

Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos

METODOLOGIA DO RASTREADOR: avaliação pelos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Avaliação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Gomes Elliot
Coorientador: Prof. Dr. Artur Marecos Parreira

Rio de Janeiro
2012

S237m Santos, Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos.
Metodologia do Rastreador: avaliação pelos
profissionais de saúde / Maria Manuela Pinto Carneiro
Alves dos Santos. - 2012.
62 f.; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ligia Gomes Elliot.
Coorientador: Prof. Dr. Artur Marecos Parreira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação) -
Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2012.
Bibliografia: f. 55-58.

1. Acreditação. 2. Profissionais de Saúde –
Avaliação. I. Elliot, Ligia Gomes. II. Parreira, Artur
Marecos. III. Título.

CDD 616.075

Ficha catalográfica elaborada por Anna Karla S. da Silva (CRB/7 6298)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

MARIA MANUELA PINTO CARNEIRO ALVES DOS SANTOS

METODOLOGIA DO RASTREADOR: avaliação pelos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Avaliação.

Aprovada em 20 de dezembro de 2012

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. LIGIA GOMES ELLIOT
Fundação Cesgranrio



Prof^a. Dr^a. MERCÊDES MOREIRA BERENGER
Fundação Cesgranrio



Prof. Dr^a. BEATRIZ GERBASSI COSTA AGUIAR
Unirio

Comece a fazer o que é necessário, depois logo estará fazendo o que é possível e de repente perceberás que estás fazendo o impossível (São Francisco de Assis).

Construir encontros é a missão de todo ser humano, reunir em canto e em luta a que nos é comum. Não tenhamos, pois, pressa de chegar ao fim do tempo, mas ao fim da injustiça. (Autor desconhecido)

Dedico esta dissertação a meus pais Maria de Lurdes e Manuel (*in memoriam*) que sempre se preocuparam para com a minha educação e postura na vida. A Carlos Eduardo meu marido e meus filhos Alfredo Manuel e Carlos Alberto que me apoiaram incondicionalmente durante toda a minha vida profissional e especialmente a meus netos Carlos Henrique, Pedro Manuel e Izabella.

AGRADECIMENTOS

Não poderia terminar minha dissertação sem agradecer as pessoas que foram fundamentais para eu escrever e terminar este trabalho.

Sem a orientação da Profª Drª Ligia Gomes Elliot, sempre disposta a dividir comigo as minhas dificuldades, ansiedades e falta de tempo, não seria possível terminar no prazo.

Ao Prof. Artur M. Parreira da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia - Lisboa – Portugal que coorientou o trabalho e que me trouxe a possibilidade de apresentar métodos diferentes o que enriqueceu o trabalho.

À Profa. Ana Izabel Gonçalves da Costa Larga da Silva, Professora Associada da Faculdade de Economia e Gestão – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia – Lisboa – Portugal que perantamente se dispôs a fazer o tratamento dos dados estatísticos.

Às amigas Célia Parreira e Mercêdes Moreira Berenger que me incentivaram durante um logo tempo para que eu enfrentasse estes desafios.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do CBA: Heleno Costa Junior, José de Lima Valverde Filho e Sylvia Cozer, com os quais compartilhei os trabalhos de grupo, que viraram artigos e apresentação em Congresso Internacional (ISQUa 2012), e que estiveram sempre presentes nesta jornada.

Além disso, duas pessoas que cuidam para que meu dia seja o mais leve possível no meu trabalho, Mura há muitos anos e Sheila que fez toda a escrita e inserção das correções, sem elas eu não teria conseguido aprontar este trabalho, e a Nilma Gonçalves Cavalcante, Anna Karla Souza da Silva e Valmir Marques Paiva pela disponibilidade sempre pronta para ajudar em todos os momentos.

Por último não podia deixar de agradecer as bolsas oferecidas pela Fundação Cesgranrio e o CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação que deixaram mais suave o investimento tão importante na minha atualização.

O meu muito obrigada.

RESUMO

O estudo destinou-se a avaliar em que medida a Metodologia do Rastreador utilizada no processo de avaliação da acreditação nas avaliações diagnósticas, educativas e de acreditação foi percebida pelo avaliador, consultor de educação e profissionais que coordenam ou exercem funções nas áreas de qualidade e acreditação nos serviços de saúde. Para atingir este objetivo, na primeira parte do estudo foi feita uma revisão bibliográfica para se conhecer o processo de Acreditação por meio do levantamento cronológico desde os primórdios. Para responder a questão avaliativa foram utilizados três tipos de instrumento: grupos focais, entrevista e questionário. O estudo se enquadrava em uma abordagem avaliativa que interfaceava várias abordagens. Apesar de se entender que a abordagem centrada nos participantes era a principal, as abordagens orientadas por especialistas e por objetivos também foram consideradas. Os resultados mostram que os participantes, nos grupos focais, demonstraram possuir as competências requeridas pela Metodologia do Rastreador e não sentiram grandes dificuldades na sua aplicação, quer pelo seu nível de preparação, quer pelo nível de motivação para assumir como instrumento de trabalho. No questionário, pode-se verificar que provavelmente o trabalho de Acreditação apurou a sensibilidade e tornou mais rigorosos os juízos de valor dos profissionais respondentes.

Palavras-chave: Metodologia do Rastreador. Avaliação. Acreditação. Grupos Focais.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate to what extent the Tracer Methodology was perceived by the surveyor, education consultants and professionals who coordinate or carry out functions in areas of quality and accreditation in health care services. To achieve this goal in the first part was done a review of literature. To answer the evaluative question was utilized three types of instruments: focus groups, interview and questionnaire. The study adopted an evaluative approach that had interfaces with various approaches. Despite of recognizing that the participant-centered approach was the predominant one, the approaches oriented by experts and by objectives also were considered. The results showed that focus groups participants have competencies required by the Tracer Methodology and they will not have difficulties to apply it once are prepared and also motivated to its use. Questionnaire results allow saying that the accreditation work increased participants' sensibility and make their value judgments more rigorous.

Keywords: Methodology of Tracer. Evaluation. Accreditation. Focus Groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Instituições acreditadas no Brasil pelo CBA/JCI.....	20
Gráfico 1	Causas raiz dos eventos sentinelas.....	28
Quadro 2	Categorias e indicadores para a avaliação.....	38
Quadro 3	Quadro referência para atribuição de valores.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Eventos Sentinelas revistos pela TJC – 1995 a 2010.....	27
Tabela 2	Média e desvio padrão dos valores atribuídos aos advérbios da escala.....	39
Tabela 3	Percepção dos respondentes sobre o Método Rastreador.....	47
Tabela 4	Média de idade dos respondentes.....	49
Tabela 5	Correlação da idade com as características do Método.....	49
Tabela 6	Percepção de características do Método, por gênero.....	50
Tabela 7	Percepção de características do Método, por função.....	51
Tabela 8	Percepção de características do Método por respondentes de unidades acreditadas e não acreditadas.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
Anahp	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Cepesc	Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva
CICT	Centro de Informação Científica e Tecnológica
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
Hemorio	Instituto de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
JCR	Joint Commission Resources
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
TJC	The Joint Commission
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Unirio	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
ONA	Organização Nacional de Acreditação
NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OMS	Organização Mundial de Saúde
Renda	Regulação Energética das Decisões de Ação

SUMÁRIO

1	ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	13
1.1	UM POUCO DE HISTÓRIA.....	13
1.2	A ACREDITAÇÃO NO BRASIL.....	16
1.3	A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO.....	19
1.4	O ATUAL CONTEXTO DA ACREDITAÇÃO NO BRASIL.....	22
2	A METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO	25
2.1	A METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL.....	25
2.2	A METODOLOGIA DO RASTREADOR (TRACER).....	29
2.3	O OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	30
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1	ABORDAGEM AVALIATIVA.....	33
3.2	QUESTÃO AVALIATIVA.....	34
3.3	INSTRUMENTOS.....	35
3.4	COLETA DOS DADOS.....	39
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4	RESULTADOS	43
4.1	RESULTADOS OBTIDOS COM OS GRUPOS FOCAIS E A ENTREVISTA.....	43
4.2	RESULTADOS OBTIDOS COM O QUESTIONÁRIO.....	46
4.3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	59

1 ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo se situa a criação da avaliação e da acreditação de instituições na área da saúde no âmbito internacional e nacional, dando-se destaque à criação e atuação da Associação Brasileira de Acreditação.

1.1 UM POUCO DA HISTÓRIA

Na área da saúde, em escala mundial, a *Joint Commission International* (JCI) é a mais antiga instituição de Avaliação de Qualidade e Acreditação. A JCI possui programas de Acreditação internacionais e outros instrumentos de avaliação destinados a realizar avaliações objetivas sobre a qualidade e a segurança das Instituições de Saúde. Ela disponibiliza programas e serviços de Acreditação e certificação, serviços educativos, serviços de consultoria e publicações para apoiar a melhoria contínua da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços de saúde prestados aos pacientes e usuários. Pode, por isso ser considerada uma fonte de conhecimento que tem como foco o cuidado ao paciente e a obtenção de resultados para Instituições de Saúde no mundo inteiro (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2004, 2008, 2011a).

Para a boa prestação de serviços aos pacientes, a JCI adota a cada três anos uma nova versão dos seus *Manuais de Padrões de Acreditação*, com a revisão e a atualização dos seus padrões, aumentando o grau de exigência colocado às instituições em processo de Acreditação ou em manutenção dessa Acreditação. A nova versão do método utilizado no âmbito da JCI/Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é, indubitavelmente, mais complexa e mais exigente nas competências requeridas e nos resultados obtidos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011a).

Os registros sobre a origem da Acreditação nos Estados Unidos identificaram como seu principal precursor, em 1910, o Doutor e Professor Ernest Amory Codman, proeminente cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts. Dr. Codman desenvolveu um sistema denominado *End Results Systems* (Sistemas de Resultados Finais) no qual monitorava e avaliava os resultados dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, com objetivo de identificar intercorrências negativas nos processos e, a partir dessa identificação, propor melhorias para garantir a qualidade da assistência prestada. Seu trabalho,

relacionado com *End Results Theory* (Teoria dos Resultados Finais), foi publicado no livro intitulado *A Study in Hospital Efficiency (Um estudo sobre a eficiência do hospital)* publicado em Boston (CODMAN, 1918), e depois reeditado em 1996. De seus achados e ações de acompanhamento também se desenvolveram as teorias do que hoje é chamado de *Outcomes Management* (Gerenciamento de Resultados).

Em paralelo, e no mesmo ano, Abraham Flexner publicou o relatório sobre a avaliação das escolas médicas, o que deu origem a uma grande reforma no ensino médico, nos Estados Unidos, e que posteriormente se espalhou pelo mundo.

Dr. Codman também foi um dos líderes do movimento que culminou, em 1913, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC). O CAC adotou o Sistema de Resultados Finais como uma de suas premissas e objetivos, visando a melhoria da qualidade no cuidado prestado aos pacientes nos hospitais americanos. Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados de *Minimum Standards* (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões oficialmente estabelecidos, relacionados com processos de melhoria da qualidade, de um programa de padronização hospitalar.

Com o reconhecimento e a aprovação dos hospitais, em 1918, o CAC realizou as primeiras avaliações com base nos padrões mínimos, abrangendo 692 hospitais americanos, dos quais apenas 89 atendiam aos requerimentos previstos nesses padrões. Passou a ser então estabelecido, oficialmente, o Programa de Padronização Hospitalar. Como consequência dos resultados dessa avaliação, considerada preocupante, o CAC começou a discussão sobre a questão da qualidade hospitalar e iniciou o desenvolvimento de novas estratégias para a criação e implantação de padrões de qualidade. Em 1926 foi lançado o primeiro manual de padrões (BRAUER, 2001).

Com o avanço do programa e a introdução de novos padrões, em 1950, mais de 3.200 hospitais já estavam participando do processo de avaliação, em caráter voluntário, por reconhecer as melhorias advindas com a implantação dos padrões (BRAUER, 2001).

