

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM
CENTRO DE REABILITAÇÃO:
Análise de uma experiência**

Taubaté – SP

2020

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM
CENTRO DE REABILITAÇÃO:
Análise de uma experiência**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Contextos, Práticas Sociais e Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Renato de Sousa Almeida

Taubaté – SP

2020

SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas – UNITAU

N778s Nogueira, Maria Angélica Ratier Jajah
A Sistematização da Assistência em um Centro de
Reabilitação: análise de uma experiência / Maria Angélica Ratier
Jajah Nogueira. -- 2020.

154 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté,
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Renato de Sousa Almeida
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

1. Desenvolvimento Humano. 2. Planejamento terapêutico.
3. Sistematização da assistência. 4. Reabilitação. 5. Acreditação
hospitalar. I. Título

CDD – 362.43

MARIA ANGÉLICA RATIER JAJAH NOGUEIRA

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM
CENTRO DE REABILITAÇÃO:
análise de uma experiência**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.
Área de Concentração: Contextos, Práticas Sociais e Desenvolvimento Humano.
Orientador: Prof. Dr. Renato de Sousa Almeida

Data: 17 de Fevereiro de 2020

Resultado: Aprovado.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Renato de Sousa Almeida

Universidade de Taubaté


Assinatura



Profa. Dra. Gisele Viola Machado

Centro Universitário do Sul de Minas- Unis

Assinatura



Profa. Dra. Marilza Terezinha Soares de Souza

Universidade de Taubaté

Assinatura



MARIA ANGÉLICA RATIER JAJAH NOGUEIRA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar saúde, força e oportunidades de melhorar como ser humano e profissional.

À minha família pelo apoio, em especial à minha irmã, Maria Alberta, pelas palavras certas que tanto me reequilibraram.

Ao meu marido, Francisco, meu maior incentivador, meu porto seguro. Obrigada pela paciência, dedicação e cuidado.

Aos meus filhos, Rafael e Vinícius, por abdicarem à presença da mamãe por muitos e muitos dias, feriados e finais de semana, durante a construção deste estudo. Espero ter sido um bom exemplo para vocês.

À minha secretária Lourdes, que cuidou dos meus filhos, com muito carinho, por várias noites para eu poder estudar, minha gratidão. Obrigada.

Aos professores do Mestrado em Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté por dividirem seus conhecimentos comigo e me ajudarem a desenvolver como pesquisadora e como pessoa.

Ao meu orientador, Professor Doutor Renato de Sousa Almeida, pela serenidade e equilíbrio nos seus ensinamentos.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta árdua jornada, me incentivando. Alguns me ajudaram em várias etapas. Obrigada.

A todos os funcionários do Centro de Reabilitação que aceitaram participar desta pesquisa.

E aos meus pacientes, pelo exemplo de superação e resistência diante das dificuldades.

RESUMO

A qualidade nos serviços de saúde requer um conjunto de atributos que envolvem planejamento, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. Devido à complexidade dos procedimentos realizados pelas instituições de saúde, é necessário a padronização dos mesmos para que o resultado final atenda às necessidades das pessoas atendidas. Diante da expressiva incidência das pessoas com deficiência na sociedade e da importância da oferta de serviços de reabilitação de qualidade, este trabalho se justifica pela necessidade de identificarmos se a sistematização das práticas assistenciais influencia na qualidade do serviço oferecido, tomando como exemplo um centro de reabilitação. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência na implantação do Planejamento Terapêutico em um centro de reabilitação, situado na região Metropolitana do Vale do Paraíba, por meio da percepção dos 21 profissionais envolvidos. Desenvolvido como um estudo de caso, sendo uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, transversal, de caráter exploratório descritivo. Utilizou-se a aplicação de questionário socioeconômico para caracterização dos sujeitos, análise de documentos institucionais para identificar as etapas de implantação do protocolo e entrevistas semi estruturadas para analisar a percepção dos envolvidos no processo. O perfil dos participantes é de 19 mulheres e 2 homens com idade média de 37 anos, adultos jovens, casados, brancos, com filhos, com predominância de 10 anos de experiência. Após análise do conteúdo das entrevistas com auxílio da técnica de Bardin. Os resultados revelam que houve resistências e dificuldades enfrentadas inicialmente pelos envolvidos, que, com o desenvolver do trabalho foram sendo vencidas e substituídas pela contribuição individual e coletiva. A aderência ao padrão se deu principalmente por sua construção pelos próprios envolvidos, o que demonstra a importância da conscientização da equipe quanto à problemática dos setores e engajamento dos terapeutas como agentes de mudanças. Os entrevistados aferiram melhorias advindas com a sistematização, como incremento à segurança nos processos, para a equipe e pacientes, maior aderência do paciente, participando ativamente em seu tratamento, melhora da comunicação entre a equipe e com o paciente, maior organização dos prontuários, evoluções mais detalhadas com melhor direcionamento dos terapeutas e replicabilidade nas condutas. Foi identificada maior efetividade da assistência com aumento das altas com objetivos atingidos e maior taxa de ocupação, porém sem melhora na eficiência pois, necessitou-se de mais tempo para alcançar as metas propostas. Pode-se concluir que a sistematização da prática assistencial traz melhoria na qualidade da assistência à saúde, quando a equipe compreende os padrões e sua importância, conseqüente à participação ativamente em sua construção e implantação. Porém, o desafio de manter a qualidade observada com a padronização implantada sem despender tanto tempo e trabalho da equipe para seu preenchimento se mostrou presente.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Humano. Planejamento Terapêutico. Sistematização da assistência. Reabilitação. Gestão de qualidade em saúde. Acreditação Hospitalar.

ABSTRACT

Quality in health services requires a set of attributes that involve planning, setting goals, and mobilizing the entire organization. Due to the complexity of the procedures performed by health institutions, it is necessary to standardize them so that the end result meets the needs of the people served. Given the significant incidence of people with disabilities in society and the importance of providing quality rehabilitation services, this work is justified by the need to identify whether the systematization of care practices influences the quality of service offered, taking as an example a rehabilitation center. This paper aims to describe the experience in the implementation of Therapeutic Planning in a rehabilitation center, located in the metropolitan region of Paraíba Valley, through the perception of the 21 professionals involved. Developed as a case study, being an applied research, with qualitative, cross-sectional, descriptive exploratory approach. It was used the application of socioeconomic questionnaire to characterize the subjects, analysis of institutional documents to identify the stages of implementation of the protocol and semi-structured interviews to analyze the perception of those involved in the process. The profile of the participants is 19 women and 2 men with an average age of 37 years, young adults, married, white, with children, with a predominance of 10 years of experience. After analyzing the content of the interviews with the aid of the Bardin technique, the results reveal that there was resistance and difficulties initially faced by those involved, which, with the development of the work, were overcome and replaced by individual and collective contributions. Adherence to the standard was mainly due to its construction by those involved, which demonstrates the importance of the team's awareness of the issues in the sectors and the engagement of therapists as agents of change. Respondents measured improvements resulting from systematization, such as increased safety in the processes, for the team and patients, greater patient compliance, actively participating in their treatment, improved communication between the team and with the patient, greater organization of medical records, evolutions detailed information with better targeting of therapists and replicability in behaviors. Greater assistance effectiveness was identified with increased discharge with objectives achieved and a higher occupancy rate, but without improvement in efficiency as more time was needed to reach the proposed goals. It can be concluded that the systematization of care practice improves the quality of health care, when the team understands the standards and their importance, resulting from the active participation in their construction and implementation. However, the challenge of maintaining the quality observed with the standardization implemented without spending so much time and work on the team to complete it was present.

KEYWORDS: Human Development. Therapeutic Planning. Systematization of assistance. Rehabilitation. Quality management in health. Hospital Accreditation.

LISTA DE SIGLAS

BDTD: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
CARF: Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities
CCHSA: Canadian Council on Health Services
CDPD: Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CER: Centro Especializado em Reabilitação
CHD: Classificação Hierárquica Descendente
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
EFQM: European Foundation for Quality Management
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO: Instituto Nacional de Metrologia
ISSO: International Organization for Standardization Ou Organização Internacional para Padronização
JCI: Joint Commission International
MASP: Metodologia para solução de problemas
NIAHO: National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONA: Organização Nacional de Acreditação
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
OSS: Organização Social em Saúde
PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCPCD: Rede de cuidados à pessoa com deficiência
PDCA: Plan- Do-Check-Act
PDCL: Plan- Do-Check- Learning
PNAD: Pesquisa Nacional por amostragem de domicílios
PNGS: Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBA: Sistema Brasileiro de Acreditação
SciELO: Scientific Electronic Library Online
ST: Segmento de texto

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCE: Unidades de Contextos Elementares

UCI: Unidades de Contexto Inicial

3R: Metodologia 3R visa promover a sustentabilidade e preservação de recursos= Reduzir, Reutilizar e Reciclar

5S: Metodologia 5S de solução de problemas, utilizada na cultura da qualidade total

8D: Metodologia de solução de problemas 8D

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Resultado da pesquisa sem possibilidade de filtros adicionais	p.25
Figura 2: Principais etapas para a construção de um PCDT, adaptado de Mega (2015)	p. 42
Figura 3: Distribuição dos participantes de acordo com o gênero	p. 52
Figura 4: Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade	p. 53
Figura 5: Porcentagem de terapeutas segundo número de pós graduações	p. 53
Figura 6: PDCL adaptado de Oliveira (2011)	p. 61
Figura 7: Dendograma com a porcentagem de Unidades de Contextos Elementares em cada classe e palavras com maior qui quadrado, fornecido pelo <i>software</i> IRAMUTEQ	p. 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Termos descritores e suas combinações	p. 26
Quadro 2: PDCA- Adaptado de Seleme	p. 59
Quadro 3: Modelo de Planejamento Terapêutico- Equipe fisioterapia	p. 62
Quadro 4: Resumo das informações analisadas pelo IRAMUTEQ	p. 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Termos descritores pertinentes

p. 27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Problema.....	17
1.2. Objetivos.....	18
1.2.1. Objetivo Geral	18
1.2.2. Objetivos Específicos	18
1.3. Delimitação do Estudo	18
1.4. Justificativa.....	21
1.5 Organização do Trabalho.....	22
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1. Gestão de Qualidade em Serviços de Saúde.....	28
2.2. Acreditação Hospitalar	29
2.3. Triade Donabediana.....	36
2.4. Auditorias	37
2.5. A Sistematização da Assistência	39
2.6. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	41
3. MATERIAIS E MÉTODO	45
3.1. Tipo de Pesquisa.....	45
3.2. População/Amostra.....	46
3.3. Instrumentos	46
3.4. Procedimentos para Coleta de dados	48
3.5. Procedimentos para análise dos dados	48
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1. Caracterização da amostra.....	52
4.2. Etapas de sensibilização dos profissionais	55
4.3. Descrição dos protocolos do Planejamento Terapêutico	61
4.4. Percepção dos profissionais envolvidos	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
6. REFERÊNCIAS	100
7. APÊNDICES	114
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	114
Apêndice 2: Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.....	119
Apêndice 3: Questionário Socioeconômico	120
Apêndice 4: Entrevista Semi- Estruturada-Questões Norteadoras	123
Apêndice 5: Ofício de solicitação de autorização da Instituição.....	124
Apêndice 6: Termo de autorização da Instituição sede da pesquisa.....	125
8. ANEXOS	126
Anexo 1: Documentos Institucionais evidenciando a evolução da Unidade de Reabilitação nos Processos de Certificação de Qualidade, cronologicamente organizados	126
Anexo 2: Documentos Institucionais evidenciando a evolução da construção do Planejamento Terapêutico, cronologicamente organizado	137
Anexo 3: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	153

1. INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas observa-se uma maior sobrevida da população e conseqüente aumento de indivíduos com algum grau de deficiência que enfrentam dificuldades de reinserção no ambiente de trabalho ou mesmo à sociedade após a instalação da incapacidade (LIANZA, 2011).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde - OMS, em seu Relatório Mundial da Deficiência (2011), quase 1 bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre as quais, cerca de 190 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis.

No Brasil, os dados são do IBGE (2010), segundo o qual mais de 45 milhões de pessoas declaram possuir algum tipo de deficiência. Trata-se, portanto, de problema de saúde pública que, além das implicações pessoais e familiares, toda a comunidade e o Estado são afetados pelos encargos econômicos e sociais advindos das incapacidades observadas (YONEKURA, 2013).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) em seu artigo 25, reforça o direito dessas pessoas em alcançar um alto padrão de cuidados com a saúde, sem discriminação. No artigo 26, Habilitação e Reabilitação, a CDPD recomenda que sejam tomadas medidas apropriadas a fim de permitir que pessoas com deficiência alcancem o máximo de independência, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida (BRASIL, 2009), por meio de medidas que permitam a completa reabilitação das pessoas com deficiência e suas famílias.

De acordo com o Relatório Mundial da Deficiência (2011), poucos países implementaram nos últimos anos mecanismos que respondam às necessidades de quem vive com deficiência.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência orienta que toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde- SUS deve estar preparada para assistência às necessidades das pessoas com deficiência pois estas também são acometidas por agravos comuns aos demais, além das especificidades trazidas pela deficiência (MACHADO, 2018)

A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência foi criada no Brasil em 2012, através da portaria GM/MS nº 793/2012 como forma de garantir assistência à saúde das pessoas com deficiência de forma igualitária, integral e multidisciplinar, conforme princípios do SUS (BRASIL, 2012; DUBOW, 2018).

De forma mais ampla e abrangente, a Lei nº 13.146 chamada Lei Brasileira de Inclusão

da Pessoa com Deficiência ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi instituída em 2015, com o objetivo de assegurar e promover às pessoas com deficiência os mesmos direitos à saúde, inclusão social e cidadania do restante da população (BRASIL, 2015).

A referida lei dispõe, em relação às pessoas com deficiência:

- da igualdade e da não discriminação;
- do atendimento prioritário;
- dos direitos fundamentais como à vida, à habilitação e à reabilitação, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência social, à previdência social, à cultura, ao esporte, ao turismo e ao lazer, ao transporte e à mobilidade;
- da acessibilidade;
- da tecnologia assistiva;
- do direito à participação na vida política e pública;
- da ciência e tecnologia;
- do acesso à justiça;
- do reconhecimento igual perante a lei;
- dos crimes e das infrações administrativas.

A deficiência pode ser significada como condição físico-biológica decorrente de lesão ou disfunção corporal que impede ou dificulta alguma função importante da vida diária, segundo modelo médico de causalidade. Já o modelo social da deficiência considera o contexto no qual os indivíduos estão inseridos como fundamental para definir se aquela condição de saúde (sequela de lesão ou disfunção) impõem alguma deficiência ao indivíduo (VAZ, 2019).

Qualquer tipo de deficiência, seja visual, auditiva, intelectual, física ou múltipla pode ocasionar incapacidades funcionais no indivíduo, o que justifica sua participação em processo de reabilitação de qualidade. De origem no nascimento, como más formações e síndromes genéticas, ou adquiridas, como amputações e sequelas de acidentes, os diversos tipos de deficiência estão sujeitas a (re)adaptações com o objetivo de minimizar o impacto no cotidiano das pessoas acometidas (DELISA, 2002; LIMA, 2017).

A reabilitação não deve ser interpretada como “reabilitação física” ou “reabilitação

visual”, tampouco como “reabilitação auditiva”, pois possui abordagem multidimensional, segundo as necessidades individuais de cada paciente, reabilitando-o por completo, em aspectos físicos, emocionais, sociais e arquitetônicos (LIMA, 2017; MACHADO, 2018; VAZ, 2019).

A reabilitação possui caráter biopsicossocial, valorizando aspectos do corpo, pessoa e sociedade, treinando novas habilidades para o enfrentamento de dificuldades quotidianas (MACHADO, 2018; VAZ, 2019).

Segundo a OMS (2011), a reabilitação reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde; geralmente acontece durante um período determinado de tempo, envolve a identificação dos problemas e das necessidades da pessoa, definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos.

A reabilitação deve ser iniciada precocemente, desde o atendimento hospitalar até a reabilitação na comunidade (YONEKURA, 2013), pois assim produz resultados funcionais melhores para quase todas as condições de saúde associadas às deficiências. Um processo de reabilitação de qualidade, com adequado planejamento terapêutico, com aspectos físicos e emocionais corretamente abordados, fornecimento de equipamentos adequados, como meios auxiliares de marcha, próteses, órteses e cadeiras de rodas, permitem a capacitação do paciente e seus familiares para sua independência e retorno à sociedade.

Segundo Vieira (2014), a padronização dos atendimentos em reabilitação, assim como nas demais áreas da saúde, traz garantia para a qualidade da assistência prestada, pois permite a definição adequada de responsabilidades, a prevenção e a solução de problemas, bem como a eliminação de atividades redundantes. A sistematização através do uso de protocolos contribui para uniformização do trabalho, registra as condutas das equipes, permitindo a replicabilidade do trabalho prestado, instituindo uma homogeneidade técnica das equipes através de treinamentos e a utilização eficiente de recursos.

Carvalho (2012) afirma que, além da padronização das atividades de rotina, é preciso firmeza de propósitos, delimitação de metas que possam ser atingidas e o compromisso de todos da organização.

A importância de investimentos na assistência à pessoa com deficiência, seja na reabilitação, na acessibilidade ou em políticas de inclusão social, mostra-se cada vez mais necessária, além da busca contínua da melhoria da qualidade nessa assistência. Isto ocorre devido ao envelhecimento global da população observado há algumas décadas e risco maior de deficiências entre os idosos, além de mudança de perspectiva entre as pessoas que possuem alguma deficiência, identificando interações entre barreiras comportamentais, ambientais com

os aspectos físicos das pessoas acometidas, exigindo mudanças atitudinais e nas políticas públicas (OMS, 2011; YONEKURA, 2013).

Consequente a esta demanda de serviços públicos com qualidade, as instituições de saúde vêm passando por uma reestruturação, tendo como foco a qualidade e a produtividade, com a padronização de atendimentos através de protocolos assistenciais, gestão de riscos, otimização de recursos públicos e desenvolvimento humano aliado à tecnologia. Sendo assim, surgem desafios para os gestores locais das unidades de saúde, especialmente às Organizações Sociais em Saúde (OSS), que administram inúmeros serviços públicos através de contratos de gestão, com metas quantitativas e qualitativas acordadas (SANTOS, 2017).

A motivação inicial deste trabalho surgiu devido à prática quotidiana e profissional da autora frente à coordenação da equipe técnica em um Centro de Reabilitação.

Durante a implantação do Processo de Gestão de Qualidade na Unidade e do desenvolvimento do Planejamento Estratégico do referido Centro de Reabilitação, com a avaliação das forças e fraquezas da Unidade, algumas fragilidades foram identificadas:

- Ausência de sistematização na prática assistencial da equipe interdisciplinar no processo de reabilitação da pessoa com deficiência;
- Falta de identificação clara dos objetivos terapêuticos por parte dos profissionais da equipe e consequente incerteza no resultado da assistência;
- Grande variação no tempo despendido para os programas;
- Replicabilidade do atendimento comprometida devido à falta de padronização;
- Necessidade de comprovação dos resultados da assistência por meio de indicadores.

Diante de tais constatações, identificou-se a necessidade de elaboração de instrumento técnico que possibilitasse a padronização do processo de trabalho, embasasse as condutas da equipe, com clareza dos objetivos a serem alcançados, dos prazos e das técnicas a serem adotadas, com consequente melhoria na assistência prestada e impacto positivo na gestão de resultados da Unidade.

Deu-se início ao desenvolvimento do Planejamento Terapêutico da referida Unidade de Reabilitação, no ano de 2014, com o envolvimento de toda equipe interdisciplinar. O Planejamento Terapêutico consiste na sistematização da assistência prestada pela equipe. A construção e adoção de protocolos que visam direcionar o trabalho oferecido, minimizar vieses em busca de uma padronização do trabalho oferecido.

Passados quatro anos de seu início e após algumas atualizações, é notável a melhoria na

qualidade assistencial advinda da prática instituída, porém ainda sem inferência de seus créditos.

Sendo assim, a motivação deste trabalho é aprofundar o entendimento sobre o planejamento terapêutico desenvolvido, solidificando suas implicações para a assistência prestada, assim como identificar fragilidades no processo de sistematização e contribuir com o desenvolvimento de melhores práticas na área da reabilitação.

1.1. Problema

Observa-se que as fragilidades encontradas inicialmente no centro de reabilitação em estudo traz uma pequena amostra, da realidade das unidades de saúde do Brasil. A ausência de direcionamento técnico traz insegurança para os envolvidos, risco para os pacientes e enfraquece o resultado da assistência fornecida.

Os cuidados fornecidos ao paciente no Sistema de Saúde no Brasil são realizados de forma fragmentada e descontínua. Os serviços nos diversos níveis de atenção não se comunicam, ocasionando retrabalhos, desperdícios e descontinuidade nos tratamentos (MANZO, 2012; ROCHA, 2019; SANTOS, 2018).

Incertezas nas condutas, capacitações insuficientes, falhas de comunicação na transferência dos casos atendidos, cuidados fragmentados, sem considerar a real necessidade do paciente (SANTOS, 2018; ROCHA, 2019; NEVES, 2010) são características comumente encontradas em hospitais brasileiros. Condutas empíricas, falta de padronização em terminologias registradas em prontuários, assim como nas condutas, exemplificam esta assistência inadequada e trazem risco ao paciente por aumentarem as chances de erros nos procedimentos assistenciais (BOMBARDA, 2019; MINUZZI, 2016; MORETÃO, 2019).

Diante da realidade apresentada, desenhou-se o problema a ser investigado: a sistematização da prática assistencial traz melhoria na qualidade da assistência à saúde?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

- Analisar a experiência na implantação da Sistematização da prática assistencial em um Centro de Reabilitação por meio da percepção dos profissionais envolvidos.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Traçar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa;
2. Identificar as etapas de sensibilização dos profissionais durante a implantação do Planejamento Terapêutico;
3. Descrever um modelo do protocolo do Planejamento Terapêutico criado para os Programas de Reabilitação;
4. Conhecer a percepção dos profissionais da equipe interdisciplinar sobre a implantação da Sistematização do atendimento.

1.3. Delimitação do Estudo

Considerando a delimitação em nível Federal, o Ministério da Saúde criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPCD no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, com o objetivo de garantir às pessoas com deficiência, seja física, auditiva, visual, intelectual, ostomias ou múltiplas deficiências, uma assistência à saúde conforme princípios do SUS (BRASIL, 2012).

Segundo o referido Ministério, a RCPCD se fundamenta nas seguintes diretrizes:

- I. Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- II. Promoção da equidade;
- III. Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV. Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI. Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII. Desenvolvimento de atividade no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X. Promoção de estratégias de educação permanente;
- XI. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência

física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;

- XII. Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT) (BRASIL, 2012, Capítulo I, Art. 2º).

Com os objetivos de ampliar o acesso e qualificar os atendimentos às pessoas com deficiência no SUS, promover sua vinculação aos pontos de atenção, articulados e integrados, e qualificar o cuidado das pessoas com deficiência, a RCPCD criou os Centros Especializados em Reabilitação-CER, através da implantação de novos serviços ou qualificação de serviços de reabilitação já existentes, segundo site oficial do Ministério da Saúde¹ (BRASIL, 2012).

A ação em reabilitação pode ser fornecida em qualquer ponto de atuação da rede, porém deve se concentrar nos Centros Especializados em Reabilitação, atenção ambulatorial, de abrangência regional, com profissionais qualificados para atender às pessoas com deficiência, como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

Estão previstos financiamentos pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde, para três tipos de CER² (II, III, IV), a partir da combinação de, no mínimo, duas modalidades de reabilitação entre auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências.

Há alguns serviços de saúde habilitados em uma única modalidade, seja auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, mas esses já operavam na data de publicação da portaria (GM/MS Nº 793 de 24 de abril de 2012) e, desde que cumpram seus requisitos, podem prestar atendimento.

Como forma de implantar a Rede, o Grupo Condutor da RCPCD, sob a coordenação de cada Secretaria Estadual de Saúde, realiza avaliação diagnóstica de sua região e propõe desenhos e Planos de Ação Estadual e Regional em seu estado a fim de suprir suas necessidades em Serviços de Reabilitação. Após pactuados pelas Comissões Intergestores Regionais e Bipartite, os Planos são submetidos para análise do Ministério da Saúde.

Atualmente, estão cadastrados como Centros Habilitados pelo Ministério 187 CER em todo país, sendo que, no estado de São Paulo encontramos 42 Unidades, divididas nos três tipos (CER II, III e IV), segundo informações disponíveis no portal oficial do Ministério da Saúde.

¹ As diretrizes da RCPCD podem ser acessadas através do link do Ministério da Saúde: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

² A tipologia de classificação do CER é a seguinte:

- CER II = engloba dois serviços de reabilitação habilitados, de modalidades diferentes;
- CER III = engloba três serviços de Reabilitação habilitados, de modalidades diferentes
- CER IV = engloba quatro serviços de Reabilitação habilitados, de modalidades diferentes

Na região do Vale do Paraíba Paulista, área de abrangência da pesquisa em questão, não existe nenhum CER cadastrado até o momento; contando apenas com a assistência à pessoa com deficiência construída em nível estadual.

Considerando em nível estadual, o Governo do Estado de São Paulo criou uma Rede de Reabilitação em 2008, através do decreto estadual 52.973 e alterada pelo decreto 61.003, de 2014, segundo site oficial do governo do Estado de São Paulo³.

A Rede possui como missão atuar com excelência na atenção à saúde das pessoas com deficiência física, transitória ou definitiva, necessitadas de receber atendimento de reabilitação, desenvolvendo seu potencial físico, psicológico, social, educacional e profissional. Os atendimentos são realizados por equipe interdisciplinar, composta por profissionais especialistas em reabilitação como médicos fisiatras, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos.

Atualmente, a referida Rede de Reabilitação conta com 17 unidades em funcionamento no estado de São Paulo, sendo 5 na capital (Unidade Vila Mariana, Unidade Lapa, Unidade Umarizal, Unidade Morumbi e Unidade Clínicas) e as demais distribuídas no interior e litoral, em cidades como em Botucatu, Campinas, Fernandópolis, Marília, Mogi Mirim, Pariquera-Açu, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Sorocaba. Sendo que a Unidade da Região Metropolitana do Vale do Paraíba será o foco deste estudo.

A unidade em questão é referência para os 39 municípios que compõem a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, com um total de 2.264.593 de habitantes, com 22% (502.885 habitantes) da população com algum grau de deficiência e 7% (149.429 habitantes) da população total com Grande Incapacidade Motora, foco da atuação desta Unidade de Reabilitação, dados do IBGE 2010.

Oferece programas de reabilitação para pessoas com deficiências físicas de nascimento ou adquiridas, como amputação, sequelas de lesão encefálica, lesão medular, doenças neurodegenerativas, patologias infantis incapacitantes como paralisia cerebral e mielomeningocele, dentre outras sequelas de patologias incapacitantes.

Por meio de atendimento interdisciplinar com frequência de 2 a 3 vezes por semana

³ As características da Rede de reabilitação Lucy Montoro estão disponíveis em: <http://www.redelucymontoro.org.br/>. Acesso em 15 de Abril de 2019.

durante 6 meses, em média, oferece (re)habilitação às pessoas acometidas e aos seus familiares de forma integral, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e arquitetônicos, como forma de minimizar o impacto das sequelas, mesmo sem curá-las.

Administrado por uma Organização Social em Saúde - OSS desde sua inauguração, em 2011, o Centro de Reabilitação utiliza as ferramentas da qualidade no processo de reabilitação como forma de melhoria contínua dos processos assistenciais.

1.4. Justificativa

Estudos demonstram que a padronização do trabalho vem sendo utilizada em diversas áreas da indústria há tempos, com importantes benefícios como diminuição da carga de trabalho, otimização do tempo de serviço, redução de desperdícios, ganho na produtividade, aumento da satisfação dos funcionários, além da diminuição do risco de acidentes (KISHIDA, 2006; MARIZ, 2013).

Na área da saúde, a padronização dos procedimentos realizados se faz necessária devido à sua complexidade e à necessidade de resultados finais que atendam às demandas dos clientes. Atributos que envolvem planejamento, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização são ferramentas utilizadas em busca de uma assistência de qualidade (MALIK, 2001).

Segundo Minuzzi (2016), uma gestão de qualidade na área da saúde busca minimizar as chances de erros e consequentes agravos aos envolvidos, através da identificação, correção e padronização de processos de trabalho, capacitações, mudanças de atitudes e valores. A identificação das práticas favorece a padronização do tratamento, permitindo condutas mais apropriadas e aceitáveis em termos de resultados e custos para a saúde (ASSIS, 2013).

A padronização de processos assistenciais é comumente praticada em conjunto com outras ações durante uma gestão de qualidade, sendo o incremento à qualidade atribuído a estas práticas (BERSSANETI, 2016).

Cavalcante (2007, p. 8), em estudo realizado com pessoas com deficiência, demonstrou que a utilização de um modelo teórico padronizado trouxe benefícios claramente identificados, com planejamento individualizado do cuidado, com “conquista de maior independência e capacidade de solucionar problemas pelos participantes do estudo e seus familiares”, trazendo melhores resultados, com fundamentação teórica consistente para a prática ao cuidado.

Segundo Carvalho (2012), a padronização de atividades cotidianas torna-se possível devido a adoção de modelos aceitos pelos envolvidos e da utilização de linguagem acessível e flexível de acordo com as necessidades, refletindo, assim, na qualidade dos serviços

assistenciais, em virtude da homogeneidade instituída nas condutas individuais.

A sistematização da assistência através da utilização de modelos pré-estabelecidos, como os protocolos, direciona as ações da equipe, favorece a identificação e homogeneização dos resultados e minimiza os erros (SIMAN *et al*, 2017; PEREIRA, 2019).

A falta de padronização da técnica e nomenclatura utilizada traz consequências negativas para a instituição, equipe e paciente, sejam nas falhas de comunicação dos processos ou na fragilidade de transferência do cuidado (MORETÃO, 2019).

Diante da incidência das pessoas com deficiência na sociedade e da importância da oferta de serviços de reabilitação de qualidade, este trabalho se justifica a partir da necessidade de analisar se a sistematização das práticas assistenciais influencia na qualidade do serviço oferecido, tomando como exemplo um Centro de Reabilitação.

Pesquisas sobre a sistematização da assistência tem sido mais frequentes na área da enfermagem, abordando aspectos fundamentais sobre o Processo de Enfermagem através da metodologia SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme detalhado a seguir (BACKES, 2005; FERRAZ, 2016; NASCIMENTO, 2008). Pouco ou quase nada se escreve sobre a sistematização em um centro de reabilitação, atuação de equipe interdisciplinar e sua percepção sobre as consequências da padronização do cuidado, o que corrobora a necessidade desta pesquisa.

1.5 Organização do Trabalho

O primeiro capítulo deste trabalho apresenta a Introdução ao tema e sua relevância à sociedade, com identificação do problema a ser pesquisado, objetivos geral e específicos, delimitação do estudo e a justificativa de seu desenvolvimento.

O segundo capítulo apresenta a revisão da literatura, através de um panorama das pesquisas científicas desenvolvidas sobre o tema e da apresentação dos principais conceitos utilizados na Gestão de Qualidade em Serviços de Saúde, como Avaliação externa de qualidade, Acreditação Hospitalar, Tríade Donabediana, Auditorias e Sistematização da Assistência, fundamentando o estudo desenvolvido.

O terceiro capítulo apresenta os recursos metodológicos utilizados na pesquisa a fim de fundamentar a proposta deste projeto. Para o correto detalhamento do método utilizado, são apresentados os critérios relativos à determinação da amostra, dos instrumentos de coleta de dados, bem como os procedimentos para a análise dos dados e das informações coletadas.

No quarto capítulo apresentamos todos os dados coletados e análise dos mesmos.

Em consequente, as considerações estão apresentadas no último capítulo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Delinear o objeto de pesquisa requer, além de etapas subjetivas relacionadas à afinidade do pesquisador com o tema, outras de caráter mais objetivo, como o levantamento da literatura, a fim de contextualizar seu objeto no âmbito da produção acadêmico-científica para orientar e permitir um diálogo com sua pesquisa e seu objeto.

Como parte dos esforços necessários para contextualizar o objeto desta pesquisa –a experiência de implantação do Planejamento Terapêutico em um Centro de Reabilitação – foi realizado um levantamento dos textos, artigos, teses e dissertações, publicados entre os anos de 2014 e 2019 em algumas bases/bibliotecas *online* que abrigam periódicos nacionais e internacionais de referência, como SciELO - *Scientific Electronic Library Online*; Portal Regional da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD.

A opção pelo recorte temporal entre 2014 e 2019 foi necessária, tendo em vista que um dos objetivos atrelados à contextualização do objeto no âmbito da produção acadêmico-científica relevante é poder estabelecer um diálogo pertinente com referências contemporâneas. Ainda que fontes e referências não inseridas neste período temporal sejam tomadas nesta pesquisa como referenciais teóricos fundamentais, o diálogo com fontes secundárias é mais profícuo quanto mais similar é o contexto de análise, por essa razão optou-se pela delimitação da produção científica publicada apenas a partir de 2014.

Além disso, acreditação hospitalar é um dos temas que delimitam e orientam esta pesquisa, constituindo como aporte central para os diálogos que podem elucidar o objeto aqui estudado. Segundo dados de Emídio *et al* (2013), em 2009 havia no Brasil apenas 103 hospitais acreditados, em 2011 esse número foi ampliado para 151 e, já em 2012, houve um acréscimo de mais de 100%, pois já eram, neste ano, 318 hospitais acreditados. Neste sentido, percebe-se, a partir de 2012, um aumento significativo no número de hospitais que passam por processos de acreditação, e essa expansão passa a ser compreendida nos estudos após um certo período de sedimentação, razão também pela qual se optou por considerar as publicações relevantes a partir de 2014.

Em relação à abrangência geográfica dos estudos realizados e ao idioma utilizado para a publicação dos resultados, não houve delimitação orientada por esta pesquisa, ainda que as próprias bases apresentem, em virtude de suas características de regionalidade, limites pré-definidos. Ou seja, foram consultados, organizados e selecionados, entre os resultados obtidos com os termos descritores combinados, todos aqueles textos, especialmente os artigos, que

pudessem, de forma direta ou indireta, contribuir para a elucidação do objeto desta pesquisa, não importando o idioma do texto, que variou entre língua portuguesa, espanhola e inglesa.

