução da agenda de Diversidade dentro da organização, atuando em temas específicos que foram priorizados pela Companhia

6.3 JURÍDICO

 <small>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE LAURO DE SOUZA</small>  <small>HOSPITAL GERAL</small>	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021 Página: 6 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

Apoiar na resolução de dúvidas e condutas relacionadas a situações envolvendo os temas de Diversidade e Inclusão no HG

6.4 LIDERANÇAS

- Garantir condições para o engajamento das equipes com os temas de Diversidade e Inclusão e para o cumprimento das diretrizes desta política.
- Posicionar-se ao presenciar condutas excludentes e/ou atitudes discriminatórias e orientar a utilização dos canais competentes;
- Desenvolver escuta ativa e valorizar opiniões diversas, independentemente das relações hierárquicas;
- Conhecer seus próprios vieses e trabalhar para minimizá-los em suas decisões diárias;
- Acionar o Canal de Ouvidoria em situações que envolvam a quebra desta Política ou do Código de Ética

6.5 COLABORADORES, PRESTADORES DE SERVIÇO, ALUNOS, PROFESSORES

Cabe a estes, bem como a todos os colaboradores do HG, desenvolver suas atividades e responsabilidades para com o hospital respeitando e seguindo as diretrizes previstas nesta Política.

É responsabilidade de todos criar um ambiente de trabalho e de relacionamento com nossos diferentes públicos que valorize a diversidade, seja inclusivo, respeitoso e acessível. Espera-se que cada um apoie, participe e apresente sua colaboração no aprimoramento das ações realizadas pela empresa neste sentido.

Cabe a todos evitar incidentes de desrespeito, assédio e discriminação, cumprindo com os princípios e práticas do Código de Conduta do Hospital Geral. Incentiva-se fortemente que as situações contrárias à valorização da diversidade sejam resolvidas por meio de diálogo franco e aberto entre as pessoas direta ou indiretamente envolvidas, tendo os gestores responsabilidades para com o encaminhamento das soluções.


6.6 Recursos Humanos

Em processos de Recrutamento e Seleção, deve-se observar:

- A não reprodução de preconceitos, estereótipos e atitudes discriminatórias, sobretudo relacionados aos grupos minoritários, evitando perguntas específicas para determinada pessoa em função de quaisquer características;
- A não-reprodução de um discurso normativo em relação à orientação sexual;
- A adoção de nome social, no caso de pessoas trans (independentemente de haver alteração formal em seu documento civil)

7. ACOLHIMENTO DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS

"Não se nasce mulher, torna-se"

	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021
	Página: 7 de 10	
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

Nenhum dispositivo biológico, psíquico, ou econômico, define a figura que a fêmea humana tem na sociedade; é a civilização como um todo que elabora esse produto...que é chamado de feminino."(De Beauvoir, 2011)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexualidade como "um aspecto central do bem-estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução". Portanto, ela é inerente à vida de todos os seres humanos, se inicia no nascimento e se encerra na morte, é dinâmica e mutável.

A sexualidade pode ser abordada por diferentes ângulos da ciência e recebe influência sociocultural, abrangendo emoções, sentimentos, crenças e concepções de todos os processos de socialização. Influência a maneira de indivíduos serem, se inserirem na sociedade e se posicionarem no mundo. Portanto, uma abordagem integral em saúde inclui conhecer o gênero de uma pessoa e os aspectos que ela relaciona à sua sexualidade.

Profissionais nunca devem deduzir o gênero de uma pessoa, nem os demais aspectos atribuídos à sexualidade, a partir de seus próprios valores e percepções. É importante incluir essas informações entre as demais que se buscam conhecer sobre a pessoa em uma anamnese, oferecendo um espaço seguro para isso. O nome e os pronomes (femininos, masculinos ou neutros) com os quais a pessoa prefere ser tratada também devem fazer parte das perguntas habituais durante um atendimento de saúde.


Acolhimento como estratégia de promoção de acesso e cuidado assistencial

Acolhimento, enquanto escuta qualificada, pode ser uma forma de reparar as desigualdades e transformá-las em equidade e desta forma, o Hospital Geral reflete o cuidado assistencial.

Cabe ressaltar que está na Portaria 675/MS/GM de 30 de março de 2006, Carta dos Usuários no SUS (BRASIL, 2009), artigo 4º, inciso 1 Uso do nome social.