Nesse cenário positivo ao programa estabelecido, e reconhecendo a necessidade de ampliação e de dar um caráter independente ao programa, o CAC, em conjunto com a Associação Americana de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Médica Canadense, criaram em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais –

JCAH), entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos. A missão dessa nova entidade era a provisão de Acreditação, em caráter voluntário, para Hospitais (BRAUER, 2001).

Em 1952, o CAC oficialmente transferiu para a JCAH, o Programa de Padronização Hospitalar, a qual em 1953 publicou o primeiro *Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar* (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS, 1953) e iniciou a oferta de serviços do programa de Acreditação nos Estados Unidos. Em 1954, 2.900 Hospitais estavam acreditados nos Estados Unidos.

Em dezembro de 1958, a Associação Médica Canadense se retirou da JCAH para criar uma agência acreditadora no Canadá.

O Programa de Acreditação se desenvolveu rapidamente nos Estados Unidos e novos segmentos de serviços de saúde aderiram à proposta, sendo o primeiro, em 1969, os serviços de longa permanência.

Em 1970, a grande primeira mudança se estabeleceu no Programa de Acreditação, incorporando teorias da qualidade, redefinindo os padrões que passam a estabelecer requerimentos de excelência da qualidade, e substituindo padrões mínimos por padrões ótimos alcançáveis. Essa mudança propicia também o fortalecimento da cultura da melhoria contínua da qualidade, uma vez que as instituições passam a estabelecer novos parâmetros de referência da excelência para os processos de cuidado desenvolvidos em seus serviços.

Com a credibilidade e a abrangência alcançadas pelo Programa de Acreditação, o Congresso Americano passa a estabelecer recomendações de que a Acreditação seja estabelecida como pré-requisito para procedimentos de financiamento em programas oficiais do Governo, incluindo o *Medicare* e o *Medicaid*. Alguns Estados Americanos também adotam políticas semelhantes (BRAUER, 2001).

Em 1987, outra grande mudança aconteceu e a JCAH mudou o nome para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde - JCAHO). O novo nome reflete a expansão do programa para diversos tipos de padrões, de acordo com os diversos tipos de serviços de saúde, incluindo, ambulatorios, laboratórios, saúde mental, rede de serviços, *home care*, entre outros. Junto a essa iniciativa, a JCAHO fez também uma mudança no processo de avaliação, introduzindo a obrigatoriedade de

indicadores de desempenho, reformulando a definição e a aplicação dos indicadores gerenciais, e adotando os indicadores clínicos no conjunto de padrões para avaliação dos processos de cuidado. Outra característica que passou a ser implantada no programa foi a atividade educativa, como tarefa principal da função dos avaliadores, visando a mobilização das instituições e dos profissionais no sentido da melhoria contínua da qualidade. A JCAHO neste ano já tinha acreditado 5.400 hospitais e 3.000 outras Instituições de Saúde (BRAUER, 2001).

Em 1997, a *Joint Commission Resources* (Comissão Conjunta de Recursos - JCR), criou a JCI. A JCR tem como objetivo desenvolver consultorias nos Estados Unidos e internacionalmente bem como atividades de Acreditação Internacional por intermédio da JCI. Em 1999, a JCR aprovou o primeiro *Manual Internacional de Padrões para Hospitais*, e a JCI acreditou o primeiro Hospital fora dos Estados Unidos, o Hospital Israelita Albert Einstein, em 8 de Dezembro de 1999, no Brasil.

Em 2000, a JCI assinou um acordo de Acreditação Conjunta com o CBA, para o Brasil. Desse modo, o CBA se tornou a instituição responsável pela aplicação desses padrões nas instituições brasileiras que desejam receber o certificado de Acreditação Conjunta, de acordo com os padrões internacionais estabelecidos pela JCI e CBA.

1.2 A ACREDITAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, a proposta de Acreditação de serviços de saúde está se consolidando como uma alternativa moderna de avaliação do desempenho de serviços de saúde e de aplicação dos preceitos da qualidade. Assim como ocorreu nos EUA, onde na década de 20, coube ao CAC lançar e liderar a ideia da Acreditação hospitalar, também no Brasil coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) o papel pioneiro no desenvolvimento da Acreditação. Em 1986, foi criada a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais, com o objetivo de definir conceitos para a avaliação de centros cirúrgicos.

Já na década de 90, o Brasil passou a conhecer algumas iniciativas regionais relacionadas com a Acreditação hospitalar, ainda restrita a algumas entidades nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

Em 1994, o CBC organizou, em conjunto com a Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio

de Janeiro (IMS/UERJ), o Seminário: “Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade”, que contou com a participação de especialistas internacionais. Como fruto deste Seminário, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS). O PACQS tinha o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para Acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade. O Seminário apontou para três direções principais:

a) a criação de uma agência de Acreditação não governamental; b) o desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a Acreditação de serviços e sistemas de saúde; c) a disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde (REVISTA ANUAL DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 1994, p. 185).

O tema Acreditação foi também incorporado no Ministério da Saúde, quando em junho de 1995, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), através da Portaria GM/MS nº 1.107,14 de junho de 1995 (BRASIL, 1995).

Com a implantação desse programa foi também criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde da qual faziam parte, além do grupo técnico do Programa, representantes de provedores de serviços, da classe médica, de órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e de representantes dos usuários dos serviços de saúde. Esta Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições de saúde, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa (BRASIL, 1995).

Como a Acreditação passou a ser de interesse do Ministério da Saúde, o Grupo Técnico do PGAQS assumiu como uma das atividades propostas a identificação de metodologias e manuais de Acreditação utilizados em outros países como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Inglaterra, África do Sul, Hungria, entre outros, assim como aquelas iniciativas já em início de discussão no Brasil.

Em julho de 1997, a Fundação Cesgranrio promoveu no CBC, em conjunto com as instituições participantes do PACQS, a oficina de trabalho denominada A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde. A oficina contou com

representantes da JCAHO – a mais importante e antiga organização acreditadora do mundo – e convidados internacionais, para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional de Acreditação (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, [1997?]).

Como desdobramento daquele evento, em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) – por Protocolo de Cooperação, firmado em 8 de junho. O CBA associou a experiência acadêmica, científica e de formação de recursos humanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), à tradição e à capacidade técnica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e da Academia Nacional de Medicina (ANM) e à experiência de avaliação de sistemas sociais da Fundação Cesgranrio. Pelo mesmo Protocolo, devidamente registrado em 29/06/98, no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos, os constituintes delegaram à Fundação Cesgranrio as atribuições que viabilizavam o estabelecido como Constituinte Delegada para dar operacionalização à gestão do CBA. Função esta que, a partir de meados de 2002, a UERJ passou a exercer, através do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (Cepesc), que apóia o Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ).

Ainda em princípios de 1998, foi estabelecido um acordo de consultoria da JCAHO com a Fundação Cesgranrio, para treinar, capacitar e criar um Manual de Acreditação para o Brasil. Neste ano, uma missão de 28 brasileiros de várias Instituições de saúde foi a Chicago, à sede da JCAHO, para serem capacitados e treinados no processo de Acreditação. Em 29 de Setembro de 2000, foi assinado um acordo de Acreditação Conjunta entre o CBA e JCAHO que estabelecia a prestação de Serviços de Acreditação Conjunta Internacional no Brasil dando a exclusividade da Metodologia Americana ao CBA, conforme o primeiro contrato entre as partes.

Em 2001, o CBA, em conjunto com a JCAHO, acreditaram os primeiros Hospitais. O primeiro hospital público acreditado no Brasil se localiza no Rio de Janeiro, o Hospital Estadual de Hematologia (Hemorio). No Rio Grande do Sul, o Hospital Filantrópico Moinhos de Vento, em Porto Alegre, é o segundo a ser acreditado, através do Manual desenvolvido pelo CBA com a consultoria da JCI.

1.3 A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO

Em 2005, tendo em vista a promulgação do novo Código Civil e o crescimento da demanda pelos serviços do CBA, os constituintes decidiram criar uma instituição sem fins lucrativos, com os mesmos objetivos do CBA, denominada de Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (ABA), tendo agora como Associados Efetivos o CBC, a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) e a Fundação Cesgranrio. Em 2008 voltou a fazer parte deste grupo a UERJ, através do IMS. Para preservar sua história e assegurar a credibilidade de seu trabalho, foi mantido como nome fantasia o de Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Esse novo formato permitiu também que o CBA pudesse, de forma mais adequada, cumprir a missão definida e destinar-se às seguintes finalidades conforme seus Estatutos, o último aprovado pela Assembleia Geral de 23 de fevereiro de 2011 e posteriormente registrado.

Contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e ao beneficiário, por intermédio de um processo de Acreditação;
Desenvolver métodos, técnicas e procedimentos em Acreditação de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, recorrendo inclusive à experiência acumulada em nível internacional, adequando-a à realidade brasileira;
Desenvolver iniciativas na área de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos que viabilizem a adequada utilização e exame dos métodos e técnicas empregados nesse processo;
Reconhecer a qualidade dos serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, no país ou no exterior, mediante a outorga de certificados de Acreditação, isoladamente ou em parceria com outras instituições especializadas, de notório saber na área, nacionais ou estrangeiras;
Desenvolver projetos para a prestação de assessoria e cooperação técnico/científica a instituições da área de saúde, ensino e pesquisa, governamentais e não governamentais.

No desenvolvimento de seus trabalhos, o CBA atua em parceria com a JCAHO. Sua subsidiária, a JCR, trabalha em mais de 70 países, nos cinco continentes, prestando consultoria especializada. Para o processo de Acreditação foi constituída, em 1997, outra subsidiária, JCI. Até o momento, já foram acreditadas cerca de 500 instituições de saúde no mundo, em cerca de 40 países como Alemanha, Dinamarca, Itália, Espanha, Irlanda, Turquia, Filipinas, China, Índia, Emirados Árabes Unidos, Áustria, além do Brasil. Nesse último, em 1999, o Hospital

Israelita Albert Einstein em São Paulo foi o primeiro hospital acreditado no mundo fora dos Estados Unidos, pela JCI em 8 de Dezembro de 1999, conforme o Certificado (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS, 1999).

Ao atuar em associação com a mais experiente organização de Acreditação no mundo, o CBA possibilitou, no Brasil, a implantação de uma metodologia consistente e reconhecida mundialmente. Até o momento, 34 instituições brasileiras de saúde já alcançaram essa distinção e reconhecimento de excelência da qualidade, integrando agora um seleto grupo internacional de instituições acreditadas ou certificadas pela metodologia CBA/JCI. Essas instituições são identificadas como importantes e reconhecidas referências em seus respectivos segmentos de serviços, o que passa a ter maior destaque em função do alcance da outorga de Acreditação (Quadro 1).

Quadro 1 - Instituições acreditadas no Brasil pelo CBA/JCI.

Tipo de serviços	Instituições
Hospitais	1. Hospital Israelita Albert Einstein/SP 2. Hemorio Ses/RJ 3. Hospital Moinhos de Vento/RS 4. Sociedade Hospital Samaritano/SP 5. Unidade Hospitalar do INTO–MS/RJ 6. Hospital Sírio Libanês/SP 7. Hospital Alemão Oswaldo Cruz/SP 8. Hospital do Câncer II/RJ 9. Hospital do Coração/SP 10. Hospital São Vicente de Paulo/RJ 11. Hospital Copa D’Or/RJ 12. Hospital do Câncer I/RJ 13. Hospital São José – Beneficência Portuguesa/SP 14. Hospital Paulistano/SP 15. Hospital Memorial São José/PE 16. Hospital Santa Joana/PE 17. Hospital São Camilo/SP 18. Hospital Santa Paula/SP 19. Hospital Total Cor/SP
Atenção Primária	20. Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria, FioCruz Atenção/ RJ
Atenção Domiciliar	21. Pronep/RJ 22. Pronep/SP 23. SOS Vida/ BA 24. Dal Ben Home Care/SP

(Continuação)

(Continuação)

Tipo de serviços	Instituições
Atenção Ambulatorial	25. Cincinato/SP 26. AMIL/Unidade de Pronto Atendimento ALPHAVILLE/SP 27. AMIL/Unidade de Pronto Atendimento JARDINS/SP 28. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FioCruz/PE 29. Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/FioCruz/RJ
Serviços de Transportes Médicos	30. AMIL Resgate Saúde – SP
Programas de Cuidados Clínicos	31. Programa de Atendimento a Paciente com AVC – Hospital Israelita Albert Einstein/SP
	32. Programa de Doenças Malignas e Benignas que requerem Transplante de Medula Óssea – CEMO/INCA/RJ
	33. Programa de Cuidados Clínicos – Insuficiência Cardíaca – Hospital do Coração/SP
	34. Programa de Cuidados Clínicos – Infarto Agudo do Miocárdio com Supra Desnivelamento do Segmento ST – Hospital do Coração/SP

Fonte: A autora (2012).