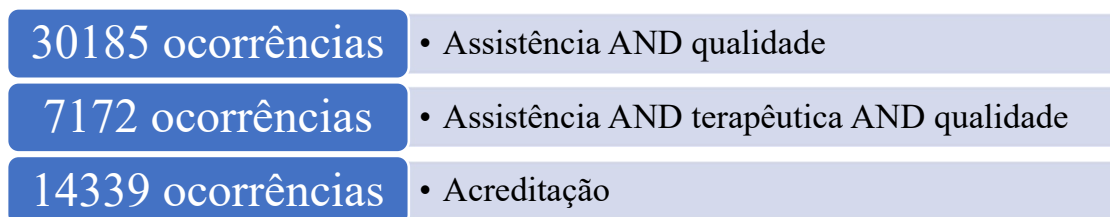
Como foram analisadas algumas bases diferentes, os critérios para definir os termos descritores, ou a combinação de termos descritores, variou em razão das funcionalidades de busca que a própria biblioteca digital oferecia. Embora tenham sido consultadas outras bases, para efeitos da análise aqui apresentada, serão considerados apenas os resultados das bibliotecas digitais SciELO, Portal Regional da BVS e BDTD.

Deu-se a inserção dos termos descritores previamente definidos: padronização, procedimentos, assistência, qualidade, sistematização, hospitalar, protocolo, acreditação, planejamento, terapêutico, donabedian, gestão, regulação, saúde. Os termos foram combinados com a utilização do recurso AND e analisados por ano de publicação, considerando a delimitação temporal entre 2014 e 2019, já estabelecida como critério para esta pesquisa, para todas as bases pesquisadas. Como os critérios de busca variam, como já explicitado, de acordo com a biblioteca virtual, é importante especificar os parâmetros adotados em cada base de dados.

Na Scielo, os termos ou combinações de termos descritores foram alocadas na opção “todos os índices”, a exceção de uma combinação para a qual foi necessário refinar optando pelo índice “título”; e, por fim, os textos foram pesquisados por ano de publicação no período considerado.

A BVS representa um sistema de informações coordenado pela BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde, composto por fontes de informações técnico científicas em ciências da saúde. Ela oferece várias bases de dados na área da saúde, como Lilacs- Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Med Line- Literatura Internacional em Ciências da Saúde. Para pesquisa no Portal Regional da BVS no intuito de filtrar os trabalhos, no campo de busca avançada, optou-se por submeter os termos descritores na categoria de índices “título, resumo, assunto”, adicionando termos para gerar combinações com uso de AND e, por fim, seguindo a mesma delimitação temporal. Alguns dos termos ou combinações de termos descritores gerou uma quantidade muito grande de resultados, não sendo possível estabelecer filtros adicionais. Nestes casos, as respostas a essas inserções não puderam ser analisadas, pois destoariam em demasia do foco desta pesquisa. Os casos nos quais optou-se por esta estratégia neste banco de dados, em virtude do excesso de resultados foram:

Figura 1: Resultados da pesquisa sem possibilidade de filtros adicionais.



Fonte: Desenvolvido pela autora.

Em relação à base de dados BDTD, a exceção de três combinações, os termos foram submetidos ao índice “todos os campos”, com o intuito de abranger o máximo de resultados. Isso, no entanto, mostrou-se pouco eficaz, pois como a base não é temática, muitos dos resultados não dialogavam em nenhum aspecto nem com a grande área da saúde, na qual se insere mais amplamente a discussão desta pesquisa. Assim, o leitor poderá observar, que algumas combinações, embora tenham gerado muitos resultados, foram, por fim, consideradas irrelevantes, pois poucos ou nenhum dos resultados apresentava relação com o tema aqui estudado. As três combinações que não foram submetidas ao índice “todos os campos” foi “qualidade AND assistência”, uma combinação sob a qual já havia sido adotada critério maior de refinamento também nas outras bases, na BDTD optou-se, assim como nas demais, portanto, em refinar por “título” os dois termos. A segunda combinação que exigiu um critério de refinamento foi “qualidade AND desenvolvimento humano”, pois gerou com o índice “todos os campos” 3116 resultados de pesquisa. Com o refinamento de “título” operando sobre o termo “qualidade”, os resultados foram diminuídos para 238 e, no fim, nenhum deles era relevante para esta pesquisa. Por fim, foi necessário refinar a combinação “regulação AND saúde”, que havia gerado 469 resultados antes do refinamento e, com a aplicação do índice “título” ao termo “regulação” diminuiu para 81 resultados, sendo possível sua análise.

Para a análise dos resultados que será apresentada aqui, será identificado, em primeiro lugar, o índice de ocorrências suscitadas a partir da inserção de um termo descritor específico. Não havendo ocorrências significativas, os termos descritores serão considerados irrelevantes para esta pesquisa. Do contrário, se houver um índice significativo de ocorrências, os resultados da pesquisa com os termos descritores serão categorizados em dois tipos: pertinentes e não pertinentes. Em caso de pertinência, serão identificados quantos textos demonstraram, inicialmente por seus resumos, aparente nexos com o objeto desta pesquisa.

Na contagem geral dos termos descritores ou combinação destes, temos o seguinte cenário:

Quadro1 : Termos descritores e suas combinações:

Termos Descritores ou combinações	Irrelevantes	Não pertinentes (sem ocorrências significativas para diálogo)	Pertinentes (com ocorrências significativas para diálogo)
Quantidade	9	1381	55
Descrição	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento AND terapêutico AND gestão Reabilitação AND bioecológica Sistematização AND bioecológica 	<ul style="list-style-type: none"> Sistematização AND assistência Regulação AND saúde Reabilitação AND assistência Sistematização AND hospitalar Protocolo AND assistência Qualidade AND bioecologica Qualidade AND desenvolvimento humano Sistematização AND desenvolvimento humano Planejamento AND terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> Acreditação Padronização AND Procedimentos Padronização AND assistência Qualidade AND assistência⁴ Qualidade AND assistência⁵ Assistência AND hospitalar Sistematização AND Assistência Regulação AND Saúde⁶ Donabedian

Fonte: Desenvolvido pela autora

Para avaliar a pertinência dos textos, foram analisados os resumos e, posteriormente, deu-se a leitura dos artigos na íntegra. A partir da inserção dos termos descritores com ocorrências significativas para diálogo obteve-se o seguinte cenário:

⁴ Para esta combinação optou-se pelo uso do índice “título” na base Scielo e BDTD.

⁵ Nesta combinação de termos descritores, o índice “título” foi aplicado apenas ao termo “assistência”, ao termo “qualidade” optou-se por ampliar a busca mantendo o índice “todos os campos” na base BDTD.

⁶ Nesta combinação de termos, houve necessidade de refinar a pesquisa e se elegeu o índice “título” para o termo “regulação” para a base BDTD.

Tabela 1: Termos descritores pertinentes

Termos Descritores ou Combinações	Ocorrências	Referências pertinentes
Padronização AND Procedimentos	231	7
Padronização AND assistência	161	13
Assistência AND qualidade	257	7
Acreditação	111	28
Acreditação AND Protocolo	16	6
Assistência AND hospitalar	204	7
Sistematização AND assistência	125	2
Regulação AND saúde	45	3
Donabedian	80	1
TOTAL	1.230	74

Fonte: Desenvolvido pela autora

Entre os textos pré-selecionados, não se pode contabilizar o total de referências pertinentes como sendo a soma das referências que foram selecionadas a partir de cada termo descritor, pois termos descritores diferentes indicaram, em alguns casos, resultados em duplicidade, levando a artigos que já tinham sido revelados com a inserção de termos descritores anteriormente. Essa ressalva é importante porque influencia na análise quantitativa dos resultados gerados a partir da inserção de cada termo descritor, já que um resultado pode ser contabilizado mais de uma vez.

Por meio dos textos selecionados, foi possível apresentar conceitos e definições dos principais temas relacionados ao objeto da pesquisa, assim como estabelecer diálogos e associações pertinentes dando fundamentação e sustentação à discussão, conforme se segue.

As referências pesquisadas contribuíram para melhorar a compreensão do cenário atual das Instituições de Saúde no Brasil e identificação das principais ferramentas utilizadas em uma Gestão de Qualidade em Serviços de Saúde (BRITO, 2017; SAQUETTO, 2019; NOGUEIRA, 2014; PADILHA, 2014; TAJRA, 2008). Possibilitaram um melhor entendimento sobre critérios de avaliação externa de qualidade e a importância de conhecer e padronizar os processos, conforme direciona a Acreditação Hospitalar, bem como as implicações da Sistematização dos processos na qualidade do cuidado oferecido (BACKES, 2005; FREIRE, 2019; MANZO, 2012; ONA, 2014; SAQUETTO, 2019; SAUT, 2016).

2.1. Gestão de Qualidade em Serviços de Saúde:

Os serviços em saúde buscam melhorias contínuas como forma de se manter no mercado atual competitivo e satisfazer os consumidores cada vez mais exigentes (HAYASHI, 2016).

A preocupação com a qualidade e sua avaliação tem sido motivo de discussão entre os gestores da área da saúde, com desenvolvimento de práticas gerenciais baseadas em teorias da Qualidade Total (ALVES, 2012; VITURI, 2010).

Estudos ressaltam a importância de uma gestão eficaz dos recursos da saúde, principalmente no Brasil, devido à alta prevalência de médicos sem formação na área de gestão, que administram serviços do setor, ao aumento do custo devido as tecnologias adotadas e ao tímido montante direcionado aos gastos em saúde, quando comparados a países mais desenvolvidos (BRITO, 2017; SAQUETTO, 2019).

As instituições de saúde não sustentarão os custos elevados com a má qualidade, despesas com retrabalho, gastos com processos ineficientes, além do impacto negativo na imagem da instituição frente à comunidade quando inseridas neste contexto atual de economia globalizada e competitiva. Estratégias de diferenciação competitiva se fazem necessárias como incremento à qualidade na gestão e fundamental para a sobrevivência da instituição (MANZO, 2012).

É preciso controlar a qualidade em todas as suas manifestações, ouvir o cliente e fornecer o serviço que ele gostaria, considerando a qualidade de trabalho, de serviço, de informações, de processo e de pessoal, além da qualidade técnica (NOGUEIRA, 2014). Segundo o autor, “A essência do gerenciamento pela qualidade total é a busca de melhoria contínua, utilizando uma metodologia específica” (NOGUEIRA, 2014, p. 15).

A gestão de qualidade na produção de bens e serviços passou da inspeção, valorização da mão de obra barata, localização física ideal e trabalhos repetitivos em série para valorização da percepção do cliente, do conhecimento adquirido e troca de experiências entre as equipes (PADILHA, 2014; TAJRA, 2008).

Um programa de gestão baseado na Qualidade Total direciona suas práticas principalmente na gestão do conhecimento, capacitações contínuas, investimento em inovações, tecnologia e valorizando a participação ativa dos clientes, internos e externos (TAJRA, 2008). As instituições de saúde investem em seu capital intelectual como forma de sobrevivência nesta realidade competitiva, afirma a autora.

Na era da Qualidade Total as instituições se esforçam para satisfazer as expectativas e necessidades dos clientes, envolvendo e engajando toda a equipe em busca da melhoria contínua

em todos os seus processos, na satisfação do cliente, mitigando os riscos em busca de melhores resultados (OLIVEIRA, 2004; TAJRA, 2008).

Segundo Bersanetti (2016), o desenvolvimento de práticas que promovam uma gestão de qualidade ainda é voluntária em nosso país, mesmo com as legislações sendo organizadas para cobrar, principalmente, adequada gestão de custos e um atendimento humanizado com foco na satisfação dos usuários, prova disto é a existência de um Projeto de Lei, nº 5.503, de 2013, para acrescentar à Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 1990, a obrigatoriedade de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços (BRASIL, 2013).

Em seu estudo, Bersanetti (2016) expõem as diferentes formas de gestão de qualidade em serviços de saúde, tais como: acreditação (ONA, JCI, CCHSA, NIAHO); métodos estruturados de melhoria de processos (PDCA, 8D, 5S, 3R); normas como a International Organization for Standardization - ISO (ISO 9001:2008; ISO 14000, ISO 26000); e modelos de excelência organizacional (PNGS, Malcolm Baldrige National Quality Award, European Foundation for Quality *Management* - EFQM).

As ferramentas da qualidade auxiliam na reestruturação dos processos internos, gerando benefícios para o usuário e para os colaboradores, tanto na configuração das atividades de trabalho, como na manutenção do foco em infraestrutura (MOURA, 2017, p. 71).

Segundo Malik (2014), no Brasil observa-se maior direcionamento pela Acreditação como Gestão da qualidade em saúde.

2.2. Acreditação Hospitalar

A acreditação hospitalar vem se desenvolvendo no Brasil há alguns anos como a principal forma de realizar uma gestão de qualidade em instituições de saúde, particulares ou públicas. Também denominada de Avaliação externa de qualidade, conta com auditorias de padrões pré estabelecidos, realizados por empresas neutras contratadas, conforme detalhado a seguir.

Acreditar significa dar crédito, crer, ter confiança, ter como verdadeiro (BUENO, 2007; MICHAELIS, 2008).

Segundo o INMETRO (2019), a acreditação é uma ferramenta estabelecida em escala internacional para gerar confiança na atuação de organizações que executam atividades de avaliação da conformidade.

As instituições de saúde utilizam dos programas de acreditação como forma de

evidenciar seus resultados positivos em termos de qualidade e segurança para o público interno e externo (FREIRE, 2019). É o processo de avaliação externa de qualidade mais utilizado em busca de padrões de excelência na área da saúde (SAUT, 2016).

A acreditação não representa um evento único e isolado e sim um processo longo que demanda tempo e investimento financeiro da instituição e de tempo dos envolvidos. Inicialmente apresenta uma dimensão educacional, com desenvolvimento da cultura de segurança e qualidade entre os envolvidos em busca da melhoria contínua. O processo de avaliação externa e consequente certificação advém da conformidade dos padrões pré definidos, atestando naquele momento o nível de qualidade da instituição (MOURA, 2017).

A acreditação no Brasil é liderada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, voltada para a melhoria contínua. Como não possui vínculo governamental, a ONA é isenta de caráter fiscalizatório ou de controle e possui três princípios fundamentais para o processo de acreditação:

- 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, 2014).

A criação da ONA, em 1999, está diretamente ligada às mudanças advindas da Constituição de 1988, com a definição da Saúde como direito de todo cidadão brasileiro.

A avaliação dos serviços de saúde oferecidos à população começou a ser alvo de preocupação de instituições de saúde e governos, surgindo na década de 1990 as primeiras iniciativas regionais de avaliação externa de qualidade e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, publicado pela Federação Latino-americana de Hospitais, Federação Brasileira de Hospitais e Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS, segundo informações da ONA (2014).⁷

A partir destes modelos de acreditação regionais e de países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Espanha, desenvolveu-se a metodologia de avaliação da ONA, testada em variadas regiões brasileiras antes de sua utilização (SAUT, 2016; ONA, 2014).

Desde então, o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é coordenado pela ONA, em

⁷ Informações referentes ao Manual da ONA 2014, disponíveis no site: <http://www.ona.org.br/pagina/23/historico>. Acesso em 12/03/2019.

conjunto com instituições de saúde, organizações e entidades acreditadoras em prol da melhoria contínua no atendimento e na segurança do paciente (ONA, 2014).

Através de padrões alicerçados nos princípios de qualidade de Donabedian (2005), envolvendo a estrutura, os processos e os resultados, as instituições de saúde necessitam desenvolver critérios cumulativos e crescentes, podendo incorrer na emissão do certificado de qualidade por intermédio das instituições acreditadoras, em três possíveis níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência, conforme especificações contidas no Manual Brasileiro de Acreditação (MANZO, 2012; ONA, 2014; SAQUETTO, 2019).

A instituição pode ser classificada como **Acreditada** quando demonstra conhecimento dos riscos e dos perigos dos processos, com identificação ou criação de barreiras em busca da segurança assistencial e estrutural.

Para ser considerada **Acreditada Plena**, além do cumprimento dos requisitos do nível anterior, a instituição deve possuir conhecimentos de seus processos assistenciais e gerenciais, padronizados através de protocolos guiados pelo Planejamento Estratégico da Unidade.

Como o processo é cumulativo, para ser identificada como Instituição **Acreditada com Excelência**, é preciso atender aos requisitos dos dois níveis anteriores – identificação dos riscos e dos perigos e padronização dos processos assistenciais e gerenciais – e demonstrar ações planejadas a partir da análise dos indicadores de resultados, em busca de melhoria contínua (ONA, 2014).

A lógica da Acreditação é mediada pela comparação da realidade institucional avaliada externamente e periodicamente à luz de padrões de qualidade previamente definidos (...). Essa lógica reafirma que a acreditação é conduzida por meio do estabelecimento de créditos, padrões e indicadores, no sentido de alavancar a visão estratégica das instituições, que são impulsionadas pela avaliação externa (OLIVEIRA, 2019, p. 2).

A certificação não deve ser tomada como a prioridade desse processo, uma vez que a sedimentação da cultura da qualidade e da melhoria contínua devam ser compreendidas como o objetivo principal da instituição de saúde (OLIVEIRA, 2016). Ela representa o reconhecimento público da conformidade dos produtos, serviços ou processos analisados. Valida a prática utilizada pela instituição, trazendo confiança, reconhecimento interno e externo, além de direcionamento quando das não conformidades, sugestões de ações corretivas e preventivas nas recertificações (TAJRA, 2008).

Uma gestão de Qualidade na área da saúde, como a Acreditação, influencia positivamente na qualidade da assistência, através da padronização de processos assistenciais, do acompanhamento dos resultados, da racionalização do trabalho e da educação contínua da

instituição de saúde como um todo, necessitando, para tanto, da adoção de melhorias contínuas nos processos, práticas gerenciais ativas, inovadoras e coerentes (ALVES, 2012; MANZO, 2012; ONA, 2014).

Com a Acreditação Hospitalar ocorre um incremento na qualidade dos serviços de saúde, com mudança comportamental dos envolvidos, mobilização constante em busca de melhoria contínua da assistência (MOURA, 2017).

A qualidade da área da saúde deve ser almejada segundo a realidade de cada instituição e seus objetivos organizacionais, levando em consideração as diversas dimensões envolvidas, tais como o acesso, a segurança, o paciente como foco da atenção, a efetividade e a eficiência dos atendimentos (ALVES, 2012; PADILHA, 2014).

Em estudos, Schiesari (2014), Mendes (2015) e Oliveira (2017) demonstram que alguns princípios comumente atribuídos à gestão de qualidade em instituições de saúde são identificados naquelas instituições que participaram deste processo de acreditação, entre os princípios identificados estão: melhoria contínua, cultura de segurança, atendimento centralizado no paciente, planejamento de ações com avaliações sistemáticas de resultados por meio de indicadores.

Segundo Manzo (2012), é necessário que toda a equipe hospitalar desenvolva a cultura do cuidado integral, considerando o paciente como foco principal da assistência. Superar a prática da atenção fragmentada na saúde é parte das estratégias necessárias para almejar melhorias na qualidade da assistência.

Em estudo realizado com gestores da qualidade hospitalar no estado do Paraná, Oliveira (2016) relata que a melhoria da qualidade do gerenciamento e da assistência ao usuário foram as contribuições consequentes da Acreditação hospitalar mais sinalizadas pelos entrevistados.

No que se refere ao gerenciamento, os entrevistados destacam:

- Melhor planejamento das ações da instituição;
- Alcance de níveis elevados na qualidade da gestão pelos colaboradores;
- Definição e Mapeamento de processos gerenciais.

Segundo Alves (2012) e Seiffert (2011), a identificação e a padronização dos processos possuem importância fundamental para o sucesso da implantação e da manutenção da gestão da qualidade, principalmente quando alinhadas à prática do Planejamento Estratégico.

Freire (2019) corrobora a importância do desdobramento do Planejamento Estratégico a todos os níveis ocupacionais da instituição, empoderando todos os funcionários de conhecimento para suas ações. Segundo a autora o sucesso na busca da certificação de

qualidade depende da sensibilização dos envolvidos quanto à necessidade de mudança em seus processos de trabalho, engajamento e mudança comportamental.

Nenhum processo estruturado e padronizado, ainda que oportuno e extremamente útil, sobrevive se os agentes responsáveis pelo seu manejo não compreenderem e se envolverem com a filosofia e os objetivos da nova prática assistencial e de gestão, Moura (2017, p. 84).

Quando as normas são impostas, sem que o grupo entenda sua importância, compromete a aderência e compromisso da equipe (MORETÃO, 2019).

As vantagens atribuídas como consequentes à acreditação no quesito Gerenciamento extrapolam as questões exclusivamente administrativo-burocráticas, pois influenciam no atendimento das necessidades dos usuários que, neste caso, são os pacientes, e o produto melhorado é a assistência, que se torna mais qualificada e humanizada (BOUÇAS, 2018; OLIVEIRA, 2016).

Em relação à qualidade da Assistência, o estudo de Oliveira (2016) identifica algumas melhorias advindas da Acreditação, como:

- Cliente como foco nos processos de atendimento;
- Melhorias relacionadas à segurança do paciente, com identificação e minimização dos erros;
- Padronização dos processos assistenciais, resultando em melhorias relacionadas à segurança e à qualidade na assistência.

Resultados semelhantes foram identificados em diversos estudos realizados em instituições acreditadas por todo o país (AZEVEDO, 2017; BRITO, 2017; CAMILLO, 2016; SCHIESARI, 2014; SIMAN *et al*, 2017), inclusive relacionados à padronização dos processos assistenciais, foco deste projeto de pesquisa, com incremento na eficiência e segurança para o paciente.

Ao comparar instituições acreditadas e não acreditadas, Saut (2016), observou melhorias relacionadas aos processos internos, treinamentos, imagem institucional e cultura da qualidade, elencando-as:

- engajamento pessoal na melhoria da qualidade;
- introdução e utilização de indicadores;
- adoção de treinamentos;
- apoio da liderança;

- desenvolvimento da cultura organizacional de qualidade e segurança;
- padronização de processos de cuidados;
- desenvolvimento de sistemas de gestão de desempenho;
- melhor aderência e educação do paciente;
- maior satisfação dos pacientes e familiares.

Os profissionais de saúde apresentam pontos de vista contrastantes no que se refere ao impacto dos programas de acreditação nas instituições. Mesmo sinalizando melhoria na qualidade dos serviços de cuidado da saúde de forma unânime, alguns sinalizaram pontos negativos como aumento de carga de trabalho, estresse e pouca valorização profissional (SAUT, 2016; AZEVEDO, 2017; MENDES, 2015).

Na visão dos farmacêuticos entrevistado por Bouças (2018), a valorização e o conhecimento adquiridos no processo de acreditação superaram a pressão e a cobrança. O principal benefício se deu pela mobilização institucional que impulsionou algumas mudanças na estrutura, no organograma e nos processos, favorecendo sua reintrodução na equipe multiprofissional.

Siman *et al* (2017) também identificaram pontos positivos e negativos do processo de acreditação ao entrevistarem gestores de um hospital privado de grande porte em Belo Horizonte, acreditado por excelência pela ONA e certificado pela NIAHO- *National Integrated Accreditation for Health care Organization*. Como pontos positivos os entrevistados citaram organização e padronização dos processos de trabalho, facilidade de gerenciamento pela troca de informações com mais credibilidade, melhor acompanhamento dos resultados e desempenho da instituição, melhora na capacitação da equipe, na interação entre os setores, trabalhando de forma sistêmica, integrada, além da solidificação das relações internas e da confiança entre as pessoas no ambiente de trabalho.

Como pontos negativos os autores sinalizaram a cobrança e pressão para o cumprimento das metas, o estresse e a sobrecarga de trabalho, além da dificuldade de relacionamento entre a equipe (SIMAN *et al*, 2017).

Aspectos financeiros devem ser considerados pelas instituições que desejam ingressar em processo de acreditação, pois este exige tempo dos funcionários e recursos significativos de investimentos (infraestrutura, inovação tecnológica, tecnologia de informação e recursos humanos) tanto para implantação, com taxas de aquisição, quanto para manutenção das certificações. E ainda não está atrelada, no Brasil, a manutenção ou aumento de repasse de verba

governamental (SAUT, 2016; SIMAN *et al*, 2017).

O Centro de reabilitação em estudo iniciou seu processo de busca por um padrão de qualidade em Abril de 2014, quando recebeu a visita diagnóstica da empresa certificadora. Após árduo processo de estruturação e desenvolvimento, em Janeiro de 2017 conquistou sua primeira certificação ONA, diretamente para o nível 2, Acreditado Pleno, conforme observado em documentos institucionais, anexo 1. A presença da gestão integrada, identificação e interação de processos administrativos e assistenciais foram comprovados, além de identificação dos riscos e perigos dos processos e criação de barreiras em busca de maior segurança, requisitos do nível anterior.

A partir de então, outras certificações foram concedidas como atestado de qualidade, como SGI- Sistema de Gestão Integrada do Sistema ISO (ISO 9.001- Gestão da Qualidade, ISO 14.001-Gestão do Meio Ambiente, OHSAS 18.001- Saúde e Segurança do Trabalho e ISO 50.001- Gestão Energética) em Outubro de 2018.

Já em Dezembro de 2018, o Centro conquistou a certificação internacional CARF- *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilitier*, considerada a mais importante certificadora internacional em reabilitação, reconhecida mundialmente pelo alto nível de exigência estabelecido.⁸ A CARF é uma organização credenciadora independente, sem fins lucrativos, fornece serviços de acreditação para serviços de saúde e humanos em todo o mundo. Auxilia os provedores de serviços de saúde a melhorarem a qualidade do atendimento, demonstrar valor e atender a padrões reconhecidos internacionalmente. Gerenciar riscos, integrar o paciente, familiar e comunidade no processo de reabilitação, além de ações assistenciais e administrativas de melhoria contínua são foco desta certificadora.

Neste ano, além do centro em estudo, apenas 8 centros de reabilitação no Brasil possuíam esta certificação internacional, sendo que destes, 7 fazem parte da mesma rede estadual de reabilitação do centro da pesquisa, mencionada anteriormente.

A certificação ONA 3, Certificação por excelência, foi concedida em Março de 2019, quando identificada a gestão por melhoria contínua, através de análises dos resultados estratégicos para a Instituição, anexo 1.

Desde então, treinamentos de melhoria de processos e capacitações técnicas estão sendo realizados com o intuito de manter o nível de excelência conquistado e fornecer uma assistência de qualidade aos pacientes no processo de reabilitação.

A evolução da Unidade de Reabilitação nos processos de Certificação de Qualidade ora

⁸ Informações disponíveis em <http://redelucymontoro.org.br/site/primeira-instituicao-no-brasil-acreditada-pela-carf.html> e <http://www.carf.org/Programs/Medical/>.

descrita pode ser comprovada nos documentos cedidos pela instituição, anexo 1.

As condutas, treinamentos, ações preventivas e corretivas tomam como direcionadores os padrões alicerçados nos princípios de qualidade de Donabedian (2005), envolvendo a estrutura, os processos e os resultados da assistência, conforme explicado a seguir.

2.3. Tríade Donabediana

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde vem de décadas anteriores, mas foi a partir do desenvolvimento do Modelo de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde de Donabedian, em 1960, que a contribuição científica alavancou (HAYASHI, 2016; DONABEDIAN, 1990).

“*The Seven Pillars of Quality*” define como padrões avaliativos de qualidade a eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Como mecanismo de controle da qualidade, Avedis Donabedian desenvolveu uma metodologia para monitorar, detectar e corrigir desvios nos padrões previamente estipulados (DONABEDIAN, 1990). Conhecida como Tríade Donabediana, essas aferições avaliam as instituições de saúde sob três principais aspectos:

1. Estrutura;
2. Processos;
3. Resultados.

No que se refere à estrutura, são avaliados os elementos considerados estáveis da instituição, como estrutura física, recursos humanos, tecnologia direcionada, capacitação técnica da equipe e organização da assistência.

A estrutura oferecida influencia na qualidade da assistência pois facilita ou dificulta uma boa atuação da equipe. Conhecer e considerar a estrutura da instituição é fundamental para o direcionamento e resultados de novas ações, Fonseca (2005).

Na análise dos processos institucionais são consideradas as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, sendo a avaliação técnica e/ou administrativa realizada por meio de observação direta da prática ou por registros das atividades. Esta avaliação é denominada de Auditoria. Busca-se a identificação e padronização dos processos gerenciais e assistenciais,

sendo a sistematização da assistência cerne deste estudo.

Já o resultado é avaliado como decorrência da oferta da assistência, do cuidado total ou da falta dele, por meio de indicadores do tratamento como eficácia e eficiência, além de ser considerada a satisfação do usuário e do profissional envolvido na assistência (DONABEDIAN, 1990). Segundo Donabedian (2005), através dos resultados pode-se avaliar indiretamente a qualidade e redirecionar as ações na Instituição como um todo.

As avaliações considerando estrutura, processo e resultado, conforme estipulado na Tríade Donabediana, promovem a integração das relações entre qualidade do cuidado, estado de saúde e o uso de recursos (PERTENCE, 2010).

O aspecto da Tríade Donabediana referente a Processos valoriza a identificação, correção e normalização dos inúmeros *modus operandi* de uma instituição de saúde. Normalizar representa padronizar as tarefas, sistematizar a forma como é realizada cada conduta dentro do local de trabalho na tentativa de otimizar recursos, maximizar resultados, melhorar a comunicação e segurança entre os envolvidos (TAJRA, 2008).

Sendo este o foco desta pesquisa, a Sistematização da assistência desenvolvida em um centro de reabilitação.

A avaliação do cumprimento dos requisitos pré estabelecidos, seja referente a estruturas, processos ou resultados normalmente é realizada através de auditorias pelas instituições de saúde, conforme descrito a seguir.

2.4. Auditorias

No desenvolvimento de uma gestão de qualidade, as atividades desenvolvidas frequentemente passam por uma avaliação criteriosa e sistemática com o objetivo de identificar se estão de acordo com o planejado anteriormente e se atingiram os objetivos iniciais (ASEF, 2018).

Denominada Auditoria, este exame criterioso pode ser realizado internamente, Auditoria Interna - por funcionários da própria empresa, ou externamente - Auditoria Externa - por empresas neutras contratadas (ALÁSTICO, 2013).

Auditar significa avaliar a qualidade do serviço oferecido por meio de observação direta e registros realizados. Possui a função de identificar as conformidades e apontar as não conformidades nos processos e ações realizadas que não alcançaram seus objetivos propostos inicialmente. Avalia e controla se os processos e resultados estão de acordo com modelos pré definidos pela gestão estratégica da instituição (CALEMAN, 1998).

Para tanto, é fundamental a existência e utilização na Unidade de saúde de instrumentos gerenciais e técnico científico como uma Central de Regulação de Vagas e Comitê técnico, para auditar o acesso e protocolos clínicos que ditam o padrão de qualidade da assistência que deve ser avaliada. Como exemplo de instrumentos, os prontuários dos pacientes representam documentos importantes na realização da auditoria clínica da assistência, pois fornecem registros do cuidado fornecido (CALEMAN, 1998; NÓBREGA, 2008).

Os dados encontrados são transformados em informações por meio de relatórios e indicadores para melhor visualização da realidade da instituição (NÓBREGA, 2008). A construção de relatórios identificando as não conformidades encontradas, de forma ordenada segundo prioridade facilita a tomada de decisão da diretoria da Unidade (CALEMAN, 1998).

São exemplos de indicadores avaliados na auditoria em sistemas de saúde: taxa de ocupação, índice de mortalidade, taxa de absenteísmo, índice de infecção hospitalar (CALEMAN, 1998). Geralmente são auditados os indicadores dos processos estratégicos da instituição e analisados segundo metas traçadas pela unidade. As metas podem ser estipuladas considerando a literatura, histórico da unidade ou comparação com outras unidades semelhantes. Se considerados não conformes, requererão análise crítica com identificação das fragilidades e possíveis soluções, com possibilidade de reorganização de fluxos e processos (ASEF, 2018; CALEMAN, 1998; LIBERATTI, 2019).

A auditoria se coloca como ferramenta para monitorar a eficiência e a eficácia em instituições de saúde e promover melhorias na assistência fornecida com otimização de recursos (LIBERATTI, 2019). Indispensável para unidades privadas ou públicas, sejam municipais, estaduais ou federais, permite o acompanhamento de contratos firmados e cumprimento de metas pela padronização de instrumentos e protocolos (ASEF, 2018; LIBERATTI, 2019).

Existem dois conceitos de auditoria: de Regularidade ou Tradicional e Operacional ou Desempenho (NÓBREGA, 2008). A auditoria de regularidade ou tradicional possui a finalidade de auditar conformidades legais, finanças, cumprimento de leis e normas. Verificar, encontrar e pontuar as irregularidades. Já na auditoria operacional ou de desempenho geralmente ocorre geração de novos conhecimentos pela análise e avaliações dos auditores como forma de contribuir à instituição auditada (NÓBREGA, 2008). É direcionada à análise das estruturas nas quais estabelecem os serviços de saúde, nos processos que direcionam a assistência e nos resultados alcançados por esta, segundo modelo Donabediano de avaliação de Instituições de Saúde (NÓBREGA, 2008).

Na Unidade de reabilitação pesquisada foram realizadas inúmeras auditorias internas e externas de desempenho, seja dos prontuários médicos, para análise de conformidades nos

protocolos assistenciais implantados ou acompanhamento de resultados, conforme observado em documentos institucionais (ANEXO 2). Os indicadores auditados pela unidade demonstram os resultados dos processos estratégicos, como taxa de ocupação, efetividade e eficiência dos programas de reabilitação. Outros foram importantes para acompanhar a evolução e qualidade da sistematização da assistência desenvolvida, como índice de conformidades em prontuários, ocasionando reorientações e atualizações nos processos, conforme relatos de entrevistas e documentos institucionais.

2.5. A Sistematização da Assistência

Segundo Carvalho (2012), a padronização das atividades de rotina favorece sua qualidade, através da unificação do comportamento dos indivíduos, por modelos aceitos pelo grupo. Para tanto, deve-se empregar uma linguagem de fácil entendimento e com certa flexibilidade, que permita mudanças de acordo com situações diversas.

Além disso, a padronização traz inúmeros benefícios: melhor utilização dos recursos e do tempo, homogeneidade nas condutas, com uniformidade nos treinamentos, bem como o registro seguro do conhecimento (VIEIRA, 2014). Aliás, esse é um dos quesitos avaliados na Acreditação Hospitalar, no nível Acreditado Pleno: Padronização de Processos Assistenciais (ONA, 2014).

Na assistência ao paciente, a equipe de enfermagem é pioneira na Sistematização de sua atuação, através de estudos relacionados ao Processo de Enfermagem (NASCIMENTO, 2008). A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, considerada atividade exclusiva do enfermeiro, Cofen nº 358 (2009), ancora-se em teorias que direcionam o fazer, avaliam as condutas e reorganizam o cuidado. Baseada na realidade e necessidade dos pacientes, fortalece a comunicação entre os profissionais e organiza o trabalho da equipe quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem e contribuindo para a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, Ferraz (2016).

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico, sistemático e humanizado. Sistemático, pois padroniza o atendimento em cinco etapas, conforme descrito mais adiante, humanizado, pois permite um cuidado individualizado e considera inclusive demandas subjetivas (FERRAZ, 2016). Possibilita a aplicação de conhecimentos científicos e ações sistemáticas e inter-relacionadas.