O uso correto do nome social:

- Contribui para um acolhimento livre de transfobia e discriminação
- Pergunte ao usuário: "como você quer que eu te chame?"
- Chame-o (a) sempre pelo nome de escolhido (independente da aparência);
- Oferecer o cartão do sus com nome social, pode ajudar a quebrar barreiras de comunicação entre profissionais de saúde e usuário e favorecer um vínculo de confiança;
- Usuário tem direito do cartão do sus com nome social mesmo que não tenha feita a retificação do nome de registro
- No cartão do sus pode conter apenas o nome social, não é obrigatório conter o nome de registro o nome social deve ser escrito conforme solicitação do usuário, incluindo sobrenome;

	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021
	<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>	

- Pedidos de exames podem ser feitos com nome social

Na comunicação responsiva, a responsividade apoia o trabalho em saúde enquanto operador das relações: usuário/profissional de saúde e profissional/profissional. Uma comunicação responsiva propõe a recusa de certezas, se dispõe a uma "abertura curiosa" para o outro, entende o usuário, não a partir dos próprios valores pessoais e favorecendo uma relação não opressiva. Reconhecendo valor no outro, não enxergando-o, apenas a partir de fragilidades e identificando sua potência, e apostando que o outro tem algo para acrescentar e produzir na relação. A responsividade procura ainda superar visões cristalizadas e predispõe-se a emergência do novo no encontro.

Ações para contribuir para um acolhimento livre de transfobia e discriminação:

- Não pressupor heterossexualidade do usuário;
- Não pressupor equivalência entre sexo e gênero, ou seja, cisgeneridade;
- Superar visões cristalizadas, (como por exemplo "toda mulher trans é profissional do sexo, ou tem HIV);
- Reconhecer valor e potência na PESSOA TRANS (não vitimizá-la);
- Pressupor a diferença: interrogar ao usuário sobre sua identidade de gênero, ou sua orientação sexual e uso do nome social (questionar, por ex. "Você tem relações com homens, mulheres ou os dois?);
- Construir na relação com o usuário um itinerário de CUIDADO INTEGRAL.


É importante promover um ambiente acolhedor para que o usuário manifeste com liberdade das suas experiências de gênero. Também oferte apoio e escuta à familiares e pessoas envolvidas nesse processo

Conhecendo conceitos relacionados às questões de gênero para um acolhimento livre de transfobia e discriminação:

Disforia de gênero: Incômodo ou desconforto causado pela discordância entre a identidade de gênero e o sexo designado à pessoa ao nascer (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias).

Cisgênero: Pessoa que tem a identidade de gênero adequada ao sexo ao nascimento, ou seja que não experiência a incongruência, ou disforia de gênero, o contrário da pessoa trans .

Orientação sexual: Capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente; e, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas.

	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	Emissão: 04/05/2021
	<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>	

Homossexual: Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do mesmo sexo. Mulheres homossexuais são chamadas de lésbicas. Homens homossexuais são chamados de gays.

Bissexual: Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas de ambos os sexos.

Heterossexual: Pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do sexo oposto.

Identidade de gênero: Uma sensação e sentimento íntimo e pessoal de pertencimento ao gênero masculino (homem), gênero feminino (mulher) ou os dois, independente do sexo atribuído ao nascer. Pode ou não envolver necessidade de transformações corporais, vestimentas e performances.

Mulher trans: Termo "usado para descrever pessoas designadas no nascimento como homens e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao feminino".

TRANSEXUAL: Pessoa que procura mudar ou mudou suas características sexuais.

HOMENS TRANS: Termo "usado para descrever pessoas designadas no nascimento como mulheres e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao masculino".

PESSOAS NÃO BINÁRIAS: Pessoas que não serão exclusiva e totalmente mulher ou homem, mas que irão permear em diferentes formas de neutralidade, ambiguidade, multiplicidade, parcialidade, ageneridade, outrogenidade, fluidez em suas identificações.

EXPRESSÃO DE GÊNERO: Manifestação da identidade de gênero através da aparência: do modo de se vestir, comportamento e interesses. Comumente influenciado pelos estereótipos de gênero.