O objetivo da cooperação formalizada entre a JCI e o CBA, através de acordo formal assinado em 29 de Setembro de 2000, foi o de oferecer Acreditação conjunta, com a emissão de um único certificado de Acreditação. Tal certificado evidencia que a organização satisfaz os padrões internacionais constantes do Programa de Acreditação Internacional. Permitiu também oferecer serviços relacionados, incluindo educação sobre o conceito e o processo de Acreditação, para se chegar à conformidade com os padrões, avaliações em caráter educacional e avaliação para Acreditação propriamente dita. Desta forma, o CBA se tornou o representante exclusivo e legal da JCI no Brasil, para aplicação da metodologia de Acreditação Internacional (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2000), renovado em 2007 e retificado em 2010.

Visando a adequada garantia e manutenção de todos os aspectos técnicos, científicos e ético-legais, envolvidos no processo de Acreditação, foi constituído o Comitê de Acreditação, integrado, além dos representantes das entidades constituintes do CBA, por membros de diferentes entidades representativas de associações de instituições de saúde, instituições representativas de profissionais e prestadoras de serviços de saúde, sociedades organizadas de usuários, instituições compradoras de serviços de saúde e entidades de ensino e pesquisa em saúde. Este Comitê tem como principais atribuições a discussão, definição e aprovação das

políticas, normas técnicas e instrumentos utilizados no processo de Acreditação e a decisão final sobre as avaliações de Acreditação, para outorga do certificado de Acreditação e de Certificação respaldado por seu gabaritado elenco de integrantes.

A partir de 2003, o CBA passou a usar os *Manuais de Padrões* que a JCI utiliza no mundo inteiro que são elaborados por um Comitê Internacional de Padrões. Esse Comitê tem representantes de países dos cinco continentes, visando à manutenção da aplicabilidade e atualidade do conteúdo em qualquer país. Os manuais são revisados e editados a cada três anos, segundo as políticas definidas pelo Comitê Internacional de Padrões da JCI. Atualmente, além do *Manual de Padrões para Hospitais* (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011a), o CBA utiliza manuais e processos para serviços de longa permanência, de internação domiciliar, de reabilitação e cuidados paliativos, de Serviços de Transportes Médicos, de Ambulatórios, de Atenção primária e ainda um processo de Certificação de Programa de Cuidados Clínicos, como diabetes, infarto, insuficiência coronariana, entre outros.

1.4 O ATUAL CONTEXTO DA ACREDITAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, o movimento da Acreditação tem uma história já consistente, com instituições públicas e privadas acreditadas pelas diferentes metodologias disponíveis, como da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1998, do Conselho de Acreditação Canadense em 2005, da *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Cuidados de Saúde – NIAHO) em 2009 e da JCI em 1998.

O avanço da Acreditação se reflete também nas discussões já iniciadas em importantes entidades responsáveis pelos diferentes segmentos de serviços de saúde. A Associação Nacional de Hospitais Privados (FÓRUM DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2006) congrega instituições hospitalares de alta complexidade e importante participação no setor brasileiro de saúde. A Anahp tem hoje como um dos pré-requisitos para a manutenção de seus associados, a exigência da Acreditação, reconhecendo nessas metodologias uma premissa fundamental para a garantia da qualidade e segurança dos pacientes em hospitais.

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde tem participado de fóruns de discussão e incentivado a disseminação da

Acreditação como um diferencial de qualidade. Mais recentemente o Ministério da Saúde criou um Grupo Técnico de Trabalho para discussão sobre qualidade e estuda a criação de uma Política Nacional de Qualidade Hospitalar, através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Uma das bases de sustentação das diretrizes dessa política, já apresentadas no termo de referência, são os conceitos, princípios e os processos de aplicação da metodologia de Acreditação. Também diversas instituições acadêmicas têm incentivado estudos sobre o tema, entre elas o Instituto de Medicina Social da UERJ, o Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT da FioCruz), por meio do portal ProQualis, bem como o site do CBA.

Essas iniciativas apontam para a consolidação da metodologia, com o reconhecimento pelo valor agregado a partir de sua utilização. Outro componente que necessita ainda ser trabalhado como parte do processo de Acreditação diz respeito ao entendimento e reconhecimento pelo conjunto dos financiadores e operadoras de planos e seguros de saúde. Mesmo com a iniciativa de apoio da ANS, a Acreditação não é uma estratégia ou iniciativa definida ou proposta para a adoção dessa certificação como um “diferencial” para o pagamento dos serviços contratados ou credenciados. Cabe lembrar que na prática americana, a Acreditação é um dos componentes ou pré-requisitos para algumas fontes de financiamento, mesmo no âmbito federal. Algumas operadoras de planos de saúde têm participado do processo de forma indireta, em discussões ou eventos que abordam o tema Acreditação e até tem buscado a certificação de unidades que compõem suas redes de serviços próprios.

Outro desafio a ser incluído nessa jornada de construção de um Programa de Acreditação no Brasil passa pela sensibilização e participação da sociedade em geral, acerca dos benefícios advindos desse processo. Construir a cultura junto aos usuários dos serviços de saúde para reconhecer e valorizar uma instituição acreditada é uma necessidade, para consolidar essa metodologia que muito contribui para a melhoria da saúde pública, mesmo quando instituições privadas são o objeto da certificação de Acreditação. Como já acontece em outros países, a sociedade busca essa garantia de qualidade e segurança identificando os certificados de Acreditação.

Assim poderá ser a realidade das instituições acreditadas que terão não só o reconhecimento dos seus usuários, mas também dos pagadores de serviços, seja

público ou privado, configurando um novo patamar de referência de excelência em qualidade para os serviços de saúde.

2 A METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO

Neste capítulo são focalizadas especialmente a Metodologia de Acreditação, um processo utilizado internacionalmente pela JCI, cuja metodologia de avaliação de serviços de saúde é a Metodologia do Rastreador, também conhecida por Tracer - objeto do presente estudo, além de serem apresentados, em decorrência, o objetivo e a justificativa do estudo.

2.1 A METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL

A Acreditação Internacional de uma instituição de saúde ou a Certificação de um programa é um processo que envolve tempo, mobilização de recursos e esforços institucionais significativos. Sabe-se que há um percurso a ser percorrido desde o momento em que a organização decide buscar a Acreditação até o momento em que ela é acreditada.

A inserção de qualquer instituição neste processo deve obedecer a uma metodologia que permita potencializar e mobilizar os esforços institucionais que serão necessários, como o conjunto de profissionais que desenvolvem atividades distintas nos serviços. Nessa perspectiva, a Acreditação é uma metodologia que permite a integração de processos de educação e de avaliação baseada em padrões, que são referência de excelência na qualidade dos processos do cuidado ao paciente e da gerência da instituição. A experiência adquirida no desenvolvimento deste processo tem demonstrado que este método de busca da melhoria contínua da qualidade apresenta um imenso potencial, no sentido de introduzir, nas instituições, uma prática de avaliação contínua dos processos diretamente ligados ao cuidado dos pacientes e dos processos gerenciais. Tem revelado também ter um ótimo potencial de mobilização dos profissionais, incluindo os médicos, na revisão de processos, métodos e prioridades.

Dessa forma, a Acreditação pode ser definida como um processo formal, voluntário e periódico, realizado por meio de uma abordagem eclética de avaliação, onde se reconhece, além da abordagem por especialistas criada por Codman (1918), outras abordagens. Nesse caso específico encontram-se a abordagem originada por objetivos, de Tyler, e a voltada para os participantes conforme Guba e Lincoln (1994).

Um organismo reconhecido, geralmente uma organização não governamental e independente, avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, pré-determinados e publicados. Os padrões de Acreditação são considerados de excelência e possíveis de serem avaliados, e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua das instituições. Uma decisão de Acreditação de uma instituição de saúde é feita após uma avaliação *in loco* por uma equipe de avaliadores composta por pares, médicos, enfermeiros e administradores de saúde, realizada a cada três anos. A Acreditação é um processo voluntário no qual instituições decidem participar, ao invés de ser decorrente de imposição legal ou regulamentar.

Os padrões da Acreditação tratam de vários e diferenciados aspectos relacionados com os processos de segurança e cuidado ao paciente e gerência dos serviços. Esse conteúdo dos padrões apresenta aos gestores e profissionais um universo de referências e parâmetros de qualidade, que lhes possibilitam evidenciar, objetivamente, características e atributos definidos para os processos desenvolvidos nos diferentes serviços da instituição. Nesse conjunto, estão incluídos também as leis e regulamentos relacionados com cada segmento ou perfil de serviço avaliado, garantindo que a instituição esteja em conformidade com esses requerimentos legais. Através desses padrões, novos conceitos são introduzidos e se tornam elementos concretos que apoiam a gestão e o trabalho técnico profissional, seja no segmento clínico ou administrativo.

Um importante e novo conceito, definido e implementado, é o monitoramento contínuo dos processos, a fim de que os mesmos sejam permanentemente avaliados a partir de metas e resultados pré-definidos, assim como foi preconizado no estudo desenvolvido e publicado pelo Dr. Ernest Codman em 1910.

Outro conceito proposto é o da Segurança do Cuidado. Aspectos relacionados com o gerenciamento de riscos, incluindo a identificação, notificação e tratamento dos Eventos Adversos. A JCI em 2007 criou o Centro Internacional para Segurança do Paciente que trata da discussão e publicação de estratégias internacionais voltadas à prevenção e minimização dos riscos relacionados com a Segurança do Paciente (VILAR, 2007, p. 146).

Esse movimento, hoje de caráter mundial, está baseado em estudos e estatísticas realizadas e publicadas por organismos de países como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e do Reino Unido, entre outros. Nesses países

foram criados sistemas nacionais de identificação e notificação de eventos adversos, incluindo erros de medicação, cirurgias em membros ou pacientes errados, infecções não previstas, quedas no leito, suicídios dentro das instalações de saúde, entre outros.

Evento Sentinela, segundo a definição no glossário da 4ª edição do Manual de Padrões de Acreditação para Hospitais (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011a) é a ocorrência inesperada que implica em morte ou perda grave e permanentemente de função, que não se relaciona com a patologia que motivou a internação.

Análise de causa raiz é o processo utilizado para identificar o(s) fator(s) causal(ais) ou hábito(s) que estão por trás de uma variação no desempenho, incluindo a ocorrência ou possível ocorrência de um evento sentinela, segundo a definição do glossário do mesmo Manual (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011a).

Tabela 1 - Eventos Sentinelas revistos pela TJC – 1995 a 2010.