Esta metodologia recebeu maior ênfase no Brasil na década de 1970 e 80, devido a

influências da Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (NEVES, 2010). A partir de então, segundo Nascimento (2008), estudos têm sido desenvolvidos em larga escala sobre a sistematização da assistência de enfermagem aplicados aos diversos campos de atuação.

A metodologia da SAE no Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN nº 358, 2009):

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN nº 358/2009, p. 2)

A implementação da SAE é considerada um incremento na qualidade da Assistência de Enfermagem (BACKES, 2005), pois proporciona maior eficiência e autonomia ao enfermeiro, com o conseqüente reconhecimento e valorização de seu papel na equipe.

Estudo realizado por Lima (2004) corrobora essas conclusões, ao indicar que a implementação da SAE institui segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem, assim como a individualização da assistência, a visibilidade e a autonomia para o profissional de enfermagem.

Os benefícios da sistematização também são sinalizados por Sperandio (2005), pois permite a comunicação eficiente e resolução dos problemas relacionados à assistência.

A padronização da assistência por meio de protocolos e *check list* é fundamental para a qualidade do serviço prestado e segurança para o paciente; considerados barreiras físicas e administrativas podem evitar erros e incidentes (MINUZZI, 2016). Porém, exige tempo para registro e análise de seus dados, o que dificulta sua implementação, pois as instituições de saúde não possuem funcionários suficientes, e os que atuam, se encontram sobrecarregados

(BOUÇAS, 2018; NEVES, 2010; PEREIRA, 2013).

Tomé (2014) corrobora identificando que os recursos humanos reduzidos refletem na sobrecarga de trabalho e falta de tempo, traduzindo como principais dificultadores da implantação da SAE em uma Unidade de Terapia Intensiva em Goiás.

Graduandos de enfermagem entrevistados por Ferraz (2016) sugerem que para o sucesso na implantação da SAE é necessário recursos humanos e materiais suficientes, comprometimento da equipe envolvida, além do apoio e planejamento da instituição.

Em pesquisa sobre a implantação da SAE no atendimento ao pré-natal de risco habitual nos serviços de atenção básica, os entrevistados apontaram dificuldades como falta de educação permanente para utilização do padrão, programas computacionais incompatíveis com as etapas do Processo de Enfermagem e a inexistência de protocolos. A aplicação da SAE ainda ocorre de forma fragmentada e/ou automatizada pela equipe de enfermagem, sendo necessário uma análise específica de cada instituição, identificando suas particularidades em busca de melhoria (ROCHA, 2019).

Na tentativa de homogeneizar a assistência e minimizar suas variabilidades o Ministério da Saúde construiu Protocolos Clínicos e Diretrizes como forma de orientação do cuidado, conforme melhor explicado a seguir.

2.6. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

O Ministério da Saúde fornece direcionamento para a prática do cuidado integral do paciente no âmbito do SUS. Também chamados de *Guidelines*, protocolos, manuais ou guias de boas práticas, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), nomenclatura oficializada pela lei nº 12.401 de 2011, ditam orientações terapêuticas baseadas em evidências, considerando a segurança, eficácia, efetividade e custo das intervenções nas diferentes fases da patologia a qual se refere o protocolo (MEGA, 2015).

Normalmente direcionados para as doenças de maior impacto na sociedade, como Esclerose Lateral Amiotrófica, Artrite Reumatóide, Carcinoma de mama, Diabetes, Doença de Alzheimer, dentre outras, estabelece critérios para o diagnóstico, tratamento medicamentoso e outras tecnologias necessárias, posologias, mecanismos de controle clínico e resultados terapêuticos.

São resultados de consenso técnico científico com rigorosos parâmetros de qualidade e busca atualizada em literatura, representam as diretrizes nacionais para uma abordagem integral ao paciente em diversos agravos à saúde (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).

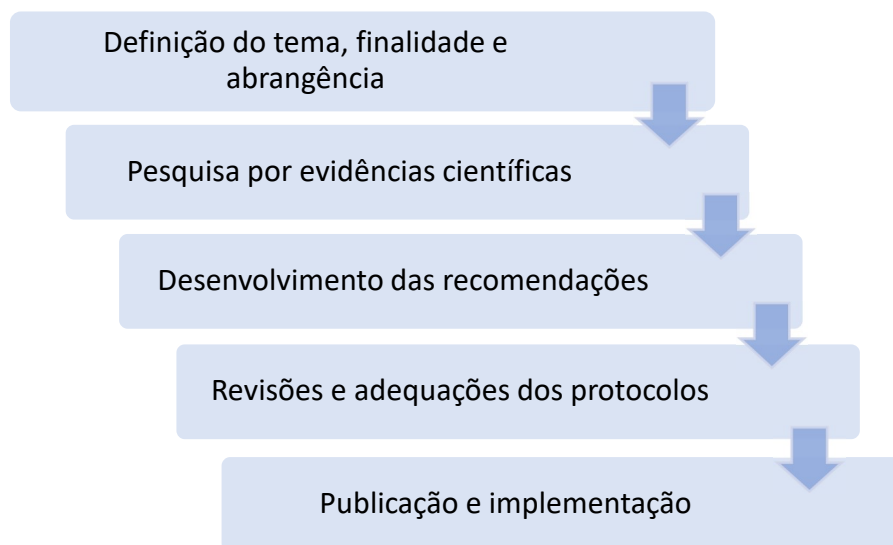
Em 2012, através da portaria GM/MS nº 2009 foi instituída a Subcomissão Técnica de

Avaliação de PCDT no âmbito da CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, com a competência de :

- 1) Definir os temas para os novos PCDT;
- 2) Elaborar o escopo do documento;
- 3) Acompanhar sua elaboração;
- 4) Avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de
- 5) Providenciar revisão periódica dos PCDT vigentes em até dois anos, conforme legislação (MEGA, 2015, p. 3280).

Pela participação na CONITEC de diversas Secretarias do Ministério da Saúde, membros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Federal de Medicina, membros dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde garante que a análise e condutas frente aos PCDT como inclusões, exclusões e modificações sejam realizadas nas mais diversas dimensões, clínica e econômica, identificando possíveis dificuldades, oportunidades também na visão dos gestores e usuários (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018; MEGA, 2015).

Figura 2: Principais etapas para a construção de um PCDT



Fonte: Adaptado de Mega (2015).

Para um melhor desenvolvimento e disseminação dos PCDT, equipes técnicas estão sendo convidadas a contribuir na elaboração dos documentos, além da adoção de estratégias como:

- 1) Propiciar o envolvimento de pacientes durante o processo de elaboração de PCDT, desde o desenvolvimento do escopo do projeto;

- 2) Elaborar versão do texto de PCDT direcionada ao público leigo (pacientes e cuidadores);
- 3) Elaborar versão resumida do PCDT direcionada ao profissional de saúde (recomendações e algoritmos para consulta rápida);
- 4) Disponibilização de formulário próprio para contribuições de consulta pública relacionada ao PCDT;
- 5) Disponibilização dos textos de PCDT em outros formatos de mídia eletrônica como aplicativos para smartphones e tablets;
- 6) Divulgação dos PCDT diretamente ao público interessado, por meio de participação em eventos de sociedades médicas, de pacientes e encontros de gestores municipais e estaduais (MEGA, 2015, p. 3283-2).

Através da Portaria SCTIE/MS n.27 de 12 de Junho de 2015, o fluxo de trabalho e as Diretrizes Metodológicas para elaboração de PCDT foram estabelecidas, trazendo padronização, reprodutibilidade e método para as recomendações.

A adoção de protocolos como forma de padronizar os processos direciona as condutas segundo um modelo e auxilia a identificar o alcance dos objetivos, minimizar a variabilidade de resultados, com serviços ofertados de forma mais homogênea (SIMAN *et al*, 2017).

Em relação ao direcionamento de condutas em Reabilitação, o Ministério da Saúde lança alguns PCDT como Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral, Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral e Diretrizes de atenção à pessoa amputada, ambos em 2013, além de outras como Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico em 2015 e orientações para manejo da espasticidade e Dor.⁹

Traz com esses protocolos a epidemiologia do agravo em questão, sua classificação, principais características, sequelas e pressupostos básicos do cuidado e do processo de reabilitação. Orienta a necessidade de avaliação biopsicossocial e funcionalidade, participação da família e sinaliza a importância da elaboração de um programa de reabilitação individualizado, com intervenções centradas nas necessidades do paciente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015)

Tão importante quanto instituir um protocolo como as Diretrizes do Ministério da Saúde, para um atendimento integral ao paciente, se mostra a necessidade do preparo destes profissionais que estarão atuando tanto na fase hospitalar quanto após, na reabilitação (SANTOS, 2018). A autora observou em sua pesquisa sobre a atuação da equipe

⁹ Informações disponíveis em:

<http://saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf

<https://docplayer.com.br/6322686-Ministerio-da-saude-diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-acidente-vascular-cerebral.html>

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf

multidisciplinar ao paciente amputado que algumas condutas não estavam de acordo com as Diretrizes Brasileiras. Os profissionais demonstraram inúmeras incertezas, como em relação ao encaminhamento para reabilitação e para obtenção de equipamentos pós amputação, o que interfere diretamente no prognóstico funcional e reabilitativo do paciente.

Este quadro reflete o isolamento dos serviços em níveis de atenção, acarretando pouca comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, a segmentação do cuidado e dificuldades de continuidade da atenção à saúde destas pessoas (SANTOS, 2018, p. 535).

Os protocolos se mostram extremamente úteis para direcionamento da equipe na construção do Planejamento Terapêutico individualizado, em que consta intervenções da equipe interdisciplinar direcionadas às demandas observadas, mensurando os resultados por escalas validadas em literatura e prazos médios previstos para cada meta terapêutica. Eles devem direcionar a equipe em uma abordagem multidimensional, completa, segundo as necessidades individuais de cada paciente, reabilitando aspectos físicos, emocionais, sociais e arquitetônicos. Desenho observado nesta pesquisa.

Esta pesquisa investiga a sistematização do cuidado através do uso de protocolos construídos pela própria equipe de terapeutas em um centro de reabilitação, conforme melhor desenvolvido a seguir.

3. MATERIAIS E MÉTODO

Segundo Marconi e Lakatos (2010), método é a padronização de etapas a serem seguidas que permitam o desenvolvimento de uma investigação científica com mais segurança e economia. Inclui concepções teóricas de abordagem e técnicas que possibilitam replicar a realidade além do “sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO, 2002, p.16).

3.1. Tipo de Pesquisa

Existem várias maneiras de classificar as pesquisas, segundo sua natureza, forma de abordagem e seus objetivos (SILVA, 2005). Com relação à sua natureza, o estudo pode ser classificado como uma pesquisa aplicada, ao pretender gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, segundo Silva (2005).

Apresentar-se-á com abordagem qualitativa, o que se justifica pelo tema abordado, devido a importância da subjetividade, significados, valores e atitudes, assim como o aprofundamento permitido por esta abordagem metodológica (MINAYO, 2002).

Esta pesquisa pode ser considerada de caráter exploratório descritivo, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2002), relacionando a sistematização do atendimento à melhoria na qualidade da saúde oferecida.

O estudo de caso é um delineamento de pesquisa comumente utilizado nas ciências da saúde e sociais. Segundo Gil (2002, p.54), “Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados”

Ainda segundo o autor, esta modalidade de investigação possui diferentes propósitos, tais como:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) formular hipóteses ou desenvolver teorias;
- e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos (GIL, 2002, p. 54).

Ainda em relação ao estudo de caso, Chizotti (2014) complementa:

No estudo de uma organização específica como escola, empresa etc. pode-se aprofundar o conhecimento sobre o seu desenvolvimento ao longo de um período, o desempenho de setores, a situação de unidades, o estágio de uma atividade específica, o processo de comunicação ou de decisão, como operam os setores ou os diversos agentes (CHIZOTTI, 2014, p 136).

Diante dessas considerações metodológicas, pode-se sintetizar que este trabalho se desenvolve como um Estudo de Caso de um Centro de Reabilitação, situado na região Metropolitana do Vale do Paraíba, sendo uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, transversal, de caráter exploratório descritivo.

3.2. População/Amostra

A amostra é caracterizada por uma população de 94 funcionários do Centro de Reabilitação, sendo que destes, 41 são terapeutas membros da equipe interdisciplinar, provenientes de diversas áreas de atuação como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e médicos fisiatras.

Desta equipe interdisciplinar ora descrita, 21 terapeutas de ambas as áreas descritas acima atendem ao critério de inclusão, que é trabalhar na unidade há pelo menos 1 ano antes da implantação do Planejamento Terapêutico e manter-se como funcionário no momento da pesquisa, sendo esta a amostra intencional do trabalho desenvolvido.

É importante sinalizar a exigência dada pelo Centro de Reabilitação em questão da sua equipe de terapeutas possuírem pós graduação na área de atuação, como ferramenta de qualidade da assistência prestada à população. Sendo esta condição *Sine Qua Non* para sua contratação, conforme rege a Descrição de Competências da referida unidade. Assim temos cem por cento dos profissionais da área da saúde com pós-graduação. O perfil da amostra será apresentado e discutido nos resultados e discussões.

Os 21 terapeutas que foram convidados aceitaram participar, tendo como esclarecimento prévio seus direitos em negar ou suspender sua participação a qualquer hora do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE 01).

3.3. Instrumentos

Foram utilizados no estudo instrumentos de pesquisa como questionários para avaliação socioeconômica, documentos institucionais como atas de reuniões, evoluções em prontuários e pastas dos setores e entrevistas semiestruturadas como forma de coleta de dados visuais e verbais (GASKELL, 2002).

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p.184), “questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”. Em conjunto com o questionário, deve-se enviar uma nota

esclarecendo a natureza da pesquisa e sua importância, assim como a necessidade de respostas verídicas e a tempo razoável para continuidade da pesquisa.

Em relação à fase de pesquisa documental, a fonte de coleta de dados está restrita a documentos institucionais escritos, constituindo o que se denomina de fontes primárias, de análise retrospectiva (MARCONI e LAKATOS, 2010). É importante sinalizar que o pesquisador não exerce controle sobre a forma como os documentos foram criados, devendo se atentar à seleção do que lhe interessa, assim como à interpretação e comparação do material, para torná-lo utilizável.

Segundo Gaskell (2002), as entrevistas representam um instrumento de coleta de dados que deve ter perguntas mais abertas possível, como tópicos guia, permitindo uma interação recíproca entre entrevistador e entrevistado, fornecendo fundamentação teórica e orientação prática para a pesquisa qualitativa. Contribui para “[...] uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2002, p. 65).

3.3.1. Documentos Institucionais

Foram analisados documentos institucionais escritos, como atas de reuniões, prontuários interdisciplinares, registros da equipe em pastas dos setores, além de protocolos assistenciais da equipe interdisciplinar. A análise das evoluções em prontuário foram direcionadas a dois períodos principais, de 2011 a 2014, antes da implantação dos protocolos e em 2018, após a instituição dos padrões, como forma de comparação das informações descritas. As atas de reuniões, as pastas dos setores e protocolos assistenciais pesquisados englobam o período desde a identificação das fragilidades da instituição, em 2014, passando por todo o período de sensibilização da equipe e desenvolvimento dos padrões e início desta pesquisa em 2018.

3.3.2. Questionário Socioeconômico para caracterização do sujeito

Os questionários de avaliação socioeconômica foram compostos por 18 questões fechadas, conforme Apêndice 3, pré-elaboradas pela autora, com itens que compuseram raciocínio associativo com o tema abordado com o intuito de identificar características econômicas, sociais, experiência profissional e formação acadêmica.

3.3.3. Roteiro de entrevista semiestruturada

Formado por questões norteadoras, conforme apêndice 4, o roteiro serviu de apoio à entrevista aplicada para conhecer a percepção dos profissionais da equipe interdisciplinar sobre a implantação da sistematização do atendimento, questionando sobre dificuldades percebidas, pontos positivos e negativos no processo vivenciado.

3.4. Procedimentos para Coleta de dados

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, seguimos critérios éticos em pesquisa estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A proposta de estudo fora apresentada à Instituição Sede da pesquisa que emitiu autorização para o desenvolvimento do trabalho com seus funcionários e dados institucionais, apêndice 6.

O projeto foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa de referência e a coleta dos dados apenas iniciou após a aprovação do referido conselho (ANEXO 3).

Os contatos com os terapeutas da equipe técnica foram realizados pessoalmente pela pesquisadora, explicando a proposta da pesquisa, seus benefícios e riscos, assim como a autonomia em sua participação, sem prejuízo aos que não concordarem em participar.

Todos os 21 terapeutas convidados aceitaram e participaram da pesquisa, de forma individual, em horário pré agendado e no local de trabalho, por escolha dos participantes.

Primeiramente os entrevistados leram e assinaram o TCLE, apêndice 1, dando ciência dos detalhes da pesquisa, possíveis riscos e benefícios e de seus direitos como participantes. Seguido do preenchimento dos questionários para avaliação socioeconômica e realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas, para que pudessem ser qualitativamente compreendidas de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2016).

3.5. Procedimentos para análise dos dados

Como análise dos dados documentais, foram identificadas as etapas de implantação e sensibilização da equipe para o novo processo e descrição pormenorizada dos protocolos do planejamento terapêutico, assim como sua organização.

Os dados quantitativos, obtidos através dos questionários para classificação dos sujeitos,

foram tabulados e analisados com auxílio de percentis comparativos, com identificação de frequência, média e criação de gráficos. A tabulação dos dados permite uma melhor compreensão e maior rapidez em sua interpretação (MARCONI e LAKATOS, 2010).

Ao considerarmos os dados qualitativos consequentes às entrevistas, observamos a aplicação da análise de conteúdo, Bardin (2016), com auxílio do *software IRAMUTEQ®*, que classificou as transcrições em classes.

Segundo Chizzotti (2014):

A análise de conteúdo é uma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto que se desenvolveu, adotando normas sistemáticas de extrair os significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples de um texto. Consiste em relacionar a frequência da citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor (CHIZZOTTI, 2014, p. 114).

A análise de conteúdo de Bardin é composta por três fases distintas. A primeira fase é a pré-análise, seguida da exploração do material coletado e transcrito. Depois dessas fases iniciais, o material transcrito e revisado é tratado e classificado em categorias, após sua codificação (BARDIN, 2016). No caso desta pesquisa, o software IRAMUTEQ auxiliou na classificação e codificação em classes de discursos para posterior análise, conforme melhor explicado a seguir.

3.5.1. Análise de conteúdo de Bardin

1. **Pré Análise:** é a fase de organizar as intuições e sistematizar as ideias iniciais. Nesta fase, ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação dos objetivos e hipóteses, assim como a elaboração de índices para interpretação final.

A escolha dos documentos se dá através da leitura “flutuante” dos textos e da constituição de um *corpus* de documentos não seletivos, representativos do universo inicial, seguindo critérios precisos e homogêneos, além da pertinência adequada ao objetivo da análise.

A formulação das hipóteses e dos objetivos também pode ocorrer nesta fase. Segundo Bardin (2016, p. 128), “[...]uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise”. Ela permanece como suposição intuitiva até o confronto dos dados seguros. É importante ressaltar que algumas análises ocorrem “às cegas”, sem *corpus* de hipóteses preconcebidas.

Já o objetivo constitui a finalidade proposta na pesquisa.

A escolha dos índices e sua organização sistemática em indicadores se dará através da avaliação dos textos, considerando hipóteses preestabelecidas, como, por exemplo, a frequência de aparições de determinada palavra na entrevista.

A preparação do material, como a transcrição das entrevistas, a digitação e a impressão em papel, os recortes do texto em unidades de categorização para análise temática, exposto em colunas para codificação também fazem parte desta fase e facilitam as fases seguintes.

2. **Exploração do material:** Fase em que ocorre a codificação do material obtido através da categorização e contagem frequencial de unidades de registro e de contexto encontradas, como palavras, temas ou unidades de compreensão contextual. No estudo em questão foi utilizado software computacional como auxílio nesta fase, conforme mencionado.
3. **Tratamento dos resultados obtidos:** As informações fornecidas pela fase da análise serão tratadas estatisticamente e transformadas em resultados fidedignos e significativos, permitindo ao pesquisador inferências e interpretações segundo hipóteses e objetivos propostos inicialmente, seja quantitativamente (frequência de aparição de palavras ou temas), seja qualitativamente (deduções ou inferências específicas).

A descrição do funcionamento do *software* IRAMUTEQ , assim como a forma como chegou nos resultados são melhor explicadas a seguir.

3.5.2. Procedimentos realizados pelo *software* IRAMUTEQ

O IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) é um *software* gratuito, criado por Pierre Ratinaud, é desenvolvido na linguagem Python e utiliza funcionalidades do software estatístico R. No Brasil, este programa começou a ser utilizado em 2013, em pesquisas de representações sociais, com difusão de seu uso também para outras áreas, devido às várias formas de análises estatísticas de dados qualitativos oriundos de entrevistas, documentos, textos, entre outras fontes (CAMARGO, 2013).

A ferramenta classifica como *Corpus* o conjunto de textos que se pretende analisar, seja entrevistas, artigos, diferentes respostas a uma pergunta aberta, sempre construída pelo pesquisador; os textos, também chamados Unidade de Contexto Inicial (UCI), são separados

por linhas de comando, também chamada de linha com asteriscos, que contém variáveis que identificam os entrevistados, como sexo, idade, e outra importante para a pesquisa; já os segmentos de textos- ST, também chamados Unidades de Contextos Elementares (UCE), são construídos pelo software, em função do tamanho do Corpus, normalmente constituído por três linhas, são considerados o ambiente das palavras (CAMARGO, 2018).

O IRAMUTEQ, considerado uma ferramenta de processamento de dados, fornece desde a lexicografia básica (cálculo da frequência das palavras) até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente- CHD, pesquisa de especificidade de grupos, análise de similitude e nuvem de palavras) (SOUZA, 2018).

Para análise textual das entrevistas, foi utilizada a CHD que classificou os segmentos de textos segundo seu vocabulário, repartindo-o em função da frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). Cruzando segmentos de textos e palavras, aplica-se testes de frequência (como X^2), e o método CHD a fim de se obter uma classificação estável e definitiva. Assim, obtém-se classes de segmentos de textos com vocabulários semelhantes entre si e vocabulários diferentes das outras classes (CAMARGO, 2013).

O software utiliza o teste qui-quadrado (x^2) para avaliar a força associativa entre as palavras e suas classes de discurso. Consiste em fórmula matemática que determina o grau de correlação entre duas variáveis não numéricas, como verbos, criando um dicionário interno com as formas reduzidas, as raízes das variáveis. “Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando $p < 0,0001$. O menor valor do qui- quadrado representa uma menor relação entre as variáveis” (SOUZA, 2018, p. 3).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos conforme objetivos desta pesquisa.

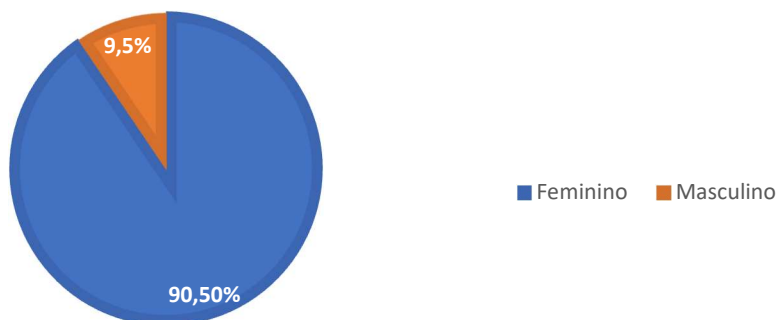
Inicialmente são expostos os dados quantitativos extraídos dos questionários, em seguida, os resultados obtidos da análise dos documentos institucionais e por fim, os resultados obtidos por meio das entrevistas.

4.1. Caracterização da amostra

A presente pesquisa teve a participação de 21 terapeutas, membros da equipe interdisciplinar do referido Centro de Reabilitação. Os participantes do sexo feminino foram de 19, que representa 90,5%, adultos jovens com idade de $37,15 \pm 5,09$ anos, 15 casados (71,42%), 17 brancos (80,9%), 16 com filhos (76,19%), 17 com renda familiar per capita acima de 3,5 salários mínimos (80,9%), 15 que residem em casa própria (71,42%), 16 com duas ou mais pós graduações (76,19%) e 16 com mais de 10 anos de experiência (76,19%) foram os prevalentes, conforme detalhado abaixo.

A figura 3 representa a distribuição dos participantes quanto ao gênero, conforme segue.

Figura 3. Distribuição dos participantes de acordo com o gênero.



Fonte: Desenvolvido pela autora.

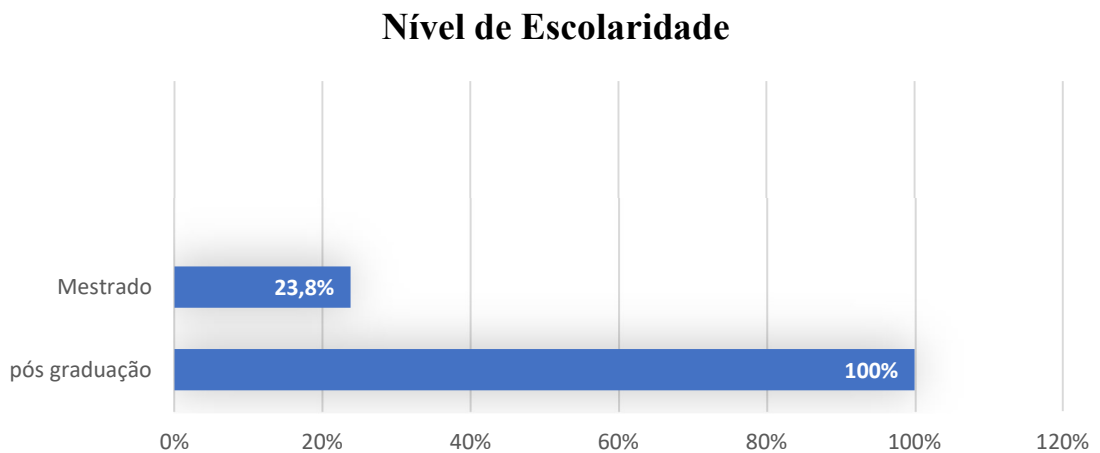
Conforme se observa, os participantes do sexo masculino representam apenas 9,5%. Esta divisão desigual entre os sexos é claramente evidenciada na área da saúde como em estudos desenvolvidos por Oliveira (2017) e Camillo (2016).

Mudanças no macro contexto, em um macro tempo como a reestruturação produtiva e a divisão sexual do trabalho ocorridas nos anos de 1970 e 1980 ocasionaram uma maior necessidade da participação feminina no mercado de trabalho e uma consequente profissionalização de atividades ora pertencentes à vida cotidiana deste gênero como cozinheira, faxineira, babá e principalmente na área do cuidado e da saúde, como cuidadora,

enfermeira e técnica de enfermagem, ocupação desvalorizada pela sociedade (AZEVEDO, 2015; BRUSCHINI, 2007; CHIES, 2010; PNUD, 2015), o que demonstra a influência dos contextos no desenvolvimento dos indivíduos (BRONFENBRENNER, 2011).

Com base no nível de escolaridade dos participantes, podemos observar que 100% dos entrevistados possuem pós graduação, sendo que destes, 23,8% também possuem mestrado na área de atuação, conforme figura 4:

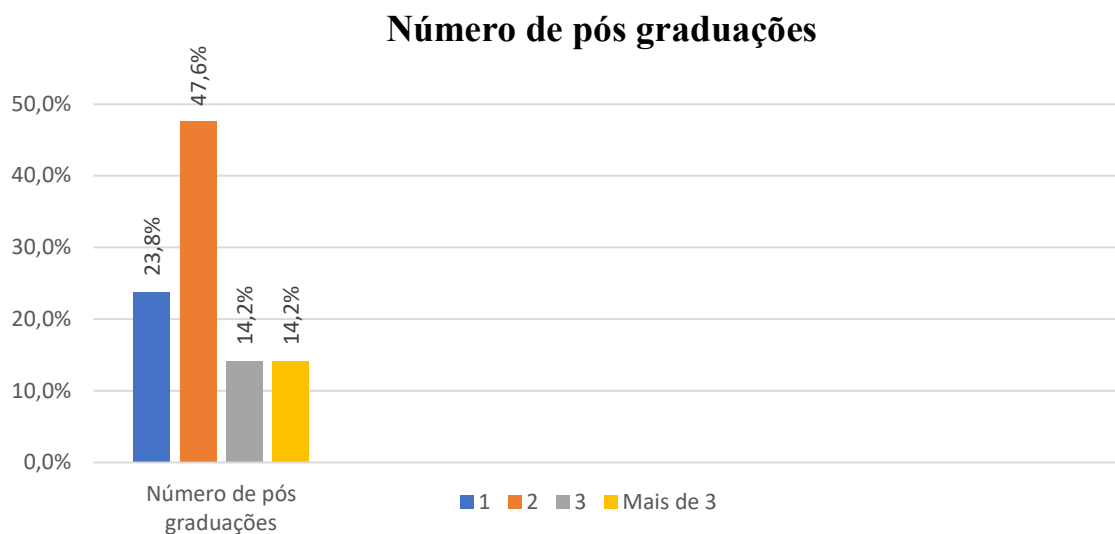
Figura 4: Distribuição dos participantes segundo nível de escolaridade



Fonte: Desenvolvido pela autora

Destes, 76% possuem duas ou mais pós graduações, conforme representação que se segue.

Figura 5: Porcentagem de terapeutas segundo o número de pós graduações .



Fonte: Desenvolvido pela autora

Estes dados corroboram o encontrado por Barreto (2014) sobre a participação feminina no ensino superior nas últimas décadas, em especial nas áreas de conhecimento tradicionalmente femininas, como saúde e bem-estar representando mais de 70% das alunas pesquisadas na época por Bruschini (2007).

Segundo o portal do Ministério da Educação (2019), a presença feminina em todos os níveis de escolaridade, inclusive ensino médio, graduação e pós graduação é majoritária. Possuem maior sucesso em sua trajetória, representando 63,4% das formaturas e dentre os cursos mais procurados encontram-se os relativos a serviços e educação para a saúde e para a sociedade, conforme relatado anteriormente.

Mudanças geracionais paulatinas têm sido observadas através da difusão do conhecimento, pelo acesso à escolaridade, cursos de capacitação profissional, na tentativa de minimizar este desequilíbrio tanto de gênero quanto de desvalorização profissional (CHIES, 2010; BARRETO, 2014).

No que se refere à idade dos participantes, podemos observar uma variação de faixa etária, com a participação de adultos jovens. O mais novo tinha 31 anos, enquanto o mais velho, 53 anos, com $37,15 \pm 5,09$ anos¹⁰.

Em relação à experiência profissional, pode-se observar que se trata de uma equipe que, embora formada por adultos jovens, possui uma trajetória profissional sedimentada, com 66% dos participantes relatando já ter trabalhado em mais de três empregos e 76% referem ter mais de 10 anos de experiência profissional, além de histórico de trabalho com equipe interdisciplinar.

No que se refere ao hábito da leitura, a maioria (33,3%) lê jornais ou revistas diariamente e de 01 a 02 livros por ano (57,14%).

Em relação ao histórico familiar, observa-se que a maioria dos entrevistados possui os progenitores com ensino médio completo (28,5% para ambos), sendo substancialmente menor a porcentagem de pais pós-graduados (14,28% pai e apenas 4,76% mãe), demonstrando que os filhos superaram os pais no quesito escolaridade, conforme demonstrado por Reis (2011).

Dados do PNAD Contínuo, 2º trimestre de 2018, sinaliza tendência de aumento do nível de escolaridade dos filhos em relação aos pais. Demonstra também níveis educacionais mais elevados em pessoas cujo pai ou mãe alcançaram um nível escolar mais alto (IBGE, 2019).

Desigualdades de acesso ao ensino também são sinalizadas pelo IBGE (2019), sendo que alunos da rede privada possuem mais que o dobro de entrada em faculdades que os da rede

¹⁰ Desvio padrão indica o grau de dispersão de um conjunto de dados, ou seja, o grau de homogeneidade da amostra. Quanto mais próximo de zero, mais homogênea a amostra analisada.

pública, com destaque para as mulheres, de pele branca, provenientes de família cuja renda per capita estava no grupo das 25% mais altas do país.

As mudanças de cenário econômico e político no Brasil e seu desenvolvimento, ocasionaram aumento da demanda pelo conhecimento e valorização do ensino superior, com aumento do número de matrículas em 330% no período de 1991 a 2011, recorte do estudo, sendo 88% das instituições no setor privado, representando 74% das matrículas. A valorização do ensino técnico, comum na década de 70 e 80, deu espaço à busca por maiores qualificações, transformando o perfil dos trabalhadores brasileiros, se comparados aos seus antecessores, apesar das dificuldades enfrentadas na conclusão da formação superior, com taxa de sucesso de apenas 44% em 2011, refletindo diversas causas como escolha precoce da carreira e dificuldades financeiras (RISTOFF, 2013; BARRETO, 2014).

4.2. Etapas de sensibilização dos profissionais

Os dados expostos a seguir foram extraídos após pesquisa em documentos institucionais como atas de reuniões, e-mails, anotações gerenciais, protocolos dos setores, cedidos pela superintendência da Unidade, somados aos relatos dos entrevistados.

Durante o desenvolvimento de práticas em busca de uma gestão de qualidade, como auditoria de prontuários, elaboração de Planejamento Estratégico e análise de indicadores de resultados da assistência, a equipe diretiva do centro de reabilitação, juntamente com representantes¹¹ dos setores assistenciais evidenciou a necessidade de padronização dos processos de trabalho da equipe interdisciplinar¹². Após algumas discussões, optou-se pela elaboração de instrumento técnico que embasasse as condutas da equipe, com clareza dos objetivos a serem alcançados, dos prazos e das técnicas a serem adotadas, em busca de melhoria na assistência prestada e impacto positivo na gestão de resultados da unidade¹³.

Diante da constatação, ocorreu a sensibilização de toda a equipe de terapeutas, através de reuniões, demonstrando com evidências em prontuários, a fragilidade dos dados e dos processos e a necessidade de desenvolver uma ferramenta de padronização da assistência¹⁴.

¹¹ Cada setor da equipe interdisciplinar, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem, condicionamento físico, psicologia e serviço social, possui um representante como gestor para assuntos técnico administrativos, escolhidos após processo seletivo em 2014.

¹² Conforme dados contidos no Relatórios de Auditoria de Prontuário LEA Misto (2014) e Relatório de elaboração do Planejamento Terapêutico do setor de psicologia (2015), em anexo 2.

¹³ Conforme dados contidos em Relatórios do Planejamento Terapêutico, Projeto de Prévia de Certificação ONA (2016) e Projeto Certificação ONA (2017), anexo 1.

¹⁴ Conforme e-mails institucionais (2016), anexo 2.

A convocação da participação ativa de todos os membros da equipe estava posta, a fim de engajá-los, empoderá-los das ações de mudanças, com o intuito de surgir deles as novas regras a serem seguidas.