8. REFERÊNCIAS

Código de Conduta do Hospital Geral



Declaração Universal dos Direitos Humanos

Diretrizes do Pacto Global

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (Organização das Nações Unidas)

Convenções da OIT (Organização Internacional do Trabalho)

Princípios Orientadores sobre Empresas e Direitos Humanos da ONU

 <small>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL</small>  <small>HOSPITAL GERAL</small>	POLÍTICA	
	POLÍTICA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL	
	Emissão: 04/05/2021	
		Página: 10 de 10
<i>"Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital Geral"</i>		

WPATH – World Professional Association for Transgender Health. (2011). Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. (7ª edição).

A Política de Diversidade e Inclusão do Hospital Geral de Caxias do Sul teve a contribuição da Doutoranda Profa Nanci da Silva Teixeira Junqueira, na elaboração e na disseminação dos conceitos de Diversidade e Inclusão, no atendimento do funcionário e do paciente.

Anexo D – Folder “Entendendo a ACSA” para os setores de urgência e emergência

VAMOS CONHECER MELHOR O QUE SIGNIFICA ACSA?



Q | O que significa ACSA?

É UMA **CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E DE PROCESSOS DE NÍVEL INTERNACIONAL. SUA ORIGEM É ESPANHOLA.**

Agência para Qualidade da Saúde de Andaluzia (ACSA) foi criada em 2002. Tem como objetivo promover uma cultura de qualidade e segurança no campo da saúde e do bem-estar social, promover a melhoria contínua e promover ações que permitam a geração de qualidade.

📖 | Como é o Manual?

O manual é constituído em 5 Blocos que correspondem a diferentes dimensões de qualidade. E cada Bloco é composto de critérios.

I. A pessoa, centro do Sistema de Saúde

1. A pessoa como sujeito ativo
2. Acessibilidade e continuidade dos cuidados
3. Documentação clínica

II. Organização da atividade centrada na pessoa

4. Gestão por processos de atendimento
5. Promoção da saúde e qualidade de vida
6. Gestão e planeamento estratégico

III. Profissionais

7. Profissionais

IV. Processos de suporte

8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

V. Melhoria contínua

10. Ferramentas de qualidade e segurança
11. Resultados do Centro Hospitalar



Como é a metodologia?

- 1 Tem um papel importante a auto-avaliação, a qual permite aos envolvidos identificar a sua posição atual e determinar o que desejam alcançar planejando suas ações, criando um espaço de consenso e melhoria compartilhada.
- 2 O desenvolvimento desses processos ACSA é setorial, ou seja, podemos desenvolver e obter a avaliação em um setor e ir ampliando essa cultura para os demais setores hospitalares.
- 3 Após dar o início do processo teremos um ano para fechar todos os ajustes antes da Avaliação Final.



Como é a avaliação?

Após os processos serem ajustados ou desenvolvidos terá uma avaliação externa por equipes de avaliadores capacitados na ACSA. Dependendo do cumprimento o grau de certificação obtida os pontos fortes e as áreas de melhoria são determinados.

RESULTADOS DO PROCESSO DA CERTIFICAÇÃO:

	AVANÇADO	ÓTIMO	EXCELENTE
Grupo I	70%*	100%	100%
Grupo II		>40%	100%
Grupo III			>40%

*Incluído os obrigatórios



Duração da certificação?

Após esse processo e a avaliação teremos acompanhamento durante a duração do Certificado que tem validade de **5 anos** Ressaltando que um dos pontos fortes da ACSA é o processo de auto avaliação e melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

ACSA. Manual de Normas: Centros Hospitalares. Agência de Qualidade em Saúde de Andaluzia. Sevilla, 2018. 107 p. Disponível em <https://www.ub.es/mec/bf/download-via-manual-acsa/> Acesso em: 08 FEV 2022.
Autoria: Dila Nanci da Silva Teixeira Junqueira e grupo de Multiplicadores.



FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
CAXIAS DO SUL



HOSPITAL
GERAL



UCS
UNIVERSIDADE
DE CAXIAS DO SUL

Anexo E – Programação e divulgação do I Simpósio ACSA



APROXIMANDO EXPERIÊNCIAS ENTRE A SERRA GAÚCHA E O SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

19 de abril | **Auditório do Hospital Geral** | **Inscrições:** www.hgcs.com.br/capacitacoes.php
9h - 17h30

09h | Abertura do Evento

- Prof. Dora Nanci da Silva Teixeira Junqueira
- Dr. Rivaldo Paulino (Diretor ISGH)
- Dr. Cristiano Oliveira Rebelo (Diretor-geral HRSC)
- Sandra de Freitas Junqueira (Diretor-geral HGCS)