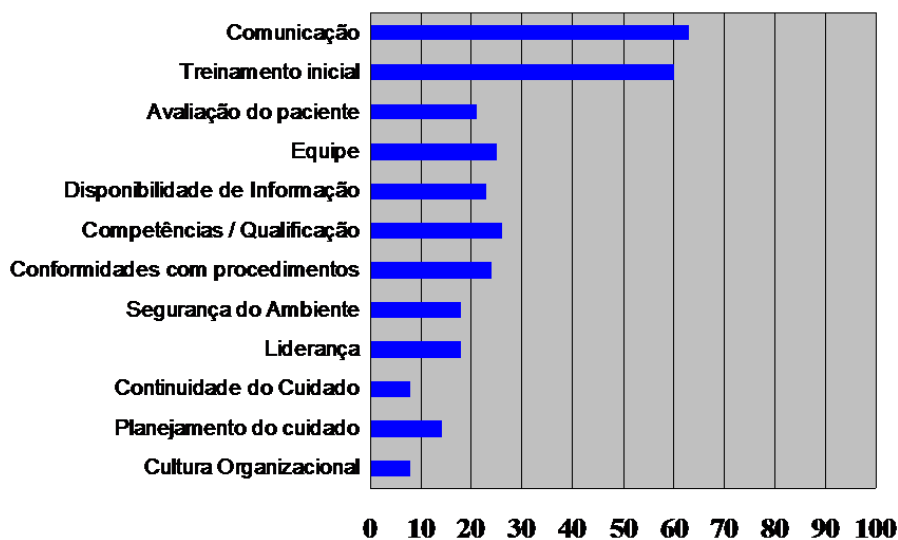
Eventos sentinelas	Número
cirurgias em partes ou pacientes errados	921
suicídios	816
complicações pós-operatórias	749
eventos relacionados com demora no atendimentos	592
eventos relacionados com erros de medicação	554
quedas de pacientes	450
retenção não intencional de corpos estranhos	360
assaltos/estupros/homicídios	256
perda de função/ mortes perinatais	209
perda de função/mortes por contenção de pacientes	201
eventos relacionados com transfusão	146
eventos relacionados com infecção	145
eventos relacionados com equipamentos	135
eventos relacionados com anestesia	91
mortes maternas	88
outros	799
Total	6.923

Fonte: Joint Commission International (2011a).

A Tabela 1 apresenta os Eventos Sentinelas notificados voluntariamente para *The Joint Commission* (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011a), de janeiro

de 1995 até junho de 2010, por instituições acreditadas nos Estados Unidos da América. E o Gráfico 1 traz o resultado da pesquisa sobre a causa raiz desses eventos sentinelas, com valores percentuais aproximados.

Gráfico 1 – Causas raiz dos eventos sentinelas.



Fonte: Joint Commission International (2011a).

Ao se fazer um cotejo entre os eventos sentinelas apresentados na Tabela 1 e a as causas desses eventos (Gráfico 1), chama a atenção que as três primeiras causas se refiram a comunicação, treinamento e postura dos recursos humanos.

Os dados apontam para números alarmantes, que evidenciam uma fragilidade nas práticas e condutas assistenciais e mesmo administrativas. Nesse contexto, e consoante com sua missão de estimular e desenvolver a melhoria contínua e garantir a segurança do paciente, TJC lidera uma grande campanha, cujo lema é “Salve 5 Milhões de Vidas”. Este é um número estimado de ocorrências potenciais de eventos adversos em instituições de saúde nos Estados Unidos. Por outro lado, a JCI tem difundido e ampliado o alcance do processo de Acreditação Internacional, com participação em eventos e programas relacionados com a Segurança do Paciente, ampliando e criando adesão a estes conceitos.

Em 2008, como parte dessa estratégia, foram também lançadas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente que apresentam um conjunto de protocolos voltados a minimizar ou evitar a ocorrência de eventos adversos, abrangendo seis processos considerados de grande risco, diante das estatísticas disponíveis. Essas metas são:

1) identificar corretamente o paciente, 2) melhorar a comunicação efetiva entre profissionais, 3) melhorar a segurança quanto ao uso de medicamentos de risco, 4) eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados, 5) minimizar o risco de adquirir infecções; e 6) minimizar o risco da ocorrência de quedas de pacientes (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS, 2008).

A meta para melhorar a segurança quanto ao uso de medicamentos de risco gerou uma parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Preocupada também com o tema, a OMS criou um grupo de trabalho composto por especialistas mundiais sobre o tema, do qual o Brasil participa, e a JCI é a consultora preferencial.

Nesse contexto, a Acreditação tem sido um processo importante e consistente de avaliação e monitoramento dos eventos sentinelas e controle de riscos, os padrões da Acreditação preconizam ações efetivas de definição e implementação de mecanismos para a prevenção e controle dos mesmos. A responsabilidade atribuída por meio dos padrões é direta às lideranças da instituição no gerenciamento desse processo de monitoramento dos eventos sentinelas. As estatísticas internacionais apresentam o elevado prejuízo técnico e financeiro causado pelo não monitoramento dos eventos sentinelas, que pode ser exemplificado pelos dados de 2002-2003 da Agência Nacional para a Segurança do Paciente do Reino Unido (VILAR, 2007, p. 148), onde são gastos aproximadamente dois bilhões de libras/ano, com dias extras em internações (cerca de seis a oito dias extras).

2.2 A METODOLOGIA DO RASTREADOR (TRACER)

Em 2008, com a publicação da 3ª Edição do *Manual de Padrões de Acreditação para Hospitais* (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008), o advento de novos procedimentos, a mudança da metodologia para avaliar a qualidade e a segurança dos serviços gerou grandes expectativas quer por parte das Instituições de Saúde que participam dos processos de Acreditação, quer por parte dos profissionais envolvidos nos processos de avaliação, pela nova Metodologia do Rastreador (Tracer).

Em função disso, no final de 2009, o CBA resolveu avaliar o impacto da nova metodologia junto aos profissionais que a utilizam nos processos de avaliação e nos processos de preparação para a Acreditação. Essa metodologia é chamada também de Método Rastreador, Metodologia Tracer, Método Tracer. Deu-se ênfase à análise

das vivências sentidas pelos profissionais do CBA, cujas atividades se desenvolveram na área da Educação e Avaliação de preparação para a Acreditação. Tais atividades abrangeram as avaliações diagnósticas, de educação e simuladas, ao mudarem de um método mais estático e formal – centrado numa abordagem na administração e assente em padrões pré-definidos por especialistas, para um método mais flexível e dinâmico – centrado na interação com os participantes profissionais e usuários do processo de prestação dos serviços de saúde. Nesse segundo método, a participação do avaliador de educação tem de integrar, em tempo real, dados provenientes de múltiplos subsistemas. Assim, o avaliador de educação se integra à equipe e seu papel de educador é realçado.

A Metodologia do Rastreador (Tracer) é um processo que os avaliadores de educação do CBA utilizam durante a avaliação *in loco* para avaliar os sistemas de uma instituição, acompanhando pacientes individualmente no processo de prestação de cuidados, na sequência vivenciada pelos pacientes em determinada instituição. Dependendo do setor da prestação de cuidados, pode ser necessário que os avaliadores de educação visitem múltiplas unidades de cuidado, departamentos ou áreas dentro da instituição, ou uma única unidade de cuidado para “traçar” ou “rastrear” o cuidado prestado ao paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

Rastreador de pacientes é o processo utilizado pelo CBA para avaliar toda a experiência do cuidado prestado a um paciente, individualmente, dentro de uma instituição de Saúde.

Rastreador de sistemas se refere à avaliação *in loco* destinada a avaliar questões de segurança e de qualidade de cuidado que tenham alta prioridade, de forma sistemática por uma instituição. Exemplos dessas questões podem incluir prevenção e controle de doenças, gestão de medicamentos, efetividade do mecanismo de preenchimento de vagas, a utilização de dados, entre outros.

2.3 OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A partir da lacuna identificada, este estudo teve por objetivo avaliar como foi percebida a Metodologia do Rastreador (Tracer) no processo de Avaliação de Educação e de Acreditação de Instituições de Saúde pelo método JCI/CBA, pelos profissionais que atuam nesse processo.

Assim, os resultados poderão indicar as dificuldades sentidas pelos profissionais do CBA e profissionais dos Hospitais Acreditados, ou em preparação que já tenham vivenciado a experiência do método anterior e, posteriormente, o Método do Rastreador (Tracer), além dos aspectos positivos dessa mudança.

As preocupações teóricas e práticas com as metodologias de avaliação das organizações têm uma longa história, que teve o seu início com as primeiras reflexões filosóficas sobre a organização da *pólis* e a *paideia* do homem grego (JAEGER, 2003). Mas foi com as preocupações associadas à organização científica do trabalho que a intervenção nos sistemas humanos aceitou se guiar pelos critérios da pesquisa científica e utilizar as metodologias de interpretação baseadas nessa pesquisa (BORGES; SANTOS, 2005).

Com maior ou menor consistência e rigor, as intervenções de mudança e melhoria dos processos organizacionais passaram a ser desenhadas não apenas em função dos resultados econômico-comerciais, mas também e principalmente para compreensão e explicação científica da natureza, interligações e consequências daqueles processos, à luz das teorias e modelos científicos que iam resultando das pesquisas (WEICK; SUTCLIFFE, 2001).

A preocupação com a qualidade dos sistemas e com a positividade do seu impacto sobre os parceiros e o meio tem gerado inúmeros estudos (DEMING, 1990). Nem seria de esperar outra coisa, atendendo a que a sociedade se preocupa cada vez mais com a garantia de respostas eficientes e cientificamente fundamentadas, não aceitando soluções de improviso.

Neste conjunto de estudos, salientam-se os que tratam da avaliação da qualidade dos serviços, já que se está saindo de uma sociedade de produtos e se avança a passos largos para uma sociedade de serviços (CASTELLS, 2002). O maior número de pesquisas é naturalmente realizado em empresas como Bancos, Consultoras, Seguradoras (AVEIRO; VILCKAS, 2005); mas também na área dos Serviços de Saúde cresce o número de estudos (MOREDO, 2005).

O presente estudo avaliativo se integra neste movimento de procura de rigor e tem como objeto as práticas mais generalizadas na avaliação da qualidade das unidades de saúde. A *American Society for Quality* (Sociedade Americana para a Qualidade) define qualidade como “características de um produto ou serviço que dão suporte à sua habilidade para satisfazer requisitos definidos ou necessidades

implícitas; produto ou serviço livre de deficiências” (AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY, 1968).

Adotando o referencial teórico mais utilizado em serviços de saúde (LOBOS, 1991 apud AVEIRO; VILCKAS, 2005, p. 3) define qualidade como “condição de perfeição do atendimento”, ou ainda “a satisfação total do usuário.” Nesta perspectiva, qualidade é, por um lado, “o ajustamento total às expectativas do usuário”, mas por outro, a eventual satisfação além do esperado, resultante da “condição de perfeição”, na prestação do serviço, e do cumprimento dos critérios de qualidade definidos para esta prestação.

A pertinência desta definição torna-se mais evidente, quando se pensa que o comportamento dos sistemas de saúde é essencial para determinar a qualidade de vida das populações (DIENER; EUNKOOK, 1997). O manual da JCI adota de Donabedian (1980, p. 238) uma definição de qualidade dentro desta linha: “qualidade de cuidado: nível em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a sua probabilidade de alcançar os resultados desejados e são compatíveis com o conhecimento profissional atual”. As dimensões do desempenho incluem o seguinte: questões relacionadas à perspectiva do paciente; segurança do ambiente de prestação de cuidados e acessibilidade, convivência, continuidade, efetividade, eficácia, eficiência e oportunidade dos cuidados.

Ter uma noção mais precisa da eficácia relativa das diferentes metodologias de avaliação das unidades de saúde torna, pois, o estudo pertinente e de resultados valiosos para todos os envolvidos e interessados no processo de Acreditação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, a saber: abordagem avaliativa selecionada, formulação da questão avaliativa, explicitação dos indicadores, construção dos instrumentos, coleta e análise dos dados.