A evolução da construção do Planejamento Terapêutico, com as etapas de sensibilização dos profissionais, desde a convocação da participação ativa da equipe, reuniões para identificação das fragilidades de cada setor, conscientização das oportunidades de melhoria, análise dos registros em prontuários e construção dos protocolos pode ser evidenciada nos documentos cedidos pela instituição (ANEXO 2).

Backes (2005), em seu estudo resgata a metodologia problematizadora de Paulo Freire, que valoriza o sujeito dialógico e crítico, reflexivo de sua realidade, de seus problemas. De forma lenta e contínua há o envolvimento dos sujeitos no entendimento e construção de novas realidades, partilhando suas experiências e expectativas, sentindo-se autor no processo de mudança, cheio de satisfação e prazer no trabalho recém-desenvolvido.

Segundo Fochezatto (2012, p. 6) “A praxis, enquanto reflexão e ação autenticamente transformadora da realidade é fonte de conhecimento reflexivo e criação”. Nogueira (2014, p. 56) corrobora a ideia ao defender que os padrões devem “brotar dos operadores, aqueles que irão utilizá-los para a execução de tarefas do dia a dia. Padrões impostos têm poucas chances de ser praticados”.

Durante o desenvolvimento do Planejamento Terapêutico, alguns terapeutas se mostraram descrentes, outros resistentes, mas a grande maioria se pôs a participar durante suas poucas horas de janela entre um atendimento e outro. Inicialmente através da revisão de prontuários médicos nos quais eram registrados seus atendimentos a fim de identificar algum padrão de registro/conduita.

A falta de organização, fragilidade dos registros, inespecificidade nas condutas, inexistência de objetivos, de metas e prazos foram sendo visualizados pela equipe que, na sua maioria, não percebia a necessidade de mudança até aquele momento, conforme demonstrado em trechos das entrevistas:

Eu acho que a equipe não sentiu necessidade, a priori ela segue ou ela faz conforme as a determinações, mas não houve uma coisa assim especificamente da equipe assistencial direto. Entrevistado 7

(...) eu não achei que tivesse necessidade, depois que ocorreu a necessidade que eu vi os benefícios, mas até então a gente não tinha pensado. Entrevistado 21

Aos poucos a equipe foi compreendendo a necessidade de padronizar as condutas e seus

registros.

Iniciou-se um processo de busca na literatura de padrões que pudessem ser seguidos pela equipe, porém, devido à escassez de estudos observada, optou-se por considerar o histórico de condutas desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, a prática de acordo com as atividades realizadas na construção de um padrão a ser seguido, conforme orienta Vieira Filho (2014).

Cada setor analisou seus prontuários, iniciando com o programa de reabilitação mais prevalente na época, Lesão Encefálica¹⁵ Adquirida. Catalogaram, nesta etapa, toda e qualquer incapacidade¹⁶ observada naquele grupo de pacientes, segundo sua área de atuação, por exemplo, a fisioterapia catalogara *déficit* de equilíbrio, *déficit* de força, já a psicologia, por sua vez, catalogara dificuldade de lidar com o luto, instabilidade emocional, dentre outros.

Em seguida cada setor traçou qual objetivo as alterações necessitavam/requeriam, como no exemplo da fisioterapia, *déficit* de equilíbrio objetiva treinar e ganhar equilíbrio, assim como na psicologia o objetivo da dificuldade de lidar com o luto seria trabalhar aspectos emocionais ligados às perdas.

Por conseguinte, houve a identificação dos prazos necessários para alcançar cada objetivo proposto, conseqüente de cada incapacidade, por exemplo, treinar equilíbrio necessitou, em média, de “X” dias para sua obtenção. Inicialmente este prazo fora calculado em dias, mas fora transformado em número de atendimentos, no desenvolver do Planejamento.

Sendo assim, cada terapia catalogara toda e qualquer possível alteração advinda daquele tipo de seqüela, como no caso inicial, Lesão Encefálica Adquirida, juntamente com os objetivos e prazos médios para alcançá-los.

Durante a sua avaliação inicial, cada paciente recebe indicação individualizada de terapia para sua necessidade, dentro do *hall* de incapacidades e condutas catalogadas. As terapias são customizadas para a necessidade individual de cada paciente, mesmo sistematizada para cada programa de reabilitação.

O projeto piloto fora colocado em prática, por alguns meses, por toda a equipe, para então iniciarem a construção dos demais planejamentos, no mesmo molde. Durante mais de quatro anos de desenvolvimento do Planejamento Terapêutico ocorreram inúmeras reuniões, diversos *brainstormings*¹⁷ entre a equipe e algumas atualizações, com mudança de

¹⁵ Lesão Encefálica engloba sequelas de Acidente Vascular Cerebral, Tumores cerebrais e Traumatismos Crânio Encefálicos.

¹⁶ Incapacidade são manifestações que dificultam ou impedem o desempenho funcional como conseqüência da lesão. As incapacidades mais frequentes em Reabilitação são as de natureza motora, dolorosa e/ou cognitiva, que podem ser transitórias ou definitivas, dependendo da natureza da lesão que originou. (LIANZA, 2011, p. 10)

¹⁷ Brainstorming: também chamada “tempestade de ideias”, refere-se a uma técnica grupal ou individual muito utilizada na área de gestão, marketing e publicidade para identificar o maior número de ideias ou informações na

nomenclaturas, adequações de técnicas e incremento de escalas qualitativas e quantitativas para auxílio na mensuração dos ganhos durante o processo de reabilitação.

É importante ressaltar a realização de inúmeras reuniões de sensibilização tanto entre a equipe de terapeutas, como da diretoria com os representantes, que, assim como os terapeutas, estavam inseguros e descrentes do sucesso do novo projeto, seja pela inércia, dificuldade de iniciar a mudança, inerente do ser humano, seja pela insegurança do novo cargo de gestão recém recebido, conforme observamos em trechos das entrevistas:

A gente, enquanto representante também, acho que a gente também estava com muita dificuldade, porque a gente estava pegando, entendendo o nosso serviço, tinha uma quantidade grande de coisas que a gente precisava aprender como gestor, de executar, então a gente também estava muito inexperiente, eu acho, na função de gestor, a gente estava ainda aprendendo a ser gestor, e aí esse era um desafio grande, esse trabalho, e aí, eu acho que na hora, com tudo que estava acontecendo, eu acho que eu também não sabia muito bem digerir tudo aquilo, não conseguia entender muito qual era a proposta, pra também passar pra minha equipe, pra também conhecê-los, pra também lidar com as resistências deles, então acho que tinha a minha fragilidade como gestora, a minha inexperiência como gestora ainda no setor pra poder entender tudo o que eu tinha que fazer, entender esse processo e passar pra equipe que também estava se adaptando a essa nova gestão (...) (Entrevistado 18).

Pode-se observar que o ocorrido corrobora com o descrito pela literatura no que se refere à Padronização de Processos (NOGUEIRA, 2014; VIEIRA FILHO, 2014):

- Devem ser elaborados pelo grupo de funcionários que realizam as atividades, pois assim estes se comprometem com seu cumprimento, pois se sentem donos dos padrões; Há o engajamento da equipe com o novo padrão;
- Deve haver consenso entre os envolvidos. Mesmo sem unanimidade, uma parcela representativa dos executores deve consentir os padrões a serem adotados;
- Retratar a prática observada na instituição. O padrão deve refletir a forma como as atividades são realizadas em seu cotidiano, e não uma utopia;
- Simplicidade nos padrões e na linguagem aplicada, com utilização de termos corriqueiros utilizados no dia a dia nos funcionários, com figuras caso seja necessário;
- Facilidade de atualizações. Os padrões devem ter características que permitam revisões periódicas, pois os processos e técnicas estão em constante melhoria.

Pode-se observar a utilização de método de Gestão de Qualidade, o Ciclo PDCA

(planejar, executar, checar e ajustar), em busca de melhoria contínua. O Ciclo PDCA fora adaptado por Falconi para o MASP (Metodologia de Análise para Solução de Problemas), de acordo com Seleme (2012). O autor sinaliza a importância do conhecimento do método, como “a sequência lógica para atingir o objetivo desejado”, diferenciando-o das ferramentas que o autor significa como “recursos utilizados no método (SELEME, 2012, p.26).

O esquema a seguir demonstra a utilização do PDCA direcionando as ações realizadas e descritas acima.

Quadro 2: Ciclo PDCA- Planejar, Executar, Checar e Ajustar.

Método de Análise e Solução de Problemas	P	Identificação do problema - fragilidade nas condutas da equipe assistencial, assim como em seus registros-	Através de auditoria de prontuários, análise de indicadores de resultados, construção do Planejamento Estratégico. Engajamento de toda a equipe.
		Observação	Investigação das evidências em prontuários
		Análise para descobrir causas -Inexistência de um padrão de atendimento e de registro, ausência de objetivos, metas e prazos-	Brainstorming entre os membros da equipe interdisciplinar, análise de prontuários e de literatura.
		Plano de ação	Compreensão do método necessário para alcançar o objetivo. Desenvolver uma ferramenta de padronização da assistência.
	D	Ação para eliminar as causas	Engajamento e comprometimento da equipe
			Treinamento dos padrões instituídos
	C	Verificação da eficácia da Ação	Análise da qualidade dos prontuários Auditorias internas
			Análise dos indicadores de resultados, como efetividade, taxa de ocupação e tempo de tratamento.
	A	Padronização	Sedimentação do novo padrão instituído com registro em documentos institucionais.
			Conclusão

Fonte: Adaptado de Seleme (2012, p. 29)

O ciclo PDCA compõem os ideais da gestão de qualidade, permitindo a busca pela melhoria contínua. Ele proporciona a resolução de problemas através da revisão contínua de processos e mudanças de conduta e de comportamento (TAJRA, 2008).

Após a fase de implantação (D do PDCA) com o desenvolvimento de ferramenta para padronizar a assistência, iniciou-se a fase de Verificação da eficácia, com a análise dos prontuários através de auditorias de prontuários, efetuada mensalmente pelos representantes para identificar não conformidades tanto administrativas, como falta de evoluções diárias, assinaturas e carimbos, como presença de metas e prazos e a organização dos documentos. As melhorias estruturais em prontuários, como melhor organização, presença dos objetivos traçados, identificação dos resultados e prazos demoraram um pouco para serem percebidas, conforme as evoluções dos atendimentos eram realizados através do novo molde. Foram identificadas algumas não conformidades, corrigidas e a equipe fora reorientada algumas vezes.

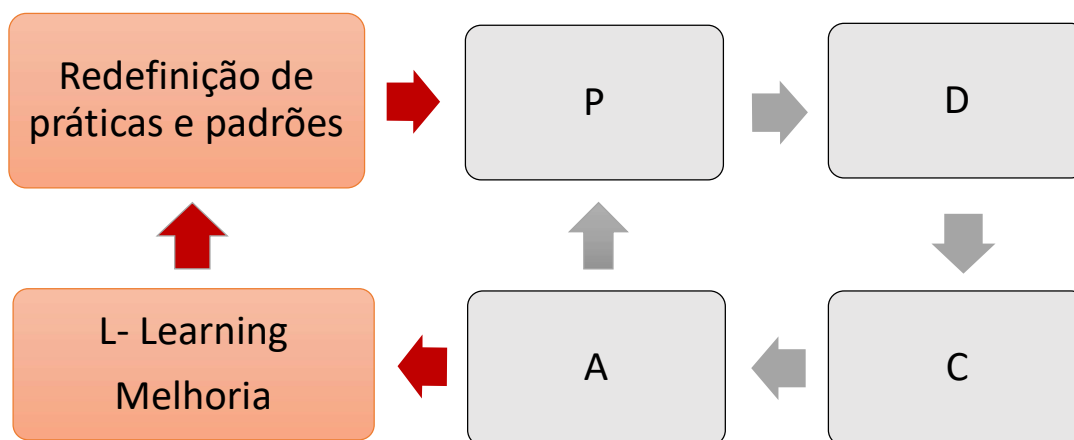
Analisando os indicadores de resultados após a implantação do plano de ação: Planejamento Terapêutico, observou-se melhora na taxa de ocupação da Unidade que passou de 74% em 2014 e 79% em 2015, anos iniciais da sistematização, para 87% em 2018 e 85% em 2019.

Outro resultado positivo identificado foi em relação à efetividade do tratamento, isto é, a melhoria alcançada na prática da assistência (MALIK, 2002), identificada neste centro como altas com objetivos atingidos, que passou de 68% em 2015 e 76% em 2016 para 83% em 2018. Os dados de 2014 e de 2019 não foram disponibilizados.

Como forma de fechar o ciclo PDCA a equipe identificou alguns problemas remanescentes, conforme já mencionado acima e novamente traçou estratégias para solução, fechando o ciclo PDCA. A identificação de não conformidades e o aprendizado com as ações realizadas compõem a etapa L - *Learning* no ciclo PDCL.

O ciclo PDCL assemelha-se ao PDCA, porém, com diferenciação na etapa final, que apresenta L - *Learning* como processo de aprendizagem após aplicação de cada PDCA (OLIVEIRA, 2011). Utilizado concomitante ao PDCA, é uma forma de realimentar o sistema com aprendizagens de experiências anteriores, gerando conhecimento organizacional. Nesta etapa “L”, cabe ao gestor analisar se todos os PDCA dos setores refletiram em resultados para alcançar as Práticas e Padrões traçados pelo nível estratégico, analisar novas ações e realimentar o ciclo PDCA, conforme figura 6.

Figura 6: Ciclo PDCL



Fonte: Adaptado de Oliveira (2011, p.42)

Conforme sinaliza Tajra (2008), a aprendizagem é contínua e se mostra pela reorganização do ciclo PDCA a partir da análise dos resultados obtidos com as ações anteriormente planejadas, ocorrendo na maioria das vezes, identificação de novas ações, representando o L do ciclo PDCL.

4.3. Descrição dos protocolos do Planejamento Terapêutico

Os protocolos devem homogeneizar as ações da equipe, refletindo as necessidades individuais de cada paciente, direcionando a assistência para condutas mais assertivas, com menos vieses nos resultados (SIMAN, et al, 2017; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Orienta os cuidados essenciais na fase em que se encontra o indivíduo, clareia o alcance dos objetivos através da utilização de escalas validadas em literatura (BRASIL, 2015).

O quadro a seguir é uma amostra dos protocolos desenvolvidos pela equipe em estudo. Demonstra o planejamento de reabilitação individualizado para o paciente, construído através da identificação de suas incapacidades, metas a curto prazo e objetivos a longo prazo e itens personalizados a serem considerados, além dos prazos e sessões para acompanhamento. Segue um exemplo de Plano Terapêutico adulto da fisioterapia, sendo o Programa *Rankin 4*, que engloba os pacientes com Lesão Encefálica grave, com alterações motoras e/ou cognitivas importantes.

Quadro 3: Modelo de Planejamento Terapêutico- equipe fisioterapia

PLANO TERAPÊUTICO FISIOTERAPIA PROGRAMA RANKIN 4			Data de Início do Atendimento:			
INCAPACIDADES	OBJETIVOS TERAPÊUTICAS (LONGO PRAZO)	Sistemas de Medição	Personalizado	Data prevista	Prazo previsto (dias)	Sessões previstas
Déficit controle cervical e tronco	Permanecer sentado sem encosto	EDT	Com/sem apoio dos braços		150	43
Dependente nas transferências	Independência para transferência	EDT	Tipo de transferência		150	43
Não realiza Ortostatismo	Adquirir ortostatismo com recursos auxiliares adequados	EFM	Qual meio auxiliar?		150	43
Não realiza marcha	Estimular aquisição da marcha com ou sem meios auxiliares	EFM	Qual meio auxiliar e classificação funcional da marcha		150	43
Falta de conscientização quando à importância dos exercícios domiciliares	Orientações aos cuidadores posicionamentos e exercícios domiciliares	MIF	Quais orientações?		150	43
Diminuição da amplitude de movimento (ADM)	Prevenir complicações e deformidades		Utilização de recursos como enfaixamento ou órteses		150	43
INCAPACIDADES	METAS TERAPÊUTICAS (CURTO PRAZO)		Personalizado	Data prevista	Prazo previsto (dias)	Sessões previstas
Encurtamento muscular, deformidades	Manter/ aumentar amplitude de movimento		Utilização de recursos como enfaixamento ou órteses		150	43
Déficit de força muscular	Promover aumento da força muscular		Grupos musculares		150	43
Diminuição da amplitude de movimento (ADM)	Promover treino das transferências e trocas posturais		Tipo de transferência e troca		150	43
Hipo hiperestesia /Déficit perceptual	Promover estimulação somatossensorial		Tipo de alteração		150	43
Déficit de controle cervical e controle de tronco	Promover estabilidade postural		Sentado/ortostatismo		150	43
Falta de conscientização quanto à importância dos exercícios domiciliares	Orientações aos cuidadores sobre posicionamentos e exercícios domiciliares		Quais orientações?		150	43

Fonte: Documentos institucionais cedidos pela Unidade.

4.4. Percepção dos profissionais envolvidos

Os dados descritos a seguir foram obtidos após análise de conteúdo das entrevistas, com o auxílio do *software* IRAMUTEQ®, conforme já mencionado. O programa organiza os dados através de uma codificação inicial, categoriza e distribui os segmentos de textos em classes homogêneas e estáveis de discurso, facilitando a análise pelo pesquisador.

Para análise textual foi utilizado Classificação Hierárquica Descendente, conforme descrito anteriormente.

Relatório de Classificação Hierárquica Descendente

No presente estudo, o *corpus* geral foi constituído por 21 textos ou UCI, cada um correspondendo a uma das entrevistas transcritas. A seguir, emergiram 86.922 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), ao considerar as formas uma única vez, mesmo estando repetidas nos textos, o programa identificou 4.785 palavras distintas.

Foi identificado o significado de cada uma das palavras distintas, através de comparação entre elas e utilização de dicionário contido no programa, distribuindo-as em categorias lexicais próximas, chamadas de Segmentos de Textos ou Unidades de Contexto elementares (UCE). Foram criados 2.474 segmentos de textos (ST) ou UCE, com aproveitamento de 2.220 STs (89,73%) para alocação das palavras distintas, sendo o mínimo de 75% de aproveitamento considerado satisfatório (SOUZA, 2018).

Os ST representam fragmentos do texto que serão novamente agrupados pelo *software*, considerando a proximidade contextual dos discursos que a contém e a homogeneidade de vocabulário encontrada, formando classes de discursos.

O conteúdo analisado foi dividido em quatro ramificações, chamadas de Blocos e estes categorizados em cinco classes estáveis de discurso: classe 1, com 431 ST (19,41%), classe 2 com 512 ST (23,06%), classe 3 com 420 ST (18,92%), classe 4 com 348 ST (15,68%) e classe 5 com 509 ST (22,93%). Esses resultados estão representados no quadro 4, conforme *software* Iramuteq.

Quadro 4- Resumo das informações analisadas pelo IRAMUTEQ

- Unidade de contexto inicial (UCI): 21
- Segmentos de textos (ST) encontrados: 2.474
- ST aproveitados: 2.220 (89,73%)
- Classes de discursos: 5
- Número de ST por classes:

Classe 1: 431 (19,41%)	Classe 4: 348 (15,68%)
Classe 2: 512 (23,06%)	Classe 5: 509 (22,93%)
Classe 3: 420 (18,92%)	

Fonte: Construído pela autora

Após o processamento e agrupamento das palavras, segundo sua ocorrência e suas raízes, a CHD cria o dendograma das classes, demonstrando a ligação entre elas e sua representação nas UCI, de acordo com a ordem crescente de X^2 dentro da classe de discurso que se relaciona. O x^2 consta de uma fórmula matemática para analisar a correlação entre variáveis não numéricas, como as categorias verbais dentro de cada classe de discurso. Sendo assim, quanto maior a correlação entre a palavra e a classe de discurso específica, maior o valor de x^2 e mais ao topo da lista será apresentada, além de fonte de letra maior, conforme observado no dendograma a seguir.

A figura 7, além de representar as classes de discursos com sua cor diferenciada, demonstra a ligação entre elas, assim como as características dos entrevistados mais relevantes.

Legenda da figura 7:

t1: já trabalhou em 1 local; t2: já trabalhou em 2 locais diferentes; t3: já trabalhou em 3 locais diferentes; t4: já trabalhou em mais de 3 locais diferentes.

Sex1: feminino; sex2: masculino.

Id1: 31 a 35 anos; id2: 36 a 40 anos; id3: mais de 40 anos.

Exp1: 5 a 10 anos de experiência de trabalho; exp2: mais de 10 anos de experiência de trabalho.

InterS: já trabalhou com equipe interdisciplinar; InterN: nunca trabalhou com equipe interdisciplinar

Figura 7 : Dendograma com a porcentagem de Unidades de Contexto Elementar em cada classe e palavras com maior qui-quadrado fornecido pelo *software* IRAMUTEQ.

Classe 3:	Classe 2:	Classe 1:	Classe 4:	Classe 5
420 ST-18,92%	512 ST-23,06%	431 ST-19,41%	348 ST-15,68%	509 ST-22,93%
Exp1, t3, id2,	sex2,id3,exp2,t4	t3,exp1,sex1,id1	interS,exp2,t4,id2,sex2	t1,interN,sex1,expl
Evolução Terapeuta Perder Relatório Mais Deixar evoluir atendimento muito continuidade detalhado bem ficar organizado ali achar rico sequencia administrativo ler aumentar minuto qualidade certeza escutar fácil	Prazo Negativo Ponto Achar Talvez Dizer Relação Justificar Antes Não Evidenciar Colocar Atingir Data Tempo Questão Positivo Sessão Centro Determinado Mudar Gente Engessar Ver Diferença Também	Falar Vez Escrever Aqui Certo Novo Tudo Lá Criança Porque Mundo Coisa Crescer Olhar Pergunta Regra Opm Vir Formação Feliz Parecer TO Igual Brincar Fono Diferente	Força Físico Equilíbrio Exemplo Lesão Tronco Medular Conduta Funcional Alimentação Expectativa Controle Exercício Esperar Pé Muscular Cadeira Treino Trabalhar Nutrição Direto Tetra Função Ganho	Resistência Processo Trabalho Prontuário Levantamento Social Estudo Representante Ação Implantação Busca Padronização Instituição Desafio Participar Oportunidade Época Desenvolver Levantar Gerar Principal Melhoria Profissional Mudança

Fonte: Desenvolvido pela autora.

Após a etapa de processamento de dados, auxiliada pelo *software*, iniciou-se a leitura flutuante das entrevistas (BARDIN, 2016) com análise das cinco classes obtidas (leitura exaustiva das UCE agrupadas) com o objetivo de compreendê-las e nominá-las.

Optou-se por chamar a classe 1 de “Participação”, a classe 2 de “Prazos: da barreira ao benefício”, a classe 3 de “Evolução: barreira ou benefício?”, a classe 4 de “Segurança” e por fim, a classe 5 de “Fatores dificultadores do processo”.

Na figura 3 é possível identificar que as classes não estão numeradas ordenadamente, isto porque o programa identifica semelhança entre elas e as agrupa. Elas estão dispostas formando quatro blocos de discursos, conforme descrito anteriormente. O primeiro bloco é formado pela classe 5 e as demais, demonstrando um afastamento de discursos. O segundo bloco se divide em classe 4 e as demais classes; o terceiro bloco se divide novamente em classe 1 e as demais classes; já o quarto bloco se divide em classes 2 e 3.

A seguir será apresentada a análise de conteúdo realizada através das informações obtidas com as entrevistas e discussão dos resultados, associados à literatura pesquisada.

4.4.1 Classe 5: Fatores dificultadores do processo

Iniciando a análise da classe mais solta para a mais agregada, a classe 5 foi nomeada de “Fatores dificultadores do processo”, sendo composta por 2 subclasses. A primeira subclasse, nomeada de “Resistência” e a segunda, “Dificuldades”.

Identificado a prevalência no discurso de entrevistadas mulheres, com menos experiência de trabalho, pois relataram possuir de 5 a 10 anos de experiência e em apenas 1 emprego até o momento da entrevista, além de não terem trabalhado com equipe interdisciplinar anteriormente. Estas características dos entrevistados mais significativas dentro da classe sinaliza a interferência das experiências de vida, pessoal e profissional, nas reações e interações entre as pessoas. Características pessoais como **recursos** de capacidade, experiência de vida e habilidades podem influenciar no desenvolvimento de funções ou tarefas cotidianas e nas interações entre as pessoas. Além de outras características como **disposição** individual e **demandas** que podem estimular ou desencorajar reações entre as pessoas (BRONFENBRENNER, 2011).

Observamos a divisão dos fatores dificultadores e facilitadores de mudanças organizacionais em fatores externos e internos (SOUZA, 2013; BRESSAN, 2004). Os fatores externos são exógenos à instituição e se relacionam a aspectos como o mercado, tecnologia, governo, relações sindicais e com fornecedores, dentre outros. Os fatores internos são endógenos e podem ser influenciados pela organização, como motivação, liderança,

planejamento das atividades, dentre outros. Ambos podem influenciar positivamente (facilitador) ou negativamente (dificultador) nos processos de mudança aplicados na organização.

Os fatores dificultadores extraídos dos trechos das entrevistas, agrupados nesta classe de discurso, se referem a fatores internos da instituição, como escassez de tempo, mudança na liderança dos setores, dificuldade na gestão das atividades, classificados pela pesquisadora em resistência e dificuldades. Conforme relato dos sujeitos:

“(…)com a falta de tempo administrativo que a gente tem no setor eu acho que esse foi a maior resistência assim que a gente fez tudo muito corrido assim porque a gente não tinha tempo a gente tinha que conciliar os atendimentos com a parte administrativa”(Entrevistado 11).

“(…) por esse processo inicial segmentado que eu não acho que foi o melhor”. (Entrevistado 5).

A seguir serão expostos e discutidos os motivos que ocasionaram a resistência apresentada pela equipe, assim como as principais dificuldades vivenciadas durante a implantação do novo padrão.

4.4.1.1- Resistência

Neste tópico o leitor poderá observar que características individuais e coletivas interferem na aceitação a novas ideias. A reação depende da forma como é colocada a nova proposta, por quem é sugerida e sofre influência da experiência de vida e formação dos envolvidos.

Vale significar resistência como reação comum às inovações, ou às perdas que elas representam (BRESSAN, 2004), comportamento defensivo, que tem como objetivo a proteção do indivíduo dos efeitos da mudança, sejam eles reais ou imaginários (MARQUES, 2016).

Segundo Souza (2013), inovação é a implantação de novas ideias e práticas em um determinado contexto social; é uma mudança, fruto de interações coletivas e sofre influências do ambiente. As mudanças organizacionais são inerentes ao cotidiano das instituições e necessárias para sua sobrevivência (BRESSAN, 2004), requerem planejamento e refletem as necessidades do meio, demandas internas ou externas, em busca de melhoria de desempenho da instituição e geralmente influenciam setores e pessoas.

Mesmo imprescindíveis para a saúde das instituições, as mudanças costumam ocasionar reações entre os envolvidos, que variam desde engajamento e adesão às novas propostas, à resistência total a qualquer ideia inovadora. Segundo Bressan (2004), as diferentes reações se

devem porque as mudanças normalmente alteram a hierarquia de poder do local, exigem novas competências para o trabalho e causam uma certa ameaça ao equilíbrio ora estabelecido. Segundo a autora, a resistência a mudanças pode aparecer devido a características subjetivas pessoais dos envolvidos, como hábitos, necessidades, inseguranças, características de personalidade, desenvolvimento educacional ou econômico; ou ser fruto da própria inércia estrutural do grupo envolvido.

“(…) as crenças e emoções individuais se combinam para formar a atitude diante da mudança. Além disso, a reação individual à mudança sofre influência direta dos significados compartilhados que são construídos pelos indivíduos envolvidos na mudança. (...) Assim, entre as possíveis reações diante da mudança organizacional, estão a cooperação de um lado e a resistência de outro” (MARQUES, 2016, p. 44).

É importante sinalizar que alguns terapeutas não demonstraram facilidade em exteriorizar suas opiniões quando questionados sobre pontos negativos. Nenhum sinalizou ponto negativo, porém, quando trocada a pergunta para “pontos a serem melhorados”, “sugestões de melhoria”, “dificuldades apresentadas”, começaram a brotar opiniões. Isso pode ser por dois fatores, pelo respeito à hierarquia posta na situação, sendo a entrevistadora diretora da Unidade em estudo, e ou pelos benefícios consequentes à inovação proposta serem tão representativos que, embora não anulassem, minimizaram a importância das dificuldades enfrentadas

A seguir serão discutidos os motivos relacionados à resistência apresentada neste estudo, como:

- transformações de hábitos quotidianos;
- dificuldades de iniciar mudanças;
- formação e vivência dos profissionais mais antigos;
- falta de evidências em literatura do método sugerido;
- mudança na hierarquia dos setores e inexperiência dos representantes que replicavam as orientações para os setores;
- medo de perder a autoridade como terapeuta, dentre outros.

A resistência pode ser identificada diante da oposição de iniciar a mudança em si, à transformações de hábitos quotidianos, nomeada por Souza (2013), em sua pesquisa, de inércia institucional, com provável influência da formação e experiência de vida destes profissionais,

conforme trecho da entrevista 11 e 12, consecutivamente,

“(...) toda mudança sempre tem um pouco de resistência mas depois as pessoas se acostumam”

“(...) foi a resistência do ser humano a tudo que é novo”

As entrevistas sinalizam maior resistência apresentada por profissionais mais antigos na instituição, conforme trecho da entrevista 4, ao sinalizar que os colaboradores novos não apresentam resistência, mesmo apresentando algumas dificuldades na execução das tarefas:

“(...) dificuldade de compreender que o nosso trabalho, como ele é muito bem feito, ele é minucioso e a pessoa demora para compreender, mas ela não tem resistência. A nossa equipe antiga teve resistência em aderir ao planejamento terapêutico.” (entrevistado 4)

Outro motivo identificado foi a falta de evidências em literatura dos padrões em construção, conforme trechos abaixo

“(...) eram muitas mudanças na organização depois vem essa questão de questionar a parte técnica da coisa, não ser baseado em evidência! Como assim?”(entrevistado 10)

“(...) a resistência era a terapeuta que de embasamento científico não encontrar literatura científica e por isso não gostaria de pôr em pratica e a terapeuta que vem do empirismo acreditava que a pratica já era o suficiente e não precisaria estabelecer um objetivo”.(entrevistado 3)

A mudança na hierarquia com a nova chefia instituída recentemente e não aceitação do cargo de representantes, também trouxe resistência à equipe, conforme trechos da entrevista 18:

”(...) com uma proposta de melhoria que estava vindo da diretoria mas que a equipe estava muito resistente a tudo que estava acontecendo, a mudança de gestão, então assim, o que a gente levava pro setor era sempre recebido com muita resistência.(...) foi uma mudança junto com outra e acho que isso potencializou a maior resistência da equipe”

Medo de perder a autonomia como terapeuta, demonstrado através da resistência em traçar as metas em conjunto com os pacientes, uma vez que eles sempre determinavam suas condutas de forma independente, sem serem questionados, conforme entrevistado 10 e 13, consecutivamente,

“(...) eu sou fisioterapeuta, eu que estabeleço minhas metas! Então isso teve resistência no começo, muita resistência e até a gente explicar que não é uma meta geral, que é uma meta dele na reabilitação (...)”

“(...) na verdade nosso receio maior era não deixar uma receita de bolo” também apareceu nos discursos.

Esta pesquisa corrobora os dados de Moretão (2019) que identificou, em um hospital público acreditado em Belo Horizonte, que seus funcionários mais antigos são os mais resistentes às mudanças e as boicotam.

Souza (2013) pesquisa sobre processos de inovação em três organizações brasileiras, identificando fatores dificultadores semelhantes, como: crenças e valores que não apoiam novas ideias, aversão ao risco, desconfiança à inovação, temor ao desconhecido e resistência por medo de perda de poder e senso de acomodação.

Oliveira (2016) e Mendes (2015) também sinalizaram dificuldade na mudança de valores, hábitos e comportamento das pessoas envolvidas frente a implantação de inovações organizacionais, aqui nomeada resistência, sem, contudo, associar ao tempo de serviço, experiência ou idade dos envolvidos. Além de outras não encontradas neste estudo como dificuldades financeiras para adequação da estrutura física e equipamentos, baixo envolvimento das pessoas responsáveis pela mudança e rotatividade de pessoal.

Tomé (2014), ao pesquisar um hospital particular em Goiás, atribuiu a resistência encontrada à tendência de oposição a mudanças nas rotinas dos profissionais, associada à resistência a tudo que é novo, corroborando dados desta pesquisa, aliado à falta de conhecimento teórico sobre a temática por toda a equipe de enfermagem, além do baixo incentivo da equipe diretiva, não tomando a mudança como prioridade, fator não identificado neste estudo.

4.4.1.2 Dificuldades

Neste tópico o leitor poderá observar que características técnicas operacionais interferem na implantação de novos modelos dentro das organizações. Fatores referentes à estrutura, segundo a Triade Donabedian, recursos humanos (dimensionamento de pessoal, por exemplo), tecnologia direcionada (a falta desta), capacitação técnica da equipe e organização da assistência (divisão de atividades, excesso de funções) foram os principais apontamentos.

As dificuldades se relacionam às técnicas exigidas, aquilo que se considera difícil, trabalhoso, árduo, de complicado entendimento, complexo. Independente de crenças individuais ou coletivas (DICIO, 2019).

“(...) qualidade ou caráter do que é difícil (a.d. de um trabalho, de uma missão) 2 Aquilo que é difícil ou torna uma coisa difícil, custosa, penosa, árdua (...) o que é difícil entender (a.d. de um problema) 4 o que impede, embaraça, estorvo, obstáculo (...)” (HOUAISS, 2001, p. 1038).

Souza (2013) e Marques (2016) não diferenciam dificuldades técnicas de resistência, sendo sinalizadas como Fatores dificultadores, conforme descrito. Diferentemente de Bressan (2004) que classifica Resistência como reação às mudanças e não dificultadores destas.

Observamos que, embora a palavra dificuldade não esteja presente nos discursos, ela é representada por outras que a exemplificam, como trabalho, levantamento, prontuário, padronização, desafio, desenvolver, tempo, dentre outras. Conforme trecho das entrevistas:

“(...) eu acho que a resistência foi no fato de gastar um tempo a mais de fazer esse planejamento eu acho que num primeiro momento as pessoas elas sentiram meio que resistiram por terem que gastar um tempo maior em planejar.” (Entrevistado 20)

“(...)a gente pegou a literatura que a gente tinha naquele momento pra estar organizando então foi feito todo esse processo todo esse estudo entre as terapeutas” (Entrevistado 6)

“(...) foi uma organização de processo e padronização das ações para os pacientes.(...) atendimentos são padronizados com base num estudo nós fizemos um estudo”(Entrevistado 4)

“(...)após o processo de auditoria nós iniciamos um estudo dos prontuários pra tentar identificar quais eram os objetivos que estavam sendo trabalhados. (...) foi uns 3 meses pra a gente poder concluir nessa auditoria” (Entrevistado 18)

Observamos que resistência e dificuldades, ora se confundem, como no trecho do entrevistado acima, ora se completam.