09h15 | Apresentação Institucional

- Mediadoras: Prof. Dora Nanci da Silva Teixeira Junqueira
- Hospital Regional do Sertão Central/CÉ: Dr. Cristiano Oliveira Rebelo (Diretor-geral HRSC)
- Hospital Geral de Caxias do Sul/RS: Sandra de Freitas Junqueira (Diretor-geral)

10h - 11h | Palestra com Tatiana Lourenço

(Serviço de Avaliação e Certificação de RSC) | Mediadora: Lílian Maria Machado (RSC) | Coordenadora e Especialista em Práticas em ACSA

A cultura de melhoria focada em resultados: a estratégia ACSA para Organizações de Saúde

- Mediadora: Dra. Bruna Mendes (Coordenadora médica do UUEM HGCS)

11h - 12h | Palestra com Nayana Rocha

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

Experiência da implantação ACSA no HRSC

- Mediadora: Sueli Pacheco Hoffman (Coordenadora da Qualidade HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área Assistencial

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Márcia Pereira (Assessora Técnica de Atendimento ao Cliente HRSC)
- Daniel Rodrigues (Coordenador Geral de Enfermagem HRSC)
- Alon Cibião (Coordenador Médico de Serviço de Urgência HRSC)
- Mediadora: Cibele Borba Luz (Assessora Operacional HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área de Apoio

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Davy Raulino (Coordenador do Serviço de Manutenção HRSC)
- Fernanda Severo (Assessora Administrativa Financeira HRSC)
- Conrado Jr (Coordenador de Laboratório HRSC)
- Mediadora: Cláudia Patrícia Leite (Coordenadora de Enfermagem - Serviço Cirúrgico HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área de Gestão

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Nayana Rocha (Assessora Técnica de Qualidade HRSC)
- Raphaela Mota (Coordenadora do Centro de Estudos HRSC)
- Jans Albuquerque (Coordenador de RSC HRSC)
- Mediadora: Aljandira Borges (Assessora Operacional HGCS)

16h - 17h | Palestra com Luciana Dadoito

(Diretor de Qualidade em RSC)

O Testamento Vital como uma ferramenta para garantir a autonomia do paciente?

- Debatedores: Prof. Ana Cristina de Araújo Viana (Interventora e Prof. da UCS)
- Dr. Leonardo Miranda Macêdo (Diretor de Processos Assistenciais HRSC)

17h30 | Encerramento

Acompanhe as palestras ao vivo pelo canal do Hospital Geral de Caxias do Sul no YouTube.



APÓCITO



APROXIMANDO EXPERIÊNCIAS ENTRE A SERRA GAÚCHA E O SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

19 de abril | **Auditório do Hospital Geral** | **Inscrições:** www.hgcs.com.br/capacitacoes.php
9h - 17h30

09h | Abertura do Evento

- Prof. Dora Nanci da Silva Teixeira Junqueira
- Dr. Rivaldo Paulino (Diretor ISGH)
- Dr. Cristiano Oliveira Rebelo (Diretor-geral HRSC)
- Sandra de Freitas Junqueira (Diretor-geral HGCS)

09h15 | Apresentação Institucional

- Mediadora: Prof. Dora Nanci da Silva Teixeira Junqueira
- Hospital Regional do Sertão Central/CÉ: Dr. Cristiano Oliveira Rebelo (Diretor-geral HRSC)
- Hospital Geral de Caxias do Sul/RS: Sandra de Freitas Junqueira (Diretor-geral)

10h - 11h | Palestra com Tatiana Lourenço

(Serviço de Avaliação e Certificação de RSC) | Mediadora: Lílian Maria Machado (RSC) | Coordenadora e Especialista em Práticas em ACSA

A cultura de melhoria focada em resultados: a estratégia ACSA para Organizações de Saúde

- Mediadora: Dra. Bruna Mendes (Coordenadora médica do UUEM HGCS)

11h - 12h | Palestra com Nayana Rocha

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

Experiência da implantação ACSA no HRSC

- Mediadora: Sueli Pacheco Hoffman (Coordenadora da Qualidade HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área Assistencial

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Márcia Pereira (Assessora Técnica de Atendimento ao Cliente HRSC)
- Daniel Rodrigues (Coordenador Geral de Enfermagem HRSC)
- Alon Cibião (Coordenador Médico de Serviço de Urgência HRSC)
- Mediadora: Cibele Borba Luz (Assessora Operacional HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área de Apoio