3.1 ABORDAGEM AVALIATIVA

Os métodos de avaliação da qualidade JCI/CBA anteriormente usados no âmbito dos processos de Acreditação de unidades de saúde podem se definir como métodos centrados em critérios de especialistas e administradores. São, por isso, mais estáticos e lineares, e também menos diretos, dado que o seu contato com os participantes é geralmente mediado pelos líderes intermediários ou de topo. Isso é visível no conceito de Avaliação de Acreditação da JCI/CBA, que inclui os seguintes elementos:

- avaliação da documentação fornecida pelos profissionais da instituição, que demonstre conformidade;
- informações verbais a respeito da implementação dos padrões ou exemplos da sua implementação que possibilitem as evidências da conformidade;
- “observações *in loco* realizadas por avaliadores” (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS, 2005, p. 230) antes de 2008. Esta definição corresponde a uma metodologia centrada em especialistas (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

A Metodologia de Rastreador, adotada pela JCI/CBA a partir de 2008, foi proposta por Kessner, Kalk e Singer (1973), com dois objetivos: avaliar a qualidade dos cuidados prestados e identificar oportunidades de melhoria; e o meio para isso era o uso de rastreadores representativos dessas áreas: pacientes através do seu prontuário médico e sistemas, como a radiologia e a reabilitação, medicação, diagnóstico de doenças específicas e outras.

Esta metodologia introduz alterações na definição do processo de avaliação de Acreditação: “rastreamento de pacientes ao longo do processo do cuidado, utilizando-se a Metodologia do Rastreador” (JOINT COMMISSION INTERNACIONAL, 2011b, p. 7). A metodologia é então redefinida da seguinte forma:

Processo que os avaliadores utilizam durante a avaliação *in loco* para avaliar os sistemas de uma instituição, acompanhando pacientes individualmente, através do processo de prestação de cuidados à saúde da instituição, na sequência vivenciada pelos pacientes. Pode ser necessário que os avaliadores visitem múltiplas unidades de cuidado, para 'traçar' ou 'rastrear' o cuidado prestado ao paciente.

Esta definição inclui os dois aspectos considerados essenciais em Kessner, Kalk e Singer (1973), o rastreo do paciente e o de sistema. Com efeito, o rastreo de paciente, serve para avaliar toda a experiência de cuidado prestado a um paciente dentro da instituição; enquanto o rastreo de sistema consiste em sessão contida na avaliação *in loco*, destinada a avaliar questões de segurança e de qualidade do cuidado, que tenham alta prioridade de forma sistemática por toda a instituição, prevenção e controle de doenças, gestão de medicamentos, mecanismo de preenchimento de vagas e outros.

Essas características são ressaltadas na análise feita por Greenfield e Ostenberg (2011), sobre metodologias de avaliação para Acreditação de unidades de saúde, onde a Metodologia do Rastreador é extensamente analisada.

Com base nesta caracterização, o presente estudo avaliativo adotou a abordagem centrada nos participantes (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). A abordagem se mostra adequada, pois, na utilização da Metodologia do Rastreador, pacientes e prestadores de cuidados participam intensamente no processo de avaliação da qualidade e na aplicação dos padrões da Acreditação.

3.2 QUESTÃO AVALIATIVA

Para responder às preocupações relacionadas com a Metodologia do Rastreador foi formulada a questão avaliativa a partir do objetivo do estudo:

Em que medida a Metodologia do Rastreador foi percebida e influenciou o comportamento do avaliador, do consultor de educação, e dos profissionais que coordenam ou exercem funções nas áreas de qualidade e Acreditação nos serviços de saúde?

3.3 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foram escolhidos os seguintes instrumentos e estratégias: grupo focal, entrevista não diretiva e questionário com perguntas fechadas e aberta, com um formato de escala tipo Likert.

O grupo focal e a entrevista não diretiva foram utilizados como primeira abordagem da problemática do estudo, ou seja, para coletar informações para elaboração de questões mais ajustadas para compor o questionário a aplicar à amostra de 86 profissionais do universo do estudo.

O questionário visou atingir uma amostra alargada de profissionais, para complementar a análise qualitativa dos dados dos grupos focais com um estudo quantitativo.

➤ **Grupo focal**

O grupo focal é uma metodologia de coleta de dados extensamente empregada, nomeadamente em estudos de orientação qualitativa. É um método utilizado para se obter informações qualitativas de um grupo de indivíduos. Corresponde a uma entrevista no sentido de envolver interações diretas com os respondentes, mas baseia-se em um processo coletivo. Os grupos focais são particularmente úteis nos diagnósticos e em estudos de natureza formativa. São utilizados quando necessário para obter informações sobre as reações das pessoas a serviços, políticas ou procedimentos a ser implementados ou já existentes, e saber mais sobre as necessidades e as condições de vida dessas pessoas.

Nos últimos 30 anos, o uso desta técnica tem sido frequente nos campos da psicologia social e da saúde em geral (LERVOLINO; PELICIONI, 2001). O interesse pela técnica adveio da facilidade de obter dados com certo nível de profundidade em período curto de tempo, tendo sido muito utilizada para realizar o diagnóstico de problemas ligados à saúde (CARLINI-COTRIM, 1996; SOUZA; MOURA, 2000).

É uma técnica de avaliação que prevê a obtenção de dados a partir de debates em que os participantes expressam suas percepções, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica, em ambiente aberto e não constrangedor.

Os grupos são constituídos por cerca de 6 a 10 pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço comum, importante para o estudo proposto. Os

critérios para a seleção dos participantes são determinados pelo objetivo do estudo. O delineamento do estudo prevê habitualmente mais de um grupo com características diferentes, a fim de permitir o aparecimento de diferenças de percepção. O grupo focal é conduzido por um moderador, que deve propor várias questões para os participantes durante o desenrolar do encontro (GONDIM, 2002).

Ao moderador cabe encorajar os participantes a expressarem livremente o que pensam e sentem em relação à questão do estudo. Também lhe cabe manter a discussão focalizada, levando o grupo a retomar o assunto, quando alguém se desvia dele. No final de cada reunião, o registro das atividades é analisado, proporcionando uma visão geral do modo como o grupo vê o problema em foco (WESTPHAL; BÓGUS; MELLO-FARIA, 2004).

O moderador pode fazer perguntas para equilibrar as respostas dos membros mais desinibidos e encorajando a participação dos mais tímidos. O moderador pode também fazer perguntas para esclarecer ambiguidades ou para ver a reação de outros membros do grupo. Moderar um grupo focal eficiente requer bom conhecimento de dinâmica de grupo e talento do moderador.

Neste estudo, o grupo focal foi orientado pelo objetivo de conhecer a vivência dos profissionais quanto ao Método do Rastreador.

➤ **A entrevista**

A entrevista não diretiva é um instrumento de coleta de informação semelhante ao grupo focal, na medida em que o respondente tem ampla liberdade para construir suas respostas. Carl Rogers (1984) foi o grande promotor da entrevista não diretiva.

Na entrevista não diretiva, o entrevistador coloca o tema - o foco - mas o entrevistado discorre à vontade sobre ele. O entrevistador apenas pontua e registra os dados fornecidos pelo entrevistado e as suas perguntas se dirigem a esclarecer o que foi dito, a saber se e em que medida o entrevistado o relaciona com outros tópicos, a confirmar o significado que o entrevistado atribui ao que é dito.

Apesar da não diretividade, que é a forma de condução da entrevista, o entrevistador tem objetivos definidos para a coleta de informação, e vai colocando questões até ter a certeza de que o entrevistado esclareceu o assunto chegando até ao limite da sua informação.

A entrevista não diretiva exige que o entrevistador tenha paciência de esperar que o entrevistado aborde o tema a seu modo; que não reaja com base em ideias feitas e preconceitos; que não procure influenciar o entrevistado; que crie uma empatia capaz de motivar o entrevistado a abrir-se e a exprimir sem reservas as suas ideias e opiniões.

A entrevista não diretiva tem sido extensamente utilizada em terapia psicológica, nos serviços de ajuda, como o telefone SOS. Em pesquisa, é também utilizada como metodologia de coleta de dados pessoais, íntimos, e para o aprofundamento de temas complexos. No campo da avaliação, a entrevista tem sido utilizada para que os entrevistados se posicionem diante de um dado objeto e esclareçam seus julgamentos.

Neste estudo a entrevista se baseou nas falas registradas nos grupos focais visando a dirimir dúvidas.

➤ **O questionário**

O questionário destina-se a responder quantitativamente e avaliar o impacto da Metodologia do Rastreador junto aos profissionais que coordenam ou fazem parte da equipe da área da Qualidade e Acreditação de três hospitais, um no Rio de Janeiro e dois em São Paulo. Os profissionais destes hospitais têm experiências da metodologia de avaliação anterior e da Metodologia do Rastreador. Além desses, foram incluídos na aplicação do questionário os consultores que participaram dos grupos focais e profissionais de hospitais próximos de serem avaliados para a Acreditação.

O questionário tomou por referência as categorias e indicadores apresentados no Quadro 2. Foi composto por 9 perguntas, sendo oito fechadas e uma aberta (APÊNDICE A). A validação do questionário foi realizada por quatro especialistas da área de Acreditação e um da área de Avaliação.

A carta enviada aos participantes esclarecia o objetivo do estudo e solicitava a colaboração para o preenchimento do instrumento (APÊNDICE B).

Quadro 2 - Categorias e indicadores para a avaliação.

Categoria	Indicadores
1. Articulação Conceitual	O avaliado opina no registro das evidências.
2. Descoberta e criatividade	Há maior flexibilidade intelectual. O avaliador e o avaliado aprendem mais.
3. Positividade:	
a) das relações	a) Os pontos negativos são vistos de forma positiva.
b) das emoções	b) O método assenta na compreensão dos critérios.
c) da motivação	c) O avaliador é mais autônomo.
4. Competências conceptuais requeridas pelo método	Conhecer todo o manual. Habilidade na escolha dos prontuários dos pacientes a serem acompanhados.
5. Competências relacionais requeridas pelo método	Competência de interação. Saber perguntar. Diversidade de competência.
6. Competências de ação requeridas pelo método	Capacidade de liderança. Gestão de tempo.
7. Dificuldades motivacionais	Resistências ao novo método. Integração dos diferentes dados.
8. Positividade de resultados	Realização de mudança.

Fonte: A autora (2012).

As perguntas do questionário foram formuladas contendo alternativas de resposta com base em uma escala de tipo Likert. Esta é uma escala de coeficientes e não uma simples escala Likert. Foi obtida por meio de uma pesquisa realizada por Parreira (2006), com o objetivo de medir o valor numérico dos advérbios de quantidade. Essa pesquisa abrangeu 380 sujeitos, os quais atribuíram o valor de cada advérbio de quantidade em uma escala de 0 a 10, em que zero era o ponto mais baixo da escala e 10 o topo da mesma.

Na pesquisa para avaliar as atribuições de valor aos advérbios de quantidade utilizados, conforme recomenda Parreira (2006), foi apresentado às pessoas da amostra de estudo a seguinte instrução:

“Quando lhe perguntam se está ou não de acordo com uma afirmação, ou em que medida está, você pode usar advérbios de quantidade para exprimir a sua posição: nada, completamente, pouco, etc.

Considere cada um dos advérbios de quantidade que são apresentados a seguir e diga que valor numérico ele tem para você, numa escala de 0 (valor mais baixo) a 10 (valor mais alto), quando o aplica a uma afirmação ou situação:

Registre os valores no quadro a seguir.

Quadro 3 - Quadro referência para atribuição de valores.

Advérbios utilizados	Valor atribuído
Completamente, totalmente, perfeitamente	
Bastante	
Razoavelmente, medianamente	
Pouco, um pouco	
Nada, de modo nenhum	

Fonte: Parreira (2006).

A média aritmética e o desvio padrão das avaliações atribuídas a cada advérbio de quantidade a ser utilizado no questionário sobre o Método Rastreador foram então calculadas a partir do julgamento dos 380 respondentes do estudo de Parreira (2006) e são mostradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Média e desvio padrão dos valores atribuídos aos advérbios da escala.