Dentre as dificuldades sinalizadas durante as entrevistas, observamos principalmente:

- falta de tempo para construção do estudo;
- processo criativo fragmentado;
- exigência de estabelecer prazos para as terapias;
- inexperiência dos representantes que replicavam as orientações para os setores.

Estas dificuldades operacionais ocuparam pouco do discurso dos entrevistados, logo dando lugar para os benefícios do planejamento, conforme podemos observar na discussão desta classe.

A principal dificuldade apontada foi a falta de tempo para realização de todo o trabalho, levantamento de prontuários, estudo e padronização dos processos, uma vez que este ocorreu em horário normal de trabalho da equipe, conforme observamos em trechos dos discursos do entrevistado 6 e 11, respectivamente:

“(...) foi a dificuldade maior que a gente teve de administrar o tempo com

todas as tarefas que a gente já tinha diariamente(...)"

"(...) teve falta de tempo pra fazer tudo no prazo que foi estipulado foi assim muita correria entendeu no nosso setor. Com a falta de tempo administrativo que a gente tem no setor eu acho que esse foi a maior resistência assim que a gente fez tudo muito corrido assim porque a gente não tinha tempo a gente tinha que conciliar os atendimentos com a parte administrativa".

Além da necessidade de um tempo maior para planejamento das terapias, metodologia sugerida pelo estudo, como demonstra entrevista 20:

"(...) num primeiro momento as pessoas elas sentiram meio que resistiram por terem que gastar um tempo maior em planejar"

Dados semelhantes aos de Azevedo (2017) que demonstra a falta de tempo e sobrecarga de trabalho devido a padronização com protocolos clínicos, além da queixa de perda de autonomia nas condutas da equipe, esta última também sinalizada por Mendes (2015).

Souza (2013) também identificou a falta de tempo e o excesso de atividades como principais fatores internos dificultadores das mudanças organizacionais. Além de características não sinalizadas nas entrevistas aqui discutidas, como desmotivação da equipe, incompetência técnica, descomprometimento da alta direção, falhas na comunicação, falta de tolerância a falhas, falta de treinamento e estrutura hierárquica rígida.

Moura (2017) corrobora o encontrado, pois seus entrevistados se queixaram de falta de tempo e sobrecarga de trabalho para desenvolver os padrões estipulados em busca da qualidade, além de outros fatores não encontrados aqui, como estresse emocional gerado pela cobrança próximo à certificação, pressão e atritos, dificuldade de envolver todos os colaboradores no processo e fragilidade de recursos financeiros com a falta de materiais para assistência.

A quantidade de horas trabalhadas e grande demanda de atendimento foram fatores dificultadores encontrados por Moretão (2019) para implantação de protocolos, semelhante aos dados desta pesquisa. A autora também sinaliza outras dificuldades não encontradas aqui, como falta de funcionários, mal dimensionamento da equipe de enfermagem e rotatividade de pessoal.

Outra dificuldade apontada foi a fragmentação do processo de criação do padrão entre os setores. Como foi desenvolvido durante o período de trabalho, os terapeutas não conseguiam se reunir todos ao mesmo tempo para discutirem, sendo o estudo realizado por quem possuía horário livre. Demonstrado em trechos da entrevista 5:

"(...) esse processo inicial segmentado, que eu não acho que foi o melhor, talvez se nós tivéssemos sentados todas as fisios ao mesmo tempo pra pensar, só lesão encefálica, nós tivéssemos elaborado já de início uma coisa mais minuciosa."

A exigência de estabelecimento de prazos para as terapias também apareceu como dificuldade, pois a grande maioria dos terapeutas não teve este ensinamento em sua formação, além de algumas terapias identificarem como subjetivos seus objetivos, com receio de estipular prazos para alcança-los, conforme demonstrado em trechos da entrevista 18:

“Estabelecer prazos para trabalhar os objetivos, isso foi a maior resistência porque elas argumentavam sempre, e isso eu entendo, que a psicologia trabalha com questões subjetivas.”

Como não foi encontrado literatura que apoiasse a definição dos prazos, a equipe se baseou em seu histórico de atendimentos dos últimos anos.

A inexperiência dos representantes recém escolhidos trouxe dificuldade, pois os próprios líderes das equipes não compreendiam direito a proposta e com isso, não conseguiam orientar os liderados e transpareciam insegurança, conforme observado no trecho da entrevista 18:

“(...) acho que tinha a minha fragilidade como gestora, a minha inexperiência como gestora ainda no setor, pra poder entender tudo o que eu tinha que fazer, entender esse processo e passar pra equipe que também estava se adaptando a essa nova gestão. Eu acho que eu também não sabia muito bem digerir tudo aquilo, não conseguia entender qual era a proposta para também passar para minha equipe, para também conhecê-los, pra também lidar com as resistências deles”.

Freire (2019) sinaliza que o líder possui papel fundamental na disseminação das informações, envolvendo a equipe, incentivando sua participação. As ações da equipe refletem o posicionamento dos líderes frente às normas, mudanças e protocolos (MORETÃO, 2019). Se os próprios representantes, gestores da equipe assistencial não estavam confiantes das novas regras, não conseguiriam transparecer confiança e firmeza nas condutas.

Disseminar conhecimento não é função suficiente para a liderança, é necessário envolvimento destes com situações cotidianas, conhecendo as dificuldades enfrentadas por todos diariamente pois assim desenvolve empatia, melhora a comunicação e envolvimento da equipe nas mudanças necessárias (TOMÉ, 2014; MINUZZI, 2016).

Sales (2018) em estudo sobre a implantação de padronização nos atendimentos da enfermagem também identificou a ausência de tempo para consultar os padrões adotados (36,8% dos entrevistados), além de outras fragilidades, como o número reduzido de profissionais (45,7% dos entrevistados), inadequação do espaço físico (43,3%) e ausência de materiais (34%), dentre outros, não encontrados nesta pesquisa.

Em estudo semelhante, em um hospital no Rio Grande do Sul, Backes (2005) identificou problemas relacionados à sobrecarga de trabalho, associada ao desvio de função e número

insuficiente de profissionais para a implantação da Sistematização do Atendimento de Enfermagem (SAE), além da resistência dos enfermeiros, sendo esta última dificuldade enfrentada com uma agenda de atividades educativas para esclarecimento técnicos e científicos da equipe, discussão de casos clínicos e protocolos, com a participação de toda a equipe.

Tomé (2014) pesquisou a implantação dos mesmos padrões (SAE) em uma Unidade de Terapia Intensiva em hospital particular de médio porte em Goiás, demonstrando o dimensionamento dos recursos humanos como fator mais relevante que interferiu na implantação, diferentemente desta pesquisa. Relata que o subdimensionamento pode interferir tanto na quantidade quanto na qualidade dos processos e que está diretamente associado à falta de tempo dos profissionais envolvidos.

Conforme Marques (2016), o sucesso de quaisquer mudanças em uma instituição depende do apoio de seus funcionários, o que está diretamente ligado à sua percepção de melhorias advindas da mudança. Quanto mais o colaborador percebe futuras melhorias em seu setor decorrentes das mudanças, maior é seu engajamento. Conclui ainda que, mudanças bem sucedidas, que geram conhecimentos, inovação e engajamento dos colaboradores são resultados de práticas que envolvem toda a equipe, valorizam as opiniões dos envolvidos, além do apoio dos superiores.

Freire (2019) identificou em sua pesquisa insegurança e resistência por parte dos colaboradores diante das mudanças comportamentais e institucionais advindas da acreditação. Estas foram minimizadas com melhorias na comunicação, uniformização das informações, melhor compreensão por parte dos funcionários, com mais engajamento e envolvimento da equipe, semelhante ao encontrado neste estudo.

Observa-se nas falas dos entrevistados que houve um período de adaptação das novas regras, com alguns terapeutas apresentando mais resistência que outros, algumas dificuldades foram surgindo, mas após a quebra da resistência e o enfrentamento das dificuldades a equipe começou a reconhecer o Planejamento Terapêutico como ferramenta facilitadora, que direciona o trabalho assistencial, assim como surgimento de algumas consequências positivas deste trabalho em conjunto.

A resistência profissional em analisar positivamente e se inserir prontamente em um novo processo é uma particularidade que permeia todo ser humano. Este precisa se apoiar em resultados concretos para que possa, dessa forma, avaliar os benefícios daquela forma de trabalho. Nesse aspecto, diferenças marcantes compreendem os diversos profissionais, existindo alguns mais participativos e outros mais resistentes. Após a concretização favorável do processo, o envolvimento maciço dos profissionais torna-se visível, estando dispostos nesse momento a colaborarem ativamente com o processo de Acreditação (MOURA, 2017, p. 90).

Pontos positivos foram observados, como melhor aderência do paciente ao tratamento, desenvolvimento pessoal e profissional dos membros da equipe, maior aceitação a novas ideias e mudanças, despertar do espírito de pesquisa, melhora na credibilidade da instituição, maior organização do trabalho e mais segurança para os envolvidos, dentre outros, conforme trecho de entrevista:

” (...) acham que facilita o trabalho, ter direcionamento mas ao longo do processo que foi construído, alguns que tinham resistência acabaram também entendendo, acabaram valorizando o planejamento terapêutico como uma ferramenta que ia beneficiar o paciente e o processo” (Entrevista 18).

Começaram a inserir mais o paciente e familiares no processo de reabilitação, na escolha das metas, melhorando sua aderência, principalmente devido a uma melhor compreensão e participação, segundo trechos de entrevistas:

“(...) agora ele consegue participar de uma maneira mais ativa do processo dele e eu acho que ele começou a entender mais a importância dele na reabilitação. Ficou mais fácil mostrar pra ele o quanto ele melhorou e no que ele melhorou, o registro melhorou bastante, qualquer pessoa hoje em dia consegue pegar o prontuário e visualizar melhora e eu acho que a gente conseguiu trazer mais o paciente pro processo de reabilitação” (Entrevista 13)

“(...) o planejamento terapêutico ajudou nisso foi uma melhoria de todo o processo do atendimento desde a sua evolução, de como é elaborado o objetivo, de como é considerado o objetivo com aquele paciente” (Entrevistado 10)

“(...) a gente trouxe mais a família pra perto, para que a família faça parte do processo de reabilitação, após o planejamento terapêutico ela entrou mais com a gente, ela participou mais a partir do momento que eles participam dos objetivos”(Entrevistado 2).

O enfrentamento das dificuldades foi apontado como processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, conforme trechos de entrevista 4 e 19 respectivamente:

“(...) eu realmente não tenho queixa, como eu já apontei os desafios... pra mim um processo realmente de crescimento onde eu pude me desenvolver e estar mais preparada pra atuar na instituição participando dessa experiência. Eu só me fortaleci como terapeuta quando eu participei na instituição desse processo do planejamento terapêutico que eu pude compreender o que eu estava fazendo aqui.(...) eu acredito que teve uma mudança no comportamento dos terapeutas no sentido de organização. A equipe teve que aprender a se organizar melhor pra atender o que esse novo processo está solicitando e também teve que desenvolver a verdadeira habilidade de realizar o trabalho interdisciplinar”(Entrevistado 4).

“(...) a gente está nesse processo de amadurecimento mas eu vejo mais facilidade hoje do que quando eu entrei”, referente à discussão de casos clínicos” (Entrevistado 19).

Houve uma melhora na comunicação entre as equipes, despertou uma inquietação na grande maioria, em relação à qualidade das técnicas, escalas e registros dos atendimentos, conforme entrevista 5:

“(...) eu percebo que todos os colegas que passaram por isso comigo, por esse processo, eu percebo que nós somos mais flexíveis, hoje em dia, a toda proposta de tratamento. Eu vejo os questionários que a gente busca, cada vez pesquisar mais as avaliações possíveis. Nós somos muito mais flexíveis e receptivos a essas mudanças por conta justamente de nós termos tido receio no início desse processo, vivenciamos ele e vimos que deu super certo” (Entrevistado 5).

Foi sinalizado também que a Instituição ganhou mais credibilidade com a padronização e organização dos atendimentos e maior consciência do processo tanto pelo profissional quanto pelo paciente e familiar, conforme entrevista 4: e 7, respectivamente:

“(...) pra unidade foi uma organização de processo e padronização das ações. Para os pacientes então, isso acaba demonstrando credibilidade para a instituição porque os atendimentos são padronizados com base num estudo que nós fizemos. Foi levantado quais os aspectos que devem ser trabalhados e as ações já são planejadas então qualquer profissional que entre na instituição ele vai conseguir desenvolver o trabalho de forma correta” (Entrevistado 4).

“(...) com a inserção do planejamento terapêutico a gente fica mais consciente do trabalho, a gente consegue, eu sinto facilidade em organizar o trabalho” (Entrevistado 7).

Consequente à organização já sinalizada tanto nas condutas quanto nos registros, houve o ganho em segurança para todos os envolvidos, conforme demonstrado em trechos dos discursos: entrevista 4, 11 e 13, respectivamente:

“(...) traz segurança pra nós profissionais isso diminui a possibilidade de erro a gente consegue desenvolver o trabalho melhor então eu acredito que todos saiam ganhando”. O terapeuta se sente mais seguro em realizar as suas atividades que já estão preestabelecidas, que quando você chega num ambiente numa instituição você tem todos os seus processos descritos, padronizados as suas rotinas direcionando as suas ações.”

“(...) trouxe maior padronização, maior organização dos processos administrativos e uma avaliação constante em relação ao que pode ser melhorado.”

“O registro melhorou bastante, qualquer pessoa hoje em dia consegue pegar o prontuário e visualizar melhora.”

Os pontos positivos presentes nesta classe serão melhor discutidos nas demais classes de discursos, referenciando por vez a literatura.

Pode-se observar que, embora influenciem em todas as outras classes de discurso, os fatores dificultadores do processo não foram impeditivos para o desenvolvimento do padrão de

atendimento, logo dando vez aos desígnios e aos benefícios nas falas dos entrevistados.

4.4.2 Classe 4: Segurança

Identificada a prevalência no discurso de entrevistados homens, com mais experiência, pois relataram possuir mais de 10 anos de experiência e já terem trabalhado em mais de 3 locais diferentes até o momento da entrevista, além de interação com equipe interdisciplinar anteriormente. A prevalência da participação masculina se deu pela maior correlação de suas categorias verbais com esta classe de discurso, e não pelo número relativo de entrevistados homens.

Pode-se inferir que as características estruturais dos entrevistados, recursos, disposição e demandas, podem ter interferido na visão do processo, com identificação dos benefícios trazidos pelo Planejamento Terapêutico (BRONFENBRENNER, 2011).

Analisando os trechos das entrevistas, identificam-se inúmeras consequências da padronização instituída que trouxeram benefícios ao processo de atendimento, especialmente no que se refere à segurança, como:

- melhor direcionamento da equipe nas condutas em terapia;
- uniformização da nomenclatura;
- melhor identificação dos objetivos e ganhos terapêuticos;
- permitiu a homogeneidade e replicabilidade nas condutas técnicas;
- identificação das prioridades dos pacientes;
- maior participação dos pacientes em terapia;
- melhora da comunicação entre as equipes e com os pacientes e familiares;
- maior embasamento científico nas condutas.

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios citados em relação à identificação dos objetivos e ganhos terapêuticos:

Entrevistado 11 “(...)ajudou a ter mais foco no trabalho, não ficar uma coisa muito aberto, você fazia várias coisas e não tinha clareza do que queria”.

Entrevistado 9 “(...) a gente avalia de uma forma qualitativa o antes e o depois, o habito alimentar, habito intestinal ,eu digo em relação a alcançar os objetivos”.

Entrevistado 17 “(...) principalmente da criança que, quando melhora o equilíbrio de tronco, melhora o alcance e melhora as outras as outras funções que a gente precisa e tá tudo ali descrito e aí fica muito mais fácil de pensar”

Entrevistado 15 “(...) eu posso já agora tentar trabalhar mais o equilíbrio, então eu posso ir mudando, sabendo que esse objetivo eu já alcancei, agora eu posso ir pra uma outra linha de trabalho, sabendo que esse eu já estou bem avançado. (...) por exemplo, os amputados que recebem próteses a gente sabe quando o paciente está melhor preparado pra receber o equipamento, paciente está com um bom equilíbrio uma boa força uma boa parte cardiorrespiratória”

Entrevistado 5 “(...) você vem com três dias de conduta buscando esse objetivo um, no quarto dia você já passa para o objetivo dois por que o objetivo um você já alcançou, então esse traçado é muito legal da gente ter ele pra demonstrar. (...) o ganho funcional com cada um dos objetivos também ficava perdido hoje por conta do planejamento guiar mais a linha de conduta diária, você torna mais realista essa funcionalidade final do objetivo pro paciente.”

Pode-se observar um melhor direcionamento da equipe nas condutas em terapia, auxiliou a não esquecer de nenhum objetivo a ser trabalho, e a amarrar os objetivos diários no alcance das metas finais, conforme sinalizado pelo terapeuta 5:

“(...) atualmente ao avaliarmos os pacientes e ao definirmos os objetivos, automaticamente a gente já busca enquadrar o paciente na meta terapêutica do nosso planejamento, isso torna os avanços esperados mais visíveis e mais organizados também no decorrer das terapias”.

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios citados em relação à uniformização da nomenclatura, com homogeneidade e replicabilidade nas condutas:

Entrevistado 4 “(...)cada profissional trabalhava de um jeito, de uma forma com pacientes com a mesma patologia, do mesmo grupo, de formas diferentes”

Entrevistado 5 “(...) no momento em que um colega está com atestado ou um colega teve uma emergência familiar, por que quando a gente tem o planejamento terapêutico, a linha de conduta dos atendimentos vai se manter independente de quem seja o terapeuta que está no comando daquela terapia”

Entrevistado 14 “(...)eu procurava objetivos funcionais e tinha gente no setor que colocava ganho adm no joelho por exemplo e isso pra mim não era o objetivo”

Entrevistado 14 “(...) eu já sei o que eu devo fazer. Antes não, antes eu tinha que ficar vendo várias evoluções, o paciente anda? não sei, nunca vi o paciente em pé”

Entrevistado 15 “(...) toda a equipe está seguindo, porque cada um antigamente a gente seguia mas por exemplo meu setor seguia uma coisa outro setor seguia outra, hoje não.”

A segurança do cuidado prestado é um dos indicadores de maior impacto na qualidade da assistência à saúde. Não há como proporcionar uma assistência médico-hospitalar de

qualidade se esta não for realizada de maneira segura, relata Minuzzi (2016).

Schiezari (2014) e Brito (2017) elencaram em seus estudos inúmeras características observadas em hospitais que praticam uma gestão de qualidade corroborando dados desta pesquisa, como homogeneidade dos protocolos assistenciais, devido a padronização dos processos, trabalho em equipe, cuidado focado no paciente, informações disponíveis aos pacientes, respeitando seus direitos e sua participação na tomada de decisão, valorização à satisfação do usuário. Condições que fortalecem a segurança do paciente e da equipe.

A utilização de instrumentos de controle, fichas padronizadas, protocolos pré estabelecidos, permite minimizar os erros, pois direciona e homogeneiza os resultados (PEREIRA, 2019), além de reduzir desperdícios, não sinalizado nesta pesquisa. Dados corroborados por Luther (2019) ao pesquisar a utilização de protocolos em tratamento de fraturas em crianças na cidade de Boston, EUA.

Segundo Manzo (2012), instituições de saúde que passaram por processo de acreditação, como o Centro de Reabilitação em estudo, proporcionam mais segurança aos seus funcionários e pacientes seja pela oferta de recursos materiais, técnicos e humanos de maior complexidade, seja pela qualidade decorrente da padronização de rotinas e maior organização.

Segundo os entrevistados, o processo desenvolvido contribuiu também na valorização da opinião do paciente com sua participação na confecção de suas metas em reabilitação; melhorou o entrosamento entre os membros da equipe, todos enxergam os objetivos de todos e conseguem contribuir no seu alcance, conforme relata o entrevistado 17:

“(...) eu sei que ali termina o meu trabalho e começa o do outro e eu preciso do outro profissional pra poder ter um resultado melhor com o paciente.”

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios citados em relação à maior participação dos pacientes em terapia, melhora da comunicação entre as equipes e com os pacientes, corroborados pela literatura (AZEVEDO, 2017; BRITO, 2017; OLIVEIRA, 2016; SCHIEZARI, 2014):

Entrevistado 9 “(...) em relação ao atendimento, de evolução dos outros integrantes da equipe, então por exemplo, a nutrição trabalha muito com a enfermagem e com a fono”

Entrevistado 17 “(...) A gente consegue dizer pra ele o que tá sendo trabalhado. -Ó já melhorou equilíbrio, agora a gente vai pra outra fase. Então a gente já tem descrito. (...) o nosso planejamento é esse você vai sair daqui funcional vai sair daqui orientado você vai sair daqui sabendo fazer todos os exercícios em casa se a prefeitura não chamar você logo pra ir pra fisioterapia não tem problema.”

Entrevistado 5 “(...) ela me falou que a prioridade é essa, então eu estou treinando o equilíbrio, que é prioridade, então eu tenho que dar o máximo do equilíbrio hoje.(...) mudou, mudou bastante, mudou por que antes o paciente ele não tinha, ele não correlacionava o objetivo a meta funcional, então não ficava claro pra ele quais seriam os ganhos na vida dele aquele alongamento, por exemplo, ou aquele fortalecimento. (...) para o paciente ficou muito palpável esse ganho funcional”

Entrevistado 10 “(...) o planejamento terapêutico fez eles discutirem mais entre equipe, antigamente era muito individualista. (...) o que a gente tem trabalhado muito com os pacientes enquanto terapeuta, a gente orienta os pacientes, a gente direciona exercícios que eles possam fazer de forma mais independente ou que seu cuidadores auxiliem. (...) olha o nosso objetivo aqui vai ser esse, hoje nós vamos trabalhar nisso pra poder melhorar o seu tronco, pra poder você atingir tal coisa. Fica muito mais participativo”

Entrevistado 19 “(...) vou ter que voltar lá na avaliação e ver as expectativas porque, por exemplo, a meta a gente traça junto com o paciente”

Entrevistado 15 “(...) vejo que o paciente tem a possibilidade mas ele não faz porque ele não tem uma orientação eu já logo oriento já, chamo o acompanhante e falo:-Oh em casa vai fazer tal exercício.”

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios citados em relação à maior embasamento científico:

Entrevistado 10 “(...) procurar estudar mais, ver realmente o que que tem na literatura. (...) eu vejo que o que mais foi importante foi o brainstorm, as discussões com a equipe porque isso nos remete a voltar mais pra literatura, estudar mais. (...) não ter nada em literatura ao mesmo tempo forçou a equipe a estudar mais, ver se tem escalas, estabelecer os objetivos, as metas por nível funcional, o que que ele pode fazer, até onde ele pode. (...)”

A literatura demonstra a importância do embasamento científico, conhecimento teórico sobre os protocolos, padrões a serem implantados e sua influência na aplicabilidade e utilização dos instrumentos (FERRAZ, 2016; TOMÉ, 2014).

Gestores da área da saúde entrevistados por Moura (2017) sinalizaram a importância do uso de protocolos institucionais para garantir a segurança e qualidade da assistência. Os protocolos uniformizam e padronizam técnicas com respaldo científico do cuidado, garantindo segurança nos atendimentos (MOURA, 2017).

Não tirou a individualidade do tratamento, apenas direcionou as condutas, conforme relata o entrevistado 5:

“Não tirou, pelo contrário, melhorou, porque a gente tem uma linha geral que

é necessária que seja trabalhada de objetivos para que as metas funcionais básicas do dia a dia sejam reestabelecidas, ou adaptadas. Não perdeu a individualidade do atendimento e não se perdeu essa especificidade de ganhos para cada um dos pacientes”

Estudos desenvolvidos por Oliveira (2016) e Azevedo (2017) em instituições que passaram por processo de acreditação, no qual ocorre identificação e padronização de protocolos assistenciais, cerne desta pesquisa, corroboram o ganho da instituição referente à segurança. Sinalizam cliente como foco nos processos de atendimento, maior segurança para o paciente, além da identificação e minimização dos erros e busca por maior eficiência com a protocolização de rotinas assistenciais.

Mendes (2015) observou em estudo semelhante, a melhoria em práticas de segurança e diminuição de riscos ao paciente com mudanças nas rotinas e procedimentos, maior envolvimento dos profissionais com mudanças atitudinais positivas, promoção do desenvolvimento profissional através de qualificações, impactos na satisfação dos pacientes e reconhecimento público com fortalecimento da imagem do hospital.

Brito (2017) ao estudar hospitais privados de médio porte em São Paulo que aderiram ao processo de avaliação externa de qualidade identificou foco no cliente, melhoria no fluxo de trabalho, homogeneidade nas condutas e transparência de dados, clareza de responsabilidades, melhor resolução de problemas, além de melhora na gestão de equipes, corroborando a ideia de que a identificação e sistematização dos processos traz maior segurança aos envolvidos.

Em sua pesquisa sobre a aplicação de protocolos de segurança assistencial, Purim (2019) identificou algumas dificuldades que permeiam sua aplicação, como a falta de treinamento pela equipe e o preenchimento incompleto dos documentos, características não encontradas neste estudo.

“É essencial criar espaços de contenção de erros e apoio mútuo, que sejam propícios à comunicação, identificação das falhas e análise em conjunto(...)”, sinaliza Purim (2019, p. 4) sobre aplicação de barreiras de segurança como protocolos e *check list*.

Melhorar a segurança significou ações que minimizam as chances de erros nos processos assistenciais da instituição, como condutas técnicas mais direcionadas, melhor comunicação entre os envolvidos, maior entendimento e participação do paciente e familiar.

A compreensão da necessidade de mudança pela equipe e pacientes favoreceu sua participação em toda implantação, tornando-a possível.

4.4.3 Classe 1: Participação

Identificada a prevalência no discurso de entrevistadas mulheres, jovens pois estão com idade entre 31 e 35 anos, referindo 5 a 10 anos de experiência no trabalho, já tendo trabalhado em três locais diferentes até o momento da entrevista.

Analisando os trechos das entrevistas, identificam-se inúmeras consequências da padronização instituída que trouxeram benefícios ao processo de atendimento, especialmente no que se refere à participação, como:

- maior aceitação a novas ideias e mudanças necessárias nos setores;
- amadurecimento da equipe;
- maior engajamento da equipe;
- autonomia nas decisões técnicas;
- maior clareza nas condutas;
- planejamento das terapias em conjunto com o paciente;
- melhora na comunicação entre a equipe e os pacientes, já sinalizado na classe de discurso anterior, referente à segurança.

Os trechos das entrevistas que seguem demonstram o amadurecimento da equipe que passou por este processo, com maior aceitação a novas ideias e mudanças necessárias nos setores, com mais engajamento da equipe, assim como empoderamento nas decisões técnicas:

Amadurecimento da equipe:

Entrevistado 6:“(...) eu acredito que teve um amadurecimento da equipe e hoje eu falo que a gente fala a mesma língua porque, como eu dei o meu exemplo aqui, que vim de outra escola, eu consigo ver da forma que eu via antes”

Entrevistado 8: “(...) eu fiz o que eu podia fazer naquela época, hoje a gente vai aprendendo a, gente vai conseguindo cada vez fazer um pouquinho mais, mas a gente olha:-Nossa, eu poderia ter feito isso”

Entrevistado 17:“(...) a gente consegue pensar melhor nas coisas, eu consigo orientar alguém, alguém pergunta alguma coisa pra mim, eu consigo dar uma visão pro médico.(...) eu cresci muito aprendi muita coisa.

(...) se a gente trabalha sozinho, fica empobrecido o trabalho, e aí o paciente que sai perdendo. É o paciente, então eu acho que os profissionais eles foram amadurecendo.

(...) de acordo com os resultados a gente vai trabalhar outros objetivos maiores, então eu acho que o pensamento do profissional aqui ele foi mudando.

(...) a gente tem sim de olhar e falar: -Ah, acho que precisa melhorar um pouquinho isso aqui, né.(...) a gente falou: -Ah, vamos fazer uma pós! Uma pós em que? Falou: -Ah, uma pós de uma técnica diferente, vai dar pra aplicar essa técnica!”

Aceitação a novas ideias e mudanças necessárias, com maior engajamento da equipe:

Entrevistado 5:“(…) não precisava daquele receio inicial, então hoje quando uma de nós chega: -Olha meninas, eu pesquisei um questionário novo que foi validado pra português pra pacientes amputados, hoje em dia todo mundo se interessa”

Entrevistado 11:“(…) de acordo que a gente vai, vai vendo no dia a dia, às vezes a gente olha e fala:-Oh tem que melhorar isso!”

Entrevistado 13:“(…) foi um processo assim e até hoje a gente olha e fala: - Não, acho que dá pra melhorar isso! Então não é uma coisa que ficou fixa, assim, a gente fez há dois, três anos e parou, a gente sempre continua revendo. (...) agora quando chega coisas novas, eu acho que a equipe recebe de uma maneira mais light, assim, mais leve;”

Entrevistado 16: “(…) a gente sabe que tem, porque cada vez que existe um uma nova forma de olhar, um algo a mais pra ser, é pra trazer, né, então isso é muito bacana”

Empoderamento nas decisões técnicas:

Entrevistado 12:“(…) sim, tem diferença, porque a gente que dá o tchau pra ele. – Olha, a gente hoje precisa falar disso, ou não, no final a gente conversa sobre isso”

Entrevistado 19:“(…) ela já falou do inss, do auxílio doença, ela já falou da aposentadoria, ela já falou do auxílio acidente, ela já falou bpc e antes não. Quando eu entrei aqui, ah, dava duas linhas”

Um ambiente de trabalho mais prazeroso, com clima organizacional estável tende a motivar mais seus funcionários para novas vivências, aceitar mudanças necessárias e a “(...) desenvolver o trabalho de maneira eficiente, com qualidade, em um ambiente de satisfação e alegria”, se refere Manzo (2012, p. 393) a instituições acreditadas.

Nomura (2014), em sua pesquisa, identificou que a utilização de protocolos, a inovação e principalmente as atividades educativas e participativas ocasionaram maior engajamento da equipe e aceitação a mudanças organizacionais, corroborando o encontrado nesta pesquisa.

Ao avaliar os impactos do processo de acreditação em seis hospitais, Mendes (2015) corrobora um maior envolvimento profissional com mudanças no comportamento dos envolvidos na implantação dos padrões de qualidade.

Os trechos das entrevistas abaixo exemplificam o planejamento das terapias em conjunto com os pacientes, melhora na comunicação entre os membros da equipe e com os pacientes, além de maior clareza nas condutas, itens já sinalizados na classe de discurso anterior, referente à segurança, demonstrando que a maior participação dos envolvidos reflete em maior segurança para o processo (AZEVEDO, 2017; BRITO, 2017; OLIVEIRA, 2016; SCHIEZARI, 2014).

Em relação ao planejamento da terapias em conjunto com os pacientes:

Entrevistado 13: “(...) agora a gente traça as metas, a gente conversa tudo junto com o paciente, então as vezes a gente avaliava e falava: -Ah não, eu quero que ele melhore isso, mas aquilo não fazia tanto parte da realidade dele.
 (...) o acompanhante deixava a criança na sala de atendimento e saia e aqui por mais que a gente pedisse a presença, era difícil eles entenderem a importância deles na reabilitação e agora quando você senta junto e fala, não!
 (...) trazer as mães pro processo de reabilitação porque as vezes a criança não consegue dizer verbalizar, enfim, as dificuldades do que ela quer melhorar e o cuidador é cultural.”

Azevedo (2018) destaca a importância da participação dos envolvidos em reuniões de discussão de equipe, com interpretação e julgamento profissional heterogêneo, na construção do cuidado. Considerar elementos técnicos, como o emprego de protocolos e impressos para padronização de processos e também subjetivos e dialógicos, com a participação de todos os envolvidos.

Nomura (2014) corrobora os dados desta pesquisa ao valorizar a participação de pacientes e acompanhantes no processo do cuidado e na tomada de decisão em conjunto com a equipe.

Schiesari (2014), ao analisar organizações hospitalares acreditadas, identificou o cuidado focado no paciente, trabalho em equipe e participação do paciente na tomada de decisão terapêutica.

Em relação à melhora na comunicação entre os membros da equipe e com os pacientes:

Entrevistado 3: “(...) eu acredito que sim, a gente conseguiu passar mais confiança pra ele, todas as terapeutas dentro do setor conseguem falar a mesma língua”

Entrevistado 10: “(...) hoje eles já levam mais pra reunião de serviço. Fala: - Gente, olha, o que que a gente poderia melhorar? A discussão é com todos, é com todo mundo, todo mundo agrega entendeu? -Olha, eu estava conversando com fulano e ele deu essa dica, entendeu? E eles vão na reunião de serviço e eles falam: -Olha, fulano deu essa dica, o que que vocês acham, vamos estudar mais isso?”

(...) o trabalho ficou maior, ficou melhor, querendo ou não era mais individualista, as vezes um fazia um curso aqui outro lá, não, hoje todo mundo quer fazer junto (...) mas o planejamento eu vejo que interferiu nisso, porque a gente teve que fazer vários momentos de brainstorm, vários e vários e repetidas vezes hoje em dia eu ainda faço a gente sentar”

Entrevistado 16: “(...) havia, as vezes, a situação de cada um no seu quadradinho, cada um no seu trabalhinho e não tinha essa junção, hoje tem.”

Entrevistado 17: “(...) aí ele olhou pra mim e falou assim: -Você tá querendo falar que escola vai ser difícil no começo e depois vai ser mais fácil? Eu falei: -Fez sentido pra você? Essa junção que ele fez, de fazer a atividade, que no começo é difícil e depois vai ficando mais fácil e depois ele vai tirar de letra, ele conseguiu linkar com a escola.”

Entrevistado 20: “(...) tem que falar as metas do paciente, no começo da reunião, depois, todo mundo fala, pedir as metas de todo mundo e no final também falar se as metas vão ser mantidas”

Minuzzi (2016) identificou em sua pesquisa que desenvolver a comunicação e o relacionamento entre os profissionais é fundamental para a execução do trabalho em equipe de forma satisfatória e continuidade da assistência. Para tanto, as anotações do cuidado prestado de forma completa se mostram fundamentais (Neves, 2010).

Freire (2019) corrobora a importância de desenvolver a comunicação, principalmente em instituições de saúde, pois facilita a transmissão de conhecimento, alinha os objetivos institucionais com as ações individuais e da equipe, permite instituir protocolos assistenciais de segurança e qualidade e envolve a equipe pelo despertar do sentimento de pertencimento ao grupo. Uma equipe segura e motivada tende a ser mais pró-ativa e contribuir nos processos de melhoria.