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Davy Raulino (Coordenador do Serviço de Manutenção HRSC)
- Fernanda Severo (Assessora Administrativa Financeira HRSC)
- Conrado Jr (Coordenador de Laboratório HRSC)
- Mediadora: Cláudia Patrícia Leite (Coordenadora de Enfermagem - Serviço Cirúrgico HGCS)

14h - 15h30 | Oficina Área de Gestão

(Práticas de Melhoria da Qualidade em RSC)

- Nayana Rocha (Assessora Técnica de Qualidade HRSC)
- Raphaela Mota (Coordenadora do Centro de Estudos HRSC)
- Jans Albuquerque (Coordenador de RSC HRSC)
- Mediadora: Aljandira Borges (Assessora Operacional HGCS)

16h - 17h | Palestra com Luciana Dadoito

(Diretor de Qualidade em RSC)

O Testamento Vital como uma ferramenta para garantir a autonomia do paciente?

- Debatedores: Prof. Ana Cristina de Araújo Viana (Interventora e Prof. da UCS)
- Dr. Leonardo Miranda Macêdo (Diretor de Processos Assistenciais HRSC)

17h30 | Encerramento

Acompanhe as palestras ao vivo pelo canal do Hospital Geral de Caxias do Sul no YouTube.



APÓCITO





A Universidade de Caxias do Sul é uma Instituição Comunitária de Educação Superior (ICES), com atuação direta na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Tem como mantenedora a Fundação Universidade de Caxias do Sul, entidade jurídica de Direito Privado. É afiliada ao Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas - COMUNG; à Associação Brasileira das Universidades Comunitárias - ABRUC; ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB; e ao Fórum das Instituições de Ensino Superior Gaúchas.

Criada em 1967, a UCS é a mais antiga Instituição de Ensino Superior da região e foi construída pelo esforço coletivo da comunidade.

Uma história de tradição

Em meio século de atividades, a UCS marcou a vida de mais de 120 mil pessoas, que contribuem com o seu conhecimento para o progresso da região e do país.

A universidade de hoje

A atuação da Universidade na atualidade também pode ser traduzida em números que ratificam uma trajetória comprometida com o desenvolvimento social.

Localizada na região nordeste do Rio Grande do Sul, a Universidade de Caxias do Sul faz parte da vida de uma região com mais de 1,2 milhão de pessoas.

Com ênfase no ensino de graduação e pós-graduação, a UCS responde pela formação de milhares de profissionais, que têm a possibilidade de aperfeiçoar sua formação nos programas de Pós-Graduação, Especializações, MBAs, Mestrados e Doutorados. Comprometida com excelência acadêmica, a UCS é uma instituição sintonizada com o seu tempo e projetada para além dele.

Como agente de promoção do desenvolvimento a UCS procura fomentar a cultura da inovação científica e tecnológica e do empreendedorismo, articulando as ações entre a academia e a sociedade.

A Editora da Universidade de Caxias do Sul

O papel da EDUCS, por tratar-se de uma editora acadêmica, é o compromisso com a produção e a difusão do conhecimento oriundo da pesquisa, do ensino e da extensão. Nos mais de 1.500 títulos publicados é possível verificar a qualidade do conhecimento produzido e sua relevância para o desenvolvimento regional.



Conheça as possibilidades de formação e aperfeiçoamento vinculadas às áreas de conhecimento desta publicação acessando o QR Code:

O ponto principal deste trabalho é fortalecer e incentivar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia importante a ser utilizada nos cenários assistenciais. É por meio da EPS que acontece a reflexão crítica entre os profissionais em relação às práticas do trabalho, assim como a ressignificação de conceitos e a interação entre equipes interprofissionais, fundamentais ao desenvolvimento da aprendizagem significativa e, conseqüentemente, do cuidado centrado ao paciente. É importante manter ativa a EPS nas instituições de saúde, tanto no aspecto de qualidade assistencial como nos processos de construção ou revisão de protocolos, além de desenvolver estratégias para amparar os colaboradores e encorajá-los a efetivar mudanças nas práticas assistenciais.

Salienta-se que a Educação Permanente é processual e proporciona um melhor acolhimento e empatia por parte dos profissionais, assim como o empoderamento e a valorização das ideias, gerando um senso de pertencimento ao processo de construção do conhecimento, o que resulta, dessa forma, num atendimento completo, de qualidade e humanizado.