Advérbios utilizados	Média	Desvio padrão
Completamente, totalmente, perfeitamente	9,28	1,87
Bastante	7,34	1,58
Razoavelmente, medianamente	4,18	1,52
Pouco, um pouco	2,12	1,32
Nada, de modo nenhum	0,25	1,07

Fonte: Parreira (2006).

Obteve-se assim uma escala em que se conjuga o plano qualitativo da linguagem corrente das pessoas e o plano quantitativo característico das escalas de apreciação e atitudes. Esta abordagem evita erros associados às escalas numéricas abstratas, estranhas ao modo como geralmente as pessoas avaliam as situações que vivem. Desta forma, os valores obtidos com o questionário têm maior correspondência com o pensamento dos inquiridos, o que favorece a validade dos dados.

3.4 COLETA DOS DADOS

Foram realizados três grupos focais com grupos dos profissionais do CBA, o primeiro com seis profissionais, o segundo com quatro e o terceiro com cinco profissionais. Os grupos incluíram, no total, 15 consultores e avaliadores de preparação para a Acreditação, cuja missão é educar as unidades de saúde para a Acreditação. Para isso, realizam avaliações (diagnósticas e de educação) prévias, e

identificam as oportunidades de melhoria. Os grupos focais foram conduzidos na sede do CBA.

Segundo uma das técnicas utilizadas no Grupo Focal, as falas foram anotadas e gravadas, com o consentimento expresso dos participantes.

Participaram em todos os grupos, além do moderador, dois observadores para registro dos dados, em complemento das gravações.

Os grupos focais foram completados por entrevistas não diretivas a cinco profissionais que manifestaram seu interesse em participar no estudo, mas não puderam comparecer e integrar-se nos grupos.

Os questionários foram respondidos por 86 profissionais, sendo 20 Consultores e 66 profissionais dos três Hospitais que participaram do estudo sobre a Metodologia do Rastreador - um hospital no Rio de Janeiro e dois Hospitais em São Paulo. Os questionários foram enviados por meio eletrônico e foram autorizados pelas respectivas Comissões de Ética.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados coletados nos grupos focais recorreram a dois outros instrumentos: a análise de conteúdo (BARDIN, 2008) e a um modelo comportamental das motivações para a qualidade (PARREIRA, 2006) para o estabelecimento das categorias da análise.

Estes dois instrumentos foram escolhidos com base nos seguintes fundamentos:

- o processo avaliativo ser essencialmente qualitativo;
- a técnica utilizada, o grupo focal, permitir a exploração interativa e confrontativa dos dados, assegurando o registro objetivo de vivências convergentes e divergentes do objeto em foco;
- a exploração criativa das características do método ser importante e o grupo focal ser uma técnica que facilita a criatividade da análise;
- a entrevista ser um instrumento adequado a obter a clarificação das informações eventualmente ambíguas ou conflitantes surgidas nos grupos focais.

Ao proporcionar o conhecimento prévio dos problemas segundo o ponto de vista dos intervenientes, o grupo focal possibilita colher informações diretamente

derivadas da realidade dos usuários: o conhecimento de percepções, crenças, e valores, da forma como eles os organizam e representam.

Como os grupos focais se baseiam em procedimentos socialmente orientados, a interação proporciona a troca e a interrelação, com mais descontração do que em entrevistas individuais (KRUEGER; CASEY, 2000). Por isso, desperta com frequência novas ideias e descobertas entre os participantes. Dessa forma, a coleta de dados é uma vivência partilhada com os técnicos, permitindo elaborar instrumentos que obtenham dados mais ajustados à realidade. Concretiza, assim, um dos importantes princípios de toda a teoria enraizada (*grounded theory*) de acordo com Thomas e James (2006).

A análise de conteúdo tem sido, a par da análise do discurso (ORLANDI, 1999), um instrumento interpretativo extensamente usado na pesquisa qualitativa (KRIPPENDORF, 2004). A análise do conteúdo descreve, analisa e resume as tendências observadas nos documentos escritos e nos dados coletados por meio de grupos focais, ou em entrevistas e anotações de campo. Ajuda a organizar e reduzir os dados qualitativos muito extensos preparando para uma análise final.

Segundo Holsti (1969), a questão mais importante da análise de conteúdo não é ser qualitativa ou quantitativa, e sim se a análise trata a questão certa. De acordo com Guba e Lincoln (1994), as categorias podem focar 'o que é dito' ou a 'forma como é dito'.

No caso presente, recorreu-se à definição de categorias baseadas num modelo motivacional, dado que a mudança de comportamentos em contexto organizacional tem sido extensamente interpretada em termos motivacionais (HENDRY; JOHNSON, 1993). Assim, na definição das categorias motivacionais foi usado o modelo Renda (PARREIRA, 2006) por se considerar o mais adequado à interpretação das eventuais dificuldades de mudança expressas pelos avaliadores, sujeitos desta avaliação.

O modelo Renda (Regulação Energética das Decisões de Ação) é um modelo motivacional sistêmico, que encara o comportamento humano como resultante de motivações definidas qualitativamente pelo seu conteúdo emocional: emoções/motivações de tonalidade positiva (como a alegria, curiosidade, atração) dinamizam comportamentos mais consistentes e mais orientados para a qualidade; emoções/motivações de tonalidade menos positiva (como o medo, raiva, tristeza)

conduzem a comportamentos menos proativos e menos intensos na busca de qualidade (PARREIRA, 2006).

A análise das informações coletadas pelas entrevistas seguiu a mesma metodologia dos grupos focais.

O questionário aplicado nesta avaliação fez a coleta de dados dos diferentes grupos de intervenientes na utilização do Método do Rastreador, de modo a se ficar a conhecer como eles representam o método e avaliam a sua capacidade de obter resultados válidos e confiáveis.

Os dados obtidos com o questionário acerca do Método Rastreador dividem-se em cinco tipos de categorias:

- conhecimento do Método Rastreador;
- apreciação da qualidade do método como instrumento de registro de informação;
- percepção do método como ajustado à complexidade das situações
- apreciação do método enquanto instrumento de relação com os profissionais das unidades de saúde e com seus clientes;
- apreciação da utilidade do método, enquanto instrumento de intervenção.

Foram verificadas eventuais relações entre as variáveis de caracterização dos sujeitos da amostra - idade (correlação de Pearson), gênero, função desempenhada e tipo de unidade de saúde a que pertencem - e as médias das opiniões dos respondentes sobre diferentes aspectos do Método Rastreador, medidos por meio do questionário.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS OBTIDOS COM OS GRUPOS FOCAIS E A ENTREVISTA

Estes foram os resultados apresentados pelo trabalho dos grupos focais e entrevistas. A análise de discurso permitiu a caracterização das categorias da Metodologia Tracer a partir das expressões dos participantes dos grupos focais.

Assim, os resultados são apresentados por categoria que corresponde às características da própria Metodologia. Em cada categoria foram excluídas as falas repetidas.

➤ **Articulação conceitual**

Em relação à articulação conceitual da Metodologia do Rastreador, pode-se verificar diversos aspetos. Os participantes assim se pronunciaram:

“Vê-se a passagem da teoria à prática.”

“Integram-se opiniões diferentes.”

“O avaliado intervém no registro das não conformidades, os achados são partilhados de imediato.”

“Vêem-se as coisas a funcionar, vê-se a relação entre padrões.”

“Tem de se ver mais coisas ao mesmo tempo, incluindo o que é de outras áreas.”

“Dinâmico, trocam-se ideias constantemente.”

➤ **Descoberta e criatividade**

Na categoria relativa à descoberta e criatividade, foram seleccionados os seguintes depoimentos:

“Ao seguir um paciente, descobrem-se mais coisas, as visitas são setoriais, mais flexíveis.”

“Não há roteiro rígido, é menos determinado, há mais variedade de contactos.”

“Já não é só cumprir padrões, é preciso entendê-los.”

“Há maior flexibilidade intelectual, há mais abertura de espírito e criatividade.”

“O método acaba por ser educativo, pelo tipo de relações estabelecidas, é mais enriquecedor leva o avaliado e o avaliador a aprender mais.”

“O método é como um filme: há mais informação com este método, está-se mais atento à descoberta de coisas inesperadas.”

➤ **Positividade das relações, emoções e motivação**

Em relação às relações, emoções e motivação favoráveis ao Método, os profissionais avaliam que o método é mais amigável e que existe uma aproximação maior e menos desconfiança entre avaliado e avaliador.

“Gera mais proximidade entre as equipes.”

“O método tem muitas situações de escuta direta, mais interação ao vivo enfrentam-se conflitos, tem de se obter consenso.”

“Tem de se enfrentar de imediato a desconfiança pela avaliação.”

“O método é mais amigo, assenta na compreensão dos critérios.”

“Tem impacto positivo, supera melhor as desconfianças associadas à avaliação, os pontos negativos são vistos de forma positiva.”

“Gera aproximação entre o consultor e o avaliador.”

“Enquanto rastreador, o avaliador tem mais autonomia.”

➤ **Competências conceptuais requeridas pelo método**

As falas dos participantes demonstram uma necessidade maior de sistematização e conhecimento do Manual, no que diz respeito às competências requeridas pelo Método Tracer.

“Maior perspicácia, mais organização.”

“Mais capacidade de planeamento.”

“Melhor visão do manual por inteiro, habilidade na escolha dos pacientes a acompanhar.”

➤ **Competências relacionais requeridas pelo método**

Nessa categoria, os participantes assim opinaram:

“Capacidade de troca de informação.”

“Competências de interação, mesmo em situações de confronto.”

“Saber perguntar, saber persuadir.”

“Maior diversidade de competências.”

Pelas falas que aparecem fica intuído uma necessidade de trabalho em equipe e de maior relacionamento entre Equipe e a avaliado.

➤ **Competências de ação requeridas pelo método**

Os participantes, como no item anterior, focalizaram uma maior integração de propósitos entre pessoas que estão envolvidas no momento da avaliação *in loco*.

“Maior capacidade de liderança, bem informada para todos os técnicos.”

“Boa gestão do tempo, não perder tempo com o acessório.”

“Treino em grupos de trabalho e relacionamento interpessoal, semelhante ao vivido nos grupos focais.”

➤ **Dificuldades motivacionais**

As dificuldades de caráter emocional mereceram opiniões diversas.

“Lidar com pessoas de contato que não são pré-escolhidas pela instituição.”

“Resistência ao novo método, devida ao desconhecimento por ser ao vivo e mais complexo, intimida um pouco.”

“Receio de não se dar conta, é difícil integrar os diferentes dados.”

Nesta fala há o aflorar da consciência de que o método é novo, complexo e o receio de os participantes não conseguirem cumprir as tarefas.

➤ **Positividade dos resultados**

Os depoimentos dos participantes reconhecem que os resultados do Tracer são positivos e dão credibilidade ao próprio método.

“A resistência ao método desaparece quando se vêem os resultados da avaliação.”

“O avaliado vê logo como as coisas funcionam e porque os critérios têm fundamento.”

“Há menos réplica às sugestões, estas são mais aceitas.”

“Embora a princípio gere mais insegurança, é mais rico nos resultados.”

“Há mais retorno positivo dos avaliados acerca do método de avaliação.”

“Facilita a mudança.”

Os participantes apresentam nesta última categoria que, apesar de o método ser novo e complexo, as dificuldades desapareceram, pois os resultados tornam-se evidentes no momento da avaliação.

No método anterior, não havia uma aproximação tão íntima entre o avaliador e o avaliado, a agenda preparada para a avaliação era estanque e pré-agendada, o que não acontece no Método Tracer. Nesse Método, apesar de existir uma agenda

para que o trabalho não se disperse, ela não é estática. Isto faz toda a diferença no que se refere à troca de experiências como a educação, na qual o Método Tracer se baseia.

A entrevista procurou complementar o trabalho dos grupos focais, como um estudo preliminar para elaborar o questionário.