Em relação à maior clareza nas condutas:

Entrevistado 8: “(...) olhando a evolução de outra pessoa, de outro setor mesmo, a gente consegue entender se a gente tá falando a mesma língua ou não. Em questão de qualidade mudou o todo”

Entrevistado 18: “(...) não sei como é que ele atendia, como é que ele lembrava, como é que ele tratava tudo, não sei como que o terapeuta se organizava então a gente tinha queixas quando eu cobria férias. As vezes quando eu saía de férias e quando eu voltava, muitas vezes, tinha queixa dos pacientes de que: -Nossa, a pessoa que ficou nas suas férias não sabia nada, a pessoa estava perdida!”

Entrevistado 19 “(...) melhorou um pouquinho, porque antes ninguém falava:- Ah, a gente tá finalizando! Ninguém falava, ai chegava lá na frente:-Deixa eu te falar, então, teve a sua reunião e você já tem uma previsão de alta. (...) eu escutei da boca do paciente que eu atendo e foi engraçado que esse paciente ele teve em um momento com a gente ficou um ano fora e ele voltou agora, então ele pegou o antes e o depois e ficou mais claro pra ele agora o que cada setor tem que trabalhar com ele, qual objetivo e antes no primeiro momento que ele esteve com a gente ele falou que isso não ficou claro, que ele não percebeu.

Criar oportunidades de discussão em equipe permite a reflexão sobre os problemas e a construção de possíveis soluções, seja por mudanças pessoais ou do Sistema. Metas impostas não possuem a mesma aceitação que as construídas pelos próprios envolvidos nas mudanças (MOURA, 2017).

No caso desta pesquisa, o desenvolvimento da comunicação apresenta-se como causa e consequência da mudança no processo assistencial. Esta pôde ser concretizada pela participação

ativa dos funcionários, discussão em reuniões e treinamentos. Através do desenvolvimento da comunicação a equipe compreendeu o propósito da mudança e participou ativamente na sua construção, houve uma construção em equipe do significado das mudanças.

Por outro lado, o sentimento de pertencimento e valorização estimulou a comunicação e participação intersetorial. Os protocolos instituídos direcionam para discussão de equipe, compartilhamento de metas e consultas entre os setores envolvidos.

4.4.4 Classe 2: Prazos: da barreira ao benefício

Identificada a prevalência no discurso de entrevistados homens, com mais experiência, pois relataram possuir mais de 10 anos de experiência e já terem trabalhado em mais de 3 locais diferentes até o momento da entrevista.

Analisando os trechos das entrevistas, pode-se identificar que a principal queixa entre os envolvidos refere-se aos prazos, principalmente pela necessidade de estabelecê-los para os objetivos das terapias e também pelo curto prazo para desenvolvimento do padrão solicitado.

Os terapeutas apresentaram dificuldades iniciais de estabelecer prazos devido ao trabalho extra que representara e receio em engessar os tempos individuais de reabilitação.

Os Prazos como principal queixa:

- curto prazo para desenvolvimento do padrão solicitado;
- trabalho extra;
- necessidade de estabelecê-los para os objetivos das terapias;
- receio de engessar os tempos individuais de reabilitação.

Os trechos a seguir exemplificam as queixas relacionadas à falta de tempo para desenvolver o padrão e à sobrecarga de trabalho apresentada:

Entrevistado 1: “(...) isso me sobrecarregou, mas depois que ele entrou no trilho eu não consigo ver nenhum ponto, de verdade, nenhum ponto que seja negativo pro trabalho que organiza.”

Entrevistado 6: “(...) agora que a gente vê tudo pronto eu acho muito bom, não vejo que teve ponto negativo não, foi um esforço da equipe, não foi fácil porque como eu disse a gente teve que atender.”

Entrevistado 11: “(...) por falta de tempo administrativo por conta de ter que atender e ter que fazer o administrativo que era bem, bem pesado mas hoje já tá normalizado.

(...) eu acho que no começo foi bem corrido por conta das mudanças e os prazos eram muito curtos pra gente estar entregando os, como é que eu posso dizer, pra gente estar entregando aquilo que foi solicitado”

Entrevistado 15:“(...) não consegui enxergar um ponto negativo eu acho assim e a dificuldade que tem de fazer a evolução, o relatório, mas assim, a dificuldade é lógico mas o ponto negativo é em relação ao tempo só.
 (...) um ponto negativo que eu vejo é com relação ao tempo hoje a demanda é um pouco maior e o tempo é pouco.
 (...) que teve uma demanda maior em montar essas questões achar marcadores, avaliações, escalas, acho que houve um trabalho nisso mas agora que já se estruturou eu não vejo tanta dificuldade de antes pra depois.”

Entrevistado 17: “(...) o negativo é a gente ter que fazer ao mesmo tempo, não ter esse tempo de parar pra planejar.
 (...) não foi ruim, foi bom, então eu acho que o negativo é só a gente ter que fazer muita coisa ao mesmo tempo”

Entrevistado 18: “(...) demanda mais tempo, a equipe tem que estar mais engajada ali pra poder fazer
 (...) a questão do tempo que a equipe menciona as vezes que é um tempo considerável, o tempo pra fazer evolução.
 (...) a equipe demanda mais tempo pra evoluir a equipe demanda mais tempo pra fazer o planejamento terapêutico.”

Estudos sobre implantação as Sistematização do atendimento em enfermagem identificam como principais dificuldades a sobrecarga de atividades desempenhadas pela equipe, falta de tempo para desenvolver os padrões, conforme encontrado nesta pesquisa, além de outras queixas como formação acadêmica deficitária, falta de profissionais, pouco comprometimento e responsabilidade dos envolvidos, o que não foi identificado neste centro de reabilitação (PEREIRA, 2013; SAUT, 2016; TOMÉ, 2014). O mesmo foi observado por Mendes (2015) ao estudar a Acreditação Hospitalar.

Esta pesquisa corrobora os dados encontrados por Bouças (2018), pois este esclarece que a sobrecarga de trabalho dificulta a implantação das ações de melhoria direcionadas pela acreditação, além disso, o autor também identificou em seu trabalho o quadro limitado de funcionários, fator agravante não identificado aqui.

Com isso, identifica-se que o dimensionamento deve ser considerado antes de tentar implantar protocolos que necessitem de tempo e pessoas para aplicação (TOMÉ, 2014).

A implantação de um novo processo requer apoio institucional que permita redirecionamento de recursos e funcionários, reformulação dos processos de serviço, mantendo a prioridade no cuidado (PEREIRA, 2013).

Os trechos das entrevistas a seguir demonstram as queixas relacionadas à necessidade de estabelecer prazos para objetivos das terapias, muitas vezes subjetivos, e receio de engessar os tempos individuais de reabilitação:

Entrevistado 15: “(...) o medo era engessar também o prazo e a gente viu que isso não é verdade, não é uma coisa preocupante! Eu também acho que o medo de engessar a terapia era de engessar o prazo.

Entrevistado 18 : “(...) pra elas estava tudo errado a questão dos prazos não fazia sentido mas nós implantamos o planejamento. Parte dele eu acho que fazia muito sentido, a questão de padronizar os objetivos de escrever de forma mais clara.

Entrevistado 19: “(...) o ponto que pegou pra mim foi o prazo e ser engessado. Depois do momento que a gente viu que não precisava ficar engessado e que a gente podia ter essas modificações no decorrer do programa foi mais fácil de internalizar o processo.

(...) mas esta angústia em relação aos prazos mudou conforme a gente foi fazendo, colocando a mão na massa experimentando isso nos nossos pacientes. (...) como que eu vou colocar prazo numa coisa que é subjetiva e conforme a gente foi fazendo a gente foi mudando, foi melhorando.

Entrevistado 20: “(...) essa coisa que tem que estipular prazo, (...) tudo que tem prazo, parece que as pessoas se sentem meio pressionadas, parece que, no começo eu sinto que talvez as pessoas tivessem um pouquinho pressionadas”

Os prazos descritos no Planejamento representam a média de dias/sessões alcançada pela equipe em cada meta e objetivo em atendimentos progressos de pacientes da Unidade. Foram extraídos dos prontuários da equipe multidisciplinar e representam o histórico construído pela equipe, pois não foram encontrados dados em literatura para direcionamento deste quesito.

Com o passar do tempo e desenvolvimento dos padrões, os terapeutas compreenderam que os prazos descritos eram um direcionador e não limitava a atuação profissional, cada paciente se desenvolve de forma diferenciada, possuindo seu próprio prazo individualizado, sendo este respeitado pelo Planejamento.

Assim, o sofrimento diminuiu e a barreira foi transposta, começando a valorização dos prazos inseridos nos processos e identificação dos benefícios, como:

- Maior controle do tempo de tratamento;
- melhor acompanhamento dos programas de reabilitação, controle mais próximo;
- menor desvio de tempo dentre os pacientes;
- maior rotatividade dos pacientes.

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios relacionados ao melhor acompanhamento dos programas de reabilitação, com controle mais próximo:

Entrevistado 2: “(...) era um pouco mais livre, digamos assim, e agora está bem direcionado, acho que todos vão em busca de um único objetivo.”

Entrevistado 4: “(...) não que não possa sair do caminho, porque cada paciente ele é único, ele tem a sua necessidade, nós vamos trabalhar também o que vier a mais.”

Entrevistado 5: “(...) isso é um outro ponto que eu percebo também de diferença, por que essa organização dos avanços antes a gente não tinha uma planilha onde a gente organizasse: -Olha o paciente começou assim, teve esse avanço e chegamos a esse resultado final.
(...) eu acho que pros outros setores em relação ao nosso serviço ficou mais claro pra eles em reunião de equipe.”

Entrevistado 6: “(...) o que eu vejo que mudou mais é a questão de analisar esses dados que hoje tem um padrão, antes não tinha um padrão em relação aos objetivos e prazos e antes a gente avaliava e não reaplicava os protocolos. (...) negativo não, não consigo ver nenhum ponto negativo, eu acho que como foi um processo longo até, se a gente pensar, quatro anos indo para cinco, foi paulatino não teve nenhum ponto negativo.”

Entrevistado 7 : “(...) eu acho que com o planejamento a equipe sabe onde ela quer chegar, porque se você consegue estruturar o caminho onde você quer chegar, você consegue passar e refletir isso pra equipe.”

Entrevistado 8: “(...) você realmente entende o que que tá acontecendo, o que foi feito, o que não foi feito, então isso eu acho que foi uma coisa boa. Dá mais trabalho, dá um trabalhão, gasta tempo pra caramba!”

Entrevistado 9: “(...) hoje a gente tem alguns pacientes que ainda passam do prazo, mas tá definido o porquê ele tá passando.

Entrevistado 12: “(...) então o prazo dentro do planejamento veio pra ajudar nisso eu não fico só num assunto mas também não posso atropelar deu esse como dizer esse impulso nossa não posso dormir no tempo eu acho que sim.

Entrevistado 15: “(...) ter mais percepção nisso então. Se a gente vai pra uma reunião pra discutir o paciente a gente sabe: -Oh esse paciente realmente está pronto pra isso. E a gente também conhece os prazos.
(...) ele vai se reabilitar conforme a necessidade dele. -Ah, mas ele estourou o prazo. Mas ele estourou por que? Vamos ver.”

Entrevistado 18 “(...) a gente mantém a observação clínica mas a gente consegue mensurar mais quais o que foi trabalhado o que foi melhorado tem mais clareza mais objetividade então eu acho que isso é pra todo mundo”

Entrevistado 19: “(...) a gente também consegue argumentar justificar o porque a gente vai ficar um período menor com esse paciente”

Entrevistado 21 “(...) ai tudo bem, deu o prazo a gente realmente dá alta, mas aqueles pacientes que continuam apresentando evolução a gente mantém a gente consegue justificar o porque ele está aqui e vez ou outra quando a gente vê que não dá pra ficar no processo.
(...) por mais que eles tenham chegado naquele prazo a gente consegue justificar a permanência dele aqui não tem porque a gente dar alta pra um paciente que está evoluindo super bem está apresentando ganhos.

O acompanhamento mais próximo dos processos de reabilitação favorece atualizações e adequações segundo necessidade dos pacientes, familiares e equipe, sendo de fundamental importância para adesão dos padrões instituídos (NOMURA, 2014). Segundo a autora, a

atuação da equipe, técnicas e nomenclatura utilizadas, deve considerar a cultura, valores e condição social das pessoas atendidas, facilitando assim sua compreensão e melhoria na qualidade do atendimento.

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios relacionados ao controle do tempo de tratamento:

Entrevistado 9: “(...) hoje a gente acaba tendo tempo definido, antes ficava mais solto, hoje a gente vai pra o atendimento a gente consegue identificar que a gente programou pra ter 17 atendimentos e eu já estou no atendimento de número 9.”

Entrevistado 11: “(...) eu acho que teve essa mudança porque antes a gente atendia mas não tinha esse objetivo em tempo a gente tinha um objetivo a longo prazo e agora a gente tem um objetivo determinado pra tantos meses”

Entrevistado 12: “(...) as vezes passava muito prazo do paciente ficar muito tempo aqui na casa porque ah já que eu posso atender ele não tem um tempo de sessões pra eu atender então eu vou trabalhar bem isso.”

Entrevistado 15: “(...) vamos dizer assim, ficava muito mais tempo e o prazo ajudou a gente ter uma noção desses pacientes que estavam extrapolando, hoje extrapola algum ou outro pode passar o prazo não extrapolar ficar ai quase um ano.

(...) hoje pode se passar um pouco mais do prazo pode mas todo mundo está ciente a equipe está ciente que ele está passando por isso, isso e isso antes não (...) então eu acho que o prazo do planejamento foi um positivo por causa disso. (...) não fica paciente perdido sabe a di eterno já deu o tempo dele então acho que o prazo ajudou nisso também não deixou o paciente muito tempo.

Entrevistado 21: “(...) hoje eles ficam no prazo determinado estabelecido pela rede.

Um maior controle do tempo de tratamento, conforme sinalizado pelos entrevistados, não representa necessariamente menor tempo de reabilitação, pois este se mostra multifatorial e sofre influências do tipo de incapacidade do paciente, funcionalidade inicial, aderência ao tratamento, dificuldades sociais e características intrínsecas de paciente, como história de vida, capacidade de se reestabelecer e resiliência.

Os trechos das entrevistas abaixo sinalizam os benefícios relacionados à maior rotatividade dos pacientes:

Entrevistado 15: “(...) ah eu acho que o que mudou no prazo foi assim, a gente tem uma grande demanda num centro de reabilitação que atende todo o vale do paraíba.

(...) a gente trabalha numa instituição que tem fila de espera então a gente também não pode ficar com o paciente *a di eterno*.

(...) se eu não me engano tinham pacientes que ficavam quase um ano aqui quase um ano e hoje é assim o prazo ajudou a gente ajustar essa questão também até mesmo pela nossa lista de espera.

Pesquisando as práticas de gestão adotadas por hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brito (2017) identificou que os hospitais que possuíam mais certificações de acreditação apresentaram maior grau de adoção de práticas de gestão, como gestão financeira, práticas gerenciais de operação, de recursos humanos, estratégia e marketing e demonstraram diferenças de desempenho, com maior taxa de ocupação e internações por leito.

Oliveira (2006) em sua pesquisa sobre taxa de sucesso no desmame ventilatório, identificou que a sistematização do atendimento por meio da utilização de protocolo melhorou os resultados da atuação da equipe devido a condutas diagnósticas e terapêuticas mais assertivas.

Mesmo estatisticamente não significativo, Wardhani (2019) observou em estudo de 346 hospitais na Indonésia, que hospitais acreditados possuíam melhores indicadores de resultados, como taxa de ocupação e maior eficiência, mesmo com maior índice de mortalidade. Este fora atribuído ao fato de a maioria dos hospitais acreditados da pesquisa serem referência, de grande porte e estatais, recebendo a maior parcela de doentes graves, podendo elevar a taxa de mortalidade da Unidade.

Com o passar do tempo, a equipe observou a necessidade de modificar a característica dos prazos, transformando o tempo de terapia (dias) em número de sessões, identificando assim o número de vezes que este paciente compareceu e foi trabalhado em terapia, sem interferência devido a feriados, emendas e recesso de final de ano, conforme trecho de entrevista abaixo:

Entrevistado 9: “(...) foi melhorando, então por exemplo hoje a gente calcula pelo número de sessões, então, a gente não tem aquele desgaste que a gente tinha pra calcular o tempo e ficou melhor com o número de sessões que com o tempo.

(...) a questão do cálculo do planejamento que era uma coisa que demorava muito, demandava muito tempo que hoje já não tem mais, hoje é pelo número de sessões.”

A aplicação de protocolos demanda tempo da equipe para capacitações iniciais e preenchimentos diários, sendo esta a principal queixa em toda literatura pesquisada, corroborando dados desta pesquisa (AZEVEDO, 2017; MENDES, 2015; MOURA, 2017; PEREIRA, 2013; TOMÉ, 2014; SAUT, 2016).

Mesmo identificando nas falas dos entrevistados alguns benefícios como melhor acompanhamento dos tempos de terapia, maior rotatividade dos pacientes, controle mais próximo, não houve melhora dos indicadores de resultados referentes ao tempo despendido para os atendimentos, como descrito a seguir.

Dados fornecidos pela Unidade demonstram que o número médio de dias gastos em terapias aumentou nos últimos anos, em uma média de 19% de 2014 a 2019, seja pela gravidade dos casos, seja pela baixa aderência e faltas consecutivas estendendo os prazos para atingir os objetivos. Com isso, infere-se que não houve melhora na eficiência¹⁸ dos resultados com a prática instituída, pois o tempo gasto para atingir os objetivos foi maior.

Os indicadores de resultados, sua variabilidade e ações corretivas são analisados pelos gestores com auxílio do ciclo PDCA, conforme descrito anteriormente.

4.4.5 Classe 3: Evolução: barreira ou benefício?

Identificada a prevalência no discurso de entrevistados com idade entre 36 a 40 anos, com experiência de 5 a 10 anos de trabalho, que já trabalharam em 3 locais diferentes até o momento da entrevista, sem prevalência de gênero.

O registro em prontuário dos atendimentos realizados pela equipe de saúde, usualmente denominado de “evolução”, são fundamentais para facilitar a comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar e atestar as condutas frente ao paciente e familiar, além da fundamental importância como fonte para pesquisas e casos judiciais (BARBOSA, 2015).

Em relatos os entrevistados citam que antigamente as evoluções eram automatizadas, não continham tudo o que era realizado e que a padronização trouxe uma melhora importante dos registros dos atendimentos estando atualmente mais completa, com todos os cuidados oferecidos, riscos e barreiras descritos. Relataram também um incremento na identificação dos resultados da reabilitação, além de melhora na organização dos prontuários e maior direcionamento ao trabalho da equipe.

Benefícios sinalizados em relação às evoluções dos atendimentos:

¹⁸ Eficiência: refere-se ao custo, valor monetário ou tempo, despendido para alcançar um objetivo (MALIK, 2002).

- melhora importante dos registros dos atendimentos-mais completos, com todos os cuidados oferecidos, riscos e barreiras descritos, com tudo o que foi realizado;
- evoluções deixaram de ser automatizadas;
- melhora na identificação dos resultados da reabilitação;
- melhora na organização dos prontuários;
- maior direcionamento ao trabalho da equipe.

Porém mesmo identificando benefícios, algumas barreiras também foram sinalizadas, em relação à evolução, conforme relato dos entrevistados:

- evoluções longas devido aos detalhes do planejamento;
- necessidade de mais tempo para realizar as evoluções de atendimento;

Os trechos das entrevistas a seguir sinalizam que as evoluções deixaram de ser automatizadas, apresentando melhora importante dos registros dos atendimentos-mais completos, com todos os cuidados oferecidos, riscos e barreiras descritos, com tudo o que foi realizado:

Entrevistado 10: “ (...) as evoluções eram bem curtas (...) muito automatizadas.”

Entrevistado 14 : “(...) eu copiava a evolução e só modificava o peso e a postura, então era mais fácil e mais rápido. Hoje em dia não, porque é tudo mais detalhado.”

Entrevistado 16: “ (...) a gente tinha aí uma evolução que tinha cinco linhas hoje é uma folha inteira.”

Entrevistado 18: “(...) colocam-se mais detalhes na evolução que antes, o terapeuta não colocava, era uma evolução muito sucinta, muito simples, então hoje tem uma riqueza de detalhes e isso demanda um tempo maior para poder fazer.”

Entrevistado 19: “(...) eu acho que era mais recorta e cola e só mudava a orientação do dia, porque a evolução era muito pequenininha. Hoje em dia tem até a questão dos riscos.”

Entrevistado 21: (...) a evolução está bem mais detalhada, então a evolução além de colocar o planejamento terapêutico, ela coloca o desempenho do paciente, qual foi a conduta, colocam-se os riscos as barreiras.”

Nomura (2014) avaliou os registros da atuação da enfermagem em um hospital público do Rio Grande do Sul, antes e após o processo de acreditação, com melhora significativa dos registros em 82,8% dos itens avaliados. A autora relaciona a melhora ao processo

educativo/capacitação vivido pela equipe e reestruturação dos protocolos com padronização de itens obrigatórios, semelhante ao identificado neste trabalho.

O preenchimento diário e correto dos protocolos, contendo todos os dados dos atendimentos auxilia no planejamento das terapias e acompanhamento dos resultados para continuidade do tratamento, conforme demonstrado por Neves (2010) e sinalizado nos trechos das entrevistas abaixo.

Os trechos das entrevistas a seguir demonstram os benefícios em relação à melhora na identificação dos resultados da reabilitação, melhora na organização dos prontuários e maior direcionamento ao trabalho da equipe:

Entrevistado 3:“(…) lendo a evolução terapêutica do dia eu consigo dar sequência no caso o que antes era mais raro de acontecer hoje é mais fácil.”

Entrevistado 9:“(…) esse planejamento detalhado de todas as terapias acaba ajudando no atendimento de outros serviços, então a gente acaba olhando a evolução do colega.”

Entrevistado 11:“(…) a gente consegue trabalhar com maior foco nos objetivos do paciente.”

Entrevistado 13:“(…) como ele estava e de como ele saiu eu acho que a melhora do registro proporcionou isso, a gente consegue ver a evolução.”

Entrevistado 15:“(…) hoje você lê uma evolução, você tem uma melhor qualidade do que você está lendo do que você tinha antes.”

Entrevistado 17:“(…) ficava mais difícil de pensar, não dava pra bater o olho em uma evolução de três linhas e saber o que a gente precisava fazer e aí precisava pegar a avaliação do paciente. (...) hoje a gente vê as evoluções com muito mais qualidade com muito mais resultado ali do atendimento que foi feito.”

Entrevistado 18:“(…) as evoluções elas tinham pouca informação do paciente, do que estava sendo trabalhado, do que estava sendo atingido ou não da melhora que o paciente estava apresentando ou não. (...) estar tudo nas evoluções do sistema eu acho que facilita a vida do terapeuta, ele chega muito mais direcionado, muito mais focado pra atender o paciente.”

Entrevistado 19:“(…) o que era antes não deixava, assim, muito claro de fato o que eu tinha de objetivo, como estava esse objetivo com o paciente, se já tinha atingido ou não.”

Entrevistado 21:“(…) eu consigo ver se a orientação que eu passei e confirmar se ele realmente seguiu ou não, então acho uma outra mudança a evolução mais detalhada.”“(…) agora está muito mais direcionado está muito mais seguro pro paciente pra quem cobre uma licença.”

O prontuário do paciente é indispensável como fonte de informações, facilita a atuação da equipe multidisciplinar pelo compartilhamento do registro dos atendimentos e permite seguir

o processo de saúde doença de forma segura e sigilosa (WESTPHAL DOS SANTOS, 2018). Sobre a importância dos registros em prontuários a autora sinaliza que “(...) conhecimentos socializados repercutem em nível jurídico, administrativo, de ensino e de pesquisa” (WESTPHAL DOS SANTOS, 2018, p. 6)

Foi sinalizado pelos terapeutas, nesta classe de discurso, um aumento da segurança no que se refere à continuidade do tratamento por outro terapeuta- replicabilidade, conforme já discutido na Classe denominada Segurança:

Entrevistado 13: “(...) Olhando todo o meu planejamento pra aquele paciente qualquer terapeuta é capaz de dar continuidade.”

Entrevistado 18: “ (...) quando a gente saía de férias, a gente deixava um resumo de cada paciente, deixava sugestões de atividades pra tentar minimizar o impacto disso pro paciente e mesmo assim os pacientes percebiam que os terapeutas estavam perdidos durante a cobertura de férias; (...) mais seguras pra continuidade do processo pra continuidade da assistência porque quando um terapeuta sai de férias o outro consegue entender melhor o que estava sendo trabalhado consegue cobrir os atendimentos.”

Entrevistado 19: “(...) hoje está muito mais clarificado o que a gente faz tanto que se for atender o paciente de uma outra colega eu lendo a última evolução eu não vou ficar perdida porque está claro lá.”

Observa-se que as barreiras são consequências dos benefícios observados, registros mais completos, com detalhes do cuidado oferecido, identificação de riscos individuais e resultados requerem textos mais longos e mais elaborados, necessitando de mais tempo para serem confeccionados, conforme trechos das entrevistas abaixo:

Entrevistado 11: “(...) aumentou o gasto de folha, a avaliação da mais ou menos uma folha, uma folha e meia cada evolução.”

Entrevistado 19: “(...) tanto pro relatório quanto pras evoluções a gente precisa pensar, prestar mais atenção do que antes.”

Entrevistado 21: “(...) mesmo no meu setor muita gente não consegue fazer as evoluções de uma manhã toda ou de uma tarde toda em uma hora de administrativo por conta desses detalhes.”

Entrevistado 2: “(...) as evoluções tinha três, quatro linhas e após o planejamento terapêutico é praticamente uma folha sulfite que a gente descreve e isso demanda mais tempo, muito mais tempo e isto é realmente um ponto negativo: o tempo.”

Entrevistado 13: “(...) pra eu fazer uma evolução um pouquinho mais completa demanda mais tempo.”

Entrevistado 21: “(...) ela demanda um pouco mais de tempo do que antes (...) pra se

fazer uma evolução mais detalhada.”

Entrevistado 3:“(…) aumentou a responsabilidade porque o modo de escrita tem que estar bem mais fácil pra todos.”

Entrevistado 14:“(…) demorava dez minutos pra fazer uma evolução, hoje demora mais, então, perde-se mais tempo nisso, mas eu acho que em compensação tem ganhos com uma forma ou outra com os protocolos que a gente tá seguindo.”

Não foi uma queixa mais lembrada pelos envolvidos, nem possui unanimidade entre eles, conforme relatos abaixo, mas mantém-se como um barreira a ser quebrada.

Entrevistado 11:“(…) com relação a evoluções no tasy que ficou mais rápido pra gente evoluir, ficou uma coisa mais organizada, apesar de ter ficado um pouco longa a evolução mas ficou mais padronizada e mais rápida.”

Entrevistado 14:“(…)ele tá muito mais organizado, ele tá muito mais fácil, estruturado pra a gente como terapeuta evoluir.”

Ações não registradas em prontuário do paciente se tornam invisíveis no planejamento da terapia, enfraquecendo o elo entre a equipe interdisciplinar (NOMURA, 2014).

O volume de informações importantes nos prontuários cresce a cada dia e seu registro manual, moroso, ilegível e de difícil compreensão torna este processo inviável e inseguro (SANTOS, 2010; SPERANDIO, 2005), sendo indispensável o uso da tecnologia para facilitar a aplicação dos protocolos de forma ágil e segura (PEREIRA, 2013), conforme o centro de reabilitação em estudo, que utiliza prontuário eletrônico Tasy como forma de registro eletrônico de seus atendimentos.

Em estudo desenvolvido em Hospital Universitário na Paraíba, Santos (2010) observa a necessidade de alimentação diária dos dados dos pacientes, conforme o cuidado oferecido para que as ferramentas de padronização tenham utilidade. Porém, a utilização de tecnologia que trate os dados de forma automática, pouparia mais tempo da equipe em atividades burocráticas, sugere o autor.

Neste sentido, a utilização de prontuário eletrônico por este centro de reabilitação permite um registro claro, ágil e seguro, conforme sinalizado em literatura, porém ainda sem softwares ou aplicativos específicos como forma de integrar os dados fornecidos, gerando novas informações e conhecimentos traduzidos em ações. O que poderia minimizar o tempo dispendido no Planejamento Terapêutico desenvolvido (SPERANDIO, 2005; SANTOS, 2010; PEREIRA, 2013).

Após algumas atualizações no Planejamento Terapêutico as equipes sintetizaram objetivos e metas na tentativa de minimizar a redação, porém foram acrescentadas escalas de

avaliação de resultados baseadas em literatura, riscos individuais e orientações em saúde, o que não auxiliou na redução do texto.

Ainda representa um desafio manter a riqueza de informações e detalhamento das condutas e tudo o que ela representa de benefícios para o paciente e equipe, sem refletir em mais tempo e mais trabalho.

Segundo Nomura (2014, p. 8), possuir um sistema de padronização de nomenclatura “ não garante a completude e qualidade de registros, necessitando de avaliações e aperfeiçoamento de forma sistemática”.

Esta pesquisa reflete o resultado de um trabalho contínuo e árduo de uma equipe interdisciplinar, com inúmeras capacitações, mudanças de hábitos e crenças em busca de melhores práticas a favor das pessoas com deficiência. “(...) o processo de aprendizado é laborioso, ativo e emocional e que está associado à mudança de comportamento, dependendo de experiências com tentativas e erros” (TAJRA, 2008, p. 30).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão da qualidade em serviços de saúde é uma realidade incontestável hoje e fundamental para a sobrevivência das instituições, principalmente em países onde os recursos são escassos. Identificação e padronização de processos, tanto administrativos quanto assistenciais, minimizam erros, otimizam recursos e direcionam a equipe e os pacientes.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a experiência na implantação do Planejamento Terapêutico em um centro de reabilitação a fim de investigar se a sistematização da prática assistencial traz melhoria na qualidade da assistência à saúde.

Buscou-se identificar as etapas necessárias para implantação do padrão, assim como a percepção dos membros da equipe sobre o processo.

Referente as etapas de sensibilização dos profissionais, pôde-se observar a importância da conscientização da equipe quanto à problemática dos setores e engajamento dos terapeutas como agentes de mudanças. A aderência ao padrão se deu principalmente pela sua construção pelos próprios envolvidos.

Referente à Descrição dos Protocolos Terapêuticos observa-se nomenclaturas e condutas mais homogêneas, com maior facilidade na replicabilidade da assistência; melhora na identificação dos objetivos terapêuticos, na identificação dos resultados, além de melhora na organização dos prontuários.

Referente à percepção dos membros da equipe sobre a implantação do Planejamento Terapêutico pôde-se observar resistências e dificuldades enfrentadas inicialmente pelos envolvidos, que, com o desenvolver do trabalho foram sendo vencidas e substituídas pela contribuição individual e coletiva. A identificação de melhorias motivou a equipe em busca de atualizações através de pesquisas científicas de melhores técnicas, escalas e registro, além da quebra do preconceito a mudanças e melhor comunicação entre as equipes.

Houve também maior participação do paciente, melhora na comunicação entre os setores, organização nos prontuários, evoluções detalhadas que permitem direcionamento do terapeuta e replicabilidade nos atendimentos, identificação dos objetivos e metas a serem alcançadas e em qual prazo, clareza nas condutas e melhora na segurança para os terapeutas e pacientes representam as consequências positivas deste processo.

Foi identificada maior efetividade da assistência devido ao aumento das altas com objetivos atingidos e maior taxa de ocupação dentro dos programas de reabilitação; porém, não houve maior eficiência nos resultados, pois necessitou-se de mais tempo para alcançar os objetivos propostos, seja pela gravidade dos pacientes ou baixa aderência ao tratamento,

ocasionando faltas e estendendo o tempo para atingir os objetivos.

O processo de desenvolvimento da Sistematização do Planejamento Terapêutico, estudado nesta pesquisa, está inserido em um contexto de gestão da qualidade hospitalar, práticas em busca de melhoria contínua na área da saúde. A equipe envolvida é a mesma que passou por todos os processos de qualidade presentes hoje na instituição. Passou por capacitação e sensibilização, se desenvolvendo pessoal e profissionalmente no decorrer do tempo. Sendo este o resultado de um trabalho contínuo, intersetorial, em busca de melhores práticas em prol do paciente. Inferir os resultados desta pesquisa exclusivamente ao desenvolvimento do Planejamento Terapêutico seria desconsiderar um contexto maior de mudanças comportamentais e de cultura no qual a unidade estava inserida, a Acreditação Hospitalar.

Desenvolver pessoas em suas habilidades técnicas, empatia, atendimento humanizado, valorização do trabalho em equipe e consciência responsável, valorização da necessidade e expectativa do paciente devem ser o direcionamento em busca de uma gestão de qualidade, conforme observado nesta pesquisa. O que se observou aqui foi a valorização da contribuição ativa dos envolvidos, em processos educativos e não punitivos, conforme direciona a Acreditação Hospitalar.

Em contrapartida, fica o desafio de manter a qualidade trazida pelos protocolos sem despender tanto tempo e trabalho para seu preenchimento. Desenha-se um horizonte de perspectivas de desenvolvimento de recursos computacionais na área da reabilitação, softwares inteligentes, como ferramenta facilitadora na aplicação do Planejamento Terapêutico, relacionando os dados fornecidos, otimizando o tempo da equipe multiprofissional para assistência.

Pelo exposto, pode-se concluir que a sistematização da prática assistencial traz sim melhoria na qualidade da assistência à saúde, quando a equipe compreende os padrões e sua importância, conseqüente à participação ativamente em sua construção e implantação, com a conscientização e participação do paciente e sua família no processo de cuidado.

Este estudo descreve uma realidade contextualizada de um centro de reabilitação, o que dificulta a generalização das características observadas, sendo esta sua principal limitação. O desenvolvimento de novas pesquisas com realidades diversas para melhor discussão e aplicabilidade desta metodologia de atendimento se mostra fundamental, trazendo novos olhares, talvez sobre a perspectiva dos pacientes envolvidos.

6. REFERÊNCIAS

ALASTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013. Epub Nov 22, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jan. 2020.

ALVES, V. L.S. **Gestão da qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ASEF, J. G. S. La planeación de la auditoría en un sistema de gestión de calidad tomando como base la norma ISO 19011:2011. **RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ**, Guadalajara, v. 8, n.16, p. 97-129, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v8i16.329>. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672018000100097&lng=es&nrm=iso. Acesso em 01 jan. 2020.

ASSIS, V. C. de. A importância da acreditação hospitalar: qualidade na assistência à saúde oferecida pelos serviços. In: 8ª MOSTRA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* DA PUC GOIÁS, 2013. Goiânia. **Anais [...]**. Goiânia: Puc-Goiás. ISSN: 2176-0705. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos>. Acesso em: 23 nov. 2017.

AZEVEDO, C. da S. *et al.* Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018. Epub June 25, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-331x00043817>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 out 2019.

AZEVEDO, C. da S. *et al.* Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 6. p. 1991-2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016>. ISSN 1678-4561. Acesso em 29 jun. 2018.

AZEVEDO, F. C de; PASSOS, R. G. A (con)coivação do trabalho feminino diante das mudanças do mundo trabalho: o care em evidência. Trabalho, “Questão Social” e Serviço Social, **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n.30, p.183-204. jul./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2015v15n30p183-204> Disponível em: periodicos.ufes.br/?journal=temporalis&page=article&op=view&path%5B%5D=10836 Acesso em 08 jan. de 2020.

BACKES, D.S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v 4, n 2, p.182-188, maio/ago., 2005. Disponível em : periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5247/3374 Acesso em 08 jan. 2020.

BARBOSA, S. F.; TRONCHIN, D.M. R. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 68, n. 2, p. 253-260, abr. 2015.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.201568021>

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200253&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 set. 2019.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 229 p.

BARRETO, A. A mulher no Ensino Superior – Distribuição e Representatividade. **Cadernos do GEA**. n.6. Rio de Janeiro: FLACSO, GEA, UERJ. Jul-Dez 2014. ISSN 2317-3246.

Disponível em: flacso.org.br/files/2016/04/caderno_gea_n6_digitalfinal.pdf. Acesso em 08 jan. 2020.

BERSSANETI, F. T. *et al.* Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 650-657, Agosto, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500016>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400650&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out 2019.

BOMBARDA T. B. **Registro em prontuário**: compreensão do processo de ensino aprendizagem no âmbito da terapia ocupacional em contextos hospitalares. 2019. 169 f. Tese (doutorado), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- Programa de pós-graduação em terapia ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2019.

Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11954>

Acesso em: 10 out 2019.

BOUCAS, E. *et al.* . Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280317, 2018.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300612&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 out. 2019. Epub 20-Dez-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280317>.

BRASIL. Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm

Acesso em: 27 dez. 2019.

BRASIL. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 72p.

ISBN 978-85-334-2083-0

Disponível em: <https://docplayer.com.br/6322686-Ministerio-da-saude-diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-acidente-vascular-cerebral.html>

Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 132p.

ISBN 978-85-334-2088-5

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatisc_o_cranioencefalico.pdf

Acesso em: 18 nov. 2019

BRASIL. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 80 p.

Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

ISBN 978-85-334-1981-0

Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf

Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de Julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 06 jul. 2015.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

Acesso em 27 dez. 2019.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 24 abr. 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Projeto de Lei n 5.503, de 2013. Acrescenta art. 39-A à Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos Serviços Hospitalares. Brasília; 2013. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AD5D23A811DE960064EF5F0EC8DFA3CC.proposicoesWeb1?codteor=1192872&filename=Tramitacao-PL+5503/2013

Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas- PCDT, Ministério da Saúde- Brasília: Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. 2019.

Disponível em: <http://saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>

Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas- PCDT, Ministério da Saúde.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 2018. 424p.
ISBN 978-85-334-2671-9
Disponível em: conitec.gov.br/images/Protocolos/Livros/PCDT_2018_Completo.pdf
Acesso em: 18 nov. 2019.

BRESSAN, C. L. Mudança Organizacional: uma visão gerencial. *In: I SEMINÁRIO DE GESTÃO DE NEGÓCIOS*, v.1, 2004, Curitiba. **Anais [...]** Curitiba: FAE, 2004.
Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf
Acesso em: 26 Março 2019.

BRITO, L. A. L. *et al.* Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-16, 2017, e00030715.
Epub 03Abr2017. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030715>.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305006&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em 22 abr. 2018.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRUSCHINI, M.C.A, Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.537-572, set./dez. 2007.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: FTD, 2007.

CALEMAN, G.; MOREIRA M. L.; SANCHEZ, M.C. **Auditoria, controle e programação de serviços de Saúde**. vol.5. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, 159 p. (Série Saúde e cidadania).
Disponível em <http://colecoes.sibi.usp.br/fsp/items/show/2364#?c=0&m=0&s=0&cv=0>.
Acesso em: 30 dez. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013 . DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 Out. 2019.

CAMARGO B.V.; JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS: UFSC, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
Acesso em: 12 abr. 2019.

CAMARGO B.V; JUSTO A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS: UFSC, Brasil, 2018. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 13 Set. 2019.

CAMILLO, N. R. S. *et al.* Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 451-459, Junho 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300451&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Out. 2019.

CARVALHO, A. M. de O. Gestão da qualidade nos serviços assistenciais públicos. **Revista Inova Ação**. Teresina, v. 1, n. 1, p. 52-70, jan./jun. 2012. ISSN Eletrônico: 2357-9501 Disponível em: www4.fsnet.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/download/473/pdf. Acesso em: 19 jan. 2018.

CAVALCANTE, K. M. H. **Cuidado de enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no modelo Roper-Logan-Tierney**. 2007. 216p. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- Ceará, 2007. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1784/1/2007_dis_kmhcavalcante.pdf Acesso em 25 de Julho de 2018.

CHIES, P.V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 18 (2): 352, maio-agosto/2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, Outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 24 Out. 2019

DELISA, J.A. (ed.), **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. 3 ed.- Barueri, SP: Manole, 2002. ISBN: 85-204-1052-9.

DICIONÁRIO ON LINE DE PORTUGUÊS, Disponível em: <https://www.dicio.com.br/dificuldade/> Acesso em 30 Abr. 2019.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care, **Milbank**, v 83, n 4, p 691-729, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 01 Jul. 2018.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990.

DUBOW, C., GARCIA, E. L., KRUG S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. Abr.- Jun. 2018, v. 42, n. 117, pp. 455-467. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n117/455-467/pt/> Acesso em 27 Dez. 2019.

EMÍDIO, L. de F. *et al.* Acreditação Hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em**

Gestão & Conhecimento, João Pessoa, v. 3, n.1, p. 98-113, jan./jun. 2013. . ISSN: 2236-417X. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. Acesso em: 01 fev. 2019.

FERRAZ, K. M. C.; GONÇALVES, M. C. S.; DURAN, E. C. M. Nursing students' perception about the systematization of perioperative nursing care, **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Vol. 10, Fac. 6, pp.2108-2115, Recife, PE, Brasil, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11224>. Acesso em: 10 Jun. 2019.

FONSECA, A. da S. *et al.* Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 29, v.29, n.2, p.161-169, Abr/Jun. 2005. Disponível em : <http://docplayer.com.br/309289-Auditoria-e-o-uso-de-indicadores-assistenciais-uma-relacao-mais-que-necessaria-para-a-gestao-assistencial-na-atividade-hospitalar.html> Acesso em: 01 fev. 2019.

FONCHEZATTO, A.; CONCEIÇÃO G.H. A proposta da educação problematizadora no pensamento Paulo Freire. *In: IX ANPED SUL- Seminário em pesquisa da educação da região sul- 2012.* 12 p. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1931/926> Acesso em: 12 abr. 2019.

FREIRE, E. M. R. *et al.* A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180224, 2019. Epub 21-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0224>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100214&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 de novembro de 2019.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In: BAUER M. W.; GASKELL G. (ed.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* Tradução GUARESCHI, P. A. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 64-89. ISBN: 85.326.2727-7.

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

HAYASHI, A. P.; PEDROSO, C. B. Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática. **Revista Gest. Saúde**. Brasília. vol. 07 (Supl.1), p.1089-03, Jul. 2016.. ISSN:1982-4785. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317403871_Melhorias_na_Qualidade_dos_Servicos_de_Saude_no_Brasil_uma_revisao_bibliografica_sistematica. Acesso em: 10 Maio 2019.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de SALLES, **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**, 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p. ISBN: 85-7302-383-X.

IBGE, 2019. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24857-pnad-continua-2018-educacao-avanca-no-pais-mas-desigualdades-raciais-e-por-regiao-persistem>. Acesso em 05 de Dezembro de 2019.

INMETRO, 2019. Disponível em <http://www4.inmetro.gov.br/acreditacao/>. Acesso em 19 de Novembro de 2019.

- KISHIDA, M.; SILVA, A.; GUERRA, E. Benefícios da Implementação do Trabalho Padronizado na Thyssenkrupp. **Lean Institute Brasil**, 2006. Disponível em: <http://www.lean.org.br/artigos/95/beneficios-da-implementacao-do-trabalho-padronizado-na-thyssenkrupp.aspx>. Acesso em: 25 Jul. 2018.
- LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação**: 4 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2011.
- LIBERATTI, V. M. *et al.* . Validação de instrumento de auditoria do Sistema Único de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 500-506, Outubro 2019. . Epub Oct 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900070>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de Janeiro de 2020.
- LIMA, A. F. C. **Significados que as enfermeiras assistenciais de um Hospital Universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem-SAE**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, University of São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.83.2004.tde-11112004-190117. Acesso em: 2019-10-24.
- LIMA, R. J. de. **Resiliência em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico**. 2017. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Pb, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9423>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- LUTHER, G.; *et al.* Decreasing Resource Utilization Using Standardized Clinical Assessment and Management Plans (SCAMPs). **Journal of Pediatric Orthopaedics**: Abril de 2019, v. 39, cap.4, p. 169–174. doi: 10.1097/BPO.0000000000000873
- MACHADO, W. C. A. *et al.* . Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Epub 27-Ago-2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 dez. 2019.
- MALIK, A.M. O caminho da acreditação no país. **Rev. Melhores Práticas**, 15(1):20-1, 2014.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 3. 133 p. 2002.
- MALIK, A.M.; TELLES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.41, n.3, p.51-59, Jul/Set 2001.
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA., A. dos R. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, Abril 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

[62342012000200017&lng=en&nrm=iso](#). Acesso em 22 Abr. 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**:7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARIZ, R. N.; PICCHI, F. A. Método para aplicação do trabalho padronizado. **Ambient. constr.**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 7-27, set. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-86212013000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-86212013000300002>

MARQUES A. L.; BORGES R.; REIS I. C. Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n.1, p. 41-58, jan./fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122016000100041&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 Jun. 2018.

MEGA T. P.; LOPES A. C. F.; SANTOS C. C., *et al.* Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Vol.6 (supl 4), p. 3275-85, Outubro, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3333>. Acesso em: 01 abr. 2019.

MENDES, G. H. de S.; MIRANDOLA, T. B. de S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod.** São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, set. 2015. Epub29-Set-2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 abr. 2018.

MICHAELIS: **dicionário escolar língua portuguesa**.4 ed.- São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (org) *et al.* **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21 ed. Vozes: Petrópolis, 2002, 80 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Governo Federal, 2019. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/202-noticias/264937351/5710-sp-1216879868>. Acesso em 28 Março 2019.

MINUZZI, A. P. *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.121-129, Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100121&lng=en&nrm=iso Acesso em 10 Out. 2019.

MORETÃO, D. I. C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde.** 2019, 136 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996754>
Acesso em: 29 out. 2019.

MOURA, A. R. T. de. **Programa de Acreditação Hospitalar: construção de uma cartilha para melhoria dos processos assistenciais.** 2017. 139 p. Dissertação (Mestrado Profissional)- Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2017. Disponível em:
<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=86440>
Acesso em: 01 abr. 2019.

MOZZATO A.R.; GRZYBOVSKI D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011. Disponível em:
<https://rac.anpad.org.br/index.php/rac/article/view/874/871>
Acesso em: 01 abr. 2019.

NASCIMENTO, K. C. do *et al* . Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, Dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400005>
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Jul. 2018.

NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, p. 222-229, mar-abr, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 de Julho de 2018
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>

NOBREGA, M. M; LOPES NETO, D.; SANTOS, S. R. dos. Uso da técnica de *brainstorming* para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol. 50, n.2, p.247-256, 1997. ISSN 0034-7167.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a09.pdf>
Acesso em 14 de Maio de 2019.

NÓBREGA, S. W. S. **Auditoria operacional aplicada a sistemas municipais de saúde: um estudo a partir da experiência do tribunal de contas do estado do Rio de Janeiro.** 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008. Disponível em:
bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3602/DSergio3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 01 de Janeiro de 2020.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** 4 ed. Nova Lima: Editora Falconi, 2014.

NOMURA, A.T.G. **Acreditação hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos**

registros de enfermagem em um hospital universitário. 2014. 96f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil, 2014.
Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/108330>
Acesso em 14 Out. 2019.

OLIVEIRA F. C. E MACHADO, R. S. Construção de um Modelo Teórico de Relação entre a Gestão do Conhecimento, PDCA E O PDCL. TCC do Curso de Engenharia de Produção na FAE. Curitiba. 2011.
Disponível em: <https://img.fae.edu/galeria/getImage/1/23857195123340012.pdf>
Acesso em: 14 out. 2019.

OLIVEIRA, J. L. C. de *et al* . Influência da Acreditação hospitalar na satisfação profissional da equipe de enfermagem: estudo de método misto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3109, 2019. Epub 04-Fev-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2799.3109>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100310&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 out. 2019.

OLIVEIRA, J. L. C. de *et al* . Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2851, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1394.2851>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100312&lng=en&nrm=iso
Acesso em 22 de Abril de 2018.

OLIVEIRA, J. L. C. de; MATSUDA, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, Jan-Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100063&lng=en&nrm=iso
Acesso em 25 abr. 2018.

OLIVEIRA J. L C. de; MATSUDA L. M. Disqualification of certification by hospital accreditation: perceptions of professional staff. **Texto Contexto Enferm**, 25 (1), 2016. e4430014
Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4430014.pdf>
Acesso em 13 de abril de 2019.

OLIVEIRA,O.J. (org). **Gestão da qualidade: tópicos avançados.** São Paulo: Cengage Learning, 2004. 243 p.

OLIVEIRA, L. R. de C.; *et al*. Padronização do Desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: Resultados após Um Ano. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** vol. 18 n° 2, Abril – Junho, 2006. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a05v18n2.pdf. Acesso em: 29 out 2019.

ONA: Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília; 2014. Disponível em <https://www.ona.org.br/Inicial> e <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>. Acesso em: 12 março 2019.

PADILHA, E.F; HADDAD M.C.L; MATSUDA L.M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria retrospectiva. **Cogitare enferm.** Abr/Jun, 19 (2): 239-45, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/32103/22726>. Acesso em: 12 jul. 2019.

PEREIRA I.G.S.; *et al.* Construção e implementação de fichas técnicas de preparação de unidade de alimentação e nutrição. **Journal Health NPEPS.** 2019 jan-jun; 4(1):210-227. ISSN 2526-1010. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3388>
Acesso em: 23 nov. 2019.

PEREIRA, P. O. *et al.* Nursing care systematization to the disabled people: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 7, n. 6, p. 4544-4553, mar. 2013. ISSN 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i6a11698p4544-4553-2013>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11698>. Acesso em 24 Out. 2019.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, Dezembro, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400024&lng=en&nrm=iso
Acesso em 23 Jul. 2018.

PURIM, K. S. M. *et al.* Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 46, n.3, e20192197, 2019. Epub Jul. 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192197>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000300400&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 out. 2019.

RELATÓRIO MUNDIAL DA DEFICIÊNCIA-OMS, 2011. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf .
Acesso em 04 nov. 2017.

REIS, M.C; RAMOS, L. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 65, n 2, p. 177-205, Junho 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402011000200004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402011000200004&lng=en&nrm=iso.
Acesso em: 13 abr. 2019.

RISTOFF D. Vinte e um anos de Educação superior: Expansão e democratização. **Cadernos do GEA**, n.3 (jan./jun. 2013), Rio de Janeiro, Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais/Brasil. ISSN 2317-3246
Disponível em: flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/Caderno_GEA_N3.pdf
Acesso em: 10 out. 2018.

ROCHA, L. D. M. da. **Blog da saúde como ferramenta para a utilização da sistematização da assistência de enfermagem**. 2019. 61 f. : il. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) –Universidade Franciscana – UFN. Santa Maria, RS, 2019. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/786>. Acesso em: 29 out. 2019.

SALES, C.B. *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Rev Bras Enferm** [Internet], 71(1):126-34, 2018; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621> Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0126.pdf Acesso em: 01 abr. 2019.

SANTOS, B. K. dos *et al.* Atuação de equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada: contextualizando serviços e protocolos hospitalares. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p.527-537, jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1193>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000300527&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 Out. 2019.

SANTOS, J. A; *et al.* Buscando a qualidade da assistência na Padronização do Processo de Trabalho: Gestantes e Crianças de 01 ano. In: 31º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, Santos, 2017. Disponível em: mfpaper.com.br/fulltime/CD/PDF/Saude08.pdf Acesso em: 12 junho 2018.

SANTOS, S. R. dos. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 44(2), 295-301, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2019.

SÃO PAULO. Rede de reabilitação Lucy Montoro, 2015. Disponível em: <http://www.redelucymontoro.org.br/>. Acesso em 04 nov. 17.

SAQUETTO, T. C.; ARAUJO, C. A. S.. Avaliação da eficiência de hospitais privados no Brasil: uma análise em dois estágios. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 20, n. 5, eRAMR190183, 2019. . Epub 24-Out-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-6971/eramr190183>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712019000500202&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 Out. 2019

SAUT, A. M. **Avaliação do impacto dos programas de acreditação nas instituições de saúde brasileiras: contribuições de um estudo bibliométrico e de uma pesquisa de avaliação**. 2016. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI:10.11606/D.3.2016.tde-26092016-113723. Acesso em: 2019-10-17

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10,p.4229-4234, Outubro

de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004229&lng=en&nrm=iso

Acesso em 24 Out. 2019.

SEIFFERT L.S. **Modelo de consultoria interna para preparo de unidades hospitalares para certificação de acreditação**. 2011.128 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2011.

Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/32325/R%20-%20D%20-%20LEILA%20SOARES%20SEIFFERT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Acesso em: 25 nov. 2019.

SELEME, R.; STADLER, H. **Controle da qualidade: as ferramentas essenciais**. 2ª ed. Curitiba: Ibpex, 2012- Série Administração da Produção.

Disponível em:

https://www.academia.edu/28648830/LIVRO_EM_PDF_CONTROLE_DA_QUALIDADE_FERRAMENTAS_DA_QUALIDADE

Acesso em 05 abr. 2019.

SENSO IBGE 2010, disponível em:

https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_xls.shtm Acesso em 04 nov. 2017.

SILVA, E. L. da. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. **rev. atual**.

Florianópolis, UFSC: 4. ed, 138p. 2005. Disponível em :

www.posarq.ufsc.br/download/metPesq.pdf

Acesso em: 09 jan 2020.

SIMAN A.G.; *et al*. Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1480.

<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1480>

Disponível em: www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1480/1722. Acesso em: 09 fev. 2019.

SOUZA, M. A. R. de *et al* . O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018. Epub 04-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2019.

SOUZA, J. C.; BRUNO-FARIA, M. F. Processo de inovação no contexto organizacional: uma análise de facilitadores e dificultadores. **BBR - Brazilian Business Review**, Vitória -ES, vol. 10, núm. 3, p. 113-136 ,Julho-Setembro, 2013.

ISSN 1807-734X DOI: <http://dx.doi.org/10.15728/bbr.2013.10.3.5>. Disponível em: bbronline.com.br/index.php/bbr/article/download/206/315. Acesso em 25 out. 2019.

SPERANDIO, D. J.; EVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 937-943, dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600004>.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[11692005000600004&lng=pt&nrm=iso](https://doi.org/10.11692005000600004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2019.

TAJRA S.F. **Gestão estratégica na saúde: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência**. 2 edição. São Paulo: Iátria, 2008. 248 p.

TOMÉ, E. M *et al.* Resistance factors in the implementation process Systematization nursing care in the intensive care unit. **Investigacion Qualitativa em Salud.**, v.2, p. 71-75. 2015. ISBN: 978-972-8914-47-9 Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/451/449> Acesso em: 02 abr. 2018.

VAZ, D. V.; ANTUNES, A. A. M.; FURTADO, S. R. C. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 917-928, dez. 2019. Epub 14-Nov-2019. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoarfl651>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000400917&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 Dez. 2019.

VIEIRA FILHO, G. **Gestão da qualidade total: uma abordagem prática**. 5ª ed. Campinas, SP: ed. Alínea, 2014.

VITURI D.W.; *et al.* Indicadores de qualidade como estratégia para a melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. **Cienc. cuid. Saúde**, 9(4):782-90, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270936030_Indicadores_de_qualidade_como_estrategia_para_melhoria_da_qualidade_do_cuidado_em_um_hospital_universitario. Acesso em: 02 abr. 2018.

WARDHANI V.; DIJK J. P. van ; UTARINI A. Hospitals accreditation status in Indonesia: associated with hospital characteristics, market competition intensity, and hospital performance? **BMC Health Services Research**, 2019, 19:372 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4187-x>

WESTPHAL DOS SANTOS, A. C. *et al.* . Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da instituição de longa permanência para idosos. **Cienc. enferm.** Concepción, v.24, 10, 2018. Epub 15-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100210>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100210&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 Out. 2019.

YONEKURA, T.; ACHURY, N.M.; DE NEGRI, A. Modelos de organização de serviços de reabilitação: uma revisão da literatura. **Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde/Regiões de Saúde**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/26/6-Revis--o-Reabilitacao.pdf> . Acesso em: 4 nov. 2017.

7. APÊNDICES:

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Seguindo a Resolução CNS 466/12

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**A sistematização da assistência em um Centro de Reabilitação: análise de uma experiência**”, sob a responsabilidade do pesquisador Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira. Nesta pesquisa pretendemos “Descrever a experiência na implantação do Planejamento Terapêutico em um Centro de Reabilitação” por meio de questionário socioeconômico e entrevistas individuais semi-estruturadas (guiadas por perguntas pré estabelecidas), anexos no decorrer deste termo. O Questionário socioeconômico será aplicado imediatamente antes da entrevista, individualmente, em local e horário pré-agendados com o sujeito entrevistado, seja em local de trabalho ou ambiente neutro, a depender da escolha do participante. Formado por 18 questões fechadas (múltipla escolha), necessitará de, no máximo, 5 minutos para sua conclusão. Em seguida será realizada a Entrevista Individual guiada por 5 questões norteadoras, conforme anexo a este termo. O roteiro será apoio à entrevista que servirá para conhecer a percepção dos profissionais da equipe interdisciplinar sobre a implantação da sistematização do atendimento, questionando sobre dificuldades percebidas, pontos positivos e negativos no processo vivenciado. As entrevistas serão gravadas em mídia digital e transcritas, para que seus dados qualitativos sejam analisados. O entrevistado possuirá toda a liberdade de expressão durante a entrevista, não sendo limitado seu tempo de duração, porém, estima-se necessidade de , no máximo, 1 hora para sua realização. Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em contribuir nos estudos em busca de melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente, o conhecimento procedente da pesquisa trará benefícios à sociedade pois contribuirá para o desenvolvimento de melhores práticas à saúde. Referente aos riscos, foram identificados: cansaço físico ao participar das entrevistas, possível invasão de privacidade, responder a questões sensíveis, perda do autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, interferência na vida e na rotina dos sujeitos, embaraço de interagir com estranhos e medo de repercussões eventuais. Entretanto, para evitar que ocorram danos e minimizar possíveis desconfortos, lhe será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, assim como a participação de pesquisadores habilitados ao método de coleta dos dados, atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Além da garantia da confidencialidade e privacidade nas informações garantindo que as mesmas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas ou da sociedade, considerando aspectos econômico – financeiro, prestígio ou auto-estima. Caso haja algum dano ao participante será garantido ao mesmo procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização. Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone () inclusive

ligações à cobrar ou por e-mail r [REDACTED] Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence, na Rua Saigiro Nakamura, 800, São José dos Campos, telefone (12) 3901-3493. O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 466/12.

Rubricas:

pesquisador responsável _____

participante _____

NOME DO PESQUISADOR : Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira

Consentimento pós-informação. Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**A sistematização da assistência em um Centro de Reabilitação: análise de uma experiência**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. _____, _____ de _____ de 20__.

_____ Assinatura do(a) participante

Questionário Socioeconômico

Nome completo:

Sexo: ()f ()m

Idade:

Naturalidade:

uf:

1. Qual o seu estado civil?

- solteiro (a)
- casado (a)
- viúvo (a)
- separação legal (judicial ou divórcio)
- outro

2. Você possui filhos

- sim, de qual idade? _____
- não

3. Em relação à moradia:

- mora em casa própria

- mora em casa alugada
- mora em casa cedida

4. Qual é a renda mensal de sua família?

- renda familiar per capita de zero até meio salário mínimo
- renda familiar per capita de meio até um salário mínimo
- renda familiar per capita de um até um e meio salário mínimo
- renda familiar per capita de um e meio até dois e meio salário
- renda familiar per capita de dois e meio até três salário mínimo
- renda familiar per capita maior que três salário mínimo

5. Qual das seguintes alternativas melhor expressa a atual situação de seu pai no trabalho?

- trabalha regularmente
- está desempregado
- vive de renda
- é falecido e não deixou pensão
- outra situação

6. Qual das seguintes alternativas melhor expressa a atual situação de sua mãe no trabalho?

- trabalha regularmente
- está desempregada
- vive de renda
- é falecida e não deixou pensão
- outra situação

7. O grau de escolaridade do seu pai é:

- analfabeto
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós-graduado

8. O grau de escolaridade da sua mãe é:

- analfabeta
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós-graduada

9. Você se considera:

- branco(a)
- negro(a)
- indígena
- pardo(a),
- mulato(a)
- amarelo(a) de origem asiática

10. Você tem hábito de ler jornais ou revistas?

- diariamente
- semanalmente
- ocasionalmente
- não

11. Quantos livros você lê por ano?

- nenhum
- 01 a 02 livros
- 03 a 05 livros
- mais de 05 livros

12. Em relação ao seu nível de escolaridade:

- superior completo
- pós graduação (especialização/ residência profissional)
- mestrado
- doutorado

13. Em relação à pós graduação, quantas você possui?

- zero
- 1
- 2
- 3
- mais de 3

14. Em relação à sua atividade remunerada, atualmente você trabalha em quantos lugares?

- 1
- 2
- 3
- mais de 3

15. Em quantos lugares diferentes você já trabalhou em sua vida?

- 1
- 2
- 3
- mais de 3

16. Você possui quantos anos de experiência profissional:

- menos de 5
- entre 5 e 10
- mais de 10 anos

17. Você já trabalhou com equipe interdisciplinar antes do seu atual emprego?

- sim
- não, é a primeira vez.

18. Em relação à assistência à saúde, você utiliza:

- convênio médico
- sus
- particular

Entrevista Semi- Estruturada

-Questões Norteadoras-

- a) Fale-me sua percepção sobre o Planejamento Terapêutico
- b) Como foi viver a implantação?
- c) Quais foram as dificuldades?
- d) Você identifica pontos positivos? Quais?
- e) Você identifica pontos negativos? Quais?

Apêndice 2: Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável

Eu, Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **A sistematização da assistência em um Centro de Reabilitação: análise de uma experiência**, comprometo-me dar início a este projeto somente após a aprovação do Sistema CEP/CONEP (em atendimento ao Artigo 28 parágrafo I da Resolução 510/16 e XI.2 item A ou da Resolução 466/12).

Em relação à coleta de dados, eu pesquisador responsável, asseguro que o caráter de anonimato dos participantes desta pesquisa será mantido e que as suas identidades serão protegidas.

As fichas clínicas e/ou outros documentos não serão identificados pelo nome.

Manterei um registro de inclusão dos participantes de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio.

Os Termos assinados pelos participantes serão mantidos em confiabilidade estrita, juntos em um único arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade por um período mínimo de 05 anos.

Asseguro que os participantes desta pesquisa receberão uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Assentimento (TA, quando couber), Termo de Uso de Imagem (TUI, quando couber) e Termo Institucional (TI, quando couber).

Comprometo-me apresentar o relatório final da pesquisa, e os resultados obtidos, quando do seu término ao Comitê de Ética de referência, via Plataforma Brasil como notificação.

O sistema CEP-CONEP poderá solicitar documentos adicionais referentes ao desenvolvimento do projeto a qualquer momento.

Estou ciente que de acordo com a Norma Operacional 001/2013 MS/CNS 2.2 item E, se o Parecer for de pendência, terei o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo.

Taubaté, 03 de Setembro de 2018

Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira

Apêndice 3: Questionário Socioeconômico

Nome completo:

Sexo: ()f ()m

Idade:

Naturalidade:

uf:

19. Qual o seu estado civil?

- solteiro (a)
- casado (a)
- viúvo (a)
- separação legal (judicial ou divórcio)
- outro

20. Você possui filhos

- sim, de qual idade? _____
- não

21. Em relação à moradia:

- mora em casa própria
- mora em casa alugada
- mora em casa cedida

22. Qual é a renda mensal de sua família?

- renda familiar per capita de zero até meio salário mínimo
- renda familiar per capita de meio até um salário mínimo
- renda familiar per capita de um até um e meio salário mínimo
- renda familiar per capita de um e meio até dois e meio salário
- renda familiar per capita de dois e meio até três salário mínimo
- renda familiar per capita maior que três salário mínimo

23. Qual das seguintes alternativas melhor expressa a atual situação de seu pai no trabalho?

- trabalha regularmente
- está desempregado
- vive de renda
- é falecido e não deixou pensão
- outra situação

24. Qual das seguintes alternativas melhor expressa a atual situação de sua mãe no trabalho?

- trabalha regularmente
- está desempregada
- vive de renda

- é falecida e não deixou pensão
- outra situação

25. O grau de escolaridade do seu pai é:

- analfabeto
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós-graduado

26. O grau de escolaridade da sua mãe é:

- analfabeta
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós-graduada

27. Você se considera:

- branco(a)
- negro(a)
- indígena
- pardo(a),
- mulato(a)
- amarelo(a) de origem asiática

28. Você tem hábito de ler jornais ou revistas?

- diariamente
- semanalmente
- ocasionalmente
- não

29. Quantos livros você lê por ano?

- nenhum
- 01 a 02 livros
- 03 a 05 livros
- mais de 05 livros

30. Em relação ao seu nível de escolaridade:

- superior completo
- pós graduação (especialização/ residência profissional)
- mestrado
- doutorado

31. Em relação à pós graduação, quantas você possui?

- zero
- 1
- 2
- 3
- mais de 3

32. Em relação à sua atividade remunerada, atualmente você trabalha em quantos lugares?

- 1
- 2
- 3
- mais de 3

33. Em quantos lugares diferentes você já trabalhou em sua vida?

- 1
- 2
- 3
- mais de 3

34. Você possui quantos anos de experiência profissional:

- menos de 5
- entre 5 e 10
- mais de 10 anos

35. Você já trabalhou com equipe interdisciplinar antes do seu atual emprego?

- sim
- não, é a primeira vez.

36. Em relação à assistência à saúde, você utiliza:

- convênio médico
- sus
- particular

Apêndice 4: Entrevista Semi- Estruturada-Questões Norteadoras

- f) Fale-me sua percepção sobre o Planejamento Terapêutico
- g) Como foi viver a implantação?
- h) Quais foram as dificuldades?
- i) Você identifica pontos positivos? Quais?
- j) Você identifica pontos negativos? Quais?

Apêndice 5: Ofício de solicitação de autorização da Instituição:



Universidade de Taubaté
Autarquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78 924/76
Recredenciada pela Portaria CEE/GP nº. 241/13
CNPJ 45 176 153/0001-22

PRPPG – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel : (12) 3625 4217 Fax: (12) 3632 2947
prppg@unitau.br

UNITAU

Ofício nº PPGEDH –062/2018

Taubaté, 01 de agosto de 2018.

Prezado (a) Senhor (a)

Somos presentes a V. S. para solicitar permissão de realização de pesquisa pela aluna **Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira** do Mestrado em Desenvolvimento Humano-MDH-2018 da Universidade de Taubaté, trabalho a ser desenvolvido durante o corrente ano de 2018, 2019 e 2020, intitulado **“A sistematização da assistência em um Centro de Reabilitação Física: análise de uma experiência”**. O estudo será realizado com 20 terapeutas, membros da equipe interdisciplinar do Centro de Reabilitação I São José dos Campos, situado na Rua Saigiro Nakamura, 600, que atendem ao critério de inclusão, que é trabalhar na Unidade pelo menos 1 anos antes da implantação do Planejamento Terapêutico e fazer parte da equipe no momento do estudo, sob a orientação do **Prof. Dr. Renato de Sousa Almeida**.

Para tanto será aplicado questionário socioeconômico, para desenhar o perfil da amostra; serão analisados documentos Institucionais, para identificar as etapas de implantação e descrever os protocolos do Planejamento Terapêutico e por fim, serão realizadas entrevistas individuais, para conhecer a percepção dos profissionais da equipe interdisciplinar sobre a implantação da sistematização do atendimento. As entrevistas serão gravadas após consentimento dos entrevistados. Os 20 terapeutas serão convidados a participar, tendo como esclarecimento prévio seus direitos em negar ou suspender sua participação a qualquer hora do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ressaltamos que o projeto da pesquisa passará por análise e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence-SJC.

Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos no Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté, no endereço Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.080-000, telefone (12) 3625-4100, ou com Maria Angelica Ratier Jajah Nogueira, telefone (12) 98156-0406 e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Edna Maria Querido de O. Chamon
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Educação
e Desenvolvimento Humano

Ilmo. Sr. Dr C
Gerente do Cer
Rua Saigiro Nakamura, 600
São José dos Campos-SP


Apêndice 6: Termo de autorização da Instituição sede da pesquisa

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Eu, Dr [REDACTED], na qualidade de responsável pelo Centro de Reabilitação [REDACTED], Unidade São José dos Campos, autorizo a realização da pesquisa intitulada "A Sistematização da Assistência em um Centro de Reabilitação Física: análise de uma experiência" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Dra Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira; e declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética referenciado para a referida pesquisa.

São José dos Campos, 08 de Agosto de 2018



Dr [REDACTED]
CRM: [REDACTED]
Gerente do Centro de Reabilitação [REDACTED]

CENTRO DE REABILITAÇÃO [REDACTED]


Rua Saigiro Nakamura, nº 600, Vila Industrial, São José dos Campos – SP 12220-280 Tel. (12) 2138-4800 www.redelucymontoro.org.br.



8. ANEXOS:

Anexo 1: Documentos Institucionais evidenciando a evolução da Unidade de Reabilitação nos Processos de Certificação de Qualidade, cronologicamente organizados:

1.1: Visita de Certificação ONA 23 e 24 de Outubro de 2014:

	INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO – IQG VISITA DE CERTIFICAÇÃO - METODOLOGIA ONA	
---	---	---

Instituição: Centro de Reabilitação [REDACTED]

23 e 24 de outubro de 2014.