4.2 RESULTADOS OBTIDOS COM O QUESTIONÁRIO

O questionário aplicado neste estudo possibilitou a coleta de dados dos diferentes grupos de intervenientes na utilização do Método do Rastreador, de modo a se conhecer como eles percebem o Método e avaliam a sua capacidade de obter resultados válidos e confiáveis.

Os dados obtidos com o questionário abrangem as áreas referidas na metodologia acerca do Método do Rastreador, a saber:

- conhecimento do Método do Rastreador;
- apreciação da qualidade do método como instrumento de registro de informação;
- percepção do método como ajustado à complexidade das situações
- apreciação do método enquanto instrumento de relação com os profissionais das unidades de saúde e com seus clientes;
- apreciação da utilidade do método, enquanto instrumento de intervenção.

Esses dados incluem diversas categorias que compõem o instrumento.

➤ **Caracterização dos respondentes**

Os respondentes ao questionário têm a idade média de 44,8 anos, com pequena dispersão (erro padrão 1,129).

Em termos de gênero, 23 indivíduos são do sexo masculino, enquanto 63 são do sexo feminino.

Se os indivíduos forem distribuídos pela sua integração profissional em unidades de saúde, os números são os seguintes: 52 pertencem a unidades de saúde acreditadas; 17 pertencem a unidades ainda não acreditadas; e outros 17 são consultores ou avaliadores do organismo de Acreditação.

Por funções, os inquiridos distribuem-se da seguinte maneira: 29 em funções de coordenação e chefia, 34 em funções de assessoria e consultoria, 19 em trabalho clínico de enfermagem e farmácia, e 4 em funções de avaliação e auditoria.

A Tabela 3 sintetiza as respostas dos 86 profissionais que responderam ao questionário, não tendo ocorrido nenhuma omissão.

Tabela 3 – Percepção dos respondentes sobre o Método Rastreador.

	Média	Desvio padrão
1. Conhece o Método.	7,23	1,80
2. O Método facilita o registro da realidade observada.	7,93	1,44
3. O Método assegura registro objetivo dos dados.	7,77	1,29
4.1 O Método possibilita a abrangência da informação.	7,28	1,38
4.2 O Método permite precisão do registro das práticas observadas.	7,78	1,36
4.3 Ajuste dos conceitos à complexidade das situações.	7,45	1,63
4.4 Complementaridade das informações geradas.	7,35	1,28
4.5 O Método gera informação útil para os intervenientes.	7,99	1,38
4.6 O Método facilita a descoberta de dados não usuais.	7,53	1,07
5. O Método favorece boa relação com os envolvidos na coleta de dados.	7,49	1,21
6. Importância da boa relação com os envolvidos para aproveitamento e utilidade dos dados coletados.	7,94	1,45
7. O Método facilita a análise criativa.	7,44	1,47
8. Os resultados obtidos com o Método são positivos e facilitam a mudança.	8,00	1,01
9. O Método terá boa aceitação pelos profissionais de saúde.	7,24	1,76

Fonte: A autora (2012).

➤ **Conhecimento do Método do Rastreador**

O registro do nível de conhecimento do método pelos sujeitos do estudo foi obtido com as respostas ao item 1 do questionário.

O nível de conhecimento dos 86 participantes em relação ao método é bastante elevado, como se pode verificar pelos dados da Tabela 3.

➤ **Qualidade do método como instrumento de registro de informação**

A Tabela 3 mostra que o conhecimento do Método não é apenas genérico. Os sujeitos inquiridos pensam que o Método do Rastreador facilita o registro da realidade (item 2) e um registro bastante objetivo (item 3): as médias alcançadas de 7,93 e 7,77, respectivamente, assim indicam, conforme estabelecido nos procedimentos metodológicos do estudo (Tabela 2).

Estes dados revelam que os inquiridos atribuem validade empírica ao método, consideram que ele tem correspondência com a realidade. Além da validade, também o consideram confiável, atendendo ao que consideram o seu registro como bem objetivo.

➤ **Percepção do método como ajustado à complexidade das situações**

Os dados da Tabela 3 relativos aos itens 4.1, 4.2, 4.3 e 4.4 continuam a revelar a positividade da percepção que os inquiridos, profissionais utilizadores ou em contato direto com o método, fazem do Método do Rastreador. Consideram que obtém dados bastante precisos e abrangentes, complementares uns dos outros, que se ajustam claramente à complexidade das situações.

➤ **Percepção do método como favorável à descoberta e criatividade**

Outras características da área cognitiva percebidas pelos inquiridos no Método do Rastreador incluem a facilitação da descoberta de dados não rotineiros (item 4.6), um dado importante em um instrumento de diagnóstico, e a facilitação de uma perspectiva heurística e criativa na análise das situações (item 7). A Tabela 3 apresenta os valores relativos a essas características atribuídas pelos sujeitos ao método, vendo-se que fazem delas uma avaliação muito positiva, pois as médias encontram-se situadas na faixa de avaliação qualitativa do advérbio bastante (Tabela 2).

➤ **Percepção do método como favorável às relações interpessoais**

Deixando a área das dimensões cognitivas do Método Rastreador, são apresentados a seguir os dados relativos às dimensões de relação interpessoal e de mudança. Os inquiridos consideram que o Método Rastreador facilita bastante a relação com as pessoas (item 5) e é bem aceito pelos profissionais de saúde (item 9). Por sua vez, o fomento de boas relações e a aceitação pelos profissionais, repercute positivamente em três outras características:

- o método contribui para o aumento da objetividade pela criação dessa boa relação;
- os resultados do método são aproveitáveis para a prática profissional (item 6);

– o método facilita as ações de mudança a empreender nas unidades de saúde (item 8), em boa parte devido ao envolvimento positivo que cria.

Como se pode concluir a partir dos dados da Tabela 3, o Método Rastreador é representado como um instrumento bastante positivo pelos profissionais de saúde que com ele contatam. Isso pode ser interpretado como um indicador da validade do método para o propósito a que se propõe, considerando que todos os indicadores obtiveram avaliações situadas em torno da média 7,34 (Tabela 2), que corresponde ao advérbio bastante e com desvios padrões que confirmam a coerência das avaliações. Por sua vez estes dados estão claramente em consonância com os dados qualitativos obtidos com o grupo focal e entrevistas complementares.

➤ **Relações com variáveis de caracterização dos participantes**

Para completar o estudo das percepções que os utilizadores fazem do Método Rastreador, tentou-se observar eventuais relações entre as variáveis caracterizadoras dos sujeitos da amostra - idade, gênero, função desempenhada e tipo de unidade de saúde a que pertencem - e as representações das diferentes facetas do método medidas por meio do questionário.

Pretendeu-se, com esta análise, verificar se haveria alguma relação significativa entre as referidas variáveis. Apresentam-se a seguir os resultados obtidos.

a) *Idade*

Sendo a idade uma variável contínua, procurou-se verificar se havia alguma correlação com os indicadores descritivos do método (Tabela 4).

Tabela 4 – Média de idade dos respondentes.

Média	Desvio Padrão	Idade Máxima	Idade Mínima
44,83	10,49	64	24

Fonte: A autora (2012).

Tabela 5 – Correlação da idade com as características do Método.

Idade	Conhecimento global do método	Objetividade do método	Fomento da criatividade	Melhoria da relação e aceitação	Fomento da mudança
Correlação Pearson	-0,044	0,035	0,050	-0,204	0,013
Significância (bicaudal)	-	0,752	0,650	1,000	0,911

Fonte: A autora (2012).

Verificou-se uma correlação negativa, mas muito baixa e não significativa, pelo que se conclui que neste tipo de profissionais a idade não influencia a percepção que eles têm do método, nas suas linhas gerais.

Esta ausência de correlação acontece também nas outras variáveis estudadas: em relação à percepção da objetividade dos resultados obtidos com o método, a idade tem igualmente uma correlação negativa, mas ainda mais baixa e também não significativa.

Na relação com a percepção da dimensão criativa do método, a correlação positiva, mas igualmente muito baixa e não significativa; com o indicador da aceitação e utilidade a correlação é positiva, um pouco mais forte que as anteriores, mas também não significativa; e em relação à capacidade de facilitação da mudança, verifica-se que metade dos respondentes considera que ele facilita bastante, enquanto para a outra metade é de opinião que ele aparece como extremamente facilitador da mudança. Como os dois grupos têm idade média similar (44,7 anos e 44,5 anos, respectivamente), vê-se que a percepção muito positiva desta característica do Método não varia com a idade.

b) *Gênero*

A homogeneidade dos resultados em relação à idade se repete em relação ao gênero (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção de características do Método, por gênero.

Gênero	Conhecimento global do método		Objetividade do método		Fomento da criatividade		Melhoria da relação e aceitação		Fomento da mudança	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Masculino	7,55	1,24	7,42	0,96	7,47	1,17	7,72	0,92	0,92	0,46
Feminino	7,89	1,04	7,48	1,13	7,49	0,99	7,50	1,14	1,14	0,13

Fonte: A autora (2012).

As mulheres e os homens têm uma visão muito semelhante do método e suas características: embora os homens atribuam um conhecimento ligeiramente superior do Método, em geral. A média masculina foi 7,89, enquanto a feminina foi 7,55, sendo que a diferença dessas médias não é estatisticamente significativa.

Nos outros indicadores - percepção da objetividade, percepção da utilidade, percepção da criatividade, percepção da aceitação, utilidade e promoção da

mudança - os valores da diferença são do mesmo nível, embora nessas características específicas as médias femininas sejam inversas das masculinas, ou seja, ligeiramente mais positivas. Como a idade, portanto, também o gênero não está associado a variações significativas na relação com o Método Rastreador.

c) *Função*

A percepção do Método Rastreador pelos sujeitos com funções diferentes tem algumas diferenças consistentes, embora também não sejam estatisticamente significativas (Tabela 7).

Tabela 7 – Percepção de características do Método, por função.

Função	Nº	Conhecimento global do método		Objetividade do método		Fomento da criatividade		Melhoria da relação e aceitação		Fomento da mudança	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Assistente	19	8,14	1,04	8,22	0,57	7,53	0,51	8,42	0,53	8,26	2,30
Chefia	29	7,47	1,39	7,07	1,24	7,12	1,27	7,37	1,06	7,55	2,90
Auditor	4	6,92	1,45	6,94	0,52	7,75	0,50	6,75	1,27	8,50	4,00
Consultor	15	7,84	0,95	7,62	1,09	7,77	1,08	7,77	0,92	8,20	1,50
Técnico de saúde	19	7,40	1,00	7,29	0,93	7,75	0,97	7,58	0,75	8,16	2,33
Total	86	7,64	1,19	7,47	1,08	7,49	1,04	7,67	0,98	8,0	1,08

Fonte: A autora (2012).

Como se verifica pelos dados da Tabela 6, a função de auditor/avaliador tem uma percepção do método claramente diferente, com valores inferiores, em relação à dos outros sujeitos, em diversos parâmetros: no conhecimento global do método, na avaliação da objetividade e na capacidade de fomentar a aceitação e uma boa relação com os profissionais e clientes. Nessa avaliação, os auditores são acompanhados por quem tem funções de chefia, também com avaliações inferiores à média da amostra total.

Já no caso dos parâmetros ‘fomento criatividade pelo método’ e ‘facilitação da mudança’, os auditores fazem avaliações superiores às das chefias e situam-se bastante acima da média, no conjunto das avaliações.

É de notar que duas outras funções atribuem valores consistentemente mais altos que as restantes, exceto no parâmetro criatividade: as funções de assistente e de consultor.

d) *Ser ou não ser acreditado*

Pertencer ou não a uma unidade saúde acreditada é outra variável que poderia influir na representação que os respondentes fazem do Método Rastreador.

Tabela 8 – Percepção de características do Método por respondentes de unidades acreditadas e não acreditadas.

Estado	Nº	Conhecimento global do método		Objetividade do método		Fomento da criatividade		Melhoria da relação e aceitação		Fomento da mudança	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
Não Acreditado	35	7,38	1,23	7,10	1,12	7,29	1,17	7,33	0,93	7,78	0,65
Acreditado	51	8,03	1,03	8,00	0,75	7,77	0,73	8,15	0,84	8,31	0,42

Fonte: A autora (2012).

Os resultados evidenciam que parece haver alguma relação, embora não significativa no plano estatístico. Como se vê na Tabela 8, as pessoas que pertencem a unidades acreditadas apresentam valores mais altos em todos os parâmetros incluídos no questionário para representação do método.

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados relativos ao objetivo da avaliação, apresentados na seção anterior, conduzem às considerações finais.

➤ **Sobre os grupos focais**

Os dados obtidos nas sessões de grupo focal foram objeto de análise de conteúdo por categorias, o que tornou salientes os pontos importantes destacados a seguir.

Os resultados obtidos mostram que os técnicos que utilizam a Metodologia do Rastreador para avaliação de unidades de prestação de cuidados de saúde captaram bem as características do método e as novas competências que ele exige do profissional.

A atitude geral em relação a esta metodologia é positiva, como ressaltam três ordens de expressões:

– os participantes salientam principalmente os aspectos positivos do método, tanto no plano das dimensões conceituais - “articulação dos conceitos, descoberta e criatividade” - quanto no das dimensões motivacionais e afetivas - “positividade das relações, emoções e motivação”;

– as competências requeridas pelo método foram apresentadas com poucos elementos tensionais e descritas de forma emocionalmente positiva. As expressões utilizadas não colocam em relevo sentimentos negativos, mas antes positivos e usam mesmo os grupos focais como termo de referência;

– as referências relativas às dificuldades são poucas e acompanhadas de expressões de atenuação, quer imediata, quer na apreciação dos resultados do método.

Além da positividade das atitudes e motivações relativas à Metodologia do Rastreador, pode-se concluir ainda que as equipes participantes no grupo focal possuem em grau relativamente elevado para as competências requeridas por essa metodologia. Dessa forma, o grupo de técnicos que assume como instrumento de trabalho a Metodologia do Rastreador não sentirá grandes dificuldades na sua aplicação, quer pelo seu nível de preparação, quer pelo elevado nível de motivação para a assumir como instrumento de trabalho.

➤ **Sobre os questionários**

Os resultados advindos da aplicação dos questionários nos diferentes parâmetros merecem uma reflexão, naturalmente de teor qualitativo, já que as relações entre as variáveis não são significativas no plano estatístico. Mas não serem estatisticamente significativas não quer dizer que não forneçam ao estudo algumas indicações de interesse.

Em primeiro lugar, mostram que a representação das características do Método Rastreador pelos profissionais usuários é praticamente invariante com a idade e que, além disso, as médias de suas respostas são elevadas em todos os indicadores. Pode-se supor que isso resulta essencialmente de esses profissionais terem recebido um treinamento bastante homogêneo e eficaz nos conceitos relativos ao método. Esta ideia pode ser reforçada pelos resultados referentes ao gênero, também bastante homogêneos.

Os resultados por função revelam igualmente pontos interessantes. Em primeiro lugar, os auditores são os mais rigorosos na avaliação das características

do Método, logo acompanhados pelas chefias. As responsabilidades pelos resultados e o hábito de prestar atenção ao processo de controle podem explicar porque estes profissionais avaliam com mais rigor as características positivas do Método, atribuindo-lhes menor pontuação.

Em contrapartida, os profissionais cuja função desenvolve principalmente uma atitude de ajuda - os assistentes hospitalares e os consultores - avaliam mais alto as características positivas do método. Portanto, a função induz alguma variação na representação da realidade, o que está de acordo com a generalidade dos autores.

Pertencer ou não a uma unidade acreditada tem em relação aos diversos parâmetros é uma variável com um comportamento semelhante ao da variável função. O trabalho de Acreditação apurou provavelmente a sensibilidade e tornou mais rigorosos os juízos de valor dos profissionais que responderam ao questionário. Pode supor-se que desenvolveu neles o senso dos resultados e a exigência de qualidade de comportamentos e atitudes.

Na sua simplicidade, estas observações são um alerta para que se estudem melhor estes efeitos e se possam ajustar cada vez melhor os métodos de intervenção nos contextos institucionais.

Dessa forma, o estudo permite concluir que a questão avaliativa “Em que medida a Metodologia do Rastreador foi percebida e influenciou o comportamento do avaliador, do consultor de educação, e dos profissionais que coordenam ou exercem funções nas áreas de qualidade e Acreditação nos serviços de saúde?” foi respondida satisfatoriamente tanto com as informações apresentadas nos grupos focais, como nos resultados obtidos com os questionários.

Além disso, o estudo tem o potencial de contribuir para a formação dos avaliadores, na área de saúde, bem como para a melhoria das ações voltadas para qualidade e segurança do cuidado aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY. *Princípio de produtos e serviços: avaliação da qualidade e controle*. Wisconsin: ASQ, 1968. Disponível em: < <http://prdweb.asq.org/>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

AVEIRO, S. T.; VILCKAS, M. Análise da qualidade do serviço prestado pelo Banco do Brasil S/A: agência Bebedouro - SP. *Revista Fafiba on-line*, São Paulo, ano 1, n. 1, jul. 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. dos. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Rev. SPAGESP online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 74-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.107,14 de junho de 1995. Cria o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. [*Diário Oficial da República Federativa do Brasil*], Brasília, DF, 15 jun. 1995.

BRAUER, C. M. *Champions of quality in healthcare: a history of the Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations*. Lyme, Connecticut: Greenwich Publishing Group, 2001.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal: em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CASTELLS, M. *Sociedade em rede: economia, sociedade e cultura*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CODMAN, E. A. *A study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital*. Boston: Thomas Todd Co., 1918.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. *Histórico: a história da acreditação*. Rio de Janeiro: CBA, [1997?]. Disponível em: < <http://www.cbacred.org.br/site/historico/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. *Histórico: Acreditação conjunta com a Joint Commission International: acordo formal*. Rio de Janeiro: CBA, 2000. Disponível em: < <http://www.cbacred.org.br/site/historico/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

DEMING, E. W. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DIENER, E. D.; EUNKOOK, S. U. H. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, Illinois, v. 40, n. 1-2, p. 189-216, 1997.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1980.

FÓRUM DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 7., 2006, São Paulo. *Trabalhos apresentados...* São Paulo: ANHP, 2006.

GONDIM, S. M. G. *Os grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. Bahia: Univ. Federal da Bahia, 2002.

GREENFIELD, D.; OSTENBERG, P. V. Impacto da Acreditação na qualidade e na eficiência do cuidado. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 1., 2011, Rio de Janeiro. *Trabalhos apresentados...* Rio de Janeiro: CBA: JCI, 2011.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIM, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

HENDRY, J.; JOHNSON, G. (Eds). *Strategic thinking leadership and the management of change*. New York: Wiley, 1993.

JAEGER, W. *Paideia: a educação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HOLSTI, O. R. *Content analysis for the social sciences and humanities*. London: Addison-Wesley Reading, 1969.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Manual de padrões de acreditação para hospitais*. 2. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2004.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Manual de padrões de acreditação para hospitais*, 3. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2008.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Manual de padrões de acreditação para hospitais*. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2011a.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Subcomitê de Padrões da Joint Commission International e Painel de Especialistas*. Illinois: JCI, 2011b, p. 7.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS. *Certificado de 8 de Dezembro de 1999*. Illinois: JCI, 1999.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS. *Manual for Joint Commission National*. Illinois: JCI, 1953. p. 15.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS. *Padrões de Acreditação da Joint Commision International para hospitais*. Rio de Janeiro: CBA, 2005.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, [S.I.] v. 288, p. 189-94, 1973.

KRIPPENDORF, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. *Rev. Esc. Enf. da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

MOREDO, F. A. Gerenciamento da qualidade de serviços médicos ambulatoriais: mensuração da qualidade percebida na perspectiva dos pacientes da rede pública de saúde. *Rev. Adm. Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 29, p. 127-37, out./dez., 2005.

ORLANDI, E. P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 1999.

PARREIRA, A. M. *Stress e qualidade de vida: um guia para a ação*. Lisboa: Monitor, 2006. (Coleção Desenvolvimento Pessoal).

REVISTA ANUAL DA ACADEMIA DE MEDICINA. [S.I.]: Academia Nacional de Medicina, v. 154, n. 4, p. 185, 1994.

ROGERS, C. *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores, 1984.

SOUZA, S., K.; MOURA, D. G. de. Um estudo de caso aplicando a técnica do grupo focal para análise e melhoria do serviço público de emergência odontológica na região metropolitana de Belo Horizonte. *Educ. Tecnológica*, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 43-46, jul./dez., 2000.

THOMAS, G.; JAMES, D. Re-inventing grounded theory: some questions about theory, ground and discovery. *British Educational Research Journal*, [S.I.], v. 32, n. 6, p. 767-795, 2006.

VILAR, J. M. (Org.). *Governança corporativa em saúde: receita de qualidade para as empresas do setor*. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

WEICK, K.; SUTCLIFFE, K. *Managing the unexpected: assuring high performance in the age of complexity*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; MELLO-FARIA, M. de. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos e de saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, [S.l.], v. 120, n. 6, p. 472-482, jun. 2004.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sobre a Metodologia do Rastreador

Questionário sobre a Metodologia do Rastreador

Data: _____, _____ de _____ de 2012.

Idade: _____ Sexo: _____

Função: _____ Escolaridade: _____

1) Conhece a Metodologia do Rastreador?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

2) Considera que a Metodologia do Rastreador facilita o registro da realidade observada?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

3) Considera que em geral a Metodologia do Rastreador assegura um registro objetivo dos dados?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4) A pergunta anterior focou a qualidade global do registro dos dados na Metodologia do Rastreador. Avalie nesta questão aspectos específicos desse registro de dados.

4.1 A informação gerada abrange todos os aspectos essenciais das situações?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4.2 Permite o registro preciso das práticas observadas?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4.3 Os conceitos utilizados ajustam-se à complexidade das situações?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4.4 As informações geradas complementam-se umas às outras?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4.5 A informação gerada é útil para os vários intervenientes?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

4.6 O Método Rastreador apoia a descoberta de dados não habituais pelos avaliadores?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

5) Em que medida o Método Rastreador favorece uma boa relação com os sujeitos envolvidos no processo de coleta de dados?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

- 6) Considera uma boa relação com os sujeitos envolvidos importante para o aproveitamento e utilidade dos dados coletados?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

- 7) O Método Rastreador facilita a liberdade dos avaliadores na análise e interpretação dos dados registrados?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

- 8) Considera que os resultados obtidos com a Metodologia do Rastreador são positivos e facilitam as ações de mudança necessárias?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

- 9) Considera que a utilização da Metodologia do Rastreador será bem aceita pelos profissionais das unidades de saúde?

Perfeitamente ()	Bastante Bem ()	Razoavelmente ()	Nada ()
-------------------	------------------	-------------------	----------

Informações adicionais:

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE B – Carta aos respondentes do questionário

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2012.

Sr. Coordenador da Equipe de Qualidade do Hospital

Conforme entendimentos anteriores, estou encaminhando o questionário que peço a gentileza de ser preenchido por um número de até 25 profissionais de sua equipe, se possível. Este questionário tem como objetivo avaliar o comportamento da Metodologia do Rastreador junto aos profissionais avaliadores de educação e as profissionais dos hospitais acreditados pela metodologia anterior e a do Rastreador. A coleta de dados faz parte da dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação da Fundação Cesgranrio, turma de 2011, cuja orientadora é a Prof^a. Ligia Elliot.

Estes profissionais devem ter participado de avaliações de educação ou de Acreditação pelo método anterior ao do Rastreador e pelo Método do Rastreador.

Gostaria que os profissionais dessem suas opiniões descritas no máximo de até cinco linhas no próprio instrumento e que fosse enviado para o email – manuela.alvesdossantos@gmail.com – com data limite até 6 de julho de 2012.

Desde já agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Maria Manuela Alves dos Santos