<i>23 de outubro</i>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<i>9:00 - 10:30 h</i>	Time de Liderança	Governança, Linhas Estratégicas (Perfil Epidemiológico; Gestão de Protocolos), Política de Segurança, Política de Pessoas, Política de Registro Seguro, Política da Qualidade, Política Financeira, Tomada de Decisão Estratégica		
<i>10:30 - 11:30h</i>	Média Gerência	Planejamento do Trabalho Estrutura Assistencial Desdobramento Operacional das Políticas Protocolos Gestão de Pessoas Resultado dos Processos		
<i>11:30 - 12:00 h</i>	Reunião de Equipe para Análise de Documentação e Elaboração de Relatório			
<i>12:00 - 13:30 h</i>	Almoço			
<i>13:30 - 15:00</i>	Gestão de Pessoas	Atendimento Ambulatorial	Gestão de Acesso	Atendimento Ambulatorial
<i>15:00 - 16:30</i>	Gestão Administrativa		Gestão Administrativa	
<i>16:30 - 17:00 h</i>	Reunião de Equipe para Análise de Documentação e Elaboração de Relatório			

	INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO – IQG VISITA DE CERTIFICAÇÃO - ONA	
---	---	---

24 de outubro				
<i>9:00-11:00 h</i>	Gestão de Equipamentos e Estrutura Físico Funcional	Atendimento Ambulatorial	Gestão de Suprimentos e Assistência Farmacêutica	Atendimento Ambulatorial
<i>11:00 - 12:00 h</i>	Prevenção e Controle de Infecções		Prevenção e Controle de Infecções	
<i>12:00 - 13:00 h</i>	Comissões e Protocolos			
<i>13:00-14:00 h</i>	Almoço			
<i>14:30 h</i>	Consenso com a Alta Administração			
<i>16:00 h</i>	Entrega do relatório para o Time de Liderança			

1.2: Relatório de Avaliação ONA 2015:

**Relatório da Avaliação****Centro de Reabilitação** [REDACTED]

Data da Avaliação: 10 e 11 de setembro de 2015

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 600

Bairro: Monte Castelo

Cidade: São José dos Campos

Telefone: ([REDACTED])

Estado: SP

E-mail: [REDACTED]

Principal Responsável pela Organização: [REDACTED]

Representantes da Instituição:

[REDACTED]



Relatório da Avaliação



GOVERNANÇA

Liderança

Consenso

Determinar a coleta de dados para a construção do perfil epidemiológico.

Definir fluxo para identificação, notificação e tratamento de incidentes e eventos.

Desafios

Ampliar a utilização do plano terapêutico com propostas em relação ao resultado esperado e tempo de tratamento.

Estabelecer a revisão do mapeamento dos processos estratégicos.

Determinar a utilização dos acordos entre os processos, possibilitando a gestão integrada.

Construir o Comitê de Biossegurança.

Gestão de Suprimentos

Realizar as visitas técnicas nos fornecedores locais.

Conhecer o consumo da unidade para definição do estoque mínimo e provisão de abastecimento.

ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

Gestão de Acesso

Estabelecer tempo de atendimento entre a triagem e a avaliação médica inicial.

Atendimento Ambulatorial



Relatório da Avaliação



Definir os parâmetros de alerta no controle dos sinais vitais dos pacientes pediátricos.

Aprimorar o instrumento definido para o plano terapêutico, garantindo a objetividade das necessidades identificadas pelo médico.

Acompanhar as manutenções preventivas e calibrações dos equipamentos.

OPM (Órteses Próteses e Materiais)

Revisar os prazos para atendimento às solicitações de OPM, considerando a disponibilidade de entrega dos fornecedores.

Analisar os motivos de atraso na entrega de OPM.

Assistência Farmacêutica

Incentivar as notificações de farmacovigilância e tecnovigilância pela equipe assistencial.

APOIO TÉCNICO

Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médica

Finalizar a estruturação do histórico dos equipamentos para prospecção de substituição do parque tecnológico.

Estruturar o programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

Estratificar e analisar os motivos das manutenções corretivas.

Avaliar o desempenho dos principais prestadores de serviço.

1.3: Projeto Prévia de Certificação ONA 2016:

PATROCINADOR		AÇÕES	RESULTADO ESPERADO	INICIO	TERMINO	OBSERVAÇÕES
ALTA ADMINISTRAÇÃO						
	Desenvolvimento de Pessoas	Definir programa de desenvolvimento individualizado da liderança	Pessoas capacitadas conforme necessidades individuais e organizacionais	out/16	dez/17	EAD qualidade- Qualisa
	Gestão Estratégica	Definir os indicadores assistenciais que serão acompanhados a nível estratégico	Demonstrar as conquistas e melhorias sustentadas em qualidade e segurança	out/16	dez/17	Índice de Efetividade - meta 70%/ Tempo de Tratamento - intervalo aceitável/ Taxa de Ocupação
		Organizar os dados disponíveis e utiliza-los para a gestão estratégica do negócio	Acompanhamento dos resultados para tomada de decisão	out/16	dez/17	Levantamento e atualização nos Setores- Nelsina
MÉDIA GERÊNCIA						
	Segurança	Definir metas assistenciais mensuráveis no plano terapêutico	Gerenciar o resultado da assistência prestada	out/16	dez/17	Objetivos Meio/ Objetivos Fim Objetivos mensuráveis por escalas Atualização dos Prazos
		Desenhar ações para monitorar e evitar a recorrência de eventos .	Prevenção de danos relacionados a assistência do paciente	out/16	dez/17	Identificação dos riscos individuais dos pacientes e suas barreiras, com evolução diária. Em caso de 2 intercorrências clínicas no mesmo paciente, dentro do mês, agendar retorno médico, sem suspender terapia.
ESTRUTURA ASSISTÊNCIAL						
	Gestão da Informação	Manter o registro das evoluções diárias atualizados e disponíveis	Comunicação eficaz entre as equipes para garantia da continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	out/16	dez/17	Auditoria nas práticas utilizadas pela equipe multidisciplinar durante as evoluções dos atendimentos
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS						
	Demonstração da melhoria dos resultados clínicos	Medir o alcance das metas terapêuticas relacionadas a funcionalidade individual	Demonstrar a efetividade das ações para o paciente prosseguir as atividades de vida diária	out/16	dez/17	MIF
	Integração das informações da equipe multiprofissional	Demonstrar o resultado das ações para diminuição de abandono de tratamento e alta a pedido	Alcançar resultados positivos no cuidado.	out/16	dez/17	Busca ativa pelo Serviço Social para identificação do motivo de alta e possível solução

Atualizado por: em 05/01/2017.

1.4. Projeto de Certificação ONA 30 e 31/01/2017:



Projeto de Certificação Centro de Reabilitação [REDACTED]						
Data: 30 e 31 de Janeiro de 2017						
PATROCINADOR	PROBLEMA CENTRAL	AÇÕES	RESULTADO ESPERADO	INICIO	TERMINO	OBSERVAÇÕES
ALTA ADMINISTRAÇÃO						
[REDACTED]	Desenvolvimento de Pessoas	Definir programa de desenvolvimento individualizado da liderança	Pessoas capacitadas conforme necessidades individuais e organizacionais	fev/17	mai/17	Identificar as necessidades, bem como as competências individuais a serem desenvolvidas nos gestores. Fortalecer: a gestão integrada de processos; Análises críticas; Conceitos; Perfil Epidemiológico; Análise de Eventos; Auditoria Clínica.
[REDACTED]	Gestão da Estratégia	Organizar os dados disponíveis e utiliza-los para a gestão estratégica do negócio	Acompanhamento dos resultados para tomada de decisão	fev/17	ago/17	Trabalhar melhor os dados dos processos. Identificar e trabalhar o perfil epidemiológico (motivo, qual cidade, qual programa) do: Absenteísmo por programa; Taxa de ineleição de triagem; Instabilidade Clínica; Altas por abandono e a pedido.
[REDACTED]	Demonstração de ciclos de melhoria	Demonstrar os resultados das ações da farmácia na prevenção de instabilidade clínica.				
[REDACTED]	Integração das informações da equipe multiprofissional	Demonstrar o resultado das ações para diminuição de				

		abandono de tratamento e alta a pedido				
MÉDIA GERÊNCIA						
	Segurança	Definir critérios objetivos para mensuração do resultado dos Programas	Gerenciar o resultado da assistência prestada	fev/17	ago/17	Mensurar o objetivo de maior impacto para o resultado fim. Demonstrar através de escalas/ métricas a evolução. Escalas validadas ou métricas. Definir os marcadores para o planejamento terapêutico.
	Desenvolvimento de Pessoas	Desenvolver os gestores para análise crítica de seus indicadores e para a gestão efetiva de seus Processos.	Gestão integrada. Performance dos processos.	fev/17	ago/17	Diante do conhecimento adquirido em treinamentos, aplicar nas análises.
	Segurança	Desenhar ações para monitorar e evitar a recorrência de eventos .	Prevenção de danos relacionados a assistência do paciente	fev/17	ago/17	Aprimorar a análise da causa raiz, definindo se é evento ou não conformidade. Porquê caiu? Onde caiu? Houve fator contribuinte externo? O que poderíamos ter feito para que ele não caísse? Qual a ação decorreu desta análise? Treinamento, Nova conduta.
ESTRUTURA ASSISTÊNCIAL						
	Gestão da Informação	Manter o registro das evoluções diárias atualizados e disponíveis	Comunicação eficaz entre as equipes para garantia da continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	fev/17	ago/17	Dar continuidade na auditoria das práticas utilizadas pela equipe multidisciplinar durante as evoluções dos atendimentos.

1.5: Ata de encerramento 30/11/2017:



ATA DE ENCERRAMENTO

Identificação da Instituição: Centro de Reabilitação [REDACTED]

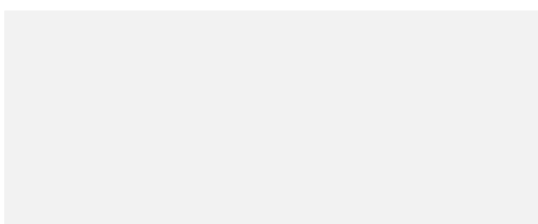
Após visita realizada no dia 30 de novembro de 2017, o IQG, por meio de sua equipe técnica, discutiu com os representantes da instituição os principais desafios sistêmicos, pontos fortes e as evidências referentes aos requisitos do Manual da ONA versão 2014.

Desafios Sistêmicos:

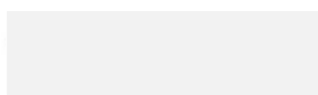
Medir o cumprimento dos objetivos terapêuticos traçados para cada paciente

O IQG por meio de sua equipe técnica recomenda a manutenção da certificação da instituição como: **Acreditado Pleno**.

Representantes da Instituição:



Avaliadores:



São Paulo, 30 de novembro de 2017.

1.6: Projeto ONA manutenção 2018:

**Centro de Reabilitação [REDACTED] – Unidade São José dos Campos**

[REDACTED]	Patrocinador Estratégico	Responsável pela governança e proporciona recursos.
[REDACTED]	Patrocinador Clínico	Facilitador da comunicação com as equipes médicas.
[REDACTED]	Patrocinador Independente / Coordenador de Acreditação	Logística e organização da agenda de atividades e visitas de preparação e certificação.

Tipo de visita	Data	Equipe
1º Certificação	30 e 31 de janeiro de 2017	[REDACTED]
2º manutenção	30 de novembro de 2017	[REDACTED]
3º manutenção	04 de julho de 2018	[REDACTED]

Governança			1º	2º	3º
Patrocinador	Problema Central	Ações			
	Diretrizes estratégicas e Desdobramentos	Organizar os dados disponíveis e utilizá-los para a gestão estratégica do negócio.			
	Política de Desenvolvimento dos Profissionais	Definir programa de desenvolvimento individualizado da liderança.			
		Definir objetivos mensuráveis do programa de capacitação da liderança.			NOVO
	Cultura de Segurança	Desenhar ações para monitorar e evitar a recorrência de eventos.			
		Determinar o monitoramento dos incidentes de segurança relacionados ao cuidado com o paciente no domicílio.			

Liderança			1°	2°	3°
Patrocinador	Problema Central	Ações			
	Capacitação e desenvolvimento interprofissional	Desenvolver os gestores para análise crítica de seus indicadores e para a gestão efetiva de seus Processos.			
	Coordenação das ações assistenciais	Definir critérios objetivos para mensuração do resultado dos Programas			
		Medir o cumprimento dos objetivos terapêuticos traçados para cada paciente			

Estrutura Assistencial			1°	2°	3°
Patrocinador	Problema Central	Ações			
	Planejamento da Assistência	Manter o registro das evoluções diárias atualizados e disponíveis.			
		Utilizar a identificação de riscos individuais do paciente para planejar a assistência.			

Avaliação de Resultados			1°	2°	3°
Patrocinador	Problema Central	Ações			
	Definição de estratégias de ação para melhoria dos resultados.	Demonstrar os resultados das ações da farmácia na prevenção de instabilidade clínica.			
		Demonstrar o resultado das ações para diminuição de abandono de tratamento e alta a pedido.			
		Medir nos programas de atendimento o desfecho e a experiência percebida pelo paciente.			

Legenda:

	Iniciado
	Concluído / Contínuo
	Atrasado

Anexo 2: Documentos Institucionais evidenciando a evolução da construção do Planejamento Terapêutico, desde a convocação da equipe , identificação das fragilidades e construção dos protocolos, cronologicamente organizado:

2.1: Ata de reunião- Construção do Planejamento Terapêutico 10 de Novembro de 2014:

ATA DE REUNIÃO	
Tema / Assunto: <i>Plano terapêutico - Qualidade</i>	
Ministrante: <i>1</i>	
Início: <i>12:10</i>	Término: <i>1</i>
Local: <i>1</i>	Data: <i>10/11/14</i>

		<i>Participantes</i>	
	Nome	<i>Assinatura</i>	Assinatura
01			
02			
03			
04			
05			<i>na</i>
06			
07			
08			
09			<i>2</i>
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Pauta / Assunto	

Decisões / Discussões	
Item	Descrição
	<p>Dns. [redacted] inicia a reunião lendo o consenso deixado pela ONA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar o perfil epidemiológico; - Monitorar os resultados esperados; - piloto do modelo mais prevalente; - plano terapêutico: perspectiva do alcance das metas, em qual tempo e acompanhar o porque de não atingir.
	<p>O setor de enfermagem já fez o levantamento do perfil epidemiológico que constata que o AVC é a maior causa de inserção de pacientes na unidade (102 pacientes).</p> <p>[redacted] vai mandar o número de pacientes hemi para o estatístico para saber o número fidedigno de prontuários que devem ser analisados.</p>
	<p>[redacted] diz que teremos que realizar um levantamento do número de pacientes hemi leve, Hemi misto e Hemi grave para saber qual é o mais prevalente desde 2011.</p>



	<p>_____ irá inserir a primeira reunião de equipe em até 45 dias após a entrada do paciente na unidade.</p> <p>Os terapeutas devem preencher antes da primeira reunião de equipe os</p>
	<p>objetivos terapêuticos dos novos pacientes.</p> <p>Dr. _____ reforçara com os médicos para que cobrem o preenchimento dos objetivos terapêuticos antes das reuniões de equipe.</p> <p>_____ irá inserir uma coluna para preenchimento da data de</p>
	<p>(alcance) do prazo do objetivo terapêutico.</p> <p>Após a última reunião de equipe do paciente os serviços deverão preencher a data em que o objetivo terapêutico foi atingido, caso não esteja preenchido _____ irá cobrar.</p>
	<p>Após decesso do paciente _____ imprimirá o objetivo terapêutico e os serviços vão até a diretoria técnica para assinarem, após todos assinarem _____ entregará para o SAMS.</p>

2.2. Ata de reunião Planejamento Terapêutico com equipe interdisciplinar:

ATA DE REUNIÃO	
Tema/Assunto: Reunião Qualidade - Plano terapêutico	
Ministrante: Drs. [Redacted]	
Início: 12h00	Término: 14h00
Local: Sala de Reuniões	Data: 17/11/19

Participantes	
Nome	Assinatura
[Redacted]	[Redacted]

Pauta / Assunto	
Item	

São José dos Campos, 17 de Novembro de 2014.

Dra. I [redacted] inicia a reunião com a leitura da Ata anterior.

[redacted] mostra os resultados do levantamento dos pacientes do modelo HEMI inseridos na unidade de 2011 á 2014.

Hemi Leve - Total de 58 pacientes tirando os que tiveram alta por objetivos atingidos ou parcialmente atingidos – TOTAL 32 pacientes

Hemi Misto - Total de 52 pacientes tirando os que tiveram alta por objetivos atingidos ou parcialmente atingidos – TOTAL 34 pacientes

Hemi Grave - Total de 44 pacientes tirando os que tiveram alta por objetivos atingidos ou parcialmente atingidos – TOTAL 30 pacientes

Totalizando 96 pacientes HEMI que tiveram alta por objetivos atingidos ou parcialmente atingidos

Dra. solicita que [redacted] faça um fluxo de como chegou nos resultados apresentados.

Modelo escolhido para a realização do analise foi Hemi Misto totalizando 34 pacientes a serem analisados pelos serviços.

[redacted] irá solicitar os prontuários externos para o SAME.

Condicionamento físico apresentou 5 vertentes para chegar nos objetivos terapêuticos

Independência, Aptidão, Fortalecimento, Equilíbrio e Coordenação Motora.

Dra. questiona os terapeutas de quanto tempo precisam para analisar analisar os 34 prontuários .

I [redacted] sugere reunir os serviços e analisar 2 pront por dia em uma hora .

Terapeutas deveram olhar nos prontuários:

Principais objetivos, se foram atingidos ou não , as evoluções , etc.

Psicologia apresenta seus objetivos

Autoestima, Dinâmica familiar, etc.

Dra. solicita para [redacted] um levantamento dos pacientes que tiveram alta sem o alcance dos objetivos atingidos .

I [redacted] ira fazer a lista de prontuários que serão analisados e passara para os demais terapeutas.

A equipe ira se reunir na quarta feira dia 19 de novembro para inicio dos trabalhos.

Como sugestão cada setor deverá manter um controle dos pacientes já analisados.

Psico reunião em 45 dias, não tem tempo hábil para realização do relatório de reunião de equipe, gostaria disponibilidade de marcar algum atendimento individual para melhor adequação do paciente devido ao déficit cognitivo. (avaliação não concluída no relatório de reunião de equipe) ideia de inserir esse paciente em atendimento individual para agilizar a avaliação psicológica. Psico ira solicitar o atendimento para marcação de consulta.

! [redacted] ira imprimir os objetivos terapêuticos no dia anterior da reunião de equipe .

! [redacted] cobrará por e-mail os objetivos que não estiverem preenchidos.

Serviço social objetivo atingido é realizado quando as orientações são dadas.

Quando a acompanhante não aceita as orientações e não acata as orientações dá-se como objetivos não atingidos.

Encaminhamentos externos buscar a ponte com o paciente e os municípios para verificar se os encaminhamentos estão sendo realizados

Dra. orienta os serviços para anotar todas as dúvida desenvolvidas no setor “objetivos terapêuticos” e solicitar auxilio dos terapeutas de São Paulo.

Fisio – anotar tudo que não conseguir realizar e o porque do não atingimento do objetivo no prazo.

Ideal traçar todos os objetivos dos pacientes em até 45 dias, antes da primeira reunião de equipe.

Melhorar as evoluções (como melhorar), resgatar o objetivo de cada terapia.

Próxima reunião dia 24 de Novembro das 12h00 as 14h00.

2.3. Ata reunião construção Planejamento Terapêutico 24/11/2014:

ATA DE REUNIÃO	
Tema / Assunto: <i>Planejamento Terapêutico</i>	
Ministrante: <i>Dra.</i>	
Início: <i>12h10</i>	Término:
Local: <i>Sala de Reuniões</i>	Data: <i>24/11/2014</i>
Participantes	
Nome	Assinatura
01	
02	<i>f</i>
03	
04	
05	
06	
07	
08	<i>su</i>
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

São José dos Campos, 24 de Novembro de 2014.

informa que foram revisados 8 prontuários pelos serviços até ao dia 24/11.

Em média são analisados 2 prontuários por hora.

Dra: I pergunta se estão conseguindo alcançar os resultados , Juliana informa que nos relatórios do serviço social não estão especificados os serviço social .

diz que vai conversar com as demais e realizar a padronização.

t.o – terapeuta copiou os relatórios da primeira re e copiou , por isso não consegue identificar os objetivos
Identificar os possíveis objetivos do setor de terapia ocupacional.

Cada paciente terá o seu objetivo específico,

Texto padrão do objetivo , copiar e colar os objetivos específicos do paciente em todas as evoluções .

sita a ideia de padronizar no tasy os objetivos específicos de cada paciente para padronização das evoluções .

pergunta Quando o paciente não atingiu os objetivos na data citada, identificar o motivo, pode ser por falta, acompanhante, adesão,

Período estipulado não é para punir ninguém é para conhecermos a equipe,

- prazos não tem como padronizar cada paciente tem sua individualidade, colocar o prazo máximo de dias, porem fazer o acompanhamento e se atingir o objetivo antes especificar .

Colocar o prazo máximo, mais individualizar para cada paciente,

I diz que o cond. Físico não atende todos os modelos de hemi .

calcula 3 semanas para fechamento da verificação dos prontuários

solicita a autorização para solicitar ajuda para os serviços , assim ira ser mais rápido.

2.4. Relatório de Análise de prontuários durante a construção do Planejamento, no setor de psicologia, 22/12/2014:

Relatório da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no modelo Lesão Encefálica Adquirida Misto realizada pelo Serviço de Psicologia.

Os dados anexos referem-se ao estudo realizado com uma amostra dos prontuários dos pacientes que foram atendidos pelo Centro de Reabilitação [REDACTED] de São José dos Campos no período de 2011 a 2014 no modelo de Lesão Encefálica Adquirida Misto e que já haviam recebido alta quando o estudo teve início.

O levantamento de dados foi realizado nos meses de novembro a dezembro de 2014 e teve o intuito de identificar os objetivos previamente estabelecidos pelo terapeuta para cada paciente e o tempo necessário para que o objetivo fosse atingido. Esta identificação foi realizada através da análise dos relatórios de reunião de equipe e relatório de alta que constavam no prontuário do paciente. Posteriormente foi estabelecida a média do tempo de atendimento em que o paciente foi atendido pelo serviço de Psicologia e a média do tempo para atingir cada objetivo, conforme tabela anexa.

Após análise dos dados coletados, foram visualizadas oportunidades de melhorias em relação à qualidade do atendimento prestado ao paciente, conforme tabela anexa, que foram apresentadas e discutidas dentro do serviço de Psicologia. Observou-se ainda, uma variação significativa no tempo necessário para atingir um determinado objetivo ao comparar-se um paciente e outro. Demonstrando a necessidade da elaboração de um plano terapêutico individualizado, com o estabelecimento da previsão de prazos para atingir os objetivos após a conclusão da avaliação e identificação pelo terapeuta das prioridades de atendimento para cada paciente.

São José dos Campos, 22 de dezembro de 2014.

Elaborado por [REDACTED]

2.5. Relatório de elaboração do Planejamento Terapêutico do Setor de Psicologia, 07/04/2015.

Relatório da elaboração do planejamento terapêutico para os pacientes atendidos nos modelos Lesão Encefálica Adquirida Grave e Lesão Encefálica Adquirida Leve realizada pelo Serviço de Psicologia.

A elaboração do planejamento terapêutico para os pacientes atendidos nos modelos Lesão Encefálica Adquirida Grave e Lesão Encefálica Adquirida Leve foi realizado através de brainstorming entre a equipe de Psicologia, no qual os terapeutas, com base em sua experiência clínica dos atendimentos realizados, identificaram as principais incapacidades apresentadas pelos pacientes, estabeleceram e padronizaram a descrição dos objetivos a serem trabalhados e estabeleceram um prazo médio para atingir o objetivo proposto.

É relevante esclarecer que a elaboração do planejamento terapêutico para os pacientes atendidos nos modelos descritos acima, não foi realizado através da análise de prontuários, pois no estudo anterior realizado com os prontuários dos pacientes atendidos no modelo LEA Misto, não foi possível identificar uma padronização de objetivos e prazos claramente descritos.

São José dos Campos, 07 de abril de 2015.

Elaborado por

2.6. Ata de reunião Médica 24/09/15:

ATA DE REUNIÃO	
Tema / Assunto: <i>Reunião comição medica</i>	
Ministrante: <i>Dra</i> [redacted]	
Início: <i>12h00</i>	Término: <i>13h30</i>
Local: <i>Sala de reuniões</i>	Data: <i>24/09/15</i>

Participantes	
Nº	Nome / Assinatura
01	[redacted]
02	[redacted]
03	[redacted]
04	[redacted]
05	[redacted]
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Pauta / Assunto	

Decisões / Discussões	
Pauta	Descrição
• Planejamento terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - outros modelos estão em finalização e entrariam em vigor em breve. - Respeitar o tempo de tratamento X necessidade real do paciente. - Poderão deixar as RE padronizadas? P. ex. LEA Grave (90 dias), 1º RE 30 dias e 2º RE 60 dias.
• Auditoria Clínica - parte médica	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento Terapêutico: Parte Médica no Sistema - Preencher no Retorno p/ RE ou na hora da RE. - DR. [redacted] apresentará o que será cobrado na auditoria e mensalmente tabulará e enviará resultados p/ médicos e diretoria.
• Triagem Reabilitação p/ paciente OPM	<ul style="list-style-type: none"> - Os articuladores mandam errado, mesmo tendo conhecimento. Sugestão: não permitir que o paciente fuja a fila; colocar um leito Reab e esperar sua vez na fila OPM. Não em comum p/ Amb. OPM com bilheteiro.

<p>• fixar Reunião serviço</p>	<p>• 9h-12h último 5^o mês (22 out e 20 nov)</p>
<p>• Reunião Representantes</p>	<p>• 3^o 1x/mês (12h-14h) [redacted] irá agendar. Reunião para alinhamento de fila de espera, atas, outras necessidades da Unidade.</p>
<p>• Indicação do Modelo ≠ necessário</p>	<p>- Necessidade de entrar logo, não pode ficar esperando a vaga (evolução rápida). - Dificuldade de obter objetivos - prazo pois no meio do caminho muda o modelo. ex. Quillon Boni (para até q - Sugestão: Colocar em cd: ^(100d) para até vag modelo geral. Ex Plonejay ^(100d) terç 4/ maio, de geral. p.ex. = infantil em amplitude de</p>

Ações / Cronogramas		
Itens Adicionais	Quem	Quando

Itens Adicionais	

2.7. E-mail convocação da equipe para construção Planejamento Terapêutico, 14/11/2016.

De: [REDACTED]

Enviado: segunda-feira, 14 de novembro de 2016 09:48

Para: GD CRLMSJC - REPRESENTANTES; [REDACTED]
[REDACTED]

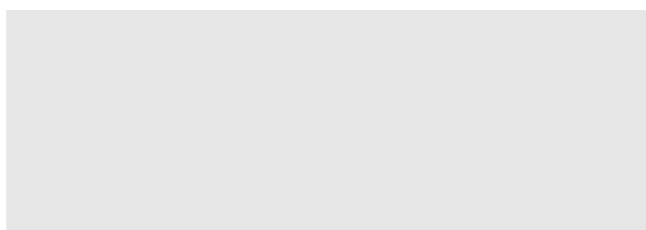
Assunto: Reunião ONA

Prezados, bom dia!

Gostaria de convocá-los para reunião para próxima quinta feira as 12h, na sala de Reuniões, para alinhamento das últimas condutas referentes à ONA:

- Identificação e separação de Objetivos Meio e Objetivos Fim
- Atualização dos prazos do Planejamento Terapêutico
- Identificação dos riscos individuais e suas barreiras, com evolução diária
- Definição de metas assistenciais mensuráveis no Planejamento Terapêutico (escalas)
- Apresentação da MIF- Medida de Independência Funcional- de Janeiro a Setembro/16 com sua evolução.

Gentileza levarem todo o material desenvolvido por vocês até o momento.
Qualquer dúvida, estou a disposição.



2.8. Ata de reunião 18/01/2018:

[REDACTED]		[REDACTED] a	
ATA DE REUNIÃO			
Tema / Assunto: Planejamento terapêutico			
Ministrante: Dra. [REDACTED]			
Início: 12:30		Término: 14:00	
Local: Sala de Reuniões		Data: 18/01/18	

Participantes

Nome	Setor
01	Diretoria
02	Serv. Social
03	Terapia Ocupacional
04	Fisioterapia
05	Enfermagem
06	Psicologia
07	Cond. Físico
08	Serv. Médico
09	Serv. Médico
10	Nutrição
11	Fonoaudióloga
12	
13	
14	
15	



Decisões / Discussões

Pauta	Descrição
Metas terapêuticas/ Objetivo Fim, Objetivos Meio	Dra. [REDACTED] esclarece que as metas terapêuticas são os objetivos fim do paciente durante todo o programa de reabilitação. Solicita ao Serv. Médico que essa meta esteja descrita na Av. Médica, Prescrição e seja compartilhada e alinhada com o paciente durante a Av. Médica Inicial. Para estabelecimento das metas terapêuticas é importante considerar a expectativa do paciente. Solicitou ao Dr. [REDACTED] que verifique a possibilidade de incluir esses objetivos globais na Prescrição Médica. Dra. Esclarece que os objetivos meio são os itens de controle monitorados pelos Serviços com intuito de contribuir para atingir a meta terapêutica/objetivo fim do paciente no programa de reabilitação. Dra. Solicita que na frente de cada objetivo meio seja inserido o número de sessões previstas para ser trabalhado. Importante que os terapeutas lembrem constantemente o paciente de suas metas finais e expliquem como os itens de controle que estão sendo trabalhados durante os

	<p>atendimentos contribuem para meta final.</p> <p>Dra. Solicita ao Serviço Social para verificar como fazer para que essa informação, sobre as metas terapêuticas, seja entregue ao paciente no GA.</p> <p>Enfermeira [REDACTED] sugere a inclusão da queixa principal do paciente nas evoluções. Alguns serviços já registram esta informação na evolução e isso contribuiria para melhor direcionar os atendimentos.</p> <p>Dr. [REDACTED] solicita estender o tempo da Av. Médica para conseguir abordar melhor sobre as metas terapêuticas com o paciente e incluir as metas na prescrição. Dr. [REDACTED] informa que no Lucy de SP o tempo disponibilizado para Av. Médica tem sido 1h20min e para retorno médico 40 minutos. Dra. [REDACTED] irá verificar e dará um retorno posterior.</p>
Reunião de Equipe	<p>Dra. Informa que na reunião de equipe é importante confirma a metas terapêuticas ou readequá-las, quando necessário. Apresenta a sugestão de um check list para as reuniões de equipe contendo os seguintes itens: Identificação, Programa, data de início e previsão de término, metas iniciais, Evolução nas terapias (“evoluindo conforme o planejado ou não” e apresentar motivos apenas quando não está evoluindo conforme adequado) e conclusão (“metas terapêuticas mantidas ou readequadas” e justificar quando necessário). Foi sugerido pelos terapeutas que os resultados da MIF (por setor) e os encaminhamentos realizados (pelos Serviços) também sejam itens do check list.</p> <p>Dra. [REDACTED] cita a tabela atualizada enviada pela [REDACTED] na qual consta a data de início e término do tratamento que poderia ser utilizada pelo Serv. Médico durante as reuniões de Equipe.</p> <p>Dra. [REDACTED] questiona se a Planilha de Objetivos Terapêuticos está sendo funcional para os terapeutas, após apresentação dos argumentos dos presentes, optou-se por descontinuar sua utilização. Foi orientado manter a utilização da Planilha da MIF (Rede global) para lançamento pelos serviços. Os resultados da MIF devem ser atualizados também em relatório de RE.</p> <p>Dr. [REDACTED] questiona sobre a possibilidade de inserção do relatório de reunião de Equipe na íntegra no Tasy, esclarecendo que precisa de alguns dados para elaboração de relatórios solicitados pelos pacientes. Alguns serviços informam que tem conseguido inserir os relatórios em campo específico no Tasy para esta finalidade, contudo outros serviços relatam que não tem conseguido realizar a inserção. Dra. [REDACTED] sugere que este seja um item para ser verificado durante as auditorias internas nos Serviços e os Representantes elaborem Plano de Ação visando a inserção dos relatórios no Tasy por todos os Serviços.</p>
Efetividade de tratamento da Unidade	<p>Dra. Informa que houve uma queda na efetividade de tratamento da Unidade no ano de 2017, considerando que esta queda deve estar associada à nossa visão quantitativa dos resultados, na qual estávamos considerando para efetividade de tratamento o número de objetivos meio (itens de controle) atingidos e não a meta terapêutica (objetivo final da reabilitação). Sendo assim explica que readequar as metas durante as reuniões de equipe é importante para atingirmos a efetividade de tratamento. Para classificação da Efetividade como objetivos atingidos</p>

	<p>deve-se considerar a Meta terapêutica final.</p> <p>Psicóloga [REDACTED] questiona se não será mais necessário o levantamento da Efetividade de tratamento por Setor, apenas a global. Sendo assim os Setores farão o acompanhamento apenas dos objetivos meio (itens de controle) e a efetividade será apenas do tratamento global.</p> <p>Dra. Sugere que os Representantes analisem o relatório de alta do setor e considere uma visão qualitativa dos resultados.</p> <p>Fisioterapeuta [REDACTED] relata interesse de compartilhar o planejamento terapêutico atualizado com o Serviço Médico. Sugere utilização da escala GAS para terapias físicas como ferramenta para monitorar as metas terapêuticas. Informa que irá apresentar para Dra. [REDACTED] e posteriormente para os demais Representantes e Médicos da Unidade.</p>
Encaminhamento pós alta	<p>Dra. Aborda sobre a importante de sinalizar sobre os encaminhamentos ou as atividades que o paciente está apto a participar no momento da alta.</p> <p>Assistente Social [REDACTED] explica sobre o Termo de Ciência de Devolutiva que será entregue ao paciente na devolutiva de alta e que o Serviço Social ficará responsável por coletar as informações durante a reunião de Equipe, contudo os Serviços precisam sinalizar sobre os encaminhamentos e orientações para atividades de inclusão ou retorno ao mercado de trabalho que foram abordadas durante a reabilitação.</p>
Programa Infantil	<p>Dra. Informa que por orientação da Rede os paciente eleitos acima de 12 anos não devem ser encaminhados para Programa Infantil, devem ser encaminhados para o programa Geral Neurodegenerativo.</p>
Prescrição de individual para pacientes do GO adulto	<p>Dra. Informa que considerando nossa demanda em GO adulto e baixa taxa de ocupação dos programas de reabilitação. Sugere considerar a possibilidade de prescrição de alguns atendimentos individuais visando orientação para os pacientes que aguardam em fila do Go adulto.</p> <p>Terapeuta Ocupacional [REDACTED] informa que o Serviço de TO tem pouca disponibilidade para atendimento individual devido quadro de pessoal.</p> <p>Fisioterapeuta [REDACTED] informa que a intenção é fechar algum programa que não tenha paciente em fila de espera e direcionar esses horários temporariamente para o individual.</p> <p>Sem mais deu-se por encerrada a reunião.</p>

Anexo 3: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: A sistematização da assistência em um Centro de Reabilitação: análise de uma experiência	
Pesquisador Responsável: Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira	
Área Temática:	
Versão: 3	
CAAE: 00157918.9.0000.5451	
Submetido em: 26/09/2019	
Instituição Proponente: SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1443137